



## Reprodução & Climatério

<http://www.sbrh.org.br/revista>



### Artigo original

# Prevalência de doença periodontal em mulheres menopausadas atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará<sup>☆</sup>

Tatiana Garcia de Moraes, Diandra Costa Arantes, Liliane Silva do Nascimento\* e Adriano Maia Correa

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil

#### INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

##### Histórico do artigo:

Recebido em 13 de setembro de 2013

Aceito em 22 de setembro de 2013

On-line em 14 de outubro de 2013

##### Palavras-chave:

Índice periodontal

Menopausa

Saúde da mulher

Saúde bucal

Síndrome da ardência bucal

#### R E S U M O

**Objetivo:** Identificar a prevalência da doença periodontal entre mulheres menopausadas e analisar fatores associados à doença periodontal.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal exploratório, feito por meio de questionário próprio e exame clínico oral. A amostra foi composta por 40 mulheres usuárias dos serviços de Saúde da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de janeiro a maio de 2011. **Resultados:** Os resultados obtidos mostram que 18% são pardas e 45% são casadas. Em relação à presença da síndrome da boca ardente, observou-se que 22,5% das mulheres apresentavam o quadro. De acordo com a análise estatística, o coeficiente de Spearman ( $r_s$ ) = 0,2436 apresentou uma relação entre higiene oral deficiente e maior tendência a apresentar a síndrome da boca ardente ( $t = 1,5483$  e  $p = 0,1298$ ).

**Conclusão:** Observa-se que o índice de doença periodontal elevado e o grande número de sextantes excluídos na faixa etária analisada demonstram a assistência recebida por essas mulheres, que, pela situação atual do estado de saúde, têm agravamentos da condição periodontal dos elementos dentais restantes. Esses resultados podem auxiliar na formulação de políticas públicas dirigidas à promoção da saúde bucal na região estudada.

© 2013 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](#)

### Prevalence of periodontal disease in postmenopausal women met at the Santa Casa de Misericórdia do Pará

#### A B S T R A C T

**Purpose:** This study aims to identify the prevalence of periodontal disease among menopausal women and examine factors associated with periodontal disease.

**Method:** This is an exploratory cross-sectional study, conducted by a questionnaire and an oral examination. The sample consisted of 40 women who used the services of Women's Health Foundation of Santa Casa de Misericórdia do Pará, between January and May of 2011.

##### Keywords:

Periodontal index

Menopause

Women's health

Oral health

Burning mouth syndrome

<sup>☆</sup> Trabalho realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [profaliliane@ufpa.br](mailto:profaliliane@ufpa.br) (L.S.d. Nascimento).

**Results:** The results of this study show that 18% are brown and 45% were married. Regarding the presence of burning mouth syndrome was observed that 22.5% of women had the picture. In statistical analysis, the Spearman coefficient ( $r_s$ ) = 0.2436 showed a relationship between poor oral hygiene and a greater tendency to present the burning mouth syndrome ( $t = 1.5483$  and  $p = 0.1298$ ).

**Conclusion:** It is noted that the rate of periodontal disease and the high number of excluded sextants in the age group analyzed, demonstrates the care offered to these women and that the current state of health, is worsening the periodontal condition of the few remaining teeth. These results may help in the formulation of public policies aimed at promoting oral health in the region studied.

© 2013 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Published by Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND

## Introdução

Todos os caminhos que levam ao envelhecimento da mulher passam pela menopausa e por suas dores. Dores essas que são sentidas de formas diferentes por cada mulher, mas que trazem um traço comum, a necessidade da redefinição da sua identidade feminina.<sup>1</sup>

O climatério é descrito como o estágio de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo na vida da mulher, prolongando-se até os 65 anos. A menopausa constitui apenas um marco dentro do climatério, representando a interrupção permanente da menstruação. A média da menopausa é de 50 anos, sendo que a ocorrência da menopausa antes dos 40 anos é conhecida como menopausa precoce e a que acontece após os 55 anos como menopausa tardia.<sup>2</sup>

Para a Sociedade Brasileira de Climatério, o climatério é uma endocrinopatia caracterizada por alterações funcionais, morfológicas e hormonais, divididas em três fases: a pré-menopausal, a perimenopausal e a pós-menopausal. A menopausa natural é determinada quando houver a ocorrência de 12 meses consecutivos de amenorreia.<sup>3</sup>

O climatério, nas últimas décadas, tem sido reconhecido como mais do que apenas o encerramento da vida reprodutiva feminina. No entanto, ainda que referências a seu respeito encontrem-se descritas em textos escritos por Aristóteles (384-322 a.C.), até recentemente a condição de mulher “menopausada” era raramente expressa em público, sendo até considerada motivo de constrangimento.<sup>4</sup>

Em parte, a pouca atenção prestada ao climatério até o início do século passado deveu-se à menor expectativa de vida feminina até então, que não permitia à maioria das mulheres viver para atingir o climatério.<sup>4</sup> O envelhecimento e, por conseguinte, o aumento da expectativa de vida humana criam um cenário favorável a pesquisas nessa fase da vida da mulher.

Nesse período, ocorre uma diminuição da produção e secreção dos hormônios ovarianos, principalmente o estrogênio, o qual é apontado como o maior responsável pela ocorrência de osteoporose em mulheres. Entende-se a osteoporose como uma redução da massa óssea, com alterações na microarquitetura tanto do osso trabecular quanto do cortical, como consequência entre a reabsorção e a aposição óssea.<sup>2,5</sup>

O hipostrogenismo que se segue à menopausa leva a um aumento da reabsorção óssea, com perda da massa óssea e fraturas de corpos vertebrais, do rádio distal e do colo do fêmur.

O estrogênio tem ação direta no osso como droga antirreabsortiva e também ações indiretas via paratormônio, vitamina D e calcitonina.<sup>6</sup>

Por causa das variações hormonais, as mulheres tendem a desenvolver alterações no periodonto e no fluxo salivar, quadro que pode agravar-se por presença de inflamação gengival preexistente induzida por biofilme e cálculo, além de que também há a possibilidade de existência de osteoporose nos ossos maxilares, o que pode desencadear uma perda óssea em determinadas regiões dos maxilares.<sup>3</sup>

A redução dos estrogênios séricos promove maior perda óssea trabecular do que cortical. A condição de saúde bucal no período do climatério pode ser afetada de diversas formas, doenças periodontais severas, perdas dentais, entre outros. Nesse sentido, alguns pesquisadores encontraram, por meio da tomografia computadorizada quantitativa periférica feita em mulheres pós-menopausadas com fraturas, um afinamento no osso cortical e uma diminuição do volume do osso esponjoso, que apresenta menos trabéculas e maior espaçamento. Outros estudos revelam que a osteoporose da mandíbula pode estar associada à doença periodontal e à perda dentária após a menopausa.<sup>1,7</sup>

Apesar da diferença etiológica da periodontite e da osteoporose pós-menopausal, a perda óssea ocorre em ambas e compartilham várias características. Por causa de os receptores de estrogênio serem expressos em células ósseas e imunes, levantou-se a hipótese de que a deficiência de estrogênio pode influenciar na remodelação óssea em sítios com processos inflamatórios, uma vez que as células do ligamento periodontal manifestam receptores específicos para estrogênios.<sup>8</sup> Alguns estudos clínicos evidenciaram que não existe correlação entre a densidade mineral óssea (DMO) e a doença periodontal, enquanto outros mostraram o contrário.<sup>9</sup>

Entendem-se as doenças periodontais como infecções multifatoriais provocadas por uma complexa comunidade de espécies de bactérias, que têm como agente primário dessa doença o biofilme microbiano que se acumula ao redor dos dentes e penetra dentro do sulco gengival.<sup>10,11</sup>

A periodontite tem início quando uma gengivite não é tratada. A infecção e a inflamação se disseminam desde as gengivas até o osso adjacente e o ligamento periodontal, o que causa mobilidade dental e, muitas vezes, consequente perda dental.<sup>11</sup> A periodontite produz fatores que destroem os suportes colagenosos do dente, podendo levar à perda de osso alveolar. Alguns fatores de risco sistêmico, como tabagismo,

diabetes, dieta e variação de níveis hormonais, afetam o nível ósseo sistêmico. A periodontite tem sido apontada como uma manifestação precoce de osteopenia generalizada. Com isso, a osteoporose seria classificada como um indicador de risco, em vez de um fator de risco para a doença.<sup>11</sup>

No que tange à saúde bucal e a esse ciclo vital da mulher, outras alterações têm sido relatadas na literatura, como boca seca e a síndrome da boca ardente (SBA), caracterizada por dor do tipo queimação na cavidade oral, principalmente nas bordas laterais e na ponta da língua, que acomete geralmente mulheres na faixa entre 40 e 60 anos.<sup>12</sup>

Pacientes com ardor na boca muitas vezes não apresentam ferimento que possa justificar o sintoma. A xerostomia pode agravar a sensação de ardência e também é uma das consequências das alterações hormonais. Com a idade ou o envelhecimento ocorre perda linear de células acinosas e diminuição da produção de saliva, que leva ao ressecamento bucal e, conseqüentemente, diminui a proteção da cavidade bucal, que fica suscetível a doenças como cárie e doença periodontal.<sup>13</sup>

Percebe-se que as doenças periodontais e outras alterações da cavidade oral têm etiologias multivariadas que, quando interligadas ao ciclo vital da mulher, podem refletir em precárias situações de saúde geral e bucal, com destaque para as altas prevalências de osteoporose, doença periodontal e perdas dentárias. Desse modo, conhecer as condições periodontais relacionadas à saúde bucal da mulher durante essa fase do ciclo vital é fundamental para a fundamentação nosológica e para a melhor assertiva em decisões a serem tomadas acerca de tratamentos e intervenções. Portanto, este trabalho visa a identificar a prevalência da doença periodontal entre mulheres menopausadas e analisar os fatores associados à doença periodontal.

## Método

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Santa Casa sob o protocolo 143/10 e seguiu todos os quesitos de ética em pesquisa para seres humanos. Trata-se de um estudo transversal exploratório feito com mulheres atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), de janeiro a maio de 2011. Estudo-piloto foi feito para validação do instrumento de pesquisa em relação a variáveis demográficas, econômicas, de identificação e de saúde geral e bucal.

Os critérios de inclusão foram: mulheres menopausadas (menopausa fisiológica ou menopausa cirúrgica), na faixa de 40 a 65 anos. Critério de exclusão: mulheres que não se encontravam na faixa etária pré-estabelecida para a pesquisa. A amostra de conveniência foi composta por 40 mulheres usuárias dos serviços de Saúde da Mulher da FSCMP.

A captação de sujeitos de pesquisa foi feita no ambulatório de climatério da FSCMP. As mulheres foram convidadas a participar de entrevistas voluntariamente e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Posteriormente, foram submetidas ao exame clínico oral, no qual se aferiu o Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) e o Índice Periodontal Comunitário (CPI), validados na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, 2010.<sup>14</sup>

O CPI foi obtido por meio da sondagem do sulco gengival ou bolsa periodontal de seis pontos, em cada um dos dez dentes-índice (17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47). Esse índice permite avaliar a condição periodontal quanto à higiene, ao sangramento e à presença de cálculo ou de bolsa. Um único examinador devidamente padronizado foi responsável por mensurar o CPI. O exame foi feito sob luz natural, com o uso de espelho clínico plano número 5 e sonda *ball point*, modelo da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O PIP permite avaliar a condição da inserção periodontal e toma como base a visibilidade da junção cimento-esmalte (JCE). Esse índice permite comparações entre grupos populacionais e não há intenção de descrever a situação de indivíduos considerados isoladamente. O PIP é, basicamente, um complemento do CPI. Os mesmos sextantes e dentes-índices são considerados sob as mesmas condições, porém esse índice só é usado para as faixas de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos.

O exame foi feito individualmente segundo critérios de levantamentos epidemiológico e as mulheres foram examinadas uma única vez. Durante exame a mulher ficou sentada confortavelmente e o examinador de pé. Os instrumentais usados para exame foram esterilizados em autoclave e todos os procedimentos seguiram as normas de biossegurança preconizadas.

## Resultados

Os resultados obtidos no presente estudo mostram que das 40 mulheres entrevistadas no ambulatório de climatério da FSCMP, 16 (40%) eram de cor parda; 18 (45%) eram casadas; 24 (60%) não terminaram o ensino fundamental; 37 (92,5%) tinham filhos; 23 (57,5%) não trabalhavam, pois estavam aposentadas, e a renda familiar de 29 (72,5%) girava em torno de um a três salários mínimos (tabela 1). Em relação à saúde da mulher no período de climatério, observa-se que 18 (45%) encontravam-se na menopausa pós-cirúrgica.

Sobre o tratamento hormonal, os dados revelam que 21 (52,5%) não estavam fazendo terapia de reposição hormonal por causa do alto custo do medicamento. Já com relação ao consumo de álcool e fumo, cinco (12,5%) relataram ser tabagistas e 16 (40%) ex-tabagistas.

A tabela 2 demonstra que 45% mulheres não visitavam o dentista havia mais de três anos; 70% só procuram tratamento odontológico quando apresentam quadro de dor; o local de assistência odontológica mais procurado foi o posto de saúde (57,5%); 65% da amostra relataram que nunca havia recebido orientação sobre higiene bucal e 100% já haviam perdido algum dente. A maior parte dessa perda teve como causa a cárie (82,5%), mas a doença periodontal foi significativa (15%).

Disseram que escovam os dentes duas ou mais vezes por dia 92%; 50% higienizam a língua; 65% não fazem bochechos com colutório e 67,5% não usam fio dental (76,9% das que usam passam o fio dental entre os dentes após a escovação). Em relação aos sintomas bucais, mais de 50% das examinadas relataram sensação de boca seca e 22,5% confirmaram o quadro da síndrome da boca ardente (fig. 1).

Na análise estatística, o coeficiente de Spearman ( $r_s$ ) = 0,2436 apresentou relação entre higiene oral deficiente e maior tendência a apresentar a síndrome da boca ardente ( $t = 1,5483$

**Tabela 1 – Distribuição segundo as variáveis de identificação estudadas em mulheres atendidas no ambulatório de saúde da mulher da Santa Casa de Belém/PA (2011)**

| Variável                                 | n  | %    |
|------------------------------------------|----|------|
| <i>Cor da pele</i>                       |    |      |
| Preta                                    | 10 | 25,0 |
| Branca                                   | 14 | 35,0 |
| Parda                                    | 16 | 40,0 |
| <i>Estado civil</i>                      |    |      |
| Solteira                                 | 4  | 10,0 |
| Casada                                   | 18 | 45,0 |
| Viúva                                    | 7  | 17,5 |
| Desquitada/divorciada                    | 6  | 15,0 |
| Amasiada                                 | 5  | 12,5 |
| <i>Escolaridade</i>                      |    |      |
| Analfabeta                               | -  | -    |
| Ensino fundamental completo              | 6  | 15,0 |
| Ensino fundamental incompleto            | 24 | 60,0 |
| Ensino médio completo                    | 5  | 12,5 |
| Ensino médio incompleto                  | 5  | 12,5 |
| <i>Filhos</i>                            |    |      |
| Não                                      | 3  | 7,5  |
| Sim                                      | 37 | 92,5 |
| <i>Trabalha atualmente</i>               |    |      |
| Não                                      | 23 | 57,5 |
| Sim                                      | 17 | 42,5 |
| <i>Renda familiar</i>                    |    |      |
| < 1 salário mínimo                       | 4  | 10,0 |
| 1 a 3 salários mínimos                   | 29 | 72,5 |
| > 3 salários mínimos                     | 7  | 17,5 |
| <i>Período do climatério</i>             |    |      |
| Perimenopausa                            | 7  | 17,5 |
| Menopausa                                | -  | -    |
| Pós-menopausa                            | 15 | 37,5 |
| Menopausa pós-cirúrgica                  | 18 | 45,0 |
| <i>Tratamento hormonal atual</i>         |    |      |
| Não                                      | 21 | 52,5 |
| Sim                                      | 19 | 47,5 |
| <i>Conhecimento da osteoporose</i>       |    |      |
| Não                                      | 4  | 10,0 |
| Sim                                      | 36 | 90,0 |
| <i>Uso de medicação para osteoporose</i> |    |      |
| Não                                      | 27 | 67,5 |
| Sim                                      | 13 | 32,5 |
| <i>Diabetes</i>                          |    |      |
| Não                                      | 34 | 85,0 |
| Sim                                      | 6  | 15,0 |
| <i>Hipertensão</i>                       |    |      |
| Não                                      | 21 | 52,5 |
| Sim                                      | 19 | 47,5 |
| <i>Tabagismo</i>                         |    |      |
| Não fumante                              | 19 | 47,5 |
| Fumante                                  | 5  | 12,5 |
| Ex-fumante                               | 16 | 40,0 |
| <i>Tipo de tabagismo</i>                 |    |      |
| Cigarro                                  | 4  | 80,0 |
| Cigarro de palha                         | 1  | 20,0 |
| Cachimbo                                 | -  | -    |
| <i>Consumo de bebida alcoólica</i>       |    |      |

**Tabela 1 (Continuação)**

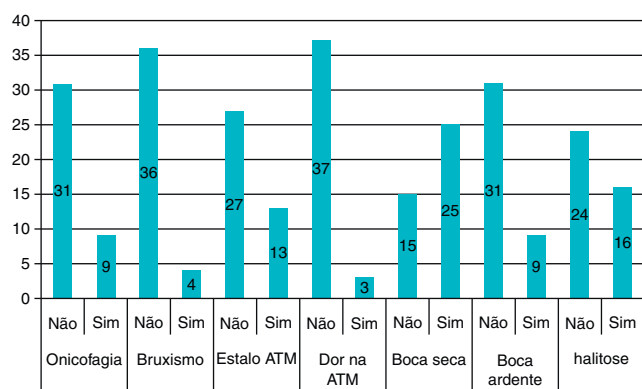
| Variável       | n  | %    |
|----------------|----|------|
| Nunca consumiu | 18 | 45,0 |
| Sim            | 10 | 25,0 |
| Já consumiu    | 12 | 30,0 |

n, número absoluto; %, valor percentual; -, valor igual a zero.

**Tabela 2 – Distribuição segundo as variáveis sobre saúde bucal em mulheres atendidas no ambulatório de saúde da mulher da Santa Casa de Belém/PA (2011)**

| Variável                                     | n  | %    |
|----------------------------------------------|----|------|
| <i>Última visita ao dentista</i>             |    |      |
| Nunca foi                                    | -  | -    |
| Menos de 1 ano                               | 12 | 30,0 |
| Entre 1 e 2 anos                             | 5  | 12,5 |
| Entre 2 e 3 anos                             | 5  | 12,5 |
| Mais de 3 anos                               | 18 | 45,0 |
| <i>Frequência de visita o dentista</i>       |    |      |
| Cada 6 meses                                 | 3  | 7,5  |
| Uma vez ao ano                               | 9  | 22,5 |
| Raramente vai                                | 28 | 70,0 |
| <i>Assistência odontológica</i>              |    |      |
| Plano de saúde                               | -  | -    |
| Posto de saúde                               | 23 | 57,5 |
| Particular                                   | 17 | 42,5 |
| <i>Já foi orientada sobre higiene bucal?</i> |    |      |
| Não                                          | 26 | 65,0 |
| Sim                                          | 14 | 35,0 |
| <i>Perda dentária</i>                        |    |      |
| Não                                          | -  | -    |
| Sim                                          | 40 | 100  |
| <i>Etiologia da perda dentária</i>           |    |      |
| Cárie                                        | 33 | 82,5 |
| Trauma                                       | 1  | 2,5  |
| Piorreia                                     | 6  | 15,0 |
| <i>Escovação dental</i>                      |    |      |
| Nenhuma                                      | -  | -    |
| 1 vez/dia                                    | 3  | 7,5  |
| 2 ou + vezes/dia                             | 37 | 92,5 |
| <i>Higienização da língua</i>                |    |      |
| Não                                          | 9  | 22,5 |
| Sim                                          | 20 | 50,0 |
| Eventual                                     | 11 | 27,5 |
| <i>Uso de colutório</i>                      |    |      |
| Não                                          | 26 | 65,0 |
| Sim                                          | 7  | 17,5 |
| Eventual                                     | 7  | 17,5 |
| <i>Uso de fio dental</i>                     |    |      |
| Não                                          | 27 | 67,5 |
| Sim                                          | 13 | 32,5 |
| <i>Quando usa o fio dental</i>               |    |      |
| Antes da escovação                           | 3  | 23,1 |
| Após a escovação                             | 10 | 76,9 |

n, número absoluto; %, valor percentual; -, valor igual a zero.



**Figura 1 – Distribuição das mulheres atendidas no ambulatório de saúde da mulher da Santa Casa de Belém/PA, segundo hábitos parafuncionais e sintomatologia referida (2011).**

e  $p = 0,1298$ ). Não houve correlação entre a terapia hormonal e a síndrome da boca ardente ( $p = 0,0885$  e  $r$  (Pearson) =  $-0,2727$ ).

As condições gengivais avaliadas pelo CPI e pelo PIP indicam a presença de sangramento (gingivite), cálculo (tártaro) e bolsa periodontal. Entre os elementos examinados foi evidente a presença de cálculo dental e sangramento (tabelas 3 e 4). O edentulismo total superior foi observado em 57,5%. As perdas dentárias observadas entre as mulheres examinadas foram categorizadas em sua maioria como perda precoce, ainda na juventude, que teve como causa principal a cárie dentária.

Dentre as entrevistadas, 65% relataram que nunca haviam recebido orientação sobre higiene oral e associavam essa “falta de instrução” à condição de mutiladas no momento do exame.

## Discussão

Historicamente a doença periodontal e a cárie são apontadas como os fardos globais mais relevantes em saúde bucal. Porém, a distribuição e a severidade variam em diferentes partes do mundo e dentro do mesmo país ou região. Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que o percentual de indivíduos sem problema periodontal foi de 17% para adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos.<sup>14</sup>

Na população idosa, faixa etária característica da menopausa, os problemas gengivais têm pouca expressão em termos populacionais, por causa do reduzido número de dentes presentes na cavidade bucal.<sup>15</sup> Nesta pesquisa, a baixa prevalência de bolsas periodontais e problemas gengivais também se deve, provavelmente, ao reduzido número de dentes que as pacientes possuíam, já que todas relataram já ter feito exodontia de pelo menos um elemento dental e mais da metade apresenta o quadro de edentulismo total do arco superior.

Foi observado no exame clínico das pacientes que o sextante inferior anterior concentra o maior número de casos de cálculo e sangramento, os quais geram gingivite e possível futura perda dental por problemas periodontais. Esse quadro, porém, poderia ser tratado por meio de procedimentos pouco complexos de atenção básica, disponíveis nas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), caso as

**Tabela 3 – Valor do Índice Periodontal Comunitário (CPI) entre mulheres menopausadas examinadas no ambulatório de saúde da mulher da Santa Casa de Belém/PA (2011)**

|              | Sextante (n / %) |         |         |         |         |         |
|--------------|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Condição     | 16/17            | 11      | 26/27   | 36/37   | 31      | 46/47   |
| Excluído     | 29/72,5          | 28/70,0 | 34/85,0 | 24/60,0 | 2/5,0   | 25/62,5 |
| Hígido       | 9/22,5           | 11/27,5 | 6/15,0  | 15/37,5 | 21/52,5 | 11/27,5 |
| Sangramento  | 2/5,0            | 1/2,5   | -       | 1/2,5   | 17/42,5 | 4/10,0  |
| Cálculo      | 10/25,0          | 1/2,5   | 4/10,0  | 11/27,5 | 29/72,5 | 12/30,0 |
| Bolsa 4-5 mm | 3/7,5            | -       | -       | 3/7,5   | 7/17,5  | 4/10,0  |
| Bolsa > 6 mm | -                | 1/2,5   | -       | -       | 1/2,5   | 1/2,5   |

n, número absoluto; %, valor percentual; mm, milímetros; -, valor igual a zero.

**Tabela 4 – Valor do Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) entre mulheres menopausadas examinadas no ambulatório de saúde da mulher da Santa Casa de Belém/PA (2011)**

|           | Sextantes (n / %) |         |         |         |         |         |
|-----------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Condição  | 16/17             | 11      | 26/27   | 36/37   | 31      | 46/47   |
| 0 a 3 mm  | 3/7,5             | 11/27,5 | 1/2,5   | 4/10,0  | 20/50,0 | 4/10,0  |
| 4 a 5 mm  | 7/17,5            | -       | 4/10,0  | 9/22,5  | 15/37,5 | 9/22,5  |
| 6 a 8 mm  | 1/2,5             | 1/2,5   | 1/2,5   | 3/7,5   | 3/7,5   | 2/5     |
| 9 a 11 mm | -                 | -       | -       | -       | -       | -       |
| >12 mm    | -                 | -       | -       | -       | -       | -       |
| Excluído  | 29/72,5           | 28/70,0 | 34/85,0 | 24/60,0 | 2/5,0   | 25/62,5 |

n, número absoluto; %, valor percentual; mm, milímetros; -, valor igual a zero.



pacientes frequentassem o cirurgião-dentista periodicamente e não apenas em casos de dor, como a maior parte das mulheres relatou fazer. A grande prevalência de sextantes excluídos revela, ainda, a assistência odontológica mutiladora recebida pelas mulheres e a falta de orientação e promoção de hábitos saudáveis por parte dos profissionais.

Nessa dimensão, os dentes perdidos com a doença periodontal não são registrados em estudos epidemiológicos, o que pode levar à subestimação da prevalência e da gravidade da patologia.<sup>11</sup> Além disso, em virtude da relevante prevalência de síndrome da boca ardente encontrada, essa síndrome deve ser objeto de investigação e prevenção entre os profissionais que fazem a assistência à saúde da mulher.

Evidências científicas da associação entre sintomas de boca seca ou sensação de queimação e alterações hormonais na mulher são fracas. Dados sobre o efeito dos hormônios sexuais femininos na cavidade oral são baseados em estudos com contraceptivos orais e durante a gravidez. Na prática clínica, no entanto, a maioria das pacientes com síndrome da boca ardente está no climatério.<sup>16</sup>

A sensação de boca seca é relativamente comum na população idosa, além dos pacientes em tratamento para câncer. Esse sintoma incide com o decorrer da idade, com média de aparecimento na faixa entre 50 e 60 anos, e tem forte predileção pelo sexo feminino, fato esse que sugere que a menopausa tem papel importante na incidência de xerostomia e de SBA.<sup>16</sup>

A literatura oferece dados de prevalência geral da SBA, que variam entre 14 e 40%, sempre maior entre as mulheres, e sua frequência em idosos, nos quais oscila entre 13 e 39% para aqueles capazes de cuidar de si próprios e aumenta até 60% em indivíduos institucionalizados ou hospitalizados.<sup>17-20</sup> Nesse contexto, a literatura também afirma que alterações em glândulas salivares muitas vezes estão relacionadas com a idade, porém não há evidências de que a xerostomia é apenas uma consequência do processo de envelhecimento e as causas mais frequentemente associadas a ela são menopausa e quadros depressivos.<sup>21,22</sup> Muitas mulheres na menopausa sofrem alterações de humor, principalmente transtornos depressivos, que têm sido associados com xerostomia, embora a relação causal entre esses dois fatores e a redução do fluxo salivar não seja clara.<sup>23</sup>

Vale ressaltar ainda, em relação à saúde geral da mulher no período de climatério, que considerável parcela da população estudada encontrava-se na menopausa pós-cirúrgica, mas esse número é significativo principalmente porque o local de realização da pesquisa é referência para as mulheres com necessidade cirúrgica.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Agradecimentos

À Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e às mulheres atendidas no ambulatório dessa instituição.

## REFERÊNCIAS

1. Netto JRC. Mulheres no climatério: nível de informações, ansiedade, depressão, qualidade de vida e resultados de uma intervenção psicológica. [dissertação] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. 2002.
2. Brunetti MC. Periodontia médica: uma abordagem integrada. São Paulo: Senac. 2004.
3. Lima SMRR, Botogoski SR. Menopausa – O que você precisa saber: abordagem prática e atual do período do climatério. São Paulo: Atheneu. 2009.
4. De Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Padilha Júnior I. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52:312-7, doi.org/10.1590/S0104-42302006000500017.
6. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e, Obstetrícia., Climatério: manual de orientação do, climatério. São Paulo: Febrasgo. 2010.
7. Aldrighi JM, Aldrighi CMS, Aldrighi APS. Alterações sistêmicas no climatério. *Rev Bras Med.* 2002;59:15-21.
8. Lopes FF, Loureiro FHF, Pereira AFV, Pereira ALA, Alves CMC. Associação entre osteoporose e doença periodontal em mulheres na pós-menopausa. *Rev Bras de Ginecol Obstet.* 2008;30:379-83, doi.org/10.1590/S0100-72032008000800002.
9. Passos J. Osteoporose e doença periodontal em mulheres, pós-menopausadas., [dissertação], Feira de Santana. Universidade Estadual de Feira de Santana. 2007.
10. Araújo MG, Sukekava F. Epidemiologia da doença periodontal na América Latina. *Periodontia.* 2007;17:7-13.
11. Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
12. Speciali JG, Stuginski-Barbosa J. Burning mouth syndrome. *Curr Pain Headache Rep.* 2008;12:279-84.
13. Tarkkila L, Linna M, Tiitinen A, Lindqvist C, Meurman JH. Oral symptoms at menopause-the role of hormone replacement therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod.* 2001;92:276-80.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010. Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
15. Pereira AC. Saúde coletiva: métodos preventivos para doenças bucais. São Paulo: Artes Médicas. 2013.
16. Frutos R, Rodríguez S, Miralles-Jorda L, Machuca G. Oral manifestations and dental treatment in menopause. *Med Oral.* 2002;7:26-30, 31-5.
17. Bergdahl BJ, Anneroth G. Burning mouth syndrome: literature review and model for research and management. *J Oral Pathol Med.* 1993;22:433-8.
18. Sardella A, Lodi G, Demarosi F, Bez C, Cassano S, Carrassi A. Burning mouth syndrome: a retrospective study investigating spontaneous remission and response to treatments. *Oral Dis.* 2006;12:152-5, doi:10.1111/j.1601-0825.2005.01174.x.
19. Petruzzi M, Lauritano D, De Benedittis M, Baldoni M, Serpico R. Systemic capsaicin for burning mouth syndrome: short-term results of a pilot study. *J Oral Pathol Med.* 2004;33:111-4, doi:10.1111/j.1600-0714.2004.0194n.x.
20. Sardella A, Lodi G, Demarosi F, Tarozzi M, Canegallo L, Carrassi A. Hypericum perforatum extract in burning mouth syndrome: a randomized placebo-controlled study. *J Oral Pathol Med.* 2008;37:395-401, doi: 10.1111/j.1600-0714.2008.00663.x.
21. De Moura SA, Sousa JM, Lima DF, Negreiros AN, Silva FV, da Costa LJ. Burning mouth syndrome (BMS): sialometric and

- 
- sialochemical analysis and salivary protein profile. *Gerodontology*. 2007;24:173–6, doi: 10.1111/j.1741-2358.2007.00158.x.
22. Lamey PJ, Murray BM, Eddie SA, Freeman RE. The secretion of parotid saliva as stimulated by 10% citric acid is not related to precipitating factors in burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med*. 2001;30:121–4, doi: 10.1034/j.1600-0714.2001.300209.x.
23. Bergdahl M, Bergdahl J. Low unstimulated salivary flow and subjective oral dryness: association with medication, anxiety, depression, and stress. *J Dent Res*. 2000;79:1652–8, doi: 10.1177/00220345000790090301.