



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO



PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES BUCAIS
EM PESCADORAS ARTESANAIS

MIRELLA AGUIAR DE FREITAS

Salvador
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

F862 Freitas, Mirella Aguiar de.

Prevalência de alterações bucais em pescadoras artesanais / Mirella Aguiar de Freitas. - Salvador, 2016.

90 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Rita de Cássia Franco Rêgo.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Salvador, 2016.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Trabalho.

Linha de pesquisa: Epidemiologia em Saúde, Ambiente e Trabalho.

1. Mucosa oral. 2. Queilite. 3. Cárie dentária. 4. Doença periodontal. 5. Pescadoras. I. Rêgo, Rita de Cássia Franco. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho. III. Título.

CDU: 614:616.31



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO



PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES BUCAIS EM PESCADORAS ARTESANAIS

MIRELLA AGUIAR DE FREITAS

Orientador: Profa. Dra. Rita de Cássia Franco Rêgo

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Salvador
2016

MIRELLA AGUIAR DE FREITAS

**PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES BUCAIS
EM PESCADORAS ARTESANAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 7 de junho de 2016.

Rita de Cássia Franco Rêgo - Orientadora _____
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, Salvador.

Liliane Elze Falcão Lins Kusterer _____
Livre Docente em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia,
Salvador.

Viviane Almeida Sarmiento _____
Doutora em Odontologia (Estomatologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio
Grande do Sul, Porto Alegre

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Medicina da Bahia

ASSOCIAÇÃO DAS MARISQUEIRAS DE SAUBARA (BAHIA, BRASIL)

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Projeto da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)
Nº 7545/2011
2. CAPES - Bolsa de Estudo

*A meus pais, Lula e Jane,
por sempre me incentivarem a ser uma profissional melhor.*

*A meu marido, Eric,
por seu apoio incondicional nas realizações dos meus sonhos.*

AGRADECIMENTOS

À professora Rita Rêgo, pela orientação e confiança no meu trabalho.

À professora Liliane Lins, pelo apoio e consultoria nos dados odontológicos.

Aos professores Fernando Carvalho, Verônica Cadena e Denise Viola, pelo apoio nas análises estatísticas.

A Avilani Martins Pinto que dividiu comigo as dificuldades de realizar uma pesquisa com poucos recursos, pelo exemplo de amizade durante esta caminhada.

Às bolsistas Ellen Lemos e Camile Teixeira, pela ajuda na elaboração do banco de dados.

Às pescadoras da Associação de Marisqueiras de Saubara.

A Marcos Santana e Rafael Cabral, pelo companheirismo durante o mestrado.

Aos professores, colegas e amigos que ganhei nessa etapa tão importante, o meu muito obrigado.

FREITAS, Mirella Aguiar de. *Prevalência de alterações bucais em pescadoras artesanais*. 90 f. il. 2016. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMO

Pescadoras artesanais exercem importante atividade econômica no Brasil, mas poucos estudos buscaram avaliar a condição de saúde bucal desse grupo ocupacional. A dissertação está dividida em dois artigos de corte transversal na comunidade de pescadoras artesanais residentes em Saubara (Bahia, Brasil), no período de janeiro a fevereiro de 2015. A amostra consistiu em 201 mulheres com idade entre 18-65 anos. A ficha de avaliação de saúde bucal recomendada pela Organização Mundial da Saúde foi utilizada para o exame físico. O primeiro artigo avaliou a frequência de patologias bucais nessas mulheres. Foram identificadas alterações de mucosa intraoral em 20,9% das mulheres, Alterações de mucosa oral foram identificadas em 20,9% da população, sendo mais frequentes úlcera aftosa (6,0%), úlcera traumática (5,0%) e abscesso (4,4%). O valor do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) médio foi de 11,13. Casos de periodontite moderada corresponderam a 19,40%. Sete mulheres (3,50%) eram desdentadas totais. O segundo artigo avaliou a prevalência e fatores associados da queilite actínica (QA). A prevalência de QA foi de 6,0% e associou-se estatisticamente as variáveis uso de protetor labial [RP de 0,21 (IC95% 0,07 – 0,63)] e uso de chapéu de aba curta [RP de 0,32 (IC95% 0,10 – 0,98)]. Ações de promoção em saúde são necessárias para esclarecer a população de pescadoras sobre as doenças bucais, principais sinais e sintomas, fatores associados e de como preveni-las e tratá-las adequadamente.

Palavras-chave: Lesões de mucosa oral. Queilite actínica. Cárie dentária. Doença periodontal. Pescadoras artesanais.

FREITAS, Mirella Aguiar de. *Prevalence of oral mucosal lesions in fisherwomen*. 90 pp. ill. 2016. Master Dissertation - Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

ABSTRACT

Artisanal fishers develop an important work activity in Brazil, but few studies have evaluated the oral health condition of this occupational group. The dissertation comprises two cross-section studies carried out among artisanal fishers from Saubara (Bahia, Brazil), from January to February, 2015. The sample consisted of 201 women, aged 18-65 years. The women were examined according to a World Health Organization protocol. A first article described the oral health status of these women focused on the presence of intra oral lesions, caries and periodontal disease. Oral mucosal changes were identified in 20.9%, with aphthous ulcer (6.0%), traumatic ulcer (5.0%) and abscess (4.4%). The mean of DMFT index (decayed, missing, filled tooth) average was 11.13. Moderate periodontitis corresponded to 19.40%. Seven women (3.5%) were edentulous. A second article evaluated the prevalence and associated factors of actinic cheilitis. Actinic cheilitis prevalence was 6.0% and it was inversely associated with the use of lip balm [PR de 0,21 (95%IC 0,07 – 0,63)] and short-brimmed hat [PR de 0,32 (95%IC 0,10 – 0,98)]. Health promotion activities are necessary to inform the population about these diseases and how to prevent and treat them accordingly.

Keywords: Oral mucosal lesions. Actinic cheilitis. Dental caries. Periodontal disease. Artisanal fisherwomen

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO 2

Quadro 1	Características de estudos sobre a prevalência de QA	45
----------	--	----

LISTAS DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1	Características sociodemográficas, hábitos de vida e patologias crônicas em pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.....	24
Tabela 2	Avaliação clínica (exame extraoral, avaliação da ATM, mucosa oral e fluorose dentária), uso e necessidade de prótese em pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.....	25
Tabela 3	Índice CPO-D em pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.....	27
Tabela 4	Condição periodontal de pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015	28
Tabela 5	Condição periodontal de pescadoras artesanais (n=201) por sextante: CPI, Saubara, Bahia, Brasil, 2015.....	29

ARTIGO 2

Tabela 1	Razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC95%) para queilite actínica segundo variáveis sociodemográficas de pescadoras artesanais (N= 201) Saubara, Bahia, Brasil, 2015	43
Tabela 2	Razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) para queilite actínica segundo variáveis de exposição ao sol de pescadoras artesanais (N=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Actinic cheilitis
ATM	Articulação temporomandibular
CAPES	Comissão de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CPI	Community periodontal index
CPO-D	Dentes cariados, perdidos e obturados
DDE	Índice modificado de defeitos de desenvolvimento do esmalte
IC	Intervalo de confiança
ICP	Índice periodontal comunitário
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
NIC	Nível de inserção clínica
OR	Odds ratio (razão de chances)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PD	Profundidade de sondagem
PIP	Perda de inserção periodontal
PR	Prevalence rate
QA	Queilite actínica
RP	Razão de prevalência
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
	ARTIGO 1: Prevalência de lesões de mucosa oral, cárie dentária e doença periodontal em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil..	16
	Resumo	17
	Abstract	18
	1.1 Introdução	19
	1.2 Metodologia	20
	1.3 Resultados	23
	1.4 Discussão	29
	1.5 Conclusão	34
	Referências	34
	ARTIGO 2: Prevalência de queilite actínica e fatores associados em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil	37
	Resumo	38
	Abstract	39
	2.1 Introdução	40
	2.2 Metodologia	41
	2.3 Resultados	43
	2.4 Discussão	47
	2.5 Conclusão	49
	Referências	50
3	CONCLUSÃO	53
	REFERÊNCIAS	54
	APÊNDICES	58
	ANEXOS	78

1 INTRODUÇÃO

As doenças bucais não devem ser avaliadas em separado da condição geral de saúde dos indivíduos, pois podem gerar incômodos que prejudicam a sua atividade produtiva. Dentre as profissões que mais se associam a doenças bucais destacam-se a dos trabalhadores das indústrias, a dos degustadores, a dos sopradores de vidro, a dos sapateiros e as dos que se expõem de forma cumulativa ao sol, como pescadores, agricultores e carteiros (PERES et al., 2006).

A má higiene bucal, ausência de dentes (HENRIQUE et al., 2009), infecções, traumas, doenças sistêmicas e o consumo excessivo de tabaco e bebidas alcólicas são fatores preponderantes para o surgimento de lesões bucais (CAMPISI; MARGIOTTA, 2001; CHANDROTH et al., 2014; SRIDHARAN, 2014). A queilite actínica (QA) é uma alteração labial que pode ser causada pela exposição prolongada ao sol e evoluir para o carcinoma do vermelhão dos lábios (CZERNINSK et al., 2010; PIÑERA-MARQUES et al., 2010). O câncer de cavidade bucal é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo. Segundo a estimativa mundial para o ano de 2012, ocorreram cerca de 300 mil casos de câncer de boca e lábio e 145 mil óbitos deles decorrentes. Em torno de 80% desses cânceres se constataram em países em desenvolvimento (INCA, 2015). Quando se analisa ocorrência do câncer bucal em ambos os sexos, observa-se, para o sexo masculino, uma maior incidência do câncer bucal em sinergismo com fumantes consumidores de bebidas alcólicas (CARVALHO et al., 2010).

Dentre as demais doenças bucais, destacam-se a cárie, uma doença de caráter infeccioso e transmissível, resultado da colonização de bactérias do esmalte dental (NARVAI, 2000) e a doença periodontal, uma inflamação crônica decorrente da infecção dos tecidos de suporte ao redor dos dentes (ALMEIDA et al., 2006).

O número de indivíduos com cárie tende a aumentar com a idade e, para essas pessoas, é maior a prevalência de perda dentária, presença de cálculo e bolsas rasas (sinais de doença periodontal) e maior necessidade de próteses dentárias (CARVALHO et al., 2010). Fatores como maior índice de analfabetismo ou baixa renda podem estar relacionados com a presença de pessoas com mais dentes cariados e/ou perdidos e com menos dentes restaurados. Nesse raciocínio, a presença de maior número de dentes hígidos tem relação com a idade, o consumo de água fluoretada e características socioeconômicas (FRAZÃO et al., 2003).

Pescadores expõem-se a riscos que podem levar a doenças bucais durante sua atividade laboral (PERES et al., 2006). Em geral, a produção do pescador artesanal se destina à obtenção

do alimento para consumo próprio ou comercial, desta forma, a ausência ao trabalho pode causar comprometimento na subsistência dele e da família (BRASIL, 2016).

A dissertação apresentada compreende dois artigos resultantes de um estudo epidemiológico de corte transversal em pescadoras artesanais de Saubara, município do interior do Estado da Bahia, Brasil. O primeiro artigo descreve a condição de saúde bucal dessas trabalhadoras com enfoque na presença de patologias bucais como lesões de mucosa intraoral, cárie dentária e doença periodontal. O segundo artigo avalia a prevalência de queilite actínica e fatores associados a esta doença.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a condição de saúde bucal de pescadoras artesanais em relação a lesões de mucosa oral, queilite actínica, cárie dentária e doença periodontal em Saubara, Bahia, Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimar a prevalência de lesões de mucosa oral, cárie dentária e doença periodontal em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil.

Estimar a prevalência de queilite actínica e identificar fatores associados em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil.

ARTIGO 1**Prevalência de lesões de mucosa oral, cárie dentária e doença periodontal
em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil**

Prevalence of oral mucosal lesions, dental caries, periodontal disease among artisanal
fisherwomen of Saubara, Bahia, Brasil

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a frequência de lesões de mucosa oral, cárie dentária e doença periodontal em pescadoras artesanais/marisqueiras na cidade de Saubara, Bahia, Brasil. Um estudo de corte transversal investigou uma amostra de 201 pescadoras artesanais, com idade entre 18 e 65 anos, cadastradas na Associação de Marisqueiras de Saubara. As profissionais foram examinadas seguindo a ficha de avaliação de saúde bucal recomendada pela Organização Mundial da Saúde. Alterações de mucosa oral foram identificadas em 20,9% da população, sendo mais frequentes úlcera aftosa (6,0%), úlcera traumática (5,0%) e abscesso (4,4%). As localizações mais frequentes foram a crista alveolar/gengiva (8,0%), lábios (6,4%) e mucosa jugal (4,0%). O valor do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) médio foi de 11,13. Os dentes perdidos corresponderam a 56,4%, os cariados, a 24,6%, e os obturados, a 19,0%. A prevalência de periodontite moderada foi de 19,4%. Os achados para os índices periodontal comunitário (IPC) e de perda de inserção periodontal (PIP) foram: periodonto saudável (41,8%) e cálculo dentário (35,8%) para o IPC e; sem perda de inserção patológica (55,7%) e inserção de 4-5mm (29,9%) para o PIP. As pescadoras possuem estado precário de saúde bucal, significando que os programas de saúde bucal do Sistema Único de Saúde precisam promover atenção diferenciada para as comunidades pesqueiras no sentido de reduzir ainda mais estas desigualdades na promoção de melhorias da condição de saúde bucal para estas populações.

Palavras-chave: Lesões da mucosa bucal. Cárie dentária. Doença periodontal. Pescadoras artesanais. Prevalência.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess the oral health status of artisanal fisherwomen in Saubara, Bahia (Brazil). A descriptive cross-sectional study was conducted in 201 fisherwomen, age range between 18 - 65 years, enrolled in the Associação de Marisqueiras de Saubara. It was carried out from January to February 2015. The women were examined according to World Health Organization (WHO, 1997). Oral mucosal changes were identified in 20.9%, with aphthous ulcer (6.0%), traumatic ulcer (5.0%) and abscess (4.4%). The most common locations were the alveolar ridge / gingiva (8.0%), lips (6.4%) and jugal mucosa (4.0%). The mean of DMFT index (decayed, missing, filled tooth) average was 11.13. Missing tooth accounted for 56.4%, decayed, to 24.6%, and filled to 19.00%. Moderate Periodontitis was 19.40%. Data from the Community Periodontal Index (CPI) and Periodontal Attachment Loss Index were reported according to the percentage of women with the highest score: healthy periodontal tissue (41.8%) and dental calculus (35.8%) for the CPI; without pathological insertion loss (55.7%) and insertion of 4-5mm (29.9%) for the PPI. Fisherwomen have poor oral health status, meaning that oral health programs of the Health System need to promote special attention to the fishing communities in order to reduce these inequalities in oral health condition these populations.

Key-words: Oral mucosal lesions. Dental caries. Periodontal disease. Artisanal fisherwomen. Prevalence.

1.1 Introdução

As lesões de mucosa oral têm relação com a má higiene, ausência de dentes (HENRIQUE et al., 2009), infecções, traumas, doenças sistêmicas e consumo excessivo de fumo e de bebidas alcoólicas (CHANDROTH et al., 2014; SRIDHARAN, 2014). Alterações de mucosa oral como a gengivite, candidíase, fibroma, hiperplasia fibrosa inflamatória, queilite actínica e a leucoplasia foram identificadas em adultos residentes de Uberaba (Minas Gerais, Brasil) (HENRIQUE et al., 2009). As lesões predominantes em pescadores da região costeira de Kutch (Gujarat, Índia) foram a leucoplasia e a ulceração, seguidas, minoritariamente, de fibrose submucosa oral e queilite, em sua maioria localizadas nos lábios, na borda do vermelhão dos lábios e em comissuras (CHANDROTH et al., 2014).

A cárie é a doença bucal mais prevalente na população, acometendo indivíduos no mundo inteiro (SILVA et al., 2010). Trata-se de uma patologia infecciosa e transmissível resultante da colonização da superfície do esmalte por microrganismos – especialmente os *Streptococcus mutans*. Essas bactérias metabolizam os carboidratos fermentáveis produzindo ácidos que levam à dissolução do fosfato de cálcio das camadas superficiais da estrutura do esmalte, liberando fosfato e cálcio para o meio bucal. A formação de uma cavidade ocorre pela evolução da perda mineral, podendo levar à destruição de toda a coroa dentária (NARVAI, 2000).

Tendências do padrão da cárie dentária em brasileiros adultos (35 a 44 anos) segundo as regiões do Brasil foram analisadas nos anos de 1986, 2003 e 2010 por Nascimento et al. (2013). Em especial para o sexo feminino, observou-se nesse estudo que a região Nordeste apresentou o menor intervalo para o CPO-D (soma dos dentes cariados, perdidos e obturados) de 19,8 a 20,9 no ano de 1986; para os anos seguintes, os valores foram: CPO-D de 18,4 a 19,6 em 2003, e de 14,7 a 15,4 em 2010. Para o Brasil, ficou demonstrada uma redução do índice de CPO-D de 8% a 13% (1986-2003) e de 11% a 19% (2003-2010) também entre as mulheres. Essa situação foi atribuída ao aumento de dentes hígidos e restaurados, resultado de ações de prevenção e tratamento da cárie, assim como da adição de flúor na água e em cremes dentais.

A gengivite é uma patologia reversível, caracterizada pela inflamação superficial da gengiva, com alterações vasculares e presença de exsudato inflamatório, sem perda de inserção do dente ao periodonto. Entretanto, caso o agente etiológico (bactérias) não seja removido, a evolução pode levar à destruição do periodonto. Já a periodontite é uma infecção produzida por

bactérias gram-negativas, cuja manifestação clínica depende da característica agressora dos microrganismos e da capacidade do hospedeiro em resistir à agressão. A fragilização das estruturas periodontais permite um acesso maior aos agentes bacterianos agressores e/ou seus produtos às áreas subjacentes, podendo levar à formação de bolsas periodontais, com perda óssea e uma contínua migração apical do epitélio (ALMEIDA et al., 2006).

Pacientes adultos atendidos em centros de saúde pública em Recife (Brasil) que apresentaram alta prevalência de alterações periodontais eram em geral homens, indivíduos casados, pessoas mais velhas (31 a 59 anos), com baixo nível socioeconômico e com baixa escolaridade (COELHO et al., 2008).

A doenças bucais influenciam de forma negativa a atividade produtiva do trabalhador. Grande parte da população brasileira busca tardiamente mudanças na condição bucal, o que torna o tratamento mais complexo. A qualidade de vida do paciente pode ser então afetada e a ausência ao trabalho pode gerar redução da sua renda (PERES et al., 2006).

Poucos estudos na literatura analisaram as condições de saúde bucal da população de pescadores. Com relação à prevalência de lesões de mucosa oral foi identificada a pesquisa de Chandroth et. al. (2014) e para a prevalência de alterações labiais, como a queilite actínica, observa-se Piñera-Marques et al. (2010); Ribeiro; Silva; Martins-Filho (2014) e Silva, F. D. et al. (2006). Para o estudo especificamente de cárie e doença periodontal não foi identificado nenhum trabalho nesse grupo ocupacional na literatura disponível no Pubmed até três de maio de 2016. Desta forma, objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de patologias bucais em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil.

1.2 Metodologia

Realizou-se um estudo epidemiológico de corte transversal com pescadoras artesanais, nos meses de janeiro e fevereiro de 2015.

Para calcular a amostra do estudo, assumiu-se a prevalência de patologias bucais de 16,7% (erro 5% e confiança 95%), com base em um estudo anterior para verificação de lesões de pele na mesma população (SILVEIRA, 2014). O sorteio dos participantes foi obtido através de amostragem aleatória, simples e sem reposição, tendo por base o total de 531 pescadoras artesanais cadastradas na Associação das Marisqueiras de Saubara, a amostra mínima

necessária foi estimada em 168 pescadoras. Contudo, considerando as possíveis perdas optou-se por uma amostra final maior que correspondeu a 201 mulheres (30% a mais do mínimo previsto).

Como critérios de inclusão, participaram da pesquisa apenas mulheres pescadoras com idade de 18 a 65 anos. Com a finalidade de evitar o viés de seleção conhecido como efeito do trabalhador sadio, foram incluídas as pescadoras que não estavam trabalhando por motivo de qualquer enfermidade bucal.

Os dados foram coletados com aplicação de um questionário, com perguntas que eram lidas para as entrevistadas pela sua dificuldade de leitura. Porém todas as respostas eram auto referidas. As variáveis analisadas foram: faixa etária (<35 anos, 35 a 44 anos e >45 anos), cor da pele (branca, preta e parda), grau de escolaridade (não alfabetizada, nível fundamental, secundário e universitário – com formação incompleta e completa para as classes), renda mensal familiar total em salários mínimos (R\$724,00 – valor do salário mínimo vigente no Brasil na época da coleta de dados), situação conjugal (casada ou mora com o companheiro, separada, viúva e solteira), hábitos de vida (tabagismo e etilismo) e patologias crônicas (diabetes e hipertensão).

Para exame da cavidade bucal, conduzido por um único cirurgião-dentista, foram utilizados abaixadores de língua de madeira e a sonda periodontal milimetrada recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997) para levantamentos epidemiológicos. As pescadoras artesanais permaneceram sentadas em uma maca portátil posicionada à maneira de uma cadeira odontológica, em ambiente fechado sob luz branca artificial (luz de teto e luminária de mesa). Utilizou-se nessa etapa da pesquisa a ficha de avaliação da saúde bucal, protocolo padrão da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997), com informações sobre: exame extraoral, exame da mucosa oral, opacidade/hipoplasia do esmalte, fluorose dentária, condição dentária, uso e necessidade de prótese, índice periodontal comunitário (ICP) e perda de inserção periodontal (PIP).

Para verificação da opacidade/hipoplasia do esmalte por meio do índice modificado de defeitos de desenvolvimento do esmalte (DDE), foram avaliados dez dentes índices somente nas superfícies vestibulares: 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 36 e 46. A codificação utilizada estabeleceu valores de 0 a 9, sendo 0=normal, 1=opacidade delimitada, 2=opacidade difusa, 3=hipoplasia, 4=outros defeitos, 5=opacidades difusas e delimitadas, 6=opacidades delimitadas e hipoplasia, 7=opacidades difusas e hipoplasia, 8=todas as três condições, 9=sem registro (OMS, 1997).

A fluorose dentária foi avaliada pelo índice de Dean, com o registro de 0=normal, 1=questionável, 2=muito leve, 3=leve, 4=moderada, 5=severa, 8=excluído, 9=sem registro (OMS, 1997).

Para a identificação do uso de prótese superior e/ou inferior, a codificação utilizada estabeleceu valores de 0 a 5, sendo 0=Sem prótese, 1=Prótese fixa, 2= Mais que uma prótese fixa, 3=Prótese parcial removível, 4=Prótese fixa e removível, 5=Prótese total. A necessidade de prótese superior e/ou inferior é avaliada mediante a codificação: 0=Sem necessidade de prótese, 1=Prótese fixa unitária, 2=Prótese fixa ou removível unitária e/ou múltipla, 3=Combinação de prótese fixa e/ou removível unitária e/ou múltipla, 4=Prótese total (BRASIL, 2011; OMS, 1997).

A condição dentária foi avaliada pelo índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados), que determina a soma dos dentes cariados, perdidos e obturados em cada indivíduo (BRASIL, 2011).

Para a utilização do índice periodontal comunitário (IPC), a boca foi dividida em seis sextantes: (i) sextante 1 (dentes 17-14); (ii) sextante 2 (13-23); (iii) sextante 3 (24-27); (iv) sextante 4 (37-34); (v) sextante 5 (33-43); e (vi) sextante 6 (44-47). Dez dentes índices selecionados — 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, 47 — foram examinados com o uso de sonda periodontal milimetrada, em três sítios diferentes (mesial, médio e distal), tanto no lado vestibular quanto no palatino. Os valores estabelecidos variaram de 0 a 4, sendo: 0=hígido; 1=sangramento; 2=cálculo; 3=bolsa de 4-5mm; e 4=bolsa de 6mm ou mais. Foram excluídos os sextantes que apresentaram menos de dois dentes funcionais presentes ou com indicação para exodontia. A pontuação mais alta foi anotada para cada sextante, e o valor do IPC registrado corresponde ao maior valor de todos os sextantes do indivíduo (OMS, 1997; COELHO et al., 2008; CHALUB; PÉRET, 2010). Também foi registrada a condição de cada sextante avaliado, analisando-se separadamente a presença ou ausência de cada um dos indicadores de gengivite (sangramento), higiene bucal (cálculo dentário) e de doença periodontal atual ou passada (bolsas de 4-5mm e de 6mm ou mais). Como um complemento desse índice, também foi calculada a perda de inserção periodontal (PIP) a partir dos dentes índices dos seis sextantes, com o objetivo de identificar-se uma estimativa de destruição do ligamento periodontal, mediante a codificação: 0=0-3mm; 1=4-5mm; 2=6-8mm; 3=9-11mm; 4=12mm ou mais (OMS, 1997; BRASIL, 2011).

Para avaliar-se a doença periodontal, foram levados em conta estudos disponíveis (PAGE; EKE, 2007; LEROY; EATON; SAVAGE, 2010; EKE et al., 2012) e a classificação

utilizada pela Associação Europeia de Saúde Pública Dental que estabelece clinicamente os seguintes graus: (i) periodontite grave, quando se encontra um número igual a ou maior do que duas áreas interproximais com nível de inserção clínica (NIC) ≥ 6 mm não no mesmo dente, e uma ou mais áreas interproximais com profundidade de sondagem (PD) ≥ 5 mm; (ii) periodontite moderada, quando se identificam duas ou mais áreas interproximais com NIC ≥ 4 mm não no mesmo dente, ou duas ou mais áreas interproximais com PD ≥ 5 mm não no mesmo dente; e (iii) periodontite leve, definida nos casos de se constatarem duas ou mais áreas interproximais com NIC ≥ 3 mm e dois ou mais locais interproximais com PD ≥ 4 mm não no mesmo dente, ou uma área interproximal com PD ≥ 5 mm.

Os dados das variáveis do estudo foram digitados no programa Microsoft Excel 2013 e exportados para o *software* R 3.1.3. Foram calculadas medidas de tendência central, de posição e de dispersão para a variável condição dental; e valores absolutos e frequências para as demais variáveis. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Parecer nº 234.163) e todas as entrevistadas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), não havendo recusas. As pescadoras identificadas como portadoras de alterações bucais receberam um plano de tratamento e carta de encaminhamento para atendimento odontológico.

1.3 Resultados

O maior número de entrevistadas (81 mulheres), entre as 201 pescadoras, situava-se na faixa etária acima de 44 anos (40,2%); 53,2% (n=107) mulheres declaram ter a cor da pele preta; a maioria (63,2%; n=127) estudou até o ensino fundamental (formação incompleta e completa); 58,7% (n=118) eram casadas/ moravam com o companheiro e 73,1% (n=147) tinham renda mensal de menos de um salário mínimo. Analisando-se alguns de seus hábitos de vida; 78,6% (n=158) nunca fumaram e o consumo de bebidas alcoólicas foi identificado em 42,8% (n=86) das mulheres. Quanto à presença de patologias crônicas, 9,4% (n=19) eram diabéticas e 21,4% (n=43), hipertensas. É o que se observa na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas, hábitos de vida e patologias crônicas em pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Variável	n	%
Faixa etária		
< 35 anos	60	29,9
35 a 44 anos	60	29,9
> 44 anos	81	40,2
Cor da pele		
Branca	2	1,0
Parda	92	45,8
Preta	107	53,2
Escolaridade		
Não alfabetizada	6	3,0
Fundamental (completo, incompleto)	127	63,2
Secundário (completo, incompleto)	67	33,3
Universitário (incompleto)	1	0,5
Situação conjugal		
Casada/ Mora com o companheiro	118	58,7
Separada/Viúva/ Solteira	83	41,3
Renda Mensal		
Menor que um salário mínimo / não sabe	147	73,1
Maior do que um salário mínimo	54	26,9
Tabagismo		
Fuma atualmente	9	4,5
Fumou no passado	34	16,9
Nunca fumou	158	78,6
Etilismo		
Bebe atualmente	86	42,8
Bebeu no passado	62	30,8
Nunca bebeu	53	26,4
Diabetes		
Sim	19	9,4
Não	182	90,6
Hipertensão		
Sim	43	21,4
Não	158	78,6

Fonte: Banco de dados de Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

De acordo com a Tabela 2, o exame extraoral identificou 12 casos (6,0%) de ulceração, feridas, erosões, fissuras em comissuras, e um caso (0,5%) em região de nariz, zigomático e mento. Em relação as desordens da articulação temporomandibular (ATM) das pescadoras artesanais examinadas 30 (14,9%) apresentaram sintomas; quanto aos sinais de alterações,

observou o estalido (26 casos; 12,9%), sensibilidade à palpação (4 casos; 2,0%) e mobilidade reduzida da mandíbula (6 casos; 3,0%).

A mucosa oral apresentou condições normais em 79,1% da amostra. Das condições de mucosa oral evidenciadas, a mais presente foi úlcera aftosa (12 lesões; 6,0%) seguida por úlcera traumática (10 lesões; 5,0%) e por abscesso (9 lesões; 4,4%). As localizações mais frequentes das condições de mucosa oral encontradas foram: crista alveolar/gengiva (8,0%), lábios (6,4%) e mucosa jugal (4,0%). Estavam com sinais de fluorose dentária 6,5% (n=13) das pescadoras examinadas, apresentando variados graus de ocorrência, com o tipo muito leve o mais frequente (3,0%). Na maioria das pescadoras, não foi identificado o uso de qualquer tipo de prótese dentária superior (85,6%) ou inferior (96,5%). No entanto; 66,2% delas necessitavam de prótese superior, e 65,7%, de prótese inferior. As mais indicadas, no caso de próteses superiores e inferiores foram prótese fixa ou removível unitária e/ou múltipla, respectivamente, em 32,3% e 40,8% (Tabela 2). Apenas 20,9% das pescadoras não necessitam de prótese em arcada superior ou inferior.

Tabela 2 – Avaliação clínica (exame extraoral, avaliação da ATM, mucosa oral e fluorose dentária), uso e necessidade de prótese em pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Variável	n	%
<i>Avaliação clínica</i>		
Exame extraoral		
Aparência normal	188	93,5
Ulceração, feridas, erosões, fissuras (comissuras)	12	6,0
Ulceração, feridas, erosões, fissuras (nariz, zigomático e mento)	1	0,5
Avaliação da ATM – sintomas		
Sim	30	14,9
Não	171	85,1
Avaliação da ATM – sinais		
Estalido		
Sim	26	12,9
Não	175	87,1
Sensibilidade à palpação		
Sim	4	2,0
Não	197	98,0
Mobilidade reduzida da mandíbula		
Sim	6	3,0
Não	195	97,0
Mucosa oral – condição		
Abscesso	9	4,4
Candidíase	3	1,5

Tabela 2 – Avaliação clínica (exame extraoral, avaliação da ATM, mucosa oral e fluorose dentária), uso e necessidade de prótese em pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Variável	n	%
<i>Avaliação clínica</i>		
Mucosa oral – condição		
Gengivite necrosante aguda	2	1,0
Leucoplasia	1	0,5
Líquen plano	2	1,0
Mucocele	3	1,5
Úlcera aftosa	12	6,0
Úlcera traumática	10	5,0
Normal	159	79,1
Mucosa oral – localização		
Comissuras	1	0,5
Crista alveolar / Gengiva	16	8,0
Lábios	13	6,4
Língua	3	1,5
Mucosa jugal	8	4,0
Palato	1	0,5
Sem registro	159	79,1
Fluorose dentária		
Normal	181	90,0
Questionável	3	1,5
Muito leve	6	3,0
Leve	2	1,0
Moderada	1	0,5
Severa	1	0,5
Sem registro	7	3,5
<i>Uso e necessidade de prótese</i>		
Uso de prótese em arcada superior		
Sem prótese	172	85,6
Mais de uma prótese fixa	1	0,5
Prótese parcial removível	21	10,4
Prótese fixa e removível	1	0,5
Prótese total	6	3,0
Uso de prótese em arcada inferior		
Sem Prótese	194	96,5
Prótese fixa	1	0,5
Prótese parcial removível	4	2,0
Prótese fixa e removível	0	0,0
Prótese total	2	1,0
Necessidade de prótese em arcada superior		
Sem necessidade	68	33,8
Prótese fixa unitária	53	26,4
Prótese fixa ou removível unitária e/ou múltipla	65	32,3
Prótese fixa e/ou removível unitária e/ou múltipla	6	3,0
Prótese total	9	4,5

Tabela 2 – Avaliação clínica (exame extraoral, avaliação da ATM, mucosa oral e fluorose dentária), uso e necessidade de prótese em pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Variável	n	%
<i>Uso e necessidade de prótese</i>		
Necessidade de prótese em arcada inferior		
Sem necessidade	69	34,3
Prótese fixa unitária	39	19,4
Prótese fixa ou removível unitária e/ou múltipla	82	40,8
Prótese fixa e/ou removível unitária e/ou múltipla	7	3,5
Prótese total	4	2,0

Fonte: Banco de dados de Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Dentre as pescadoras estudadas, observou-se ausência de 332 (16,5%) dentes índices para a avaliação da opacidade e/ou hipoplasia do esmalte. Dos 1678 dentes índices presentes, 2,2% exibiram alterações como: opacidade delimitada (0,9%), opacidade difusa (0,6%) e hipoplasia (0,7%). Para o cálculo dessa variável o total final (n= 1678) foi obtido pela diferença entre o resultado da multiplicação do número de entrevistadas e de dentes índices a serem avaliados (n=2010) e o total de índices ausentes (n=332).

A falta de pelo menos um dente e a presença de pelo menos um dente cariado foi notado respectivamente em 83,1% e 75,1% das mulheres. De acordo com a Tabela 3, as pescadoras artesanais investigadas possuíam, em média, 2,73 dentes cariados na boca; em 50,0% delas, havia pelo menos dois dentes cariados, e, em 25,0%, cinco ou mais dentes nessa situação; o número máximo de dentes cariados foi 12. A média foi de aproximadamente seis perdidos em cada pescadora; em 50,0% delas, havia pelo menos quatro dentes perdidos. A média de dentes obturados foi de 2,11; em 25,0% delas havia três ou mais dentes obturados. O índice CPO-D médio foi de 11,13 (mínimo 0 e máximo 32). O valor obtido para dentes cariados correspondeu a 24,6% do total do CPO-D; para os dentes perdidos foi 56,4% e 19,0% dos dentes eram obturados.

Tabela 3 – Índice CPO-D em pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Variável	Média	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo
Dentes cariados	2,73	0,00	1,00	2,00	5,00	12,00
Dentes perdidos	6,27	0,00	1,00	4,00	8,00	32,00
Dentes obturados	2,11	0,00	0,00	1,00	3,00	15,00
CPO-D	11,13	0,00	5,00	10,00	16,00	32,00

Fonte: Banco de dados de Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

De acordo com a classificação da periodontite em grave, moderada e leve (PAGE; EKE, 2007; LEROY; EATON; SAVAGE, 2010; EKE et al., 2012), 19,4% das pescadoras estudadas apresentaram periodontite moderada, não tendo sido registrados casos de periodontite grave ou leve (Tabela 4). Os resultados do índice periodontal comunitário (IPC) e da perda de inserção periodontal (PIP) corresponderam ao pior escore individual identificado em cada pescadora. Na análise dos sextantes de cada participante da amostra, observou-se que sete mulheres (3,5%) eram desdentadas totais. Em relação ao IPC, 54,7% apresentavam alterações periodontais, sendo o cálculo dentário encontrado em 35,8%, o sangramento gengival em 13,4%, e apenas 4,5% e 1,0% exibiram, respectivamente, bolsas rasas (4-5 mm) e profundas (≥ 6 mm). Notou-se, ainda, que 41,8% das pescadoras apresentaram o periodonto saudável. Quanto à PIP, 55,7% das mulheres não exibiram perda de inserção patológica (0-3 mm), e a perda mais presente foi de 4-5 mm (29,9%).

Tabela 4 – Condição periodontal de pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Variável	n	%
<i>Classificação da condição Periodontal</i>		
Periodontite grave	0	0,0
Periodontite moderada	39	19,4
Periodontite leve	0	0,0
Nenhuma periodontite	162	80,6
<i>Índice periodontal comunitário (IPC)</i>		
Hígido	84	41,8
Sangramento	27	13,4
Cálculo	72	35,8
Bolsa de 4-5 mm (rasas)	9	4,5
Bolsa de 6 mm ou mais (profundas)	2	1,0
Todos sextantes excluídos	7	3,5
<i>Perda de inserção periodontal (PIP)</i>		
0-3 mm	112	55,7
4-5 mm	60	29,9
6-8 mm	16	7,9
9-11 mm	4	2,0
12 mm ou mais	2	1,0
Todos sextantes excluídos	7	3,5

Fonte: Banco de dados de Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Analisando-se a prevalência individual de cada agravo do IPC, dos 1.206 sextantes examinados, um total de 177 (14,7%) foram excluídos e os resultados foram os seguintes, em ordem decrescente: hígido (67,8%), cálculo (10,4%), sangramento (6,2%), bolsas rasas (0,7%)

e bolsas profundas (0,2%). Desse modo, não houve subestimação do sangramento, indicativo da presença de gengivite. O sextante 2 apresentou o maior número de dentes hígidos; sangramento foi a condição mais prevalente no sextante 3, e cálculo no sextante 5; não foram encontradas bolsas periodontais no sextante 2; nos sextantes 1 e 6, foram identificadas tanto bolsas rasas quanto profundas (Tabela 5).

Tabela 5 – Condição periodontal de pescadoras artesanais (n=201) por sextante: IPC, Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

IPC	Classe	Sextante 1		Sextante 2		Sextante 3		Sextante 4		Sextante 5		Sextante 6	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	Hígido	138	68,6	159	79,1	127	63,2	137	68,1	123	61,1	134	66,6
1	Sangramento	12	6,0	8	4,0	19	9,4	11	5,5	13	6,5	11	5,5
2	Cálculo	19	9,5	7	3,5	24	12,0	9	4,5	53	26,4	14	7,0
3	Bolsa de 4-5 mm	3	1,5	0	0,0	1	0,5	1	0,5	3	1,5	1	0,5
4	Bolsa \geq 6 mm	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5
X	Sextante excluído	28	13,9	27	13,4	30	14,9	43	21,4	9	4,5	40	19,9

Fonte: Banco de dados de Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

1.4 Discussão

Os resultados apontam alta prevalência de lesões de mucosa oral, cárie dental e doença periodontal na população de pescadoras artesanais, embora em proporção menor quando comparada à estudos com população geral e em trabalhadores da pesca de outras nacionalidades (ALMEIDA et al., 2012; BASTOS et al., 2010; BRASIL, 2011; CHANDROTH et al., 2014; COELHO et al., 2008; EUSTAQUIO; MONTIEL, ALMERICH, 2010; HENRIQUE et al., 2009; ROMANELLI et al., 2007, VANO et al., 2015). No presente estudo, em torno de 20,9% das mulheres apresentaram alterações de mucosa oral, como as úlceras aftosa e traumática, abcesso gengival, mucocele, candidíase, gengivite necrosante aguda, líquen plano e leucoplasia. As localizações mais frequentes identificadas foram a crista alveolar/gengiva, os lábios e a mucosa oral. A prevalência das lesões identificadas no presente estudo foi superior a encontrada em Shangai de 10,8%, entre elas língua fissurada (3,2%), aftas recorrentes (1,45%), úlcera traumática (1,1%), queilite angular (0,9%), líquen plano (0,8%) e leucoplasia (0,2%) (FENG et al., 2015).

Segundo Chandroth et al. (2014), analisando pescadores da região costeira de Kutch (Gujarat, Índia), trinta por cento exibiram como a leucoplasia (13,8%) e ulceração (7,2%),

seguidas, minoritariamente, de fibrose submucosa oral e queilite, em sua maioria localizadas nos lábios (53,4%), na borda do vermelhão dos lábios (23,5%) e em comissuras (10,9%).

Henrique et al. (2009) identificaram alterações de mucosa oral em 54,4% dos adultos residentes na cidade de Uberaba (Minas Gerais, Brasil), dentre elas, gengivite (6,6%), candidíase (4,5%), fibroma (3,2%), hiperplasia fibrosa inflamatória (3,1%), queilite actínica (2,4%) úlcera traumática (1,7%), mucocele (1,2%), leucoplasia bucal (1,2%) e afta menor (1,2%). Segundo Volkweis, Garcia e Pacheco (2010), as lesões mais prevalentes nos pacientes atendidos na especialidade de Estomatologia do Centro de Especialidade Odontológica do Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil) foram as estomatites (28% do total), estando nesse grupo aftas, hiperplasia inflamatória e fibrosa, queilite angular, candidíase, líquen plano, granuloma piogênico, herpes simples e hiperplasia papilomatosa.

Andrade et al. (2011) identificaram uma prevalência de 84,9% de alterações de mucosa oral nos indivíduos atendidos em Diamantina (Minas Gerais, Brasil), foram analisados nesse grupo tanto patologias como variações de normalidade das estruturas da cavidade oral. Dentre as alterações diagnosticadas as mais frequentes foram: a mácula melanótica (36,0%), linha alba (33,9%), úlceras traumáticas (21,5%), grânulos de Fordyce (20,4%), língua saburrosa (12,5%).

A grande variação na prevalência das lesões nos trabalhos acima citados se dá possivelmente pelos diferentes desenhos metodológicos, características socioeconômicas, tipos de alimentos ingeridos e hábitos de vida existentes nesses diversos grupos populacionais do Brasil e do mundo.

Os hábitos de vida estão associados com as mais diferentes patologias bucais (CHANDROTH et. al.; 2014; PATIL E MAHESHWARI, 2010; VOLKWEIS, GARCIA E PACHECO, 2010). Não há, contudo, na literatura um consenso entre essa associação. No presente estudo de caráter descritivo a maioria das pescadoras não consumiam tabaco e bebidas alcoólicas, fato que pode ser entendido pelo cuidado do sexo feminino com hábitos mais saudáveis.

De acordo com Henrique e colaboradores (2009) o número de adultos tabagistas (25%) presentes na sua pesquisa foi maior do que o de etilistas (15%). Dentre os pescadores indianos (CHANDROTH et al., 2014), 97,9% da população pesquisada consumiam tabaco e álcool, a maioria (88,1%) consumia um ou ambos de alguma forma; 74,1% apresentavam os dois hábitos, e cerca de metade daqueles que fumavam e mascavam fumo evidenciaram lesões na mucosa oral; em contrapartida, apenas 8,5% daqueles que não tinham esses hábitos exibiram alterações, constatando-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

De acordo com Patil e Maheshwari (2013), em uma população de indianos, as alterações de mucosa oral foram mais prevalentes (26,8%) nos indivíduos com hábitos nocivos (fumar, mastigar tabaco, consumir bebidas alcoólicas ou a combinação desses) em comparação com os demais (2,8%). A chance de desenvolver lesões bucais nos fumantes foi de quase 11,9 vezes mais do que nos abstêmios.

No presente estudo, 21,4% das pescadoras artesanais eram hipertensas, e 9,4%, diabéticas, achados esses diferentes do índice de 4,9% de hipertensos de indivíduos do Vale do Jequitinhonha (Minas Gerais, Brasil) no qual também não se registrou uma relação de alterações da mucosa oral com doenças sistêmicas (ANDRADE et al., 2011).

Em Saubara, as pescadoras exibiram CPO-D médio de 11,13. A prevalência de cárie foi de 24,6% do total do CPO-D e média de dentes perdidos foi de 6,27. Essas mulheres possuem na sua dieta alimentos vegetais como hortaliças, legumes, crucíferas e folhosas; além de mariscos e crustáceos o que caracteriza uma dieta menos cariogênica, corroborando com os achados do presente estudo.

Eustaquio, Montiel e Almerich (2010) identificaram um índice de CPO-D inferior ao atual estudo, no valor de 7,64 em indivíduos de 35 a 44 anos na região de Valência (Espanha). Um outro estudo que procurou determinar a relação entre o nível educacional de italianos e os hábitos de higiene oral, o CPO-D médio foi de 4,37; uma média de 1,43 de dentes cariados, de 0,41 de perdidos e de 2,53 de obturados (VANO et al., 2015).

No entanto, outras investigações observaram valores do índice CPO-D superiores aos constatados no presente estudo. Como em uma população selecionada em Salvador (Bahia, Brasil) o CPO-D médio identificado nos adultos (35 a 44 anos) foi de 14,1; os dentes perdidos corresponderam a 60%, os obturados a 21%, e os cariados a 19% (ALMEIDA et al., 2012). Mulheres da região Nordeste apresentaram CPO-D variando de 14,7 a 15,4 (NASCIMENTO et al., 2013).

O perfil da cárie dentária de adultos de Monte Negro (Rondônia, Brasi), apresentou CPO-D médio de 16,00; indivíduos na faixa de idade entre 35 a 44 anos foram os que mais sofreram com a perda de dentes (média de 9,79); todos dessa faixa apresentaram pelo menos uma cárie (média de 2,21) e seu aumento progrediu com o avanço da idade (BASTOS et al., 2010). No Projeto SBBrasil 2010, realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) o CPO-D médio foi 16,75 para indivíduos adultos (35 a 44 anos) com os dentes perdidos correspondendo a 44,7%.

Os resultados díspares em relação ao CPO-D se dão provavelmente pelos diferentes tipos de dietas, condições sociais, educacionais, econômicas e dificuldades de acesso a serviços

de saúde nas diversas populações; para as pescadoras de Saubara, os resultados podem ser provavelmente justificados pelo alto consumo de mariscos com uma dieta menos cariogênica.

Observou-se uma prevalência de 19,4% de periodontite moderada no presente estudo, revelando uma pobre condição periodontal. Constatou-se a presença de 54,7% dos escores de 1 a 4 para o IPC, valores menores aos estudos identificados. O sextante 2 foi o mais saudável, fato entendido pela maior facilidade de higienização dessa região bucal. O cálculo foi mais prevalente no quinto sextante, umas das regiões de maior incidência na cavidade bucal. Nas pesquisas avaliadas, as diferenças culturais e econômicas entre as regiões estudadas podem influenciar nos resultados dos índices de avaliação bucal.

Avaliando-se a necessidade de tratamento periodontal em pacientes argentinos adultos (ROMANELLI et al., 2007), foi identificado cálculo em 38,8% da amostra, bolsas rasas, em 26,4%, sangramento, em 17,2%, e bolsas profundas, em 14,3%; o percentual de dentes hígidos foi de apenas 3,2%, bem abaixo do identificado no presente estudo (41,8%). A prevalência dos escores de 1 a 4 foi de 96,7%. Para os adultos de Recife (Pernambuco, Brasil) se identificou a prevalência de 89,3% dos escores de 1 a 4 para o IPC, tendo-se observado 61,8% de cálculo dentário, 15,2% de bolsas de 4-5 mm e 2% de bolsas ≥ 6 mm. Os sextantes mais saudáveis foram o segundo e o quinto, no entanto, o cálculo também foi mais prevalente no quinto, e as bolsas no terceiro. Houve associação significativa entre as condições periodontais e o sexo, o estado civil e o nível educacional (COELHO et al., 2008).

A presença de cálculo foi o escore mais prevalente de modo semelhante ao do presente estudo (35,8%), entre os indivíduos de 35-44 anos em Valência, Espanha (EUSTAQUIO; MONTIEL; ALMERICH, 2010), 60,0% apresentaram cálculo dentário; 15,8%, bolsas rasas; 13,0%, dentes hígidos; em 5,5% ocorreu sangramento; em 4,6%, bolsas profundas, tendo-se excluído 1,8% dos sextantes. Por outro lado, diferente do presente estudo, sangramento gengival foi a característica mais presente em 39% de uma amostra de italianos adultos, seguido de cálculo dentário (29%), bolsas periodontais rasas (8%) e profundas (3%); a condição hígido correspondeu a 21% (VANO et al., 2015).

A análise da prevalência individual de cada agravo do IPC foi usada também para o presente estudo, pois quando se avalia apenas o maior escore individual pode haver uma subestimação do sangramento, indicativo da presença de gengivite, por ter no IPC um valor de escore inferior ao do cálculo dentário. O citado Projeto SBBrazil 2010 (2011) determinou como resposta a prevalência individual dos agravos, como exposto acima. Os sextantes excluídos obtiveram o pior escore (32,3%) para o grupo etário de 35 a 44 anos, seguido por 28,6% com cálculo; 17,8% com todos os sextantes hígidos; 15,2% com bolsas de 4-mm; 4,2% com bolsas

≥ 6 mm e 1,9% com sangramento. O cálculo dentário foi a alteração periodontal mais notada no sextante 5, e o sextante 2 apresentou o menor valor de bolsas periodontais e o maior de dentes hígidos. Seguindo-se essa linha de raciocínio, no presente estudo não houve alteração periodontal na maioria das pescadoras artesanais analisadas (67,8%), e 14,7% tiveram sextantes excluídos. Coincidentemente, o cálculo dentário foi também a condição mais presente no sextante 5, e não se registraram bolsas periodontais no sextante 2, no qual também se observou o maior número de dentes hígidos.

Para o PIP; 55,7% das pescadoras não exibiram perda de inserção patológica (igualmente código 0), e, em 29,9% delas, a perda de inserção periodontal de 4-5mm foi a mais presente. Resultados que corroboram os do Projeto SBBrasil 2010 (BRASIL, 2011) para a perda de inserção periodontal (PIP) identificada pelo percentual de pior escore, 51,3% dos adultos (35 a 44 anos) receberam a codificação 0 (0-3mm), e a condição de alteração periodontal mais presente foi a também a perda de 4-5mm (13,2%).

Sintomas e sinais de alterações de ATM foram identificados nas pescadoras de Saubara relacionada a grande necessidade de próteses dentárias. A maioria das mulheres não faziam uso de prótese dentária superior e inferior apesar da indicação das mesmas, impactando na saúde da trabalhadora, resultado de numa atividade mastigatória deficiente. Comparando-se com os resultados do Projeto SBBrasil 2010 (BRASIL, 2011), que analisou a condição de saúde bucal da população urbana, com o objetivo de servir de base para o planejamento e avaliação das ações do Serviço Único de Saúde, verifica-se que as pescadoras artesanais apresentam uma maior necessidade de uso de prótese que a população verificada neste estudo, de adultos com idades entre 35 e 44 anos. No estudo de Brasil (2011), apenas 7,2% das pessoas não usavam prótese dentária superior, a prótese parcial removível foi identificada em 16,0% dos investigados, e a prótese total, em 9,1%. A necessidade de uma prótese parcial nos dois maxilares e em um maxilar foi, respectivamente, de 26,1% e 41,3%; para a prótese total, a carência em um maxilar foi de 0,6% e de 0,3% em ambos; e 31,2% dos avaliados não precisavam de prótese.

Dos adultos cadastrados em unidades de saúde da família em Salvador (Bahia, Brasil) com idades entre 35 e 44 anos, 23% usavam próteses dentárias, 70,1% careciam de alguma prótese superior, e 79,7% de prótese inferior, fosse uma prótese fixa ou uma prótese parcial removível com mais de um elemento (ALMEIDA et al., 2012). Essa diferença entre os estudos pode ser demonstrada pelo maior número de dentes perdidos das pescadoras, decorrente de má higiene, infecções, traumas e da falta de acesso aos serviços de saúde. O serviço protético odontológico só está disponível em algumas unidades especializadas de saúde, por ser um ramo

da Odontologia com um custo mais elevado, resultando numa maior dificuldade de acesso para a obtenção das próteses.

1.5 Conclusão

Este estudo descreve a condição da saúde bucal de pescadoras artesanais, não tendo sido identificado, na literatura disponível no Pubmed até três de maio de 2016, um trabalho que apresentasse todas as dimensões analisadas no presente artigo para os trabalhadores da pesca.

Os resultados revelaram que as pescadoras apresentaram alterações intraorais de mucosa sendo as mais frequentes ulcerações aftosas e traumáticas. Foram identificadas prevalências significativas de cárie e de doença periodontal. Os sinais e sintomas de alterações da ATM presentes nas estudadas resultaram da grande necessidade de prótese dentária.

O estado de saúde bucal das pescadoras artesanais de Saubara é precário com várias necessidades, desta forma os programas de saúde bucal associados ao Sistema Único de Saúde precisam promover atenção diferenciada para as comunidades pesqueiras no sentido de reduzir ainda mais estas desigualdades na promoção de melhorias da condição de saúde bucal para estas populações.

Referências

ALMEIDA, R. F. et al. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v.22, n.11, p.379-90, nov. 2006.

ALMEIDA, T. F. et al. Condições de saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos cadastrados em unidades de saúde da família do município de Salvador, estado da Bahia, Brasil, em 2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.21, n.1, p.109-118, jan./mar. 2012.

ANDRADE, R. G. V. et al. Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v.25, n.5, p.393-400, Sept./Oct. 2011.

BASTOS, R. S. et al. Dental caries profile in Monte Negro, Amazonian state of Rondônia, Brazil, in 2008. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, v.18, n.5, p.437-441, Sept./Oct. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SBBrasil 2010. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

CHALUB, L. L. F.; PÉRET, A. C. A. Desempenho do índice periodontal comunitário (IPC) na determinação da condição periodontal: enfoque no exame parcial. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, Belo Horizonte, v.6, n.3, p.155-162, set./dez. 2010.

CHANDROTH, S. V. et al. Prevalence of oral mucosal lesions among fishermen of Kutch coast, Gujarat, India. **International Maritime Health**, Gdańsk, v.65, n. 4, p.192-198, Dec. 2014.

COELHO, R. S. et al. Profile of periodontal conditions in a Brazilian adult population. **Oral Health & Preventive Dentistry**, London, v.6, n. 2, Mar. 2008.

EKE, P. I. et al. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. **Journal of Dental Research**, Michigan, v.91, n.10, p.914-920, Oct. 2012.

EUSTAQUIO, M. V.; MONTIEL, J. M.; ALMERICH, J. M. Oral health survey of the adult population of the Valencia region (Spain). **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valencia, v.15, n. 3, p. e538-44, May 2010.

FENG, J. et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: a cross-sectional study in Shanghai, China. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, Oxford, v.44, n.7, p.490-494, Aug. 2015.

HENRIQUE, P. R. et al. Prevalência de alterações da mucosa bucal em indivíduos adultos da população de Uberaba, Minas Gerais. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.57, n.3, jul./set. 2009.

LEROY, R.; EATON, K. A.; SAVAGE, A. Methodological issues in epidemiological studies of periodontitis-how can it be improved? **BMC Oral Health**, London, v.10, n.1, p.8, Apr. 2010.

NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.381-392, 2000.

NASCIMENTO, S. et al. Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n. suppl. 3, p.69-77, dez. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal. Manual de instruções**. 4. ed. 1997. Disponível em: <http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/downloads/2011/10/Manual-OMS_4a-ed.pdf>. Acesso em: 25 out. 2014.

PAGE, R. C.; EKE, P. I. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. **Journal of Periodontology**, Chicago, v.78, n.7S, p.1387-1399, July 2007.

PATIL, S.; MAHESHWARI, S. Prevalence of lip lesions in an Indian population. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, Valencia, v.6, n.4, p.374-348, Oct., 2014.

- PERES, S. H. de C. S. et al. Absenteísmo: uma revisão da literatura sobre a ausência ao trabalho relacionada à odontologia. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v.27, n.2, p.96-100, jul./dez. 2006.
- PIÑERA-MARQUES, Karine et al. Actinic lesions in fishermen's lower lip: clinical, cytopathological and histopathologic analysis. **Clinics**, São Paulo, v.65, n.4, p.363-367, Apr. 2010.
- RIBEIRO, A. O.; SILVA, L. C. F.; MARTINS-FILHO, P. R. S. Prevalence of and risk factors for actinic cheilitis in Brazilian fishermen and women. **International Journal of Dermatology**, Oxford, v.53, n.11, p.1370-1376, nov. 2014.
- ROMANELLI, H. et al. Periodontal treatment needs in Argentine adult subjects. **Acta Odontológica Latinoamericana**, Buenos Aires, v.20, n.1, p.39-47, July 2007.
- SILVA, F. D. da et al. Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da ilha de Santa Catarina. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.21, n.51, p.37-42, jan./mar. 2006.
- SILVA, R. H. A. et al. Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos cuidados em saúde bucal em moradores da região rural ribeirinha em Rondônia Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.supl 1, p.1475-80, jun. 2010.
- SILVEIRA, T. L. V. A. Associação entre lesões sugestivas de câncer de pele e exposição solar ocupacional em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil. 2014. 41 f. Monografia (Graduação) - Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- SRIDHARAN, G. Epidemiology, control and prevention of tobacco induced oral mucosal lesions in India. **Indian Journal of Cancer**, Mumbai, v.51, n.1, p.80, June 2014.
- VANO, M. et al. The influence of educational level and oral hygiene behaviours on DMFT index and IPCTN index in an adult Italian population: an epidemiological study. **International Journal of Dental Hygiene**, Oxford, v.13, n.2, p.151-157, May 2015.
- VOLKWEIS, M. R.; GARCIA, R.; PACHECO, C. A. Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.58, n.1, p.21-25, jan./ mar. 2010.

ARTIGO 2

Prevalência de queilite actínica e fatores associados em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil

Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in artisanal fisherwomen of Saubara, Bahia, Brasil

RESUMO

A queilite actínica (QA) é uma lesão potencialmente cancerígena associada à exposição excessiva ou crônica à radiação ultravioleta. O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de QA e identificar fatores associados em uma população de pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil. Em uma amostra aleatória simples de 201 pescadoras artesanais, aplicou-se um questionário que reuniu dados sociodemográficos e sobre a exposição profissional ao sol. Todas as pescadoras foram examinadas clinicamente por uma cirurgiã-dentista quanto à presença de queilite actínica. A prevalência de QA foi de 6,0% (12 pescadoras). O uso de protetor labial [RP de 0,21 (IC95% 0,07 – 0,63)] e de chapéu de aba curta [RP de 0,32 (IC95% 0,10 – 0,98)] foram fatores de proteção estatisticamente associados à QA. Ações de promoção em saúde são necessárias para esclarecimento à população acerca da doença e de como preveni-la.

Palavras-chave: Queilite actínica. Pescador artesanal. Lábios. Fatores de Risco. Prevalência

ABSTRACT

Actinic cheilitis (AC) is a potentially cancerous lesion associated with excessive or chronic sun exposure. The aim of this study was to determine the prevalence and associated factors about AC in fisherwomen of Saubara, Bahia, Brazil. A cross-sectional study was carried out in a representative sample (n = 201) of fisherwomen. Demographic data and occupational exposure to the sun were collected. All fisherwomen were clinically examined for the presence of actinic cheilitis by a dentist. AC prevalence was 6.0% (12 fisherwomen), below most of the studies about this disease, it was inversely associated with the use of lip balm [PR de 0,21 (95%IC 0,07 – 0,63)] and short-brimmed hat [PR de 0,32 (95%IC 0,10 – 0,98)]. Health promotion activities are need for help the population about this disease and how to prevent it.

Key-words: Actinic cheilitis. Fisherman. Lip. Risk factors. Prevalence.

2.1 Introdução

A pesca artesanal representa uma importante modalidade de trabalho informal no Brasil que gera quase 45% do total da produção anual de pescado. Estima-se que existam aproximadamente um milhão de pescadores artesanais no país, correspondendo a razão de um pescador artesanal para duzentos brasileiros. Essa atividade é desempenhada predominantemente por trabalhadores autônomos, em regime de economia informal que buscam o alimento para consumo próprio ou com fins unicamente comerciais (BRASIL, 2016). Os pescadores artesanais no Brasil têm seu principal sustento familiar com base na pesca tradicional, tornando sua condição de saúde estritamente associada à execução do trabalho (PENA; FREITAS; CARDIM, 2011; CARVALHO, I. G. S. et al 2014; FALCÃO et al., 2015).

Pescadores artesanais estão frequentemente expostos ao sol durante a sua atividade laboral (PIÑERA-MARQUES et al., 2010; RIBEIRO; SILVA; MARTINS-FILHO, 2014; SILVA, F. D. et al, 2006). Essa condição, bem como os hábitos de fumar e beber são reconhecidos como fatores associados ao desenvolvimento de desordens potencialmente malignas de boca como a queilite actínica (QA) (ANTUNES, A. A.; ANTUNES, A. P., 2004; CZERNINSK et al., 2010; PIÑERA-MARQUES et al., 2010; LUCENA et al., 2012; SENA; COSTA; FERREIRA, 2013). O efeito sinérgico desses fatores acima citados pode ampliar os efeitos individuais no desenvolvimento da doença (SAVAGE; MCKAY; FAULKNER, 2010).

A QA é considerada uma lesão potencialmente cancerígena ou uma forma incipiente e superficial do carcinoma de células escamosas (MARKOPOULOS; ALBANIDOU-FARMAKI; KAYAVIS, 2004; PIÑERA-MARQUES et al., 2010). A QA ocorre principalmente em homens de meia idade e de pele clara; tem o lábio inferior como localização anatômica mais frequente, devido à exposição excessiva ou crônica a radiação ultravioleta; é encontrada especialmente naqueles que trabalham ao ar livre (CAVALCANTE; ANBINDER; CARVALHO, 2008; MARKOPOULOS; ALBANIDOU-FARMAKI; KAYAVIS, 2004; LUCENA et al., 2012; SILVA, F. D. et al, 2006).

A QA é caracterizada clinicamente por uma atrofia no vermelhão do lábio inferior, com perda de elasticidade e placas queratóticas variando de fina a grossa, áspera e escamosa, áreas eritematosas, além de úlceras e fissuras, evidenciando-se perda da separação clara entre a semimucosa labial e a da pele (PIÑERA-MARQUES et al., 2010; SAVAGE; MCKAY; FAULKNER, 2010). Apesar de o carcinoma escamocelular poder se desenvolver sem a formação de uma úlcera, a presença dessa afecção deve ser sempre considerada em relação à

QA. Outros sinais clínicos que podem indicar alteração maligna incluem: ulceração recorrente, área esbranquiçada com perda da linha do vermelhão dos lábios, crostas e descamação persistente, aparência atrófica com áreas pontuais de espessamento branco opaco e endurecimento focal ou formação de nódulos (SAVAGE; MCKAY; FAULKNER, 2010).

O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência e identificar fatores associados à queilite actínica em uma população de pescadoras artesanais.

2.2 Metodologia

Este estudo compõe um projeto intitulado “Saúde, Ambiente e Sustentabilidade de trabalhadores da pesca artesanal”. A revisão bibliográfica do presente estudo foi realizada no banco de dados Pubmed com artigos publicados até maio de 2016, com os descritores em Inglês “actinic cheilitis” AND “beach workers”, “actinic cheilitis” AND “ultraviolet”, “actinic cheilitis” AND “lip”. Foram incluídos os estudos que apresentavam a prevalência de queilite actínica em adultos e que estivessem disponíveis como artigo completo no portal de periódicos da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Um estudo epidemiológico de corte transversal foi realizado em população de pescadoras artesanais da Associação das Marisqueiras de Saubara, município de Saubara, Bahia, Brasil, no período de janeiro e fevereiro de 2015. Observa-se a importância da atividade de pesca artesanal em Saubara, que, em 2015, possuía população estimada em 12.238 pessoas, sendo 51% do sexo feminino (IBGE, 2015).

A composição da amostra foi realizada tendo como referência o estudo de Silveira (2014) na mesma população que buscou verificar lesões sugestivas de processo cancerígeno na pele. Para o cálculo da amostra foi usada uma prevalência da doença de 16,7%, erro de 5% e limite de confiança de 95%. A população total do estudo foi de 531 pescadoras artesanais inscritas na Associação das Marisqueiras de Saubara. A amostragem aleatória, simples e sem reposição foi calculada utilizando-se a fórmula para estudos de prevalência. A amostra mínima calculada foi de 168 pescadoras, mas a amostra final foi de 201 pescadoras (30% a mais que o mínimo previsto).

Os critérios de inclusão foram: ser do sexo feminino e ter idade entre 18 e 65 anos. Foram excluídas as trabalhadoras cadastradas que não estavam exercendo a atividade no momento da aplicação dos questionários, exceto aquelas em que o afastamento decorreu de

problemas de saúde relacionados com doenças bucais, a fim de evitar-se o viés de seleção conhecido como efeito do trabalhador sadio.

O questionário aplicado continha questões auto referidas e era lido para as entrevistadas, devido à grande dificuldade de leitura das respondentes. A avaliação clínica odontológica foi realizada logo após o questionário, por um único cirurgião-dentista, com 10 anos de experiência (autor principal deste projeto), sob luz branca artificial (luz de teto e luminária de mesa), em ambiente fechado, utilizando-se uma maca portátil posicionada à maneira de uma cadeira odontológica.

A variável de desfecho deste estudo foi a presença da lesão de QA no lábio, obtida pelo diagnóstico clínico. As variáveis preditoras de interesse foram idade, cor da pele, grau de escolaridade, renda mensal familiar total em salários mínimos, tabagismo, etilismo, exposição ocupacional ao sol e uso de pelo menos um tipo proteção ao sol (protetor labial, protetor solar, chapéu de aba longa ou curta, boné e/ou batom, independente da frequência de uso de cada um deles).

Os dados obtidos dos questionários foram digitados em uma planilha do programa Microsoft Excel 2013 e exportados para o software R, versão 3.1.3 (Free Software Foundation, Boston, MA, USA), no qual foram realizadas as análises descritivas, como as medidas de tendência central, de posição e de dispersão para as variáveis idade, renda mensal familiar total, exposição laboral ao sol diária em horas, semanais em dias, mensal em horas e anos totais, e a distribuição dos valores absolutos e frequências para as demais variáveis. Esta informação e a revisão de literatura sobre o tema foram utilizadas para dicotomizar as variáveis preditoras.

Para caracterizar a exposição solar ocupacional, cada entrevistada teve calculada as horas diárias de trabalho, a quantidade de dias na semana trabalhados, o tempo em horas no mês da atividade e o tempo de execução em anos do início do trabalho até a data da coleta dos dados. O tempo de exposição em anos foi resultado da diferença entre a idade da pescadora no momento da coleta dos dados e a de início da atividade laboral. Em caso de interrupções do trabalho, o tempo parado era subtraído do total resultando no tempo real de exposição. As variáveis idade e exposição ao sol foram dicotomizadas em função da mediana. A renda mensal familiar total foi categorizada em função do valor do salário mínimo recebido pelas pescadoras na época da coleta de dados (R\$724,00).

Para a identificação dos possíveis fatores associados à QA foram utilizados o teste Qui-Quadrado (χ^2) com correção de Yates bicaudal e o teste exato de Fisher Mid-P bicaudal. O teste χ^2 e o teste de Fisher Mid-P são indicados para a verificar se a frequência de um

determinado acontecimento observado em uma amostra se desvia de forma significativa ou não da frequência com que ele é esperado. Essa análise foi realizada no programa OpenEpi 3.0.3.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Parecer nº 234.163). As entrevistadas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), não havendo recusas. As pescadoras com o diagnóstico de QA receberam carta de encaminhamento para atendimento odontológico.

2.3 Resultados

Das 201 pescadoras artesanais avaliadas, 12 (6,0%) apresentaram lesões de QA. A prevalência de QA não variou significativamente segundo estratos de idade, cor da pele, escolaridade, renda mensal, tabagismo e etilismo nas pescadoras artesanais (Tabela 1).

Tabela 1 – Razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC95%) para QA segundo variáveis sociodemográficas e hábitos de vida de pescadoras artesanais (N= 201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Variável	N (%)	Queilite actínica				p
		n	%	RP	IC 95%	
Idade						
≥ 38 anos	101 (50,25)	8	7,9	1,98	0,61-6,36	0,38 ^b
< 38 anos	100 (49,75)	4	4,0			
Cor da pele						
Branca/Parda	94 (46,77)	5	5,3	0,81	0,26-2,47	0,94 ^b
Preta	107 (53,23)	7	6,5			
Escolaridade						
Até 8 anos	133 (66,17)	8	6,0	1,02	0,31-3,27	0,99 ^a
9 ou mais anos	68 (33,83)	4	5,9			
Renda Mensal						
≤ R\$724,00	147 (73,13)	8	5,4	0,73	0,23-2,34	0,60 ^a
> R\$724,00	54 (26,87)	4	7,4			
Tabagismo						
Sim	9 (4,48)	0	0,0	-	-	0,56 ^a
Não	192 (95,52)	12	6,3			
Etilismo						
Sim	86 (42,79)	5	5,8	0,95	0,31-2,90	0,82 ^b
Não	115 (57,21)	7	6,1			

^a p-valor teste de Fisher Mid-P, bicaudal,

^b p-valor teste χ^2 com correção de Yates, bicaudal.

Fonte: Banco de dados de Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

As variáveis uso de protetor labial [RP de 0,21 (IC95% 0,07 – 0,63); p=0,01] e uso de chapéu de aba curta [RP de 0,32 (IC95% 0,10 – 0,98); p=0,05] foram identificados como fatores de proteção estatisticamente associados à QA (Tabela 2).

Tabela 2– Razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) para QA segundo variáveis de exposição ao sol de pescadoras artesanais (N=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Variável	N (%)	Queilite actínica				p
		n	%	RP	IC95%	
Exposição diária ao sol						
≥ 3 horas	79 (39,30)	6	7,59	1,54	0,51-4,61	0,45 ^a
< 3 horas	122 (60,70)	6	4,92			
Exposição semanal ao sol						
≥ 4 dias	109 (54,23)	4	3,7	0,42	0,13-1,35	0,23 ^b
< 4 dias	92 (45,77)	8	8,7			
Exposição mensal ao sol						
≥ 48 horas	109 (54,23)	6	5,5	0,84	0,28-2,52	0,99 ^b
< 48 horas	92 (45,77)	6	6,5			
Exposição ao sol em anos						
≥ 25 anos	104 (51,74)	7	6,7	1,30	0,42-3,97	0,86 ^b
< 25 anos	97 (48,26)	5	5,2			
Uso de protetor labial						
Não	174 (86,57)	7	4,0	0,21	0,07-0,63	0,01 ^a
Sim	27 (13,43)	5	18,5			
Uso de protetor solar						
Não	180 (89,55)	10	5,6	0,58	0,13-2,48	0,47 ^a
Sim	21 (10,45)	2	9,5			
Uso de chapéu de aba longa						
Não	188 (93,53)	11	5,9	0,76	0,10-5,44	0,73 ^a
Sim	13 (6,47)	1	7,7			
Uso de chapéu de aba curta						
Não	138 (68,66)	5	3,6	0,32	0,10-0,98	0,05 ^a
Sim	63 (31,34)	7	11,1			
Uso de boné						
Não	144 (71,64)	9	6,3	1,18	0,33-4,22	0,82 ^a
Sim	57 (28,36)	3	5,3			
Uso de batom						
Não	182 (30,55)	11	6,0	1,14	0,15-8,41	0,97 ^a
Sim	19 (9,45)	1	5,3			

^ap-valor teste de Fisher Mid-P, bicaudal,

^bp-valor teste χ^2 com correção de Yates, bicaudal.

Fonte: Banco de dados de Saubara, Bahia, Brasil, 2015

O Quadro 1 resume as características e principais resultados de estudos sobre queilite actínica e respectivos fatores associados à sua prevalência. Observa-se que as prevalências de

QA variam de 43,2% a 2,4% e os fatores mais frequentemente associados são sexo, idade, cor da pele, escolaridade, tabagismo, etilismo, exposição acumulada ao sol e o uso de fotoproteção.

Quadro 1 – Características de estudos sobre a prevalência de QA.

Autor, Ano	Local	Amostra /Ocupação	Prevalência de QA (%)	Fatores associados, medidos por Razão de Prevalência (RP) ou <i>Odds Ratio</i> (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95%
Silva, F. D. et al., 2006	Florianópolis (SC, Brasil).	111 pescadores.	43,2	Sem informação.
Junqueira et al., 2011	Duas fazendas de plantação de açúcar em Campinas (SP, Brasil).	202 trabalhadores expostos ao sol, empregados em fazendas de plantação de cana de açúcar.	39,6	Cor da pele preta [OR = 0,36 (IC95% 0,15-0,88)] ou parda [OR=0,42 (IC95% 0,21-0,82)], educação formal mais de quatro anos [OR=0,22; (IC95% 0,07-0,68)] e consumo de álcool [OR=1,88; (IC95% 1,05-3,37)]. Sem associação significante: idade, sexo e tabagismo.
Gheno et al., 2015	Esteio (RS, Brasil).	801 pessoas da feira de Agronegócios (Predomínio de área rural). Não foi citada a ocupação.	25,5	Cor da pele branca [OR = 4,07 (IC95% 1,23-13,43)], sexo masculino [OR=3,73 (IC95% 2,6-5,37)], elevada exposição ao sol (p = 0,05); Associação negativa: uso de chapéu.
Martins-Filho et al., 2011	Região do semiárido do Nordeste do Brasil.	240 agricultores.	16,7	Sexo masculino [RP = 2,72(IC95% 1,52-4,90)], pele clara [RP=2,07 (IC95% 1,00-4,30)], idade acima de 50 anos [RP=2,91 (IC95% 1,40-6,04)], tempo de exposição diária mais de oito horas [RP=1,84 (IC95% 1,03-3,27)] e tabagismo [RP=2,17 (IC95% 1,22-3,87)].
Orozco et al., 2013	Cidade de Talca (Chile).	Amostra de conveniência de 151 trabalhadores expostos a radiação solar.	16,6	Sem informação.
Lucena et al., 2012	Cinco praias em Natal (RN, Brasil).	Amostra de conveniência de 362 trabalhadores expostos ao sol nas praias.	15,5	Sexo masculino [RP = 2,3 (IC95% 1,13-4,69)], idade \geq 37 anos [RP = 1,9 (IC95% 1,14-4,3,16)] e cor da pele branca [RP = 2,34 (IC95% 1,46-3,75)].

Quadro 1 – Características de estudos sobre a prevalência de QA.

Autor, Ano	Local	Amostra /Ocupação	Prevalência de QA (%)	Fatores associados, medidos por Razão de Prevalência (RP) ou <i>Odds Ratio</i> (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95%
Piñera-Marques et al., 2010	Florianópolis (SC, Brasil).	Grupo de estudo: 125 pescadores com exposição crônica ao sol. Controle: 30 pessoas apenas com atividades internas na região	12,8	Sem informação.
Ribeiro et al., 2014	Costa sul de Sergipe (Brasil).	210 pescadores.	11,4	Pele clara [RP = 3,2 (IC95% 1,5-7,0)], idade \geq 50 anos [RP=2,3 (IC95% 1,1-4,6)], exposição acumulativa ao sol \geq 30 anos [RP=4,0 (IC95% 1,0-15,4)], exposição diária ao sol \geq 4 horas [RP=8,0 (IC95% 1,9-32,4)], tabagismo [RP=1,6 (IC95% 0,9-2,7)] e não uso protetor solar [RP=2,1 (IC95% 1,2-3,8)].
Miranda et al., 2012	Usina privada de cana de açúcar em Paranacity (PR, Brasil).	1.539 cortadores de cana de açúcar	9,2	Sem informação.
Patil & Maheshwari, 2014	Índia.	5231 pacientes atendidos em ambulatório. Não foi citada a ocupação.	4,9	Sem informação.
Henrique et al., 2009	Uberaba (MG, Brasil).	1006 pessoas. Não foi citada a ocupação.	2,4	Sem informação.

2.4 Discussão

Dentre as pescadoras artesanais examinadas em Saubara (Bahia, Brasil), 6,0% foram diagnosticadas com QA, menor prevalência comparando aos estudos de corte transversal realizados em pescadores no Brasil de 11,4% (RIBEIRO; SILVA; MARTINS-FILHO; 2014) e 43,2% (SILVA, F. D. et al, 2006). Em estudo de caso controle, abordando pescadores de Florianópolis (Santa Catarina, Brasil), Piñera-Marques et al. (2010) relataram a prevalência de 12,8% de QA. O resultado do presente estudo foi próximo ao obtido por Patil e Maheshwari (2014) de 4,9%, e maior que os 2,4% indicados na pesquisa de Henrique et al. (2009). Entretanto, foi mais baixa que outros estudos sobre afecções bucais: 9,2% (MIRANDA et al., 2012); 15,5%, (LUCENA et al., 2012); 16,6% (OROZCO et al., 2013); 16,7% (MARTINS-FILHO et al., 2011); 25,5% (GHENO et al., 2015) e 39,6% (JUNQUEIRA et al., 2011). As diferentes prevalências podem ser explicadas pelos distintos tamanhos de amostra dos estudos, as localizações geográficas diversas, tipos populacionais e ocupacionais, e os critérios de diagnóstico da doença.

Em torno de 74,0% das pescadoras da amostra usavam pelo menos uma medida de fotoproteção, dentre estas, identificou-se que as variáveis uso de protetor labial [RP de 0,21 (IC95% 0,07 – 0,63)] e uso de chapéu de aba curta [RP de 0,32 (IC95% 0,10 – 0,98)] foram fatores de proteção associados a QA. A RP estima quantas vezes mais os expostos estão doentes quando comparados aos não expostos, entende-se então que a prevalência de QA entre as pescadoras que não usam o protetor labial é 0,21 vez a prevalência da doença entre as que usam essa fotoproteção e; para as que não usavam o chapéu de aba curta, a prevalência é 0,32 vez. Sendo assim as pescadoras que utilizam estas medidas de fotoproteção foram mais propensas a desenvolver a QA.

As pescadoras diagnosticadas no presente estudo com QA utilizavam de algum tipo de fotoproteção indicando um uso inadequado ou incorreto do fator de proteção ao sol em relação ao tempo de exposição independente da sua frequência, ou as mulheres que desenvolveram a doença passaram a usar algum tipo de fotoproteção apenas após a aparecimento da QA. Sabendo que a QA é uma doença crônica e de longa evolução, e por se tratar de um estudo de corte transversal, não se conseguiu provar a sequência temporal da relação causal entre o fator de exposição e desfecho no estudo.

Como uso inadequado entende-se para o protetor labial, um fator de proteção inferior ao indicado para a cor da pele ou menor número de reaplicações de acordo com o tempo de

exposição. Para o chapéu de aba curta, o uso incorreto pode estar relacionado a incidência dos raios solares no terço inferior da face que não é totalmente coberto por esse meio de fotoproteção, já que as pescadoras realizam diversos movimentos durante a atividade laboral permitindo exposição de região. Evidências observadas também por Lucena et al. (2012).

Lucena et al. (2012) identificou resultados semelhantes ao presente estudo quando se avaliou o uso em conjunto do protetor solar e chapéu/boné. Houve uma associação significativa com a QA. A prevalência da patologia foi maior entre os que usavam os dois tipos de proteção em relação aos que não usavam. Para Silva et al. (2006) observando apenas o protetor solar, uma relação entre a menor presença da QA e o seu uso ($p=0,03$) foi identificada. Os autores acima citados não identificaram associação significativa entre o uso de fotoproteção e a presença da QA. Gheno et al. (2015) não encontrou associação significativa da presença da QA e o uso de chapéu.

Meyer et al. (2012) observaram que em torno de 56% dos trabalhadores de praia avaliados, apresentavam exposição ao sol por mais de 6 horas por dia; contudo, esses indivíduos não demonstraram preocupação com as possíveis consequências por não terem muito conhecimento da necessidade de se prevenir do sol durante sua atividade laboral e de como fazê-lo. É possível que um programa adequado de comunicação de risco possa surtir efeito para essas populações, incluindo as pescadoras artesanais, ao lado de políticas públicas.

Nenhuma das categorias avaliadas para a exposição ocupacional ao sol (diária, semanal, mensal e anual) foi identificada como fator de associação para a doença, a prevalência da QA não variou significativamente entre elas. Todavia foi encontrada associação nos estudos realizados por Gheno et al. (2015), Lucena et al. (2012) e Silva et al. (2006). Martins-Filho, Silva e Piva (2011) e Ribeiro; Silva; Martins-Filho (2014) demonstraram haver uma maior significância estatística entre a exposição diária e cumulativa entre os indivíduos com a doença dos que entre os que não a possuíam. Miranda et al. (2012) identificou uma prevalência significativamente maior da QA para os agricultores avaliados com mais de 10 anos de exposição ao sol em relação aos com menos de 10 anos de exposição ($p<0,05$).

No atual estudo, a idade das pescadoras não foi um fator de associação para a QA [RP de 1,98 (IC95% 0,61 – 6,36)], corroborando com Junqueira et al. (2011). Contudo essa variável foi estatisticamente significativa para Lucena et al. (2012), Martins-Filho, Silva e Piva (2011) e Ribeiro; Silva; Martins-Filho (2014). Esses autores justificam essa característica pelo maior número de anos de exposição ao sol. Apesar da atividade laboral pelas pescadoras de Saubara iniciar precocemente como um suporte financeiro para a família, significando um maior tempo de exposição aos fatores de risco e o desenvolvimento da patologia, essas mulheres em sua

maioria são cadastradas em programas de auxílio do governo há mais de 10 anos, renda importante que pôde permitir que as mesmas reduzissem sua jornada de atividade pesqueira.

No presente estudo, as 12 mulheres portadoras de QA não eram fumantes, o fumo não foi identificado como um fator associado a presença da doença, observações concordantes pelos achados dos estudos aqui já referidos (JUNQUEIRA et al., 2011; RIBEIRO; SILVA; MARTINS-FILHO, 2014; SILVA, F. D. et al., 2006). O pequeno número de pescadoras que fumam do estudo em pauta, pode ser resultado de campanhas mais frequentes de combate ao tabagismo, bem como da maior preocupação do sexo feminino com hábitos de vida mais saudáveis. O Brasil ganhou o prêmio internacional Bloomberg para o Controle Global do Tabaco, em março de 2015, pelo destaque das ações de redução ao tabagismo desempenhados pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Escolaridade [RP de 1,02 (IC95% 0,31 – 3,27)] e etilismo [RP de 0,95 (IC95% 0,31 – 2,90)] não foram potenciais fatores de risco para a QA nas pescadoras em Saubara. De acordo com o estudo de Junqueira et. al. (2011) os agricultores com educação formal de mais de quatro anos tinham uma menor chance de ter QA [OR=0,22; (IC95% 0,07-0,68)]. Para o etilismo como no presente estudo, as investigações sobre pescadores da Ilha de Santa Catarina (SILVA et al., 2006) e sobre trabalhadores de praias em Natal (LUCENA et al., 2012) também não identificaram o consumo de álcool como fator associado a QA. A maioria das pescadoras não tinha o hábito do consumo dessas bebidas em grande parte pela busca de hábitos mais saudáveis. O consumo de álcool foi estatisticamente significativo para a chance de ter QA [OR=1,88; (IC95% 1,05-3,37)] em Junqueira et al. (2011), neste estudo a maioria dos agricultores consumiam bebidas alcoólicas.

2.5 Conclusão

O uso do protetor labial e do chapéu de aba curta foram fatores de proteção significativamente associados à QA nesta população. As pescadoras que utilizam estas medidas de fotoproteção foram mais propensas a desenvolver a QA.

Esses resultados significam que o uso da proteção ao sol estava presente nas pescadoras. Contudo estas mulheres não tinham grande preocupação com as consequências do uso incorreto por não terem o conhecimento dessa situação.

A prevalência de queilite actínica não variou significativamente em relação a idade, cor da pele, escolaridade, renda mensal, tabagismo, etilismo a ao tempo de exposição laboral ao sol.

É importante, desta forma, a implementação de ações de promoção em saúde adequadas, como palestras e confecção de cartilhas, para o esclarecimento à esta população acerca da QA, de como preveni-la e tratá-la.

Referências

ANTUNES, A. A.; ANTUNES, A. P. Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.50, n.4, p.295-300, out./dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Pesca e Aquicultura. **Pesca artesanal**. Brasília, out. 2014. Disponível em: <<http://www.mpa.gov.br/pesca/artesanal>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

CARVALHO, I. G., et al. Towards a dialogue of knowledge between subsistence fishermen, shellfish gatherers and environmental labor law. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.10, p.4011-4022, Out. 2014.

CAVALCANTE, A. S. R.; ANBINDER, A. L.; CARVALHO, Y. R. Actinic cheilitis: clinical and histological features. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, New York, v.66, n.3, p.498-503, Mar. 2008.

FALCAO, I. R., et al. Prevalence of neck and upper limb musculoskeletal disorders in artisan fisherwomen/shellfish gatherers in Saubara, Bahia, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.8, p. 2469-2480, Ago. 2015.

GHENO, J. N. et al. Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. **Brazilian oral research**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-6, Jan./Feb. 2015.

HENRIQUE, P. R. et al. Prevalência de alterações da mucosa bucal em indivíduos adultos da população de Uberaba, Minas Gerais. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.57, n.3, jul./set. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Infográficos: dados gerais do município**. Saubara, 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292975&search=bahia|saubara>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

JUNQUEIRA, J. L. R. et al. Actinic cheilitis among agricultural workers in Campinas, Brazil. **Community dental health**, v. 28, n. 1, p. 60-63, 2011.

LUCENA, E. E. S. et al. Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers. **Oral Diseases**, Copenhagen, v.18, n.6, p.575-579, Sept. 2012.

MARKOPOULOS, A.; ALBANIDOU-FARMAKI, E.; KAYAVIS, I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. **Oral Diseases**, Copenhagen, v.10, n.4, p.212-216, jul. 2004.

MARTINS-FILHO, P. R. S.; SILVA, L. C. F.; PIVA, M. R. The prevalence of actinic cheilitis in farmers in a semi-arid Northeastern region of Brazil. **International Journal of Dermatology**, Oxford, v.50, n.9, p.1109-1114, Sept. 2011.

MEYER, P. F. et al. Investigação sobre a exposição solar em trabalhadores de praia. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 1, p. 103-109, jan./mar. 2012.

MIRANDA, A. M. et al. Prevalence of actinic cheilitis in a population of agricultural sugarcane workers. **Acta Odontologica Latinoamericana**, Buenos Aires, v.25, n.2, p.201-206, Dec. 2012.

OROZCO, P. et al. Prevalencia de queilitis actínica en trabajadores expuestos a radiación ultravioleta en Talca, Chile. **Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral**, Santiago, v.6, n.3, p.127-129, dic. 2013.

PATIL, S.; MAHESHWARI, S. Prevalence of lip lesions in an Indian population. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, Valença, v.6, n.4, p.374-348, Oct. 2014.

PENA, P. G. L.; FREITAS, M. C. S.; CARDIM, A. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de marisqueiras na Ilha de Maré, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.8, p.3383-3392, ago. 2011.

PIÑERA-MARQUES, Karine et al. Actinic lesions in fishermen's lower lip: clinical, cytopathological and histopathologic analysis. **Clinics**, São Paulo, v.65, n.4, p.363-367, Apr. 2010.

RIBEIRO, A. O.; SILVA, L. C. F.; MARTINS-FILHO, P. R. S. Prevalence of and risk factors for actinic cheilitis in Brazilian fishermen and women. **International Journal of Dermatology**, Oxford, v.53, n.11, p.1370-1376, nov. 2014.

SAVAGE, N. W.; MCKAY, C.; FAULKNER, C. Actinic cheilitis in dental practice. **Australian Dental Journal**, Sydney, v.55, n.s1, p.78-84, June 2010.

SENA, M. F.; COSTA, A. P. S.; FERREIRA, M. A. F. Características sociodemográficas, clínicas e histopatológicas de pacientes com carcinoma epidermoide de lábio: uma análise retrospectiva (1997-2004). **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.46, n.2, p.128-134, abr./jun.2013.

SILVA, F. D. et al. Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da ilha de Santa Catarina. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.21, n.51, p.37-42, jan./mar. 2006.

SILVEIRA, T. L. V. A. Associação entre lesões sugestivas de câncer de pele e exposição solar ocupacional em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil. 2014. 41 f. Monografia (Graduação) - Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

3 CONCLUSÃO

A saúde bucal de pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil, é precária. Foram diagnosticadas alterações de mucosa intraoral (20,9%), fluorose dentária (5,0%) e opacidade e/ou hipoplasia no esmalte (2,6%). Foi evidenciada necessidade de prótese dentária em ambos os maxilares em 51,7% das pescadoras. O CPO-D médio foi de 11,13, com média de 2,73 dentes cariados, de 6,27 perdidos e de 2,11 obturados. Foram identificados 19,4% de casos de periodontite moderada. A prevalência de QA foi de 6,0%, sendo que o uso de protetor labial e o uso de chapéu de aba curta foram fatores de proteção estatisticamente associados à QA.

Ações de promoção em saúde são necessárias para esclarecer a população de pescadoras sobre as doenças bucais, principais sinais e sintomas, fatores associados e de como preveni-las e tratá-las adequadamente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. F. et al. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v.22, n.11, p.379-90, nov. 2006.
- ALMEIDA, T. F. et al. Condições de saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos cadastrados em unidades de saúde da família do município de Salvador, estado da Bahia, Brasil, em 2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.21, n.1, p.109-118, jan./mar. 2012.
- ANDRADE, R. G. V. et al. Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v.25, n.5, p.393-400, Sept./Oct. 2011.
- ANTUNES, A. A.; ANTUNES, A. P. Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.50, n.4, p.295-300, out./dez. 2004.
- BASTOS, R. S. et al. Dental caries profile in Monte Negro, Amazonian state of Rondônia, Brazil, in 2008. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, v.18, n.5, p.437-441, Sept./Oct. 2010.
- BRASIL. Ministério da Pesca e Aquicultura. **Pesca artesanal**. Brasília, out. 2014. Disponível em: <<http://www.mpa.gov.br/pesca/artesanal>>. Acesso em: 14 jan. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SBBrasil 2010. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.
- CARVALHO, E. S. et al. Epidemiologia das doenças bucais em indivíduos na faixa etária entre 35 e 44 anos: o cenário epidemiológico do trabalhador. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.58, n.1, p.109-114, jan./mar. 2010.
- CARVALHO, I. G. S et al. Towards a dialogue of knowledge between subsistence fishermen, shellfish gatherers and environmental labor law. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.10, p.4011-4022, Out. 2014.
- CAVALCANTE, A. S. R.; ANBINDER, A. L.; CARVALHO, Y. R. Actinic cheilitis: clinical and histological features. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, New York, v.66, n.3, p.498-503, Mar. 2008.
- CHALUB, L. L. F.; PÉRET, A. C. A. Desempenho do índice periodontal comunitário (IPC) na determinação da condição periodontal: enfoque no exame parcial. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, Belo Horizonte, v.6, n.3, p.155-162, set./dez. 2010.
- CHANDROTH, S. V. et al. Prevalence of oral mucosal lesions among fishermen of Kutch coast, Gujarat, India. **International Maritime Health**, Gdańsk, v.65, n. 4, p.192-198, Dec. 2014.

- COELHO, R. S. et al. Profile of periodontal conditions in a Brazilian adult population. **Oral Health & Preventive Dentistry**, London, v.6, n. 2, Mar. 2008.
- EKE, P. I. et al. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. **Journal of Dental Research**, Michigan, v.91, n.10, p.914-920, Oct. 2012.
- EUSTAQUIO, M. V.; MONTIEL, J. M.; ALMERICHE, J. M. Oral health survey of the adult population of the Valencia region (Spain). **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valencia, v.15, n. 3, p. e538-44, May 2010.
- FALCAO, I. R., et al. Prevalence of neck and upper limb musculoskeletal disorders in artisan fisherwomen/shellfish gatherers in Saubara, Bahia, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.8, p. 2469-2480, Ago. 2015.
- FENG, J. et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: a cross-sectional study in Shanghai, China. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, Oxford, v.44, n.7, p.490-494, Aug. 2015.
- GHENO, J. N. et al. Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. **Brazilian oral research**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-6, Jan./Feb. 2015.
- HENRIQUE, P. R. et al. Prevalência de alterações da mucosa bucal em indivíduos adultos da população de Uberaba, Minas Gerais. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.57, n.3, jul./set. 2009.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Infográficos: dados gerais do município**. Saubara, 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292975&search=bahia|saubara>>. Acesso em: 26 nov. 2015.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Câncer da cavidade oral**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 11 nov. 2015.
- JUNQUEIRA, J. L. R. et al. Actinic cheilitis among agricultural workers in Campinas, Brazil. **Community dental health**, v. 28, n. 1, p. 60-63, 2011.
- LEROY, R.; EATON, K. A.; SAVAGE, A. Methodological issues in epidemiological studies of periodontitis-how can it be improved? **BMC Oral Health**, London, v.10, n.1, p.8, Apr. 2010.
- LUCENA, E. E. S. et al. Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers. **Oral Diseases**, Copenhagen, v.18, n.6, p.575-579, Sept. 2012.
- MARKOPOULOS, A.; ALBANIDOU-FARMAKI, E.; KAYAVIS, I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. **Oral Diseases**, Copenhagen, v.10, n.4, p.212-216, jul. 2004.
- MARTINS-FILHO, P. R. S.; SILVA, L. C. F.; PIVA, M. R. The prevalence of actinic cheilitis in farmers in a semi-arid Northeastern region of Brazil. **International Journal of Dermatology**, Oxford, v.50, n.9, p.1109-1114, Sept. 2011.

- MEYER, P. F. et al. Investigação sobre a exposição solar em trabalhadores de praia. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 1, p. 103-109, jan./mar. 2012.
- MIRANDA, A. M. et al. Prevalence of actinic cheilitis in a population of agricultural sugarcane workers. **Acta Odontologica Latinoamericana**, Buenos Aires, v.25, n.2, p.201-206, Dec. 2012.
- NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.381-392, 2000.
- NASCIMENTO, S. et al. Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n. suppl. 3, p.69-77, dez. 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal. Manual de instruções**. 4. ed. 1997. Disponível em: <http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/downloads/2011/10/Manual-OMS_4a-ed.pdf>. Acesso em: 25 out. 2014.
- OROZCO, P. et al. Prevalencia de queilitis actínica en trabajadores expuestos a radiación ultravioleta en Talca, Chile. **Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral**, Santiago, v.6, n.3, p.127-129, dic. 2013.
- PAGE, R. C.; EKE, P. I. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. **Journal of Periodontology**, Chicago, v.78, n.7S, p.1387-1399, July 2007.
- PATIL, S.; MAHESHWARI, S. Prevalence of lip lesions in an Indian population. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, Valencia, v.6, n.4, p.374-348, Oct., 2014.
- PENA, P. G. L.; FREITAS, M. C. S.; CARDIM, A. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de marisqueiras na Ilha de Maré, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.8, p.3383-3392, ago. 2011.
- PERES, S. H. de C. S. et al. Absenteísmo: uma revisão da literatura sobre a ausência ao trabalho relacionada à odontologia. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v.27, n.2, p.96-100, jul./dez. 2006.
- PIÑERA-MARQUES, Karine et al. Actinic lesions in fishermen's lower lip: clinical, cytopathological and histopathologic analysis. **Clinics**, São Paulo, v.65, n.4, p.363-367, Apr. 2010.
- RIBEIRO, A. O.; SILVA, L. C. F.; MARTINS-FILHO, P. R. S. Prevalence of and risk factors for actinic cheilitis in Brazilian fishermen and women. **International Journal of Dermatology**, Oxford, v.53, n.11, p.1370-1376, nov. 2014.
- ROMANELLI, H. et al. Periodontal treatment needs in Argentine adult subjects. **Acta Odontológica Latinoamericana**, Buenos Aires, v.20, n.1, p.39-47, July 2007.
- SAVAGE, N. W.; MCKAY, C.; FAULKNER, C. Actinic cheilitis in dental practice. **Australian Dental Journal**, Sydney, v.55, n.s1, p.78-84, June 2010.

- SENA, M. F.; COSTA, A. P. S.; FERREIRA, M. A. F. Características sociodemográficas, clínicas e histopatológicas de pacientes com carcinoma epidermoide de lábio: uma análise retrospectiva (1997-2004). **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.46, n.2, p.128-134, abr./jun.2013.
- SILVA, F. D. et al. Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da ilha de Santa Catarina. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.21, n.51, p.37-42, jan./mar. 2006.
- SILVA, R. H. A. et al. Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos cuidados em saúde bucal em moradores da região rural ribeirinha em Rondônia Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.supl 1, p.1475-80, jun. 2010.
- SILVEIRA, T. L. V. A. Associação entre lesões sugestivas de câncer de pele e exposição solar ocupacional em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil. 2014. 41 f. Monografia (Graduação) - Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- SRIDHARAN, G. Epidemiology, control and prevention of tobacco induced oral mucosal lesions in India. **Indian Journal of Cancer**, Mumbai, v.51, n.1, p.80, June 2014.
- VANO, M. et al. The influence of educational level and oral hygiene behaviours on DMFT index and IPCTN index in an adult Italian population: an epidemiological study. **International Journal of Dental Hygiene**, Oxford, v.13, n.2, p.151-157, May 2015.
- VOLKWEIS, M. R.; GARCIA, R.; PACHECO, C. A. Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.58, n.1, p.21-25, jan./ mar. 2010.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NÚMERO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE PESQUISA FMB-UFBA:

TÍTULO do PROJETO: Saúde, Ambiente e Sustentabilidade de Trabalhadores da Pesca Artesanal.

NOME da INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

NOME da PARTICIPANTE:

NÚMERO da IDENTIDADE (RG):

ENDEREÇO:

1. Introdução

Estamos convidando você a participar da pesquisa sobre a saúde e as condições do trabalho das pessoas que vivem da mariscagem.

2. O que queremos com esta pesquisa

Através dessa pesquisa queremos estudar as doenças nos músculos e ossos causadas pela atividade da mariscagem e também conhecer as condições de rede de esgoto, tratamento da água e coleta de lixo da sua rua e da sua casa. Pretendemos desenvolver e/ou adaptar métodos e técnicas para diminuir a perda da qualidade e melhorar a comercialização do pescado. Com este estudo pretendemos ajudar o governo a fazer políticas públicas em educação e saúde que possam melhorar as condições de vida dos trabalhadores da pesca artesanal na Bahia.

3. Como será a sua participação na pesquisa

Você será convidado a responder algumas perguntas na forma de uma entrevista, que pode durar uma hora. O encontro ocorrerá na sua comunidade, em local escolhido por você. As perguntas são sobre as condições de seu trabalho, de sua saúde e do local que você mora.

Esta pesquisa é patrocinada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), mas nenhum pesquisador receberá bolsa em dinheiro ou qualquer remuneração.

Essas perguntas serão registradas em um questionário que receberá um número e não terá seu nome e, deste modo, você não será identificado. Durante o seu trabalho, você poderá ser fotografada para que possamos conhecer melhor a sua posição postural e condições do seu trabalho. Não haverá a divulgação dessas fotos. Estas fotos só podem ser publicadas caso você concorde e assine outro pedido concordando com o uso das fotografias. Este pedido não contém nenhuma autorização para publicar essas fotos.

Você tem a liberdade de retirar o seu consentimento e sair a qualquer momento da pesquisa, sem que isso tenha qualquer consequência e prejuízo na sua vida pessoal, no seu trabalho ou na comunidade.

Antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que você leia (ou que alguém da sua confiança leia para você) e principalmente que você entenda tudo que está escrito neste Termo. Caso você queira, você pode discutir com seus familiares ou pessoa da sua confiança, ou mesmo trazer alguém para ficar ao seu lado quando estiver recebendo as informações sobre este projeto de pesquisa.

Se você aceitar participar do estudo, deve assinar este documento na última página.

4. Objetivos da Pesquisa

Este estudo tem o objetivo de desenvolver e difundir tecnologias para melhorar as condições de vida, saúde e trabalho e assim poder contribuir para diminuir a desigualdade social entre trabalhadores da pesca artesanal na Bahia. Através dessa pesquisa poderemos desenvolver produtos alimentícios, conhecer as condições sanitárias do domicílio e do entorno, estudar doenças ocupacionais que afetam os músculos e os ossos em marisqueiras e pescadores; desenvolver e/ou adaptar métodos e técnicas para diminuir a perda da qualidade do pescado.

5. Descrição da Pesquisa

Sua participação nesta pesquisa é apenas respondendo as perguntas do questionário. Não será coletado sangue, fezes ou urina e também não será ministrado nenhum medicamento a você.

6. Riscos da Participação na Pesquisa

Por ser uma pesquisa que consiste em responder um questionário, não há riscos ou danos pessoais diretos. Porém, caso você se sinta constrangido em responder as perguntas ou apresentar algum distúrbio relacionado com o ato de responder ao questionário, você deve entrar em contato com o entrevistador ou com a coordenadora geral desta pesquisa, a Professora Rita de Cássia Franco Rêgo, no Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, sediada no Terreiro de Jesus, Pelourinho, Centro Histórico de Salvador pelo telefone (71) 3321-0383 ou pelo celular (71) 86291498 ou e-mail: ritarego1@gmail.com.

7. Benefícios e Compensações

Caso você aceite responder, assinando este termo, você estará ajudando a entender melhor a relação entre o seu trabalho, o seu ambiente e a sua saúde em sua comunidade, assim como contribuindo para melhorar as políticas de educação em saúde relacionadas a este tema.

8. Despesas da Pesquisa

Você não terá despesa alguma com a pesquisa e não será remunerada para participar do estudo.

9. Confidencialidade da Pesquisa

Seu nome não será divulgado e, após a obtenção das respostas, o questionário terá apenas um número para a identificação. Assim manteremos o segredo sobre as suas informações. Nenhuma fotografia será publicada. Os resultados serão digitados e estarão disponíveis para você a qualquer momento.

A conclusão da pesquisa será divulgada para você e outros entrevistados, em reunião na comunidade, e logo após na Universidade e em revistas que trabalham com esse tema. Nessas publicações não haverá qualquer informação que traga prejuízo para você ou para a comunidade.

10. Obtenção de Informações

O pesquisador - entrevistador poderá esclarecer todas as dúvidas sobre o projeto, antes e durante o tempo da pesquisa. Em caso de dúvidas ou maiores esclarecimentos, você poderá entrar em contato com a coordenadora e responsável pelo projeto, a Professora Rita de Cássia Franco Rêgo, no Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, sediada no Terreiro de Jesus, Pelourinho, Centro Histórico, e-mail: ritarego1@gmail.com e telefone (71) 3321-0383 ou celular (71) 86291498.

Se você tiver perguntas, dúvidas ou queixas contra este projeto pode também procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (CEP FMB-UFBA), localizado no prédio desta Faculdade, no endereço: Praça XV de Novembro, S/N, Largo de Terreiro de Jesus, Pelourinho, Salvador-BA. CEP: 40025-010. CEP: 40025-010. E-mail: cep-fmb@ufba.br e telefone: (71) 3283-5564.

Eu li as informações acima e entendi o objetivo do estudo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Compreendi ainda que para o uso de imagens que inclua minha pessoa, um novo consentimento me será pedido. Concordo com a utilização dos dados coletados, na forma que me foi informada neste termo. Eu assinei e datei este documento em duas vias e recebi uma via que devo guardar e manter comigo.

Assinatura da participante: _____

Assinatura da Testemunha: _____

(Caso a participante da pesquisa for incapaz de ler e/ou fornecer o consentimento por escrito).

Digital

Eu abaixo assinado, expliquei todos os detalhes deste projeto para a participante e lhe entreguei uma via assinada e datada do Termo.

Assinatura do pesquisador: _____

Data:

ARTIGO

Prevalência de lesões de mucosa oral, cárie dentária e doença periodontal em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil

Prevalencia de cambios en la mucosa oral, la caries y la enfermedad periodontal en pescadoras artesanales en Saubara, Bahia, Brasil.

Prevalence of oral mucosal lesions, dental caries, periodontal disease among artisanal fisherwomen of Saubara, Bahia, Brasil

RESUMO

Introdução: As alterações de mucosa oral, a cárie e a doença periodontal podem afetar de forma negativa a atividade laboral de pescadoras artesanais.

Objetivo: Avaliar a frequência de lesões de mucosa oral, cárie dentária e doença periodontal em pescadoras artesanais na cidade de Saubara, Bahia, Brasil.

Método: Trata-se de um estudo de corte transversal que investigou uma amostra de 201 pescadoras artesanais, com idade entre 18 e 65 anos, cadastradas na Associação de Marisqueiras de Saubara. As profissionais foram examinadas seguindo a ficha de avaliação de saúde bucal recomendada pela Organização Mundial da Saúde.

Resultados: Alterações de mucosa oral foram identificadas em 20,9% da população, sendo mais frequentes: úlcera aftosa (6,0%), úlcera traumática (5,0%) e abscesso (4,4%). As localizações mais frequentes foram a crista alveolar/gengiva (8,0%), lábios (6,4%) e mucosa jugal (4,0%). O valor do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) médio foi de 11,13. Os dentes perdidos corresponderam a 56,4%, os cariados, a 24,6%, e os obturados, a 19,0%. A prevalência de periodontite moderada foi de 19,4%. Os resultados dos índices periodontal comunitário (IPC) e de perda de inserção periodontal (PIP) foram: periodonto saudável (41,8%) e cálculo dentário (35,8%) para o IPC e; sem perda de inserção patológica (55,7%) e inserção de 4-5mm (29,9%) para o PIP.

Conclusão: As pescadoras possuem estado precário de saúde bucal, significando que os programas de saúde bucal do Sistema Único de Saúde precisam promover atenção diferenciada para as comunidades pesqueiras no sentido de reduzir ainda mais estas desigualdades na promoção de melhorias da condição de saúde bucal para estas populações.

Palavras-chave: Lesões da mucosa bucal. Cárie dentária. Pescadoras artesanais.

RESUMEN

Introducción: Los cambios en la mucosa oral, la caries y la enfermedad periodontal pueden afectar de modo negativo a la actividad laboral de pescadoras artesanales.

Objetivo: Analisar los cambios en la mucosa oral, la caries y la enfermedad periodontal de las pescadoras artesanales en la ciudad de Saubara, Bahia, Brasil.

Método: Se trata de una investigación transversal cuya muestra está representada por 201 pescadoras, entre 18 y 65 años de edad, inscritas en la *Associação de Marisqueiras de Saubara*. Se examinaron las mujeres bajo los criterios del formulario de evaluación de la salud oral.

Resultados: Se identificaron cambios en la mucosa oral en el 20.9% de la muestra, siendo la úlcera aftosa (6,0%), úlcera traumática (5,0%) y absceso (el 4.4%). Los sitios más comunes fueron la cresta alveolar / encías (el 8,0%), labios (el 6.4%) y mejillas (el 4.0%). El valor del índice de dientes con caries, perdidos y restaurados (CPO-D) mediano fue 11.13. Los dientes perdidos representaron el 56.4%, los con caries el 24.6%, y los restaurados el 19.0%. La periodontitis moderada fue del 19.4%. Los datos del IPC y PIP se reportaron de acuerdo con el porcentaje de mujeres con la más alta puntuación: el 41.8% presentó el periodonto sano, y el cálculo dental se ha encontrado en el 35.8%; el 55.7% de ellas no presentó pérdida patológica de inserción y el 29.9% tenía la inserción de 4-5 mm.

Conclusión: Pescadoras tienen un mal estado de salud oral, lo que significa que los programas de salud bucal del Sistema de Salud deben promover una atención especial a las comunidades

pesqueras para reducir aún más estas desigualdades en la promoción de mejoras la condición de la salud oral actual.

Palabras clave: Lesiones de la mucosa oral. Caries dental. Pescadoras artesanales.

ABSTRACT

Introduction: Oral mucosal lesions, dental caries and periodontal disease can negatively affect the work of fishermen.

Objective: The aim of this study was to assess the oral health status of artisanal fisherwomen in Saubara, Bahia (Brazil).

Method: A descriptive cross-sectional study was conducted in 201 fisherwomen, age range between 18 - 65 years, enrolled in the Associação de Marisqueiras de Saubara. It was carried out from January to February 2015. The women were examined according to World Health Organization.

Results: Oral mucosal changes were identified in 20.9%, with aphthous ulcer (6.0%), traumatic ulcer (5.0%) and abscess (4.4%). The most common locations were the alveolar ridge / gingiva (8.0%), lips (6.4%) and jugal mucosa (4.0%). The mean of DMFT index (decayed, missing, filled tooth) average was 11.13. Missing tooth accounted for 56.4%, decayed, to 24.6%, and filled to 19.00%. Moderate Periodontitis was 19.40%. Data from the Community Periodontal Index (CPI) and Periodontal Attachment Loss Index (PPI) were reported according to the percentage of women with the highest score: healthy periodontal tissue (41.8%) and dental calculus (35.8%) for the CPI; without pathological insertion loss (55.7%) and insertion of 4-5mm (29.9%) for the PPI.

Conclusions: Fisherwomen have poor oral health status, meaning that oral health programs of the Health System need to promote special attention to the fishing communities in order to reduce these inequalities in oral health condition these populations.

Key-words: Oral mucosal lesions. Dental caries. Artisanal fisherwomen.

INTRODUÇÃO

As lesões de mucosa oral têm relação com a má higiene, ausência de dentes¹, infecções, traumas, doenças sistêmicas e consumo excessivo de fumo e de bebidas alcoólicas^{2,3}. A cárie é a doença bucal mais prevalente na população, acometendo indivíduos no mundo inteiro⁴. Trata-se de uma patologia infecciosa e transmissível resultante da colonização da superfície do esmalte por microrganismos⁵.

A gengivite é uma patologia reversível, caracterizada pela inflamação superficial da gengiva, com alterações vasculares e presença de exsudato inflamatório, sem perda de inserção do dente ao periodonto. Entretanto, caso o agente etiológico não seja removido, a evolução pode levar à doença periodontal. A fragilização das estruturas periodontais permite um acesso maior aos agentes bacterianos agressores e/ou seus produtos às áreas subjacentes, podendo levar à formação de bolsas periodontais, com perda óssea e uma contínua migração apical do epitélio⁶.

A doenças bucais influenciam de forma negativa a atividade produtiva do trabalhador. Grande parte da população brasileira busca tardiamente mudanças na condição bucal, o que torna o tratamento mais complexo. A qualidade de vida do paciente pode ser então afetada e a ausência ao trabalho gerar redução da sua renda⁷.

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de patologias bucais em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo epidemiológico de corte transversal com pescadoras artesanais cadastradas na Associação das Marisqueiras de Saubara, nos meses de janeiro e fevereiro de 2015.

Para o cálculo amostral, assumiu-se a prevalência de patologias bucais de 16,7% (erro 5% e confiança 95%), baseado em um estudo anterior na mesma população⁸. O sorteio dos participantes foi obtido com amostragem aleatória, simples e sem reposição, com base no total

de 531 pescadoras. Considerando possíveis perdas optou-se por uma amostra final que correspondeu a 201 mulheres (30% a mais do previsto).

Como critérios de inclusão, participaram da pesquisa apenas mulheres pescadoras com idade de 18 a 65 anos. Com a finalidade de evitar o viés de seleção conhecido como efeito do trabalhador sadio, foram incluídas as pescadoras que não estavam trabalhando por motivo de qualquer enfermidade bucal.

Os dados foram coletados com aplicação de um questionário, com perguntas que eram lidas para as entrevistadas pela sua dificuldade de leitura. Porém todas as respostas eram auto referidas. As variáveis analisadas foram: faixa etária (<35 anos, 35 a 44 anos, >45 anos), cor da pele (branca, preta, parda), grau de escolaridade (não alfabetizada, nível fundamental, secundário, universitário), renda mensal familiar total em salários mínimos (R\$724,00 – valor do salário mínimo vigente no Brasil na época da coleta de dados), situação conjugal (casada ou mora com o companheiro, separada, viúva, solteira), hábitos de vida (tabagismo, etilismo) e patologias crônicas (diabetes, hipertensão).

Para exame da cavidade bucal, conduzido por um único cirurgião-dentista, foram utilizados abaixadores de língua de madeira e a sonda periodontal milimetrada recomendada pela Organização Mundial de Saúde⁹ para levantamentos epidemiológicos. As pescadoras permaneceram sentadas em uma maca portátil posicionada à maneira de uma cadeira odontológica, em ambiente fechado sob luz branca artificial. Utilizou-se a ficha de avaliação da saúde bucal da Organização Mundial de Saúde⁹, com informações sobre: exame extraoral, exame da mucosa oral, opacidade/hipoplasia do esmalte, fluorose dentária, condição dentária, uso e necessidade de prótese, índice periodontal comunitário (ICP) e perda de inserção periodontal (PIP).

A condição dentária foi avaliada pelo índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados), que determina a soma dos dentes cariados, perdidos e obturados em cada indivíduo¹⁰.

Os valores registrados do IPC foram: o pior escore individual da pescadora, que corresponde ao maior valor de todos os sextantes do indivíduo^{9,11,12} e a condição de cada sextante avaliado,

analisando-se separadamente a presença ou ausência de cada um dos indicadores. Para o índice PIP foi calculado somente o pior escore individual^{9,10}.

Ainda para a avaliação da doença periodontal, foram levados em conta estudos disponíveis^{13,14,15} que estabelecem clinicamente os seguintes graus: periodontite grave, quando se encontra um número igual a ou maior do que duas áreas interproximais com nível de inserção clínica (NIC) ≥ 6 mm não no mesmo dente, e uma ou mais áreas interproximais com profundidade de sondagem (PD) ≥ 5 mm; periodontite moderada, quando se identificam duas ou mais áreas interproximais com NIC ≥ 4 mm não no mesmo dente, ou duas ou mais áreas interproximais com PD ≥ 5 mm não no mesmo dente e periodontite leve, definida nos casos de se constatarem duas ou mais áreas interproximais com NIC ≥ 3 mm e dois ou mais locais interproximais com PD ≥ 4 mm não no mesmo dente, ou uma área interproximal com PD ≥ 5 mm.

Os dados das variáveis do estudo foram digitados no programa Microsoft Excel 2013 e exportados para o *software* R 3.1.3. Foram calculadas medidas de tendência central, de posição e de dispersão para a variável condição dental; e valores absolutos e frequências para as demais variáveis. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Parecer nº 234.163) e todas as entrevistadas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), não havendo recusas. As pescadoras identificadas como portadoras de alterações bucais receberam um plano de tratamento e carta de encaminhamento para atendimento odontológico.

RESULTADOS

Entre as 201 pescadoras; 40,2% situava-se acima de 44 anos; 53,2% declaram ter a cor da pele preta; 63,2% estudaram até o ensino fundamental; 58,7 % eram casadas ou moravam com o companheiro; 73,1% tinham renda mensal menor que um salário mínimo; 78,6% nunca fumaram; 42,8% consumiam bebidas alcoólicas; 9,4% eram diabéticas e 21,4% eram hipertensas (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas, hábitos de vida e patologias crônicas em pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Variável	n	%
Faixa etária		
< 35 anos	60	29,9
35 a 44 anos	60	29,9
> 44 anos	81	40,2
Cor da pele		
Branca	2	1,0
Parda	92	45,8
Preta	107	53,2
Escolaridade		
Não alfabetizada	6	3,0
Fundamental	127	63,2
Secundário	67	33,3
Universitário	1	0,5
Situação conjugal		
Casada/ Mora com o companheiro	118	58,7
Separada/Viúva/Solteira	83	41,3
Renda Mensal		
Menor que um salário mínimo / não sabe	147	73,1
Maior do que um salário mínimo	54	26,9
Tabagismo		
Fuma atualmente	9	4,5
Fumou no passado	34	16,9
Nunca fumou	158	78,6
Etilismo		
Bebe atualmente	86	42,8
Bebeu no passado	62	30,8
Nunca bebeu	53	26,4
Diabetes		
Sim	19	9,4
Não	182	90,6
Hipertensão		
Sim	43	21,4
Não	158	78,6

Fonte: Banco de dados de Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

De acordo com a Tabela 2, o exame extraoral identificou 12 casos (6,0%) de ulceração, feridas, erosões, fissuras em comissuras, e um caso (0,5%) em região de nariz, zigomático e mento. Em relação as desordens da articulação temporomandibular (ATM); 14,9% apresentaram sintomas. Observou-se estalido (12,9%), sensibilidade à palpação (2,0%) e mobilidade reduzida da mandíbula (3,0%). A mucosa oral apresentou condições normais em 79,1% da amostra. Das alterações, a mais presentes foram a úlcera aftosa (6,0%), úlcera traumática (5,0%) e abscesso

(4,4%). Estavam com sinais de fluorose dentária; 6,5% das pescadoras. Não foi identificado o uso de qualquer tipo de prótese dentária superior (85,6%) ou inferior (96,5%) nas mulheres. No entanto; 66,2% delas necessitavam de prótese superior, e 65,7%, de prótese inferior.

Tabela 2 – Exame extraoral, exame da mucosa oral, fluorose dentária, uso e necessidade de prótese em pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Variável	n	%
Exame extraoral		
Aparência normal	188	93,5
Ulceração, feridas, erosões, fissuras (comissuras)	12	6,0
Ulceração, feridas, erosões, fissuras (nariz, zigomático e mento)	1	0,5
ATM – sintomas		
Sim	30	14,9
Não	171	85,1
ATM – sinais		
Estalido		
Sim	26	12,9
Não	175	87,1
Sensibilidade à palpação		
Sim	4	2,0
Não	197	98,0
Mobilidade reduzida da mandíbula		
Sim	6	3,0
Não	195	97,0
Exame da mucosa oral – condição		
Abscesso	9	4,4
Candidíase	3	1,5
Gengivite necrosante aguda	2	1,0
Leucoplasia	1	0,5
Líquen plano	2	1,0
Mucocele	3	1,5
Úlcera aftosa	12	6,0
Úlcera traumática	10	5,0
Normal	159	79,1
Exame da mucosa oral – localização das alterações		
Comissuras	1	0,5
Crista alveolar / Gengiva	16	8,0
Lábios	13	6,4
Língua	3	1,5
Mucosa jugal	8	4,0
Palato	1	0,5
Sem registro	158	79,1
Fluorose dentária		
Normal	181	90,0
Questionável	3	1,5
Muito leve	6	3,0

Leve	2	1,0
Moderada	1	0,5
Severa	1	0,5
Sem registro	7	3,5
Uso de prótese superior		
Sem prótese	172	85,6
Mais de uma prótese fixa	1	0,5
Prótese parcial removível	21	10,4
Prótese fixa e removível	1	0,5
Prótese total	6	3,0
Uso de prótese inferior		
Sem Prótese	194	96,5
Prótese fixa	1	0,5
Prótese parcial removível	4	2,0
Prótese fixa e removível	0	0,0
Prótese total	2	1,0
Necessidade de prótese superior		
Sem necessidade	68	33,8
Prótese fixa unitária	53	26,4
Prótese fixa ou removível unitária e/ou múltipla	65	32,3
Prótese fixa e/ou removível unitária e/ou múltipla	6	3,0
Prótese total	9	4,5
Necessidade de prótese inferior		
Sem necessidade	69	34,3
Prótese fixa unitária	39	19,4
Prótese fixa ou removível unitária e/ou múltipla	82	40,8
Prótese fixa e/ou removível unitária e/ou múltipla	7	3,5
Prótese total	4	2,0

Fonte: Banco de dados de Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Nas pescadoras estudadas, observou-se ausência de 332 (16,5%) dentes índices para a avaliação da opacidade e/ou hipoplasia do esmalte. Dos 1678 dentes índices presentes, evidenciou-se opacidade delimitada (0,9%), opacidade difusa (0,6%) e hipoplasia (0,7%).

O índice CPO-D médio das pescadoras foi de 11,13 (Tabela 3). O valor obtido para dentes cariados correspondeu a 24,6% do total do CPO-D; para os dentes perdidos foi 56,4% e 19,0% dos dentes eram obturados. A falta de pelo menos um dente e a presença de pelo menos um dente cariado foi notado respectivamente em 83,1% e 75,1% das mulheres.

Tabela 3 – Condição dental (índice CPO-D e componentes) em pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Variável	Média	Mín	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máx
Dentes cariados	2,73	0,00	1,00	2,00	5,00	12,00
Dentes perdidos	6,27	0,00	1,00	4,00	8,00	32,00
Dentes obturados	2,11	0,00	0,00	1,00	3,00	15,00
CPO-D	11,13	0,00	5,00	10,00	16,00	32,00

Fonte: Banco de dados de Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Em relação a condição periodontal; 19,4% das pescadoras apresentaram periodontite moderada, não tendo sido registrados casos de grave ou leve. Na análise dos sextantes, sete mulheres (3,5%) eram desdentadas totais. Para o valor do IPC registrando o pior escore individual foi encontrado: hígido (41,8%), cálculo (35,8%), sangramento (13,4%), bolsas rasas (4,5%) e profundas (1,0%). Quanto à PIP; 55,7% exibiram o código 0-3 mm e 29,9%, 4-5 mm (Tabela 4).

Tabela 4 – Condição periodontal de pescadoras artesanais (n=201), Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Variável	n	%
Classificação da condição Periodontal		
Periodontite grave	0	0,0
Periodontite moderada	39	19,4
Periodontite leve	0	0,0
Nenhuma periodontite	162	80,6
Índice periodontal comunitário (IPC)		
Hígido	84	41,8
Sangramento	27	13,4
Cálculo	72	35,8
Bolsa de 4-5 mm	9	4,5
Bolsa de 6 mm ou mais	2	1,0
Todos sextantes excluídos	7	3,5
Perda de inserção periodontal (PIP)		
0-3 mm	112	55,7
4-5 mm	60	29,9
6-8 mm	16	7,9
9-11 mm	4	2,0
12 mm ou mais	2	1,0
Todos sextantes excluídos	7	3,5

Fonte: Banco de dados de Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

Analisando-se a prevalência individual de cada agravo do IPC, dos 1.206 sextantes examinados; 14,7% foram excluídos e os resultados foram: hígido (67,8%), cálculo (10,4%), sangramento

(6,2%), bolsas rasas (0,7%) e bolsas profundas (0,2%). O sextante 2 apresentou o maior número de dentes hígidos; o sangramento foi mais prevalente no sextante 3 e o cálculo no sextante 5; nos sextantes 1 e 6 foram identificadas tanto bolsas rasas quanto profundas (Tabela 5).

Tabela 5 – IPC das pescadoras artesanais (n=201) por sextante, Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

IPC	Classe	Sextante 1		Sextante 2		Sextante 3		Sextante 4		Sextante 5		Sextante 6	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	Hígido	138	68,6	159	79,1	127	63,2	137	68,1	123	61,1	134	66,6
1	Sangramento	12	6,0	8	4,0	19	9,4	11	5,5	13	6,5	11	5,5
2	Cálculo	19	9,5	7	3,5	24	12,0	9	4,5	53	26,4	14	7,0
3	Bolsa de 4-5 mm	3	1,5	0	0,0	1	0,5	1	0,5	3	1,5	1	0,5
4	Bolsa \geq 6 mm	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5
X	Sextante excluído	28	13,9	27	13,4	30	14,9	43	21,4	9	4,5	40	19,9

Fonte: Banco de dados de Saubara, Bahia, Brasil, 2015.

DISCUSSÃO

Os resultados apontam alta prevalência de lesões de mucosa oral, cárie dental e doença periodontal na população de pescadoras artesanais, embora em proporção menor quando comparada à estudos com população geral e em trabalhadores da pesca de outras nacionalidades^{1,2,10,11,16,17,18,19,20}. A prevalência das lesões identificadas no presente estudo (20,9%), foi superior a encontrada em Shangai de 10,8%, entre elas a língua fissurada (3,2%), aftas recorrentes (1,45%), úlcera traumática (1,1%), queilite angular (0,9%), líquen plano (0,8%) e leucoplasia (0,2%)²¹.

Segundo Chandroth et al.², analisando pescadores da região costeira de Kutch (Gujarat, Índia), 30% destes exibiram alterações como leucoplasia (13,8%) e ulceração (7,2%) em sua maioria localizadas nos lábios (53,4%), na borda do vermelhão dos lábios (23,5%) e em comissuras (10,9%). Henrique et al.¹ identificaram alterações de mucosa oral em 54,4% dos adultos de Uberaba (Minas Gerais, Brasil), como a gengivite (6,6%), candidíase (4,5%), fibroma (3,2%), hiperplasia fibrosa inflamatória (3,1%), queilite actínica (2,4%) úlcera traumática (1,7%), mucocele (1,2%), leucoplasia bucal (1,2%) e afta menor (1,2%). Andrade et al.²² identificaram uma prevalência de 84,9% de alterações de mucosa oral nos indivíduos atendidos em Diamantina (Minas Gerais, Brasil), foram analisados nesse grupo tanto patologias como

variações de normalidade das estruturas da cavidade oral. Dentre as alterações diagnosticadas as mais frequentes foram: a mácula melanótica (36,0%), linha alba (33,9%), úlceras traumáticas (21,5%), grânulos de Fordyce (20,4%), língua saburrosa (12,5%).

A grande variação na prevalência das lesões de mucosa oral nos trabalhos acima citados se dá possivelmente pelos diferentes desenhos metodológicos, características socioeconômicas, tipos de alimentos ingeridos e hábitos de vida existentes nesses diversos grupos populacionais do Brasil e do mundo.

Os hábitos de vida estão associados com as mais diferentes patologias bucais^{2,23,24}. Não há, contudo, na literatura um consenso entre essa associação. No presente estudo a maioria das pescadoras não fuma e não consome bebidas alcoólicas, fato que pode ser entendido pelo cuidado do sexo feminino com hábitos mais saudáveis.

Para Chandroth et al.², 97,9% da população pesquisada consumiam tabaco e álcool e cerca de metade daqueles que fumavam e mascavam fumo evidenciaram lesões na mucosa oral; 8,5% daqueles que não tinham esses hábitos exibiram alterações, constatando-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Em Patil e Maheshwari²³, as alterações de mucosa oral foram mais prevalentes (26,8%) nos indivíduos com hábitos (fumar, mastigar tabaco, consumir bebidas alcoólicas ou a combinação desses) em comparação com os demais (2,8%).

Em Saubara, as pescadoras exibiram CPO-D médio de 11,13. A prevalência de cárie foi de 24,6% do total do CPO-D e a média de dentes perdidos foi de 6,27. Essas mulheres possuem na sua dieta alimentos vegetais como hortaliças, legumes, crucíferas e folhosas; além de mariscos e crustáceos o que caracteriza uma dieta menos cariogênica, corroborando com os achados do presente estudo. Pesquisadores¹⁸ identificaram um índice de CPO-D médio (7,64) inferior ao atual estudo, com uma média de 0,65 dentes cariados; 5,04 perdidos e 1,95 obturados. Bem como em outra pesquisa, em que o CPO-D médio foi de 4,37; uma média de 1,43 dentes cariados; 0,41 perdidos e 2,53 obturados²⁰.

Outras investigações observaram valores do CPO-D superiores aos do presente estudo, como o CPO-D médio identificado em adultos de 14,1; dentes perdidos (60%), obturados (21%) e cariados (19%)¹⁶. Mulheres da região Nordeste apresentaram CPO-D variando de 14,7 a 15,4²⁵.

O perfil da cárie dentária de adultos de Monte Negro (Rondônia, Brasil) apresentou CPO-D médio de 16,00; indivíduos na faixa de idade entre 35 a 44 anos foram os que mais sofreram com a perda de dentes (média de 9,79); todos dessa faixa apresentaram pelo menos uma cárie (média de 2,21), e seu aumento progrediu com o avanço da idade¹⁷. No Projeto SBBrasil 2010, realizado pelo Ministério da Saúde¹⁰, o CPO-D médio foi 16,75 para indivíduos adultos (35 a 44 anos) com os dentes perdidos correspondendo a 44,7%.

Os resultados díspares em relação ao CPO-D se dão provavelmente pelos diferentes tipos de dietas, condições sociais, educacionais, econômicas e dificuldades de acesso a serviços de saúde nas diversas populações; para as pescadoras de Saubara, os resultados podem ser provavelmente justificados pelo alto consumo de mariscos com uma dieta menos cariogênica.

Observou-se uma prevalência de 19,4% de periodontite moderada no presente estudo, revelando uma pobre condição periodontal. Constatou-se a presença de 54,7% dos escores de 1 a 4 para o IPC, valores menores aos estudos identificados. O sextante 2 foi o mais saudável, fato entendido pela maior facilidade de higienização dessa região bucal. O cálculo foi mais prevalente no quinto sextante, umas das regiões de maior incidência na cavidade bucal. Nas pesquisas avaliadas, as diferenças culturais e econômicas entre as regiões estudadas podem influenciar nos resultados dos índices de avaliação bucal.

Avaliando-se a necessidade de tratamento periodontal em pacientes argentinos adultos, o cálculo estava presente em 38,8% da amostra, as bolsas rasas, em 26,4%, o sangramento, em 17,2%, e as bolsas profundas, em 14,3%; o percentual de hígidos foi de apenas 3,2%¹⁹, bem abaixo do identificado no presente estudo (41,8%). A prevalência dos escores de 1 a 4 foi de 96,7%. Para os adultos de Recife (Pernambuco, Brasil) se identificou uma prevalência de 89,3% dos escores de 1 a 4 para o IPC, tendo-se observado 61,8% de cálculo dentário, 15,2% de bolsas de 4-5 mm e 2% de bolsas ≥ 6 mm. Os sextantes mais saudáveis foram o segundo e o quinto, no entanto, o cálculo também foi mais prevalente no quinto, e as bolsas no terceiro. Houve associação significativa entre as condições periodontais e o sexo, o estado civil e o nível educacional¹¹.

A presença de cálculo foi o escore mais prevalente de modo semelhante ao do presente estudo (35,8%) entre os indivíduos em Valência (Espanha); 60,0% apresentaram cálculo dentário; 15,8%, bolsas rasas; 13,0%, dentes hígidos; em 5,5% ocorreu sangramento; em 4,6%, bolsas

profundas, tendo-se excluído 1,8% dos sextantes. A prevalência dos escores de 1 a 4 foi de 85,9%¹⁸. Diferente dos achados no presente estudo, o sangramento gengival foi a característica mais presente em 39% da amostra de italianos adultos, seguido de cálculo dentário (29%), bolsas periodontais rasas (8%) e profundas (3%); a condição hígido correspondeu a 21%. O escores de 1 a 4 do IPC foram identificados em 79% dos indivíduos²⁰.

A análise da prevalência individual de cada agravo do IPC foi usada também para o presente estudo, pois quando se avalia apenas o maior escore individual pode haver uma subestimação do sangramento, indicativo da presença de gengivite, por ter no IPC um valor de escore inferior ao do cálculo dentário. O citado Projeto SBBrazil 2010¹⁰ determinou como resposta a prevalência individual dos agravos, como exposto acima; com uma prevalência de alterações (49,9%) superior que o estudo de Saubara (17,5%). Os sextantes excluídos obtiveram o pior escore (32,3%) para o grupo etário de 35 a 44 anos, seguido por 28,6% com cálculo; 17,8% com todos os sextantes hígidos; 15,2% com bolsas de 4-mm; 4,2% com bolsas ≥ 6 mm e 1,9% com sangramento. O cálculo dentário foi a alteração periodontal mais notada no sextante 5, e o sextante 2 apresentou o menor valor de bolsas periodontais e o maior de dentes hígidos. Seguindo-se essa linha de raciocínio, no presente estudo não houve alteração periodontal na maioria das pescadoras artesanais analisadas (67,8%), e 14,7% tiveram sextantes excluídos. Coincidentemente, o cálculo dentário foi também a condição mais presente no sextante 5, e não se registraram bolsas periodontais no sextante 2, no qual também se observou o maior número de dentes hígidos.

Para o PIP; 55,7% das pescadoras não exibiram perda de inserção patológica (igualmente código 0), e, em 29,9% delas, a perda de inserção periodontal de 4-5mm foi a mais presente. Resultados que corroboram os do Projeto SBBrazil 2010¹⁰ para a perda de inserção periodontal (PIP) identificada pelo percentual de pior escore, 51,3% dos adultos (35 a 44 anos) receberam a codificação 0 (0-3mm), e a condição de alteração periodontal mais presente foi a também a perda de 4-5mm (13,2%).

Sintomas e sinais de alterações de ATM foram identificados nas pescadoras de Saubara relacionada a grande necessidade de próteses dentárias. A maioria das mulheres não faziam uso de prótese dentária superior e inferior apesar da indicação das mesmas, impactando na saúde da trabalhadora, resultado de numa atividade mastigatória deficiente. Comparando-se com os resultados do Projeto SBBrazil 2010¹⁰, verifica-se que as pescadoras artesanais apresentam uma

maior necessidade de uso de prótese que a população verificada neste estudo. Apenas 7,2% das pessoas não usavam prótese dentária superior, a prótese parcial removível foi identificada em 16,0% dos investigados, e a prótese total, em 9,1%. A necessidade de uma prótese parcial nos dois maxilares e em um maxilar foi, respectivamente, de 26,1% e 41,3%; para a prótese total, a carência em um maxilar foi de 0,6% e de 0,3% em ambos; e 31,2% dos avaliados não precisavam de prótese.

Dos adultos Salvador com idades entre 35 e 44 anos, 23% usavam próteses dentárias, 70,1% careciam de alguma prótese superior, e 79,7% de prótese inferior, fosse uma prótese fixa ou uma prótese parcial removível com mais de um elemento¹⁶. Essa diferença entre os estudos pode ser demonstrada pelo maior número de dentes perdidos das pescadoras, decorrente de má higiene, infecções, traumas e da falta de acesso aos serviços de saúde. O serviço protético odontológico só está disponível em algumas unidades especializadas de saúde, por ser um ramo da Odontologia com um custo mais elevado, resultando numa maior dificuldade de acesso para a obtenção das próteses.

CONCLUSÃO

Este estudo descreve a condição da saúde bucal de pescadoras artesanais, não tendo sido identificado, na literatura disponível no Pubmed até três de maio de 2016, um trabalho que apresentasse todas as dimensões analisadas no presente artigo para os trabalhadores da pesca.

Os resultados revelaram que as pescadoras apresentaram alterações intraorais de mucosa sendo as mais frequentes ulcerações aftosas e traumáticas. Foram identificadas prevalências significativas de cárie e de doença periodontal. Os sinais e sintomas de alterações da ATM presentes nas estudadas resultaram da grande necessidade de prótese dentária.



O estado de saúde bucal das pescadoras artesanais de Saubara é precário com várias necessidades, desta forma os programas de saúde bucal associados ao Sistema Único de Saúde precisam promover atenção diferenciada para as comunidades pesqueiras no sentido de reduzir ainda mais estas desigualdades na promoção de melhorias da condição de saúde bucal para estas populações.

REFERÊNCIAS

1. Henrique PR, Bazaga Júnior M, Araújo VC, Junqueira JLC, Furuse C. Prevalência de alterações da mucosa bucal em indivíduos adultos da população de Uberaba, Minas Gerais. *RGO* 2009; 57(3):261-267.
2. Chandroth SV, Venugopal HKV, Puthenveetil S, Jayaram A, Mathews J, Suresh N, Al Kheraif AA et al. Prevalence of oral mucosal lesions among fishermen of Kutch coast, Gujarat, India. *Int Marit Health* 2014; 65(4):192-198.
3. Sridharan G. Epidemiology, control and prevention of tobacco induced oral mucosal lesions in India. *Indian Journal of Cancer* 2014;51(1):80-85.
4. Silva RHA, Castro RFM, Bastos JRM, Camargo LMA. Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos cuidados em saúde bucal em moradores da região rural ribeirinha em Rondônia Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 5(supl 1):1475-1480.
5. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(2):381-392.
6. Almeida RF, Pinho MM, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22:379-390.
7. Peres SHCS, Peres AS, Oliveira FT, Adachi A, Silva AL, Morandini ACF et al. Absenteísmo: uma revisão da literatura sobre a ausência ao trabalho relacionada à odontologia. *Rev. Odontol. Araçatuba* 2006;27(2):96-100.
8. Silveira TLVA. Associação entre lesões sugestivas de câncer de pele e exposição solar ocupacional em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil. 2014. 41 f. Monografia (Graduação) - Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
9. Organização Mundial da Saúde (OMS). Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal. Manual de instruções. 4. ed. 1997. [site da internet] 1997 [acessado 2014 out 25]. Disponível em:http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/downloads/2011/10/Manual-OMS_4a-ed.pdf.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SBBrasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, 2011. [site da internet] 2011 [acessado 2016 jan 25] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.
11. Coelho RS, Gusmão ES, Silveira RCJ, Caldas Junior AF. Profile of periodontal conditions in a Brazilian adult population. *Oral Health Prev Dent* 2008; 6: 139-145
12. Chalub LLF, Péret ACA. Desempenho do índice periodontal comunitário (IPC) na determinação da condição periodontal: enfoque no exame parcial. *Arqu bras odontol* 2010;6(3):155-162.
13. Page RC; Eke PI. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. *J Periodontol* 2007; 78:1387-1399.
14. Leroy R, Eaton KA, Savage A. Methodological issues in epidemiological studies of periodontitis-how can it be improved? *BMC Oral Health* 2010; 10(1):1-8.
15. Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, Genco RJ. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. *J Dent Res* 2012; 91(10):914-920.
16. Almeida TF, Cangussu MCT, Chaves SCL, Amorim TM. Condições de saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos cadastrados em unidades de saúde da família do município de Salvador, estado da Bahia, Brasil, em 2005. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2012; 21(1):109-118.

17. Bastos RS, Silva RPR, Maia Junior AF, Carvalho FS, Merlini S, Caldana ML et al. Dental caries profile in Monte Negro, Amazonian state of Rondônia, Brazil, in 2008. *J Appl Oral Sci* 2010;18(5):437-41.
18. Eustaquio MV, Montiel JM, Almerich JM. Oral health survey of the adult population of the Valencia region (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010; 15(3):538-544.
19. Romanelli H, Rivas MG, Chiappe V, Gómez M, Macchi R. Periodontal treatment needs in Argentine adult subjects. *Acta Odontol. Latinoam* 2007;20(1):39-47.
20. Vano M, Gennai S, Karapetsa D, Miceli M, Giuca MR, Gabriele M et al. The influence of educational level and oral hygiene behaviours on DMFT index and IPCTN index in an adult Italian population: an epidemiological study. *Int J Dent Hygiene* 2015; 13(2):151-157.
21. Feng J, Zhou Z, Shen X, Wang Y, Shi L, Wang Y et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: a cross-sectional study in Shanghai, China. *J Oral Pathol Med* 2015; 44: 490-494.
22. Andrade RGV, Guimarães FFZ, Vieira CS, Freire STC, Jorge MLR, Fernandes AM. Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors. *Braz Oral Res* 2011; 25(5):393-400.
23. Patil S, Maheshwari S. Prevalence of lip lesions in an Indian population. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry J Clin Exp Dent* 2014; 6(4):374-378.
24. Volkweis MR, Garcia R, Pacheco CA. Estudo retrospectivo sobre as lesões bucais na população atendida em um Centro de Especialidades Odontológicas. *RGO* 2010; 58(1):21-25.
25. Nascimento S, Frazão P, Bousquat A, Antunes JLF. Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. *Rev Saúde Pública* 2013;47(Supl 3):69-77.

ANEXOS

	PROJETO: SAÚDE, AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE DOS TRABALHADORES DA PESCA ARTESANAL						1. Nº questionário: _____		LEGENDA 88. Não sabe responder 99. Não se aplica		
							2. Data da entrevista: ____/____/____				
							3. H início da entrevista: _____ h _____ min				
							4. H término da entrevista: _____ h _____ min				

I – IDENTIFICAÇÃO										
5.	Município: _____	6.	Cód. do Município: _____	7.	Localidade: _____	8.	Cód. da Localidade: _____			
9.	Entrevistador: _____				10.	Cód. do Entrevistador: _____				
11.	Nome completo: _____				12.	Endereço: _____				
13.	Tel. Contato: (_____) _____									

II – INFORMAÇÕES GERAIS										
14.	Data nasc: _____	14.1. Idade Anos	_____	15.	Natural de: _____	16.	Você se considera: 1[] Negra 2[] Branca 3[] Parda			
17.	Escolaridade: 1[] Não estudou 2[] Primário 3[] 1º grau incompleto 4[] 1º grau completo 5[] 2º grau completo 6[] 2º grau incompleto 7[] Superior completo 8[] Superior incompleto									
18.	Estado civil: 1[] Casada 2[] Solteira 3[] Amigada/mora junto 4[] Separada 5[] Viúva 6[] Outros									
19.	Você possui filhos: 1[] Sim 2[] não				20.	Quantos filhos você tem? _____				
21.	Você está satisfeito com seu peso 1[] sim 2[] não				22.	Quantas pessoas moram na sua casa (contando você)? _____				

III – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA E DE MORADIA										
23.	Quais destes documentos você possui? (1 – sim/2 – não) 23.1. [] Registro de Nascimento 23.2. [] Registro Geral 23.3. [] CPF 23.4. [] Carteira de Trabalho									
24.	Você é cadastrada na Cooperativa/Associação de Pescadores? 1[] sim 2[] não				25.	Qual valor da sua renda familiar mensal sem a mariscagem? R\$ _____ Quanto você ganha, em média, com a atividade de mariscagem? R\$ _____ Qual a renda familiar total (mariscagem e benefícios)? R\$ _____				
26.	Você possui cadastro em programas de auxílio do Governo? 1[] sim 2[] não			27.	Quais benefícios você recebe? (1 – sim/2 – não) 27.1. [] Bolsa Família 27.2. [] Seguro Defeso 27.3. [] Outros					
28.	O recebimento do benefício do Governo permite diminuir o ritmo de trabalho com a mariscagem? 1[] sim 2[] não									
29.	Qual a principal fonte de renda da sua família? 1[] mariscagem 2[] pesca 3[] artesanato 4[] auxílio do Governo 5[] Outras: _____									
30.	O rendimento obtido com a mariscagem é suficiente para a sobrevivência da sua família? 1[] sim 2[] não									

IV – HISTÓRICO LABORATIVO E ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO											
31.	Atualmente, você trabalha em outras atividades que não seja de mariscagem? 1[] sim 2[] não										
32.	Caso positivo, em quais atividades você trabalha? 1[] artesanato 2[] pesca 3[] outras _____ 99[] não se aplica										
33.	Quantas horas por dia, em média, você dedica a essa(s) atividade(s)? _____ : _____ h 99[] não se aplica										
34.	Você trabalhou com outras atividades antes da mariscagem? 1[] sim 2[] não			35.	Caso positivo, quais atividades você realizou? 35.1. [] artesanato 35.2. [] pesca 35.3. [] comércio (1 – sim/2 – não) 35.4. [] doméstica 35.5. [] outras 99. [] não se aplica						
36.	Com que idade você começou a mariscar? _____ anos										
37.	Por que você começou a atividade de mariscagem? (1 – sim/2 – não) 37.1. [] prazer 37.2. [] alternativa única de sobrevivência 37.3. [] influência dos familiares 37.4. [] flexibilidade de horários 37.5. [] outras										
38.	Quantas horas por dia, em média, você trabalha com a atividade de mariscagem? _____ : _____ h										
39.	Qual o horário que você inicia o trabalho? _____ : _____ h 40. Qual horário você termina o trabalho? _____ : _____ h										
41.	Quantos dias na semana você trabalha com a atividade de mariscagem? 1[] 1 dia 2[] 2 dias 3[] 3 dias 4[] 4 dias 5[] 5 dias 6[] 6 dias 7[] todos os dias										
42.	Você realiza pausas para descansar durante as atividades realizadas? 1[] sim 2[] não										
43.	Caso positivo, quantas pausas, em média, você realiza por dia? 1[] 1 vez 2[] 2 vezes 3[] 3 vezes 4[] mais de 3 vezes 88[] não soube informar 99[] Não se aplica										
44.	Você já interrompeu a atividade de mariscagem? 1[] sim 2[] não				45.	Caso positivo, por quanto tempo interrompeu a atividade? _____ meses 99[] Não se aplica					

46.	Qual o motivo de ter interrompido a atividade? 1[] DME	2[] outras doenças/agravo	3[] outros	4[] Doenças bucais / 99[] Não se aplica			
47.	Quais os tipos de mariscos que você marisca com maior frequência? (1 – sim/2 – não)	47.1.[] ostra de laje 47.7.[] sarnambi	47.2.[] siri 47.8.[] rala-coco	47.3.[] tapú 47.9.[] sururu de laje (praia)	47.4.[] lambreta 47.10.[] chumbinho	47.5.[] caranguejo 47.11.[] camarão	47.6.[] sururu do mangue 47.12.[] outros

V – INFORMAÇÕES DE SAÚDE

48.	Você usa algum medicamento? 1 Sim[] 2 Não [] Se sim qual ou quais?			
49.	Você tem insônia? 1 Sim[] 2 Não []			
50.	Alguma vez o médico disse que você tem:			
	51. Diabetes (“açúcar alto no sangue”) 1[] sim 2[] não		52. Hipertensão (“pressão alta”) 1[] sim 2[] não	
	53. Artrite reumatóide (“dores nas juntas com deformidades nos dedos das mãos”) 1[] sim 2[] não		54. Hipotireoidismo (“doença da tireóide com baixa de hormônios”) 1[] sim 2[] não	
	55. Dislipidemia (“ Colesterol total alto no sangue) 1[] sim 2[] não Triglicérides alto no sangue? 1[] sim 2[] não Colesterol bom (HDL-c) baixo? 1[] sim 2[] não		56. Esteatose hepática (“gordura no fígado”).	
	57. Algum problema no coração? 1 Sim[] 2 Não [] Se sim qual ou quais?			
58.	Você se recorda se é comum sentir dor de cabeça? 1[] sim 2[] não			

VI – CONDUTAS DE COMPENSAÇÃO

59.	Você fuma? 1[] sim 2[] não	60.	Já foi fumante no passado? 1[] sim 2[] não (caso negativo passe para a questão 61 e marque 99)
61.	Fuma quantos cigarros por dia (ou fumava antes de parar)? 99[] não se aplica	62.	Com que idade começou a fumar? 99[] não se aplica
		63.	Se não fuma mais, com que idade parou? 99[] não se aplica
64.	Usa tranquilizante (remédio para nervoso)? 1[] sim 2[] não	65.	Aumentou no último ano? 1[] sim 2[] não 99[] não se aplica
66.	Você bebe ou bebia bebidas alcoólicas? 1[] não, nunca bebeu 2[] bebia, mas não bebe há mais de 1 ano 3[] bebia, mas parou há menos de 1 ano 4[] bebe		
67.	Se você marcou o subitem 3 ou 4 da questão anterior, responda sobre a frequência do uso de bebidas alcoólicas:		1[] > 4 vezes/semana 2[] 1 a 3 vezes/semana 3[] até 1 vez/mês 4[] < 1 vez/mês 99[] não se aplica

X – QUEIXAS ODONTOLÓGICAS

• FATORES DE RISCO (1 – sim/ 2 – não)

68.	FOTOTIPO:	COR	REAÇÃO
68.1.	I	BRANCA-CLARA	Sempre queima, nunca bronzeia
68.2.	II	BRANCA	Quase sempre queima, raramente bronzeia
68.3.	III	MORENA-CLARA	Raramente queima, bronzeia quase sempre
68.4.	IV	MORENA-ESCURA	Nunca queima, sempre bronzeia
68.5.	V	PARDA	Nunca queima, sempre bronzeia
68.6.	VI	PRETA	Nunca queima, sempre bronzeia
69.	Quantas horas por dia você passa no sol, em média?	1[] menos de 1 hora 2[] 1 – 3 horas	3[] 3 – 5 horas 4[] 5 – 7 horas 5[] 7 – 9 horas 6[] Mais que 9 horas
70.	Você fica exposto ao sol, em média: (fazer somatório)	1[] Até 10 h da manhã	2[] 10 – 12 horas 3[] 12 – 14 horas 4[] A partir das 16h



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde, Ambiente e Sustentabilidade de Trabalhadores da Pesca Artesanal

Pesquisador: RITA DE CÁSSIA FRANCO RÊGO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12024913.9.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 234.163

Data da Relatoria: 01/04/2013

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Plenário julga que ficam aprovados os procedimentos de pesquisa que estão descritos nos objetivos secundários 1 e 2 somente, a saber: Identificar a frequência de distúrbio músculo esquelético (DME); Avaliar a funcionalidade e incapacidade do sistema músculo esquelético das marisqueiras do município de Saubara. Os demais objetivos são genéricos e necessitam de detalhamento com questões de pesquisa específicas, exemplificando "Desenvolver novos produtos alimentícios" para serem julgados.

SALVADOR, 02 de Abril de 2013

Assinador por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

INSTRUÇÃO AOS AUTORES "REVISTA CUBANA DE ESTOMATOLOGIA"

Alcance y política editorial

La Revista Cubana de Estomatología tiene la misión de publicar artículos científicos que reporten al desarrollo de las ciencias estomatológicas en beneficio de la salud de la población.

Está dirigida a profesionales y técnicos en el campo de la estomatología, su administración de salud, y especialidades afines. Recibe contribuciones en idioma español, inglés y portugués sin distinción en el país de procedencia.

Una vez entregado el manuscrito este no podrá ser sometido a la consideración de ninguna otra revista o fuente de publicación. Los autores tienen el derecho de retirar su artículo mediante comunicación formal cuando desistan del intento de publicar.

El proceso de evaluación de artículos se realiza utilizando el sistema "por pares" (*peer review*) donde cada artículo es sometido a la consideración de dos o más árbitros quienes emiten su veredicto. Corresponde al comité editorial la decisión final de la publicación de manuscrito, independientemente de la decisión de los árbitros.

Forma y preparación de manuscritos

ESTRUCTURA GENERAL DE LOS ARTÍCULOS [[Subir](#)]

Primera página, contendrá

- Nombre de la institución que auspicia el trabajo y a la que pertenece(n) el/los autor(es).
- Título que no excederá las 15 palabras. En Castellano e Inglés. Los artículos en Portugués deben contenerlo en los tres idiomas. **No poner la palabra "Título"**
- Nombres y apellidos completos de todos los autores ordenados según su participación y el aporte de cada uno en la investigación y/o preparación del artículo. Ejemplo: **Pedro González Pérez**: realizó procesamiento estadístico, **María Rodríguez Morales**: seleccionó la muestra del estudio, **Alberto Pérez Gómez**: elaboró el instrumento de medición.
- Grado científico y categoría docente o investigativa más importante de cada autor, así como su dirección, correo electrónico y teléfono.

Segunda página, incluirá

- Resumen estructurado de no más de 300 palabras en idioma español e inglés, contentivo de los propósitos, procedimientos o métodos empleados, resultados más importantes y conclusiones,
- Palabras clave: Deben ser concretas y representativas del contenido semántico del documento, tanto en los contenidos principales como secundarios. Deben contener como mínimo 3 palabras o frases clave. Se recomienda utilizar el tesauro DeCs. (Descriptores en Ciencias de la Salud) <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> Además puede consultar el MeSH (Medical Subject Headings) para el idioma inglés. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

ESTRUCTURA BÁSICA SEGÚN TIPO DE ARTÍCULO [[Subir](#)]

Artículos originales [[Subir](#)]

Se aceptarán 4500 palabras, incluidas las referencias bibliográficas, las tablas y figuras.

Resumen estructurado.

- Introducción motivadora (síntesis).
- Objetivos.
- Universo, muestra, método para obtención del tamaño muestral y de selección de sujetos.
- Procedimientos empleados.
- Resultados más relevantes.
- Conclusiones o consideraciones globales.
- Palabras clave. Deben ser concretas y representativas del contenido semántico del documento, tanto en los contenidos principales como secundarios. Deben contener como mínimo 3 palabras o frases clave. Se recomienda utilizar el tesauro DeCs. (Descriptores en Ciencias de la Salud) <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> Además puede consultar el MeSH (Medical Subject Headings) para el idioma inglés. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

Introducción: 1 ó 2 cuartillas.

- Breve explicación general del problema.
- Problema de investigación.
- Antecedentes.
- Estado actual de la temática.

- Objetivos del estudio: claros, precisos, medibles(no válido para investigaciones cualitativas), alcanzables, en correspondencia con el tipo de estudio.

Métodos:

- Tipo de estudio.
- Universo y muestra. en síntesis ej. 100 sujetos por muestreo estratificado polietápico y método aleatorio simple.
- Criterios de selección de sujetos de ser pertinente. Centro(s) e Institucion(es) de procedencia donde se registraron los datos.
- Comentarios sobre las variables empleadas. (No operacionalización)(no válido para investigaciones cualitativas)
- Mención a los aspectos éticos en síntesis.
- Técnicas y procedimientos de obtención de la información.
- Técnicas de procesamiento y análisis.
- Esta sección se redacta en tiempo pasado (se midió, se contó, etc.)
- Aspectos éticos. Las investigaciones presentadas deberán cumplir con todas las declaraciones éticas para los tipos de estudios, ya sea en humanos o en animales. (Declaración de Helsinki) <http://bvs.sld.cu/revistas/recursos/helsinki.pdf>

Resultados:

- En relación a los objetivos de estudio. No emplear decimales con puntos (.), utilizar las comas (,)
- No más de 5 tablas, gráficos y/o figuras.

Discusión

- Interpretación de los objetivos de estudio.
- Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión.
- Comparación con otros estudios. Se exploran las posibles causas de las diferencias encontradas entre los resultados esperados y los observados.
- Argumentación.
- Conclusiones o consideraciones globales. Coherencia entre los objetivos, diseño del estudio y los resultados del análisis. Colocadas al final del artículo, en forma de párrafo, sin numeración o viñetas. Se considera la utilidad práctica de la intervención en su conjunto y se sugieren las aportaciones de este estudio para futuros estudios sobre intervenciones para la mejora.

Referencias bibliográficas. 80% de actualización.

Referencias bibliográficas y forma de citar [Subir]

- Acotar al texto, con números arábigos en exponencial sin paréntesis.
- El estilo bibliográfico es el de Vancouver. Dichas normas están disponibles en la siguiente URL:http://bvs.sld.cu/revistas/recursos/vancouver_2012.pdf
- Se considera actualizada cuando son publicaciones de los últimos 3 años para los artículos de revistas científicas y 5 años de los libros. El % se especifica para cada tipo de artículo. ART, PC, REV, CB, CONE, VIA
- Se numerarán según el orden de mención en el texto y deberán identificarse mediante arábigos en forma exponencial dentro del propio texto.
- Se incluirán citas de documentos publicados relevantes y actualizados. Deberá evitarse la mención de comunicaciones personales y documentos inéditos tales como tesis; sólo se mencionarán en el texto entre paréntesis si fuera imprescindible.
- Las referencias de los artículos aprobados para su publicación, se incluirán indicando el título de la revista y la aclaración en prensa entre paréntesis ().

- Se relacionarán todos los autores del texto citado; si tiene 7 o más autores, se mencionarán los 6 primeros, seguidos de "et al." Los títulos de las revistas se abreviarán por el Index Medicus ([List of journals indexed in Index Medicus](#)).
- No se destacará ningún elemento con el uso de mayúsculas ni el subrayado.
- Se observarán el ordenamiento de los elementos bibliográficos y el uso de los signos de puntuación prescritos por el estilo Vancouver.

A continuación, se ofrecen **ejemplos** de algunos de los principales casos: **[Subir]**

Revista

Aronson S G, Kirby R W. Improving knowledge and communication through an advance directives objective structured clinical examination. J Palliat Med. 2002;5(6):916-9.

Libro

Barrancos MJ, Rodríguez AJ. Operatoria Dental. 3ra edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999.

Capítulo de libro

Amaro Cano MC. Habilidades éticas de un gerente de excelencia. En: Carnota Lauzán O, editor. Libro habilidades gerenciales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.

Publicación electrónica

Petersen PE. Sociobehavioral risk factors in dental caries-international perspectiva. Int Dent J [En línea]. 2015 [Consultado: 1 Abril 2015];5(6):[6 páginas] Disponible en: http://www.who.int/oral_health/publications/CDOE05-uger/en/index.html.

Publicación en CD

OPS. La Formación de Posgrado en Salud Pública Nuevos desafíos, nuevos caminos.[En CD Room].2004.ISBN. 950-710-084-9.

Periódico

De la Osa José A. Adornos muy peligrosos. Pirsin bucal. Granma 2007 Abril 9; sección ó p2.

Tablas [Subir]

- El total de las figuras y tablas no excederá de 5 para los artículos originales y de revisión. Serán hasta 3 para la presentación de casos, comunicaciones breves, visión actual, conferencias etc.
- Se presentarán intercaladas en el artículo, en forma vertical numeradas consecutivamente.
- El título de la tabla se debe corresponder adecuadamente con su contenido. La información que presentan debe justificar su existencia. No repetir información ya señalada en el texto.
- Las tablas se ajustarán al formato de la publicación y la editorial podrá modificarlas si éstas presentan dificultades técnicas. No deben exceder los 580 pixeles de anchura.
- Los números decimales deben estar compuestos por comas "," y no por puntos ".".
- Todas las tablas y anexos deberán tener su título y la fuente de los datos representados, siempre y cuando no provengan de bases de datos e información propia que el autor emplee y cite en sus métodos; en cuyo caso se omite la fuente.

Figuras y fotografías [Subir]

- Las fotografías, gráficos, dibujos, esquemas, mapas, otras representaciones gráficas y fórmulas no lineales, se denominarán figuras y tendrán numeración arábiga consecutiva.
- Solo se presentarán las que sean necesarias y pertinentes.
- Las fotografías se presentarán con suficiente nitidez y contraste y con una dimensión perceptible al ojo humano. Todas se mencionarán en el texto y deberán ir acompañadas de su pie o nota explicativa.

- Las fotografías no propias del autor deberán contener la fuente de origen de las mismas.
- Las imágenes deben ser en formato JPG para las fotografías y en formato GIF para los esquemas y demás figuras a líneas. Otros formatos no se aceptarán. No deben exceder los 580 pixeles de anchura.
- Las figuras no podrán exceder los 500 Kb.

Gráficos [Subir]

- Los gráficos deberán ser incluidos en un formato editable para realizar ajustes editoriales en el proceso de maquetación de los artículos. Evitar la presentación de los mismos en formatos de imágenes (JPG, GIF, etc.)

Abreviaturas y siglas [Subir]

- No se usarán en el resumen ni en el título.
- Las precederá su nombre completo la primera vez que aparezcan en el texto.
- Se emplearán las de uso internacional.
- Sistema Internacional de Unidades (SI). Todos los resultados de laboratorio clínico se informarán en unidades del SI o permitidas por éste. Si se desea añadir las unidades tradicionales, éstas se escribirán entre paréntesis. Ejemplo: glicemia: 5,55 mmol/L (100mg/100 mL).

ENVÍO DE MANUSCRITOS [Subir]

- Los artículos deben ser subidos en formato electrónico (Microsoft Word 97-2003) a <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/index> Primero deben inscribirse y después entrar como autor para subir el artículo y seguir los 5 pasos indicados (ver indicaciones al final)
- Una vez enviados los artículos pasan a formar parte del patrimonio de la revista, aunque los autores pueden retirarlos cuando lo consideren.
- Los autores mantienen el derecho intelectual sobre lo que han escrito.
- Los autores asumen la responsabilidad por la autenticidad de los trabajos presentados.
- Los autores conocerán la decisión sobre la publicación a través de la plataforma de la revista en el sitio correspondiente a su artículo y podrá ver en que estado se encuentra el mismo, así como podrá descargar el resultado de arbitrajes y sugerencias.
- Los autores pueden comunicarse para otros asuntos a: rcestomatologia@infomed.sld.cu y chaple@infomed.sld.cu

Como subir un artículo la plataforma on-line

1. Entrar a la plataforma on-line de la revista con dirección: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est>
2. Tiene que registrarse, cuando ponga nombre y contraseña (que no tienen que ser los que usa para su correo electrónico) da clic en login y le sale inicio de su perfil en esta plataforma, ahí tiene que dar clic en autor y le sale COMENZAR UN **NUEVO ENVÍO** y debajo pulse aquí para ir al primer paso
3. Paso 1 comenzar el envío
4. En Sección tiene que dar clic en el cuadro seleccione una sección y sale artículo, luego en Lista de comprobación marca los 6 items y da clic en **GUARDAR Y CONTINUAR**.
5. Le sale el Paso 2 Introducción de los metadatos.
6. Ahí pone los datos del primer autor sobre todo los datos que tienen asterisco*
7. Luego clic en añadir autor hasta que coloque todos los autores , luego en título pega el título y en resumen hay que dar clic en la W le sale un cuadro donde pega el resumen y clic en insert, luego clic en **GUARDAR Y CONTINUAR**
8. Le sale el Paso 3 Subir el envío, ahí hay un paso que dice subir el envío, dar clic en la tecla que dice examinar y busca donde tiene su artículo en su computadora y le

- da clic en abrir y el artículo se coloca en el espacio en blanco pero debe dar clic en SUBIR, luego al final clic en **GUARDAR Y CONTINUAR**
9. Le sale Paso 4 para enviar ficheros complementarios (Carta donde se reconozca cumplimiento de los principios de la ética en las investigaciones y Declaración de autoría), hace igual, clic en examinar y buscar los documentos señalados en su computadora, le da clic en abrir y luego debe dar clic en subir, y al final de la página clic en **GUARDAR Y CONTINUAR**
 10. Le sale Paso 5 que dice Confirmación del envío y ahí dar clic en **CONFIRMAR** y listo, es todo.

Reenvío de manuscritos corregidos [Subir]

Como subir un artículo corregido por el autor a la plataforma on-line

- Estando conectado, tiene que entrar a la plataforma <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/index>
- Poner su nombre y contraseña y dar clic en login cuando le sale su página dar clic en autor
- Salen los artículos que ha enviado,
- Dar clic sobre el título del artículo que ya ha corregido, le sale el resumen etc.
- Arriba va a encontrar RESUMEN REVISIÓN, sobre REVISIÓN da clic
- Sale la página de revisión, al final hay un acápite que se llama Decisión editorial, al final hay un ítem que dice Subir versión de autor/a
- Dar clic en examinar y busca en su computadora donde tiene el artículo corregido lo seleccionas y en el cuadro de diálogo le da clic en abrir
- El artículo se va a colocar en el espacio en blanco, pero tiene que dar clic en Subir y espera un poco hasta que salga el artículo en Versión del/de la autor/a, y en ese artículo ya se puede trabajar para enviarlo a arbitrar nuevamente.

IMPORTANTE [Subir]

Conjuntamente con los trabajos deben subirse como **archivos suplementarios** la declaración de autoría.

Observaciones [Subir]

- Los trabajos que no se ajusten a estas instrucciones, no serán aceptados.
- Los aceptados se procesarán según las normas establecidas por la Editorial Ciencias Médicas (ECIMED).
- Para facilitar la elaboración de los originales, se orienta a los autores consultar los requisitos antes señalados

FICHA DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL - OMS 1997

País BRASIL

Deixar em branco (1) <input type="text"/>	Ano (4) <input type="text"/>	Mês (5) <input type="text"/>	Dia (8) <input type="text"/>	(9) <input type="text"/>	(10) <input type="text"/>	(11) <input type="text"/>	Nº Identificação (14) <input type="text"/>	Examinador (15) <input type="text"/>	Original/Duplicata (16) <input type="checkbox"/>
INFORMAÇÕES GERAIS							OUTROS DADOS (Especificar descrição e códigos)		
Nome							<input type="checkbox"/> (29)		
Data Nascimento (17) <input type="text"/>	Ano (18) <input type="text"/>	Mês (19) <input type="text"/>	Ocupação (20) <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> (28)		<input type="checkbox"/> (30)		
Idade em anos (21) <input type="text"/>	<input type="text"/> (22)		Localização Geográfica (26) <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> (27)		CONTRA-INDICAÇÕES PARA EXAME		
Sexo (M=1, F=2) <input type="checkbox"/> (23)	<input type="checkbox"/> (24)		Tipo de localidade 1 = Urbano 2 = Periurbano 3 = Rural		<input type="checkbox"/> (28)		Motivo <input type="checkbox"/> (29) (30)		
Avaliação Clínica							Avaliação da Articulação Temporomandibular		
EXAME EXTRA-ORAL							SINTOMAS		
0 = Aparência extra-oral normal							0 = Não		
1 = Ulceração, fendas, erosões, fissuras (cabeça, pescoço, membros)							1 = Sim		
2 = Ulceração, fendas, erosões, fissuras (nariz, bochechas, queixo)							9 = Sem registro		
3 = Ulceração, fendas, erosões, fissuras (comituras)							<input type="checkbox"/> (33)		
4 = Ulceração, fendas, erosões, fissuras (trilha cutâneo-mucosa)							0 = Não		
5 = Lâmina bucal							1 = Sim		
6 = Anormalidades dos lábios							Estalido <input type="checkbox"/> (34)		
7 = Linfonodos entumescidos (cabeça, pescoço)							Sensibilidade à palpação <input type="checkbox"/> (35)		
8 = Outros inchaços da face e maxilares							Mobilidade reduzida da mandíbula (abertura < 30 mm) <input type="checkbox"/> (36)		
9 = Sem registro									
MUCOSA ORAL							LOCALIZAÇÃO		
CONDIÇÃO							0 = Linha cutâneo-mucosa		
0 = Sem anormalidades							1 = Comituras		
1 = Tumor maligno (câncer)							2 = Lábios		
2 = Leucoplasia							3 = Sulco		
3 = Líquen plano							4 = Mucosa oral		
4 = Úlcera (afosa, herpética, traumática)							5 = Assalto da boca		
5 = Gengivite Necrosante Aguda							6 = Língua		
6 = Candidíase							7 = Palato duro e/ou mole		
7 = Abscesso							8 = Crista alveolar/gengiva		
8 = Outras condições (especificar, se possível)							9 = Sem registro		
9 = Sem registro									
OPACIDADE / HIPOPLASIA DO ESMALTE							FLUOROSE DENTÁRIA		
Dentes permanentes							0 = Normal		
0 = Normal							1 = Questionável		
1 = Opacidade delimitada							2 = Muito Leve		
2 = Opacidade difusa							3 = Leve		
3 = Hipoplasia							4 = Moderada		
4 = Outros defeitos							5 = Severa		
5 = Opacidades difusas e delimitadas							6 = Excluído		
6 = Opacidades delimitadas e hipoplasia							9 = Sem registro		
7 = Opacidades difusas e hipoplasia									
8 = Todas as três condições									
9 = Sem registro									
ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO (CPI)							PERDA DE INSERÇÃO *		
0 = Higido							0 = 0-3 mm		
1 = Sangramento							1 = 4-5 mm (junção cimento-esmalte (JCE) dentro da faixa preta)		
2 = Cálculo							2 = 6-8 mm (JCE entre o limite superior da faixa preta e a marca de 8,5 mm)		
3 = Bolso de 4-5 mm (faixa preta da sonda parcialmente visível)							3 = 9-11 mm (JCE entre as marcas 8,5 e 11,5 mm)		
4 = Bolso de 6 mm ou mais (faixa preta da sonda não visível)							4 = 12 mm ou mais (JCE acima da marca 11,5)		
x = Sextante excluído							x = Sextante excluído		
0 = Sem registro							9 = Sem registro		
* Não registrar em idades abaixo de 15 anos							* Não registrar em idades abaixo de 15 anos		

CONDIÇÃO DENTAL E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Nº identificação

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Condição (80)																
Rest (82)																
Trat (88)																

	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
Condição (114)										
Rest (120)										
Trat (148)										

Dentes Decíduos Code A B C D E F G	Dentes Permanentes Code Rest 0 0 1 1 2 2 3 3 4 - 5 - 6 - 7 7
---	--

CONDIÇÃO 0 = Saúde 1 = Curado 2 = Restaurado com cárie 3 = Restaurado sem cárie 4 = Perido por cárie 5 = Perido outras razões 6 = Salento 7 = Apoio de próte. com ou facel/implante 8 = Dente não supracoronado (coroa) não exposto 9 = Trauma (fratura)	TRATAMENTO 0 = Nenhum 1 = Custeio preventivo/calorético 2 = Salento 3 = Restauração 1 face 4 = Restauração 2 ou mais faces 5 = Coroa por qualquer motivo 6 = Facete laminar 7 = Tratamento pulpár e restauração 8 = Extração 9 = Outros cuidados	(81) (87) (113) (129) (145) (161)
---	---	--

USO DE PRÓTESE

0 = Sem prótese
 1 = Prótese fixa
 2 = Mais de uma prótese fixa
 3 = Prótese parcial removível
 4 = Prótese fixa e removível
 5 = Prótese total
 9 = Sem registro

Sup Inf
 (162) (163)

NECESSIDADE DE PRÓTESE

0 = Sem necessidade de prótese
 1 = Prótese fixa unitária
 2 = Prótese fixa ou removível unitária e/ou múltipla
 3 = Combinação de prótese fixa e/ou removível unitária e/ou múltipla
 4 = Prótese total
 9 = Sem registro

Sup Inf
 (164) (165)

ANORMALIDADES DENTOFACIAIS

DENTIÇÃO

(166) (167) Ausência de incisivo, canino e pré-molar - maxilar e mandibular - entre com o número de dentes

ESPAÇO

(168) Apertamento na região dos incisivos 0 = Sem apertamento 1 = Uma região com apertamento 2 = Duas regiões com apertamento	(169) Espaçamento na região dos incisivos 0 = Sem espaçamento 1 = Uma região com espaçamento 2 = Duas regiões com espaçamento	(170) Diastema em milímetros	(171) Desalinhamento molar anterior em mm	(172) Desalinhamento molar mandibular em mm
--	--	--	---	---

OCLUSÃO

(173) Overjet maxilar anterior em mm	(174) Overjet mandibular anterior em mm	(175) Mordida aberta vertical anterior em mm	(176) Relação molar antero-posterior 0 = Normal 1 = Meio cuspeite 2 = Cuspeite inteira
--	---	--	---

NECESSIDADE DE CUIDADOS IMEDIATOS

Condição de risco de vida (177)

Dor ou infecção (178)

Outras condições (179)

0 = Ausência
 1 = Presença
 9 = Sem registro

Exatidão absoluta para tratamento

0 = Não
 1 = Sim
 9 = Sem registro

 (180)

ANOTAÇÕES