

FERNANDO LAMERS

**CORRELAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA DE
NICOTINA E LESÕES DE MUCOSA ORAL NOS ÍNDIOS
GUARANI KAIOWÁ/NANDEVA**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde, da UnB-
UNIGRAN, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nilce Santos de Melo

DOURADOS – MS

2007

Fernando Lamers

Correlação entre o índice de dependência de nicotina e lesões de mucosa oral nos índios Guarani Kaiowá/Nandeva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da UnB-UNIGRAN, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Nilce Santos de Melo

Prof. Dra. Nilce Santos de Melo (Orientadora)

Ana Carolina Acevedo Poppe

Prof. Dra. Ana Carolina Acevedo Poppe

Pedro Gregol da Silva

Prof. Dr. Pedro Gregol da Silva

DEDICATÓRIA

aos meus pais, pela orientação na vida;

à minha esposa, Dulcineri, pelo amor à vida;

às minhas filhas, Fernanda e Yara, pela alegria na vida;

a Deus pela vida.

AGRADECIMENTOS

à orientadora Prof^a. Dr^a. Nilce Santos de Melo, pelos ensinamentos, por sua dedicação e paciência;

a todos os professores e colegas do Mestrado em Ciências da Saúde da UNIGRAN/UnB;

à população indígena Guarani Kaiowá/Nandeva, pela colaboração, convivência e experiências adquiridas;

Devia ter amado mais
Ter chorado mais
Ter visto o Sol nascer
Devia ter arriscado mais
E até errado mais
Ter feito o que eu queria fazer
Devia ter aceitado as pessoas como elas são
A cada um cabe a alegria e a dor que traz no coração
O acaso vai me proteger enquanto eu andar distraído
O acaso vai me proteger enquanto eu andar...
Devia ter complicado menos
Trabalhado menos
Ter visto o Sol se pôr
Devia ter me importado menos
Com problemas pequenos
Ter morrido de amor
Devia ter aceitado
A vida como ela é
A cada um cabe a alegria e a tristeza que vier

(EPITÁFIO – SERGIO BRITO - TITÃS)

RESUMO

O objetivo da presente pesquisa foi avaliar o índice de dependência de nicotina, utilizando o índice de dependência de *Fagerström*, examinar as condições da mucosa oral e correlacionar os índices obtidos entre os índios Guarani Kaiowá/Nandeva, moradores da aldeia Bororó, localizada muito próxima à cidade de Dourados (MS). A amostra constou de 312 indígenas, todos maiores de 20 anos, que procuraram o atendimento odontológico no posto de saúde, de modo que, a cada dois pacientes atendidos, um foi convidado a participar da pesquisa. A aplicação do questionário e o exame clínico da mucosa foram realizados após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a legislação brasileira. Os pacientes, baseados em auto-declarações, foram distribuídos em quatro grupos: fumantes, ex-fumantes, não fumantes e fumantes passivos. Além disso, foram selecionados por faixa etária. Dos 312 índios entrevistados, 80 pertencem ao sexo masculino e 232 ao sexo feminino. O estudo demonstrou que 24,68% (77) dos entrevistados são fumantes, o que corresponde a 41,25% (33) dos homens e 18,97% (44) das mulheres. A aplicação do teste de *Fagerström* mostrou que 36,36% (28) possuem um elevado grau de dependência de nicotina. O estudo encontrou 406 alterações patológicas, mas somente 55 casos (14,4%) foram considerados como lesões propriamente ditas. As lesões mais prevalentes foram: estomatite nicotínica, 24 casos (6,32%); fibroma, 5 casos (1,32%); doença de *Heck*, 5 casos (1,32%); leucoplasia, 9 casos (2,37%) e ulceração, 12 casos (3,16%). Do mesmo modo, foram encontradas 187 variações da normalidade. As variações da normalidade mais prevalentes foram: pigmentação melânica, 53 casos; grânulos de *Fordyce*, 48 casos (25,87%), e língua fissurada, 41 casos (21,93%). Utilizando-se um intervalo de confiança de 0,005 e aplicando o teste exato de *Fischer*, estatisticamente significante foram os casos de leucoplasia, estomatite nicotínica e grânulos de *Fordyce*. O mesmo teste não demonstrou diferença estatística para o índice de dependência de nicotina e a prevalência das lesões. Os resultados encontrados apontam para a necessidade de mudanças na abordagem da saúde oral indígena que hoje é voltada exclusivamente para o tratamento reabilitador. Como apontam os números deste trabalho, é fundamental que o cirurgião-dentista realize um exame clínico detalhado que possibilite estabelecer o diagnóstico e tratamento de lesões orais nas várias categorias: inflamatórias, reacionais, infecciosas, pré-malignas e malignas; participe do planejamento dos serviços odontológicos de forma a respeitar e incorporar a cultura local, e assuma a prevenção e tratamento ao tabagismo.

Palavras Chave: Mucosa oral, tabaco, alterações clínicas, indígenas.

ABSTRACT

The present research evaluated the index of nicotine dependence, using the rate of dependence of Fagerström, to examine the conditions of the oral mucosa and to correlate the indices between Guarani Kaiowá/Nandeva aboriginals that live at Bororó village, located very next to the Dourados city (MS). In the studied sample, composed by 312 patients, all older than 20 years old, and those that looked for the odontological service in the health station, to each two taken patients, one was invited to participate of the research. The application of the questionnaire and the clinical examination of the mucosa were after the signature of the term of free and clarified assent, in accordance with the Brazilian legislation. The patients, based on auto-declaration, had been distributed in four groups: smokers, former-smokers, not smoking and smoking liabilities. They had been also selected by an age band. Of 312 interviewed aboriginals 80 belong of the masculine sort and 232 to the feminine sort. The study demonstrated that 24.68% (77) of the interviewed are smoking, what it corresponds 41.25% (33) of men and 18.97% (44) of the women. The application of the test of Fagerström showed 36.36% (28) have been classified as having a high degree of nicotine dependence. The study found 406 pathological alterations, but 55 cases (14,4%) had been only considered as injuries properly said. The most prevalent injuries were: nicotínica estomatite, 24 cases (6,32%); fibroma 5 cases (1,32%); illness of Heck, 5 cases (1,32%); leucoplasia 9 cases (2,37%) and ulceration, 12 cases (3,16%). In a similar way, 187 variations of normality had been found. The variations of normality most prevalent were: melânica pigmentation (53 cases), granules of Fordyce 48 cases (25.87%) and fissurated language 41cases (21,93%). Using a reliable interval of 0,005 and applying the accurate test of Fischer, significant statistically were the cases of leucoplasia, nicotínica estomatite and granules of Fordyce. The same test did not demonstrate statistically differences between the rate of nicotine dependence and the prevalence of the injuries. The results point out to the necessity of changes in the boarding of the aboriginal oral health; which today is exclusively toward the rehabilitation treatment. As the numbers shows in this work is necessary that the surgeon-dentist carries through a detailed clinical examination that makes possible to establish the diagnosis and treatment of oral injuries in some categories: inflammatory, reacionais, infectious, daily pay-malignant and malignant. It is also necessary that the surgeon-dentist participate of the planning of the odontológico services to respect and to incorporate the local culture and assumes the prevention and treatment of the abuse of smoking.

Keyword: Oral mucosal, tobacco, clinical alterations, Indians.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	09
LISTA DE FIGURAS	10
LISTAS DE ABREVIATURAS	11
1 – INTRODUÇÃO.....	12
2 – REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 – POVOS INDÍGENAS	14
2.2 – SAÚDE INDÍGENA	17
2.3 – USO DO TABACO	18
2.4 – LESÕES NA MUCOSA ORAL.....	24
2.5 – TABACO E LESÕES.....	25
3 – PROPOSIÇÃO	27
4 – MATERIAL E MÉTODOS.....	28
5 – RESULTADOS	31
5.1 – COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA.....	31
5.2 – <i>FAGERSTRÖM</i> TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE	33
5.3 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	34
5.4 – APRESENTAÇÃO DAS FOTOGRAFIAS	34
6 – DISCUSSÃO	45
CONCLUSÕES	57
REFERÊNCIAS	58
ANEXOS.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária e o gênero	31
Tabela 2. Distribuição da amostra com respeito ao tabagismo e o gênero.	32
Tabela 3. Prevalência das lesões diagnosticadas clinicamente entre os auto declarados: fumantes (F), não fumantes (NF), ex-fumantes (EF) e fumantes passivos (FP) da etnia Guarani Kaiowá/Nandeva	32
Tabela 4. Prevalência das variações de normalidade diagnosticadas entre os auto declarados: fumantes (F), não fumantes (NF), ex-fumantes (EF) e fumantes passivos (FP) da etnia Guarani Kaiowá/Nandeva	33
Tabela 5. Composição da amostra com relação ao índice de dependência de nicotina de acordo com <i>Fagerström - Fagerström Test for Nicotine Dependence</i> (FTND).	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Lesões ulcerativas do lábio inferior	35
Figura 2 – Pigmentação melânica.....	36
Figura 3 – Pigmentação dentárias extrínsecas	36
Figura 4 – Linha alba	37
Figura 5 – Hiperplasia epitelial focal	37
Figura 6 – Leucoplasia	38
Figura 7 – Gengivite ulcerativa necrosante	39
Figura 8 – Grânulos de <i>Fordyce</i>	40
Figura 9 – Fibroma	41
Figura 10 – Estomatite nicotínica.....	42
Figura 11 – Candidose.....	43
Figura 12 – Abscesso periapical.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD – Atendente de Consultório Dentário
AIDS – Síndrome Deficiência de Imunidade Adquirida
AIS – Agente Indígena de Saúde
AP – Abscesso Periapical
ATM – Articulação Temporo-Mandibular
CID – Classificação Internacional de Doenças
CONEP – Conselho Nacional de Estudos e Pesquisas
DNA – Ácido Desoxirribonucleico
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
EN – Estomatite Nicotínica
FTND – Fagerström Test for Nicotine Dependence
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional da Saúde
GUN. – Gengivite Ulcero Necrosante
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
ISA – Instituto Sócio Ambiental
LA – Linha Alba
OMS – Organização Mundial de Saúde
PDE – Pigmentação Dentária Extrínseca
PM – Pigmentação Melânica
SPI – Serviço de Proteção ao Índio
SUS – Sistema Único de Saúde
WHO – World Health Organization

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, entre 1915 a 1928, os índios do Mato Grosso do Sul foram confinados em reservas. Em todo o Estado foram criadas oito reservas próximas a cidades em desenvolvimento, sendo a de Dourados intitulada de Francisco Horta Barbosa. Obviamente que, retirado de seu espaço natural, mal conseguem retirar dessas terras seu sustento. Desta maneira, procuram em atividades externas a alimentação para suas famílias, não se preocupando com as condições, remuneração e nem com o tipo de trabalho. A questão da terra para a população indígena é imperiosa. Algumas destas famílias vivem em situações insustentáveis como: a falta de espaço, a fome, a miséria, o alcoolismo, a pressão de conflitos internos, a violência, a perseguição às práticas culturais próprias, e o suicídio. (BRAND, 2000; PAULETTI *et. al.*, 2000).

É notório que a ocupação e as transformações de seu território, as mudanças ambientais, culturais, econômicas, enfim, o modo de viver dos povos indígenas apresenta um impacto muito grande sobre o meio ambiente, à saúde e a sua sobrevivência. Além disso, estas populações, dentro do processo da relação intercultural e ou do processo de aculturação, apresentam conseqüências significativas para a sua saúde. (NAWAZ *et. al.*, 2001).

A população indígena sofreu, ao longo do processo de fricção interétnica, mudança significativa nos seus costumes e na sua prática, o que reflete diretamente na saúde geral destes indivíduos. Assim, Fratucci (2000) relata alguma relação das condições de saúde oral com o modo de vida, e considera que as populações indígenas perderam a possibilidade de preservação do seu modo de vida por causa das diversas situações de contato com a população urbana. Grande parte dos levantamentos epidemiológicos centra-se nos aspectos da doença cárie e doença periodontal, e não examinam as condições da mucosa oral (TUMANG & PIEDADE 1968; RONDEROS *et. al.*, 2001).

Além disso, outros autores também analisam o modo de vida de populações indígenas e sua relação com as condições de saúde oral, como é o caso de Santos *et. al.* (2004) em um estudo transversal das condições da mucosa oral junto à população indígena Waimiri Atoari, que pertence a um grupo restrito da Amazônia Central. Os autores analisaram algumas características dos modos de vida desta comunidade tais como: hábitos alimentares, uso do tabaco, bebidas alcoólicas, e sua relação com as condições de saúde oral.

Devido à aceitação social do uso do tabaco e o contato com a população não indígena, torna-se importante avaliar o índice de dependência de nicotina e a condição de saúde oral entre os indígenas da cidade de Dourados. Para esse trabalho foram selecionados, de forma circunstancial, os índios da etnia Guarani Kaiowá e Nandeva. Os levantamentos epidemiológicos de saúde oral, realizados com população indígena brasileira que vive próxima às cidades, revelam um preocupante quadro de doença cárie e doença periodontal, mas são poucos os trabalhos que relatam as alterações clínicas da mucosa oral e os principais fatores de risco associados às estas lesões.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 POVOS INDÍGENAS

A expressão genérica "povos indígenas" refere-se a grupos humanos espalhados por todo o mundo e que são bastante diferentes entre si. A população indígena brasileira é estimada em mais de 400.000 pessoas, pertencentes a cerca de 220 povos, falantes de 180 línguas identificadas. O uso corrente da linguagem faz com que, em nosso e em outros países, fale-se em povos indígenas, ao passo que na Austrália, por exemplo, a forma genérica para designá-los seja aborígene. Indígena ou aborígene, como ensina o dicionário, quer dizer "originário de determinado país, região ou localidade; nativo". Aliás, nativos e autóctones são outras expressões usadas, ao redor do mundo, para denominar esses povos. Os povos indígenas se identificam como coletividade específica, distinta de outras com as quais convivem, e do conjunto da sociedade do país onde habitam (INSTITUTO SÓCIO AMBIENTAL, 2006; BRASIL, 2006).

Algumas narrativas indígenas salientam versões diferentes da história do Brasil e da história da humanidade, assim, os diferentes grupos indígenas têm suas opiniões sobre o "homem branco" ¹. A população não indígena brasileira, de modo geral, conhece muito pouco sobre os povos indígenas que habitam o território do país e suas regiões limítrofes. O que se conta sobre eles mostra, muitas vezes, um conhecimento parcial e incompleto de suas especificidades. Entretanto, cada vez mais os brasileiros vêm reconhecendo as contribuições dos índios para a preservação da natureza e sua importância na cultura brasileira; respeitando seu direito a ser diferente para continuar vivendo dessa maneira (INSTITUTO SÓCIO AMBIENTAL, 2006).

Os grupos indígenas, do Brasil, têm sofrido um processo acelerado de descaracterização e destruição cultural. O contato interétnico e a destruição dos ecossistemas

¹ O termo "homem branco" não se refere à cor da pele ou a qualquer outro aspecto biológico, mas à sociedade dominadora, tanto do ponto de vista demográfico como político, à qual os indígenas brasileiros estão submetidos.

interferem nos aspectos mais diversos da vida indígena, e têm gerado escassez dos recursos naturais, habitualmente utilizados como meio de subsistência, além de conflitos sócio-culturais e religiosos, que revelam uma crise de identidade cultural. A carência dos recursos naturais e uma nova dinâmica na relação com a sociedade ocidental, acarretam a introdução de hábitos e comportamentos que propiciam o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, como já ocorreu em alguns grupos com estilo de vida tradicional (GOMES, 1983; CARDOSO, 2001).

De acordo com a classificação de Rodrigues (1986), existem várias etnias conhecidas em nosso território, dentre elas, destacam-se os Guarani². A população indígena guarani, na época do descobrimento, possuía mais de um milhão de habitantes, e ocupava um território de dezenas de milhões de hectares. Esta área abrangia quase todo o sul do país, parte da Argentina e do Paraguai. No Brasil existem três subgrupos guarani: os Guarani Mbyá, no litoral do Sudeste e no Rio Grande do Sul; os Guarani Nandeva, ou simplesmente guarani, como eles se autodenominam, no sul de Mato Grosso do Sul, interior do Paraná e de São Paulo; e os Guarani Kaiowá, que, em território brasileiro, são encontrados apenas no sul de Mato Grosso do Sul.

Os Guarani Kaiowá/Nandeva habitavam uma região muito erma, as densas florestas da serra do Amambaí, onde hoje se localiza a fronteira entre o Mato Grosso do Sul e o Paraguai e entre os rios Apa e Miranda chamada província do Itatim. Tradicionalmente constituíam famílias extensas com até cem pessoas morando numa mesma casa. As moradias eram próximas às matas e rios. A liderança era feita pelo casal mais idoso e que demonstrasse mais habilidade com as crenças xamânicas. Estas crenças serviam para curar e manter a saúde das pessoas, além de boas colheitas e caça. As famílias habitavam a poucos quilômetros umas das outras, formando um *tekoha*, onde as relações matrimoniais e sociais eram realizadas em grandes festas, o que mantinha os laços de amizade e cooperação (AMBIENTEBRASIL, 2006).

Os Kaiowá/Nandeva, com o fim da Guerra do Paraguai (1864-1870), passaram a ter cada vez mais contato com a população não indígena. Já no ano de 1880, o governo brasileiro concedeu ao gaúcho Thomas Larangeiras o direito de explorar a erva-mate nativa numa vasta região entre o sul do então Mato Grosso, o oeste do Paraná e o leste do Paraguai, com mais de

² De acordo com a Associação Brasileira de Antropologia não se utiliza o plural para nomes de tribos indígenas, estas podem ser grafadas no singular.

cinco milhões de hectares de extensão. A exploração do mate incorporou os Kaiowá/Nandeva da região à economia nacional (AMBIENTEBRASIL, 2006).

Em 1943, o então presidente da república, Getúlio Vargas, instituiu a Colônia Agrícola Nacional e os índios passaram a trabalhar na "limpeza" das fazendas de colonos vindos de todas as partes do país, que se instalavam na região. Com o passar do tempo este modelo fez com que a presença indígena não fosse mais necessária. Após serem espremidos nos fundos das fazendas, foram então levados para as reservas indígenas demarcadas pelo Serviço de Proteção ao Índio entre os anos de 1915 a 1928. As reservas, propositalmente, foram criadas próximas às cidades da região, como Caarapó, Amambaí e Dourados. Ao todo foram criadas oito reservas (BRAND, 2000; PAULETTI *et. al.*, 2000).

Obviamente, que, retirados de seu espaço natural, mal conseguem retirar das terras seu sustento o que agrava ainda mais os conflitos nas reservas, procurando em atividades externas a alimentação para suas famílias, não se preocupando com as condições, remuneração e nem com o tipo de trabalho. A questão da terra para estas pessoas é imperiosa e a falta de terra para plantar e de emprego os levam a procurar trabalho nas fazendas e nas plantações das usinas de cana de açúcar que se instalam na região. Algumas, destas famílias, vivem em situações insustentáveis como a fome, a miséria, o alcoolismo, a pressão de conflitos internos, a violência, a perseguição às práticas culturais próprias, e, o suicídio (PAULETTI *et. al.*, 2000; SURVIVAL, (2000); AMBIENTEBRASIL, 2006).

Weiss (1998) demonstrou que as condições de saúde das populações indígenas refletem as mudanças ambientais, a ausência de atenção primária à saúde e a desorganização social no decorrer do contato com outra civilização. As teorias de contato interétnico têm procurado explicar as modificações ocorridas nas diversas culturas decorrentes de fatores exógenos, desenvolvendo conceitos como "assimilação" e "aculturação" que ocultam o fenômeno da dominação. O contato contínuo com a sociedade industrializada modifica o estilo e a qualidade de vida dos índios, sobretudo nas atividades econômicas com a adoção de novas tecnologias de subsistência que, além de provocar impactos ambientais, favorecem a sedentarização e o crescimento populacional rápido. Assim, Ramos (1997), em um estudo mais recente, apresenta uma abordagem crítica quanto às teorias de contato, aprofundando o conhecimento sobre a lógica interna da vida "tradicional", sem desprezar as mudanças ocorridas.

2.2 SAÚDE INDÍGENA

O órgão responsável pela saúde dos povos indígenas é a Fundação Nacional de Saúde, que assumiu a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS a partir do ano de 1999 pelo Decreto nº 3.156 de 27/08/99. Esta responsabilidade ocorreu pela falta de uma política setorial do SUS que atendesse às diferenças dos povos indígenas, o que comprometia acesso adequado às ações de saúde. A necessidade em formular uma política de saúde que abarcasse as especificidades dos povos indígenas se dava pela precariedade geral das condições de saúde, com taxas de morbimortalidade muito superiores às da população brasileira em geral (BRASIL, 2006).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas e em articulação com o SUS. Os DSEI atendem as seguintes condições: considerar os próprios conceitos de saúde e doença da população e os aspectos intersetoriais de seus determinantes; ser construído coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo; possuir instâncias de controle social formalizados em todos os níveis de gestão. O DSEI deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada e como um conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica (BRASIL, 2006).

Os territórios distritais foram definidos num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde. A definição destas áreas se pautou não apenas por critérios técnico-operacionais e geográficos, mas respeitando também a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, o que necessariamente não coincide com os limites de Estados e/ou Municípios onde estão localizadas as terras indígenas. A constituição da rede de serviços leva em conta a estrutura de serviços de saúde já existentes nas terras indígenas, que pode ser adequada e ampliada de acordo com as especificidades de cada local (BRASIL, 2006).

O perfil epidemiológico dos povos indígenas é marcado por altas taxas de incidência e letalidade por doenças respiratórias, diarreicas, imunopreveníveis, malária e tuberculose. Cada aldeia/comunidade conta com a atuação de um agente indígena de saúde com atividades vinculadas a um posto de saúde. As ações de saúde realizadas pelos A.I.S. incluem: acompanhamento de crescimento e desenvolvimento; acompanhamento de gestantes;

atendimento aos casos de doenças mais frequentes (infecção respiratória, diarreia, malária); acompanhamento de pacientes crônicos; primeiros socorros; promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência; acompanhamento da vacinação; acompanhar e supervisionar tratamentos de longa duração (BRASIL, 2006).

Recentemente ocorreu a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena onde foram debatidas 543 propostas. O evento reuniu 700 lideranças indígenas, de praticamente todas as etnias, com mais de 1.200 participantes. Pela primeira vez no país, os indígenas tiveram participação decisiva no desenho das bases que provocarão aperfeiçoamentos na política de atenção à saúde indígena coordenada pela Fundação Nacional de Saúde. O objetivo do evento foi mudar o conceito existente de “saúde de brancos para índios”, abordando a questão sob a ótica dos povos indígenas. Cinco eixos temáticos dominaram os debates: Direito à Saúde; Controle Social e Gestão Participativa; Desafios Indígenas Atuais; Trabalhadores Indígenas e Não-Indígenas em Saúde, Segurança Nutricional e Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2006).

2.3 USO DO TABACO

A origem do tabaco é desconhecida. O uso do tabaco surgiu aproximadamente no ano 1000 a.C. nas sociedades indígenas da América Central, em rituais mágico-religiosos. A planta, cientificamente chamada *Nicotiana Tabacum*, chegou ao Brasil provavelmente pela migração de tribos tupis-guaranis. Quando os portugueses aqui desembarcaram, tomaram conhecimento do tabaco pelo contato com os índios. A partir do século XVI, o seu uso disseminou-se pela Europa introduzido por Jean Nicot, diplomata francês vindo de Portugal. Suas folhas foram comercializadas sob a forma de fumo para cachimbo, rapé, tabaco para mascar e charuto, até que, no final do século XIX, iniciou-se a sua industrialização sob a forma de cigarro. Seu uso espalhou-se de forma epidêmica por todo o mundo a partir de meados do século XX ajudado pelo desenvolvimento de técnicas avançadas de publicidade e marketing (WILBERT, 1987; WINTER, 2000).

A partir da industrialização e da disseminação do tabagismo, foi estabelecido, na literatura mundial, que o tabagismo é um comportamento de risco para a saúde geral e que existe uma estreita relação entre o fumo e o câncer oral. Os principais fatores associados para o aumento do risco de desenvolver o câncer de boca são: fumar ou mascar tabaco e ingerir bebidas alcoólicas. Estes, quando combinados, podem aumentar o risco de desenvolvimento da doença em até 15 vezes. O fumo é um dos mais potentes agentes cancerígenos conhecidos que o ser humano introduz voluntariamente no organismo (LA VECHIA *et. al.*, 1997; WALSH & EPSTEIN, 2000; THOMAS *et. al.*, 2003; WARNAKULASURIYA *et. al.*, 2005).

O número de mortes, devido ao uso do tabaco, atingiu a marca de 4,9 milhões por ano, o que soma mais de 10 mil mortes por dia em todo o mundo. Cerca de 70% dessas mortes ocorreram nos países em desenvolvimento. Juntamente com HIV/AIDS, o tabagismo é a causa de morte de maior crescimento no mundo e será a principal causa de morte prematura na década de 2020. Caso essa tendência de aumento de consumo do tabaco seja mantida, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva com idade entre 35 e 69 anos. A utilização do fumo é considerada pela WHO (2004) como a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Em todo o mundo, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas são fumantes adultos. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam. Já nos países em desenvolvimento, os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres fazem uso do tabaco (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006).

O Brasil é o 4º maior produtor mundial de tabaco e o 1º em exportações. Foram consumidos nos últimos anos cerca de 175.000.000.000 cigarros, aproximadamente 858 cigarros por pessoa com mais de 15 anos de idade. O número de mortes/ano é da ordem de 200.000, todos provocado pelo tabagismo. Pesquisa realizada em 2002 e 2003, com pessoas de 15 anos ou mais, moradores de 15 capitais brasileiras e também do Distrito Federal mostrou que a prevalência do uso do tabaco variou de 12,9% a 25,2%, sendo que os homens apresentaram prevalências maiores do que as mulheres em todas as capitais. Na cidade de Porto Alegre, foi encontrado um maior número de fumantes, tanto no sexo masculino quanto no feminino, e em Aracaju, foram encontradas as menores taxas. Um estudo realizado entre escolares de 12 capitais brasileiras mostrou que a prevalência da experimentação e uso de cigarro, entre jovens, nessas cidades variou de 36% a 58% no sexo masculino, e de 31% a

55% no sexo feminino, enquanto a prevalência em escolares fumantes atuais variou de 11% a 27% no sexo masculino, e de 9% a 24% no sexo feminino (ACHUTTI *et. al.*, 2004) (BRASIL, 2004).

A definição do termo tabagismo evoluiu nas últimas décadas. Em 1960, a utilização do tabaco, era considerada apenas como um hábito que cresceu e passou a ser estimada como uma dependência psicológica na década de 1970. Já ao final dos anos de 1980 e 1990 passa a receber tratamento próprio, sendo considerado como uma doença. O cigarro, antes visto como um estilo de vida, é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas (DO CARMO & PUEYO, 2002; BRASIL, 2004; BRASIL, 2006).

Do mesmo modo, a WHO (1992) incluiu o tabagismo na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) – capítulo F 17.2 – Síndrome de dependência. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica como o fumo, o álcool ou o diazepam; a uma categoria de substâncias psicoativas ou substâncias opiáceas, ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. A síndrome de dependência é definida como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associada ao forte desejo de tomar a droga; à dificuldade de controlar o consumo; à utilização persistente apesar de conseqüências nefastas; a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações; a um aumento da tolerância à droga e por vezes a um estado de abstinência física.

Para entender o mecanismo do hábito de fumar deve-se considerar que fumar representa mais que a dependência física à nicotina. Com o tempo o fumante recebe estímulos sociais, comportamentais e culturais que reforçam o hábito. Esses estímulos serão os elementos do estabelecimento da dependência psicológica. Tanto o componente psicológico como o físico da dependência ao tabaco tem um papel fundamental na manutenção do hábito (DO CARMO & PUEYO, 2002). Quando ocorre uma diminuição, absoluta ou relativa, de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado, logo, aparece um conjunto de sintomas que se incorporam de diversas maneiras, cuja gravidade é variável chamada de síndrome ou estado de abstinência. O início e o desenvolvimento da síndrome são limitados no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo (WHO, 1992).

Na composição do tabaco, encontramos mais de 4.700 substâncias, todas tóxicas, muitas das quais os mais potentes cancerígenos conhecidos na natureza. Suas substâncias principais são: o alcatrão que é responsável pela ação cancerígena; a nicotina, substância responsável pela dependência química e o monóxido de carbono que é um gás venenoso. Nos produtos do fumo existe também radioatividade, como a do polônio, sendo que a carga de 20 cigarros equivale à mesma de uma radiografia de tórax. Os radicais livres que têm grande participação no envelhecimento da pele, carregam em cada cigarro fumado a ordem de 1 quatrilhão de radicais livres, que além de destruírem os componentes do tecido cutâneo, causam fibrose do pulmão, enfisema e infarto do miocárdio. As principais formas de uso do tabaco são: cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de palha, mascado (fumo de rolo) e aspirado (rapé). O cigarro é, de longe, a forma mais importante e difundida no mundo, por isso, nos textos sobre o tema, é tratado como sinônimo de fumo (TORRES & GUERRA, 1993).

A nicotina é uma substância considerada alcalóide. Sua absorção se dá rapidamente pelos pulmões, e também pelas mucosas. Quando tragada ou absorvida pelas mucosas se distribui para a circulação sistêmica e em cerca de 9 segundos, aproximadamente, chega ao cérebro, sendo um dos tóxicos que mais rapidamente atinge o sistema nervoso central. Porém os seus efeitos não se resumem em causar dependência na sua ação cerebral, atua principalmente sobre o aparelho cardiovascular provocando vasoconstrição, aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca, da força de contração miocárdica e da adesão de plaquetas (TORRES & GUERRA, 1993; ROSEMBERG, 1998).

O fumante tem uma predisposição maior para ter infecções respiratórias. A nicotina irrita a mucosa brônquica induzindo ao fechamento das vias aéreas. Este fato faz com que haja diminuição dos mecanismos de defesa facilitando todo tipo de agressão, especialmente as de origem infecciosas. Por esse motivo, o fumante tem uma predisposição maior para ter infecções respiratórias, que inclui agentes bacterianos, fungos e o bacilo da tuberculose (TORRES & GUERRA, 1993).

A nicotina causa dependência porque altera a maneira pela qual a informação é transmitida no cérebro ao estimular receptores (estruturas nervosas), promovendo um efeito estimulante leve. Quando a exposição à nicotina é prolongada ocorre uma neuro-adaptação com aumento desses receptores cerebrais, que fica condicionado a necessidade de doses maiores da droga para um mesmo nível de resposta. A falta da nicotina no organismo produz uma síndrome de abstinência (falta), com sintomas extremamente desagradáveis como ansiedade excessiva, dificuldade de concentração, agitação, irritabilidade, agressividade,

impaciência, confusão mental, dor de cabeça, tonteira, náuseas, desconforto abdominal e um desejo incontrollável de fumar, só passando esses sintomas se o fumante voltar a fumar (TORRES & GUERRA, 1993; ACHUTTI *et. al.*, 2004; WARNAKULASURIYA *et. al.*, 2005).

De acordo com Rosemberg (1998) depois de estabelecida a dependência, e quando houver a falta do aporte de nicotina aos centros nervosos, surge dísforia e um quadro clínico de sintomas desagradáveis denominados síndrome da abstinência, como visto acima. A média de concentração da nicotina no sangue dos tabagistas dependentes é de 300ng por mililitro. Um cigarro produz no sangue concentração em torno de 14ng/ml, chegando a 70ng/ml nos que fumam 5 cigarros por dia. Para gerar dependência seriam necessários níveis de 50 a 70ng/ml. A nicotina tem características neurobiológicas: é uma droga psico-estimulante. O processo farmacológico da nicotino-dependência é semelhante ao da cocaína e ao da heroína que liberam dopamina e aumentam a produção de norepinefrina. A indústria emprega no tabaco, para torná-lo mais palatável, 600 aditivos que têm a função de liberar mais nicotina. Entre estes, o mais importante é a amônia que é alcalina e eleva o pH da nicotina. Quanto mais alto o pH maior a liberação da nicotina, maior é sua difusão orgânica e penetração pelas membranas celulares, nos tecidos. A amônia constitui o melhor aditivo por liberar mais nicotina, provocando maior impacto cerebral e produzindo o efeito denominado “*booster*”. Desta maneira ocorre uma maior liberação de dopamina que produz um estado de prazer e euforia no fumante que procura consumir mais cigarros.

Para se avaliar o índice de dependência de nicotina o teste mais utilizado é a escala ou teste de *Fagerström*. Alguns estudos demonstram a validação deste teste como os de Heatherton *et. al.*, (1991) Chabrol *et. al.*, (2005) e Storr *et. al.*, (2005). Carmo e Pueyo (2002) criaram uma versão para o português do teste de *Fagerström*.

O uso do tabaco e a pobreza estão intrinsecamente relacionados. Muitos estudos mostraram que nos lares mais pobres em países em desenvolvimento, 10% dos gastos totais da família são utilizados para aquisição do tabaco. Isto significa que estas famílias possuem menos dinheiro para gastar com itens básicos como alimentação, educação e saúde. Além destes efeitos diretos na saúde, o tabaco leva à má nutrição, aumenta os custos de saúde e mortes prematuras. O fumo contribui para um maior índice de analfabetismo, visto que o dinheiro que poderia ter sido usado para gastos com a educação é gasto com o tabaco. O papel do tabaco como potencializador da pobreza tem sido amplamente ignorado por pesquisadores em ambas as áreas (WHO, 1999; WORLD BANK, 2003; BRASIL, 2004).

A pobreza é uma constante entre os indígenas e tudo que foi estabelecido para a população branca em relação ao papel do tabaco como potencializador da pobreza pode ser, por inferência, ser dito para a população indígena. Não há trabalhos relacionando o tabaco e as lesões bucais entre os índios brasileiros. A população indígena do Brasil, de acordo com a FUNAI, soma cerca de 410.000 índios divididos em 220 povos, incluindo aqueles que vivem fora das aldeias. Essa população encontra-se em diferentes processos de integração com a sociedade nacional, apresentando um quadro bastante complexo, onde temos desde índios recém contatados, a índios cujo contato remonta há séculos, a partir das frentes de expansão. Nesse sentido, temos etnias que estão reduzidas à massa uniforme do campesinato brasileiro e etnias que resistiram no processo de integração nacional. Etnias tidas como desaparecidas e etnias ressurgidas a partir de mecanismos de reconstrução de identidade étnica (AMBIENTEBRASIL, 2006).

A população não indígena tem uma imagem positiva da população não indígena: 88% concordam que os índios conservam a natureza e vivem em harmonia com ela; outros 81% acham que eles não são preguiçosos e apenas encaram o trabalho de forma diferente da nossa; 89% afirmam que eles não são ignorantes e apenas possuem uma cultura diferente da nossa e 89% consideram que eles só são violentos com aqueles que invadem as suas terras. Já os três maiores problemas enfrentados pelos mesmos são: a invasão das suas terras, o desrespeito a sua cultura e as doenças transmitidas pelo contato com a população não indígena, o que demonstra que todos os problemas sugeridos são decorrentes da relação com os não índios (RICARDO, 2001).

Dentre os vários problemas decorrentes da relação com a população indígena, esse trabalho aborda o tabagismo e suas conseqüências nocivas à saúde oral. Busca correlacionar, não só o tabagismo, mas também o grau de dependência de nicotina e o aparecimento de lesões que podem ser associadas ou não ao tabagismo e ou a dependência de nicotina entre a população guarani Kaiowá/Nandeva. De acordo com o levantamento bibliográfico realizado, esse é o primeiro trabalho específico sobre o tabagismo entre os índios brasileiros.

2.4 LESÕES NA MUCOSA ORAL

A mucosa que reveste toda a cavidade oral é uma estrutura complexa com importantes funções e localizações anatômicas não menos importantes. Apresenta características diferentes, dependendo da região considerada. Isto ocorre porque esta mucosa se adapta frente às agressões funcionais, modificações evolutivas e reversíveis em resposta à função e ao uso. Quanto à classificação podemos encontrar a mucosa de revestimento que forra as paredes da cavidade oral sem receber diretamente os impactos da mastigação: mucosa labial, bochechas, lábios, soalho da boca, mucosa alveolar, superfície ventral da língua e palato mole; a mucosa mastigatória que sofre os impactos da mastigação: formada pelo palato duro e a gengiva; e a mucosa especializada que reveste o dorso da língua (LESTON *et. al.*, 2002).

As doenças periodontais são condições patológicas encontradas na mucosa da boca. São processos inflamatórios que podem ser limitados aos tecidos moles que circundam os dentes (gengivite), ou ainda, que se estendem à crista alveolar, ao ligamento periodontal, ou ao cimento. Os tipos primários de gengivites incluem a gengivite relacionada a placa, a gengivite ulcerativa necrosante (G.U.N), a gengivite associada com medicamentos, a gengivite alérgica, a gengivite relacionada com infecções específicas e a gengivite relacionada com dermatoses (FENOLL & PÉREZ, 2004).

As doenças fúngicas também estão localizadas na mucosa oral. São provocadas por um fungo (*Cândida albicans*), chamadas de candidíase ou candidose. A *C. albicans* pode apresentar um dimorfismo, ou seja, apresenta-se de duas formas: em forma de leveduras e microorganismos em forma de hifas. Estas podem ser um componente normal da microflora oral sem nenhuma evidência clínica de infecção. Três fatores determinam a existência clínica de infecção: o estado imunológico do hospedeiro, o meio ambiente da mucosa oral e a resistência da *Cândida albicans*. A infecção por cândida varia desde um leve envolvimento da superfície da mucosa a uma doença fatal disseminada em pacientes gravemente imunodeprimidos. As formas clínicas mais importantes das candidoses são: candidose pseudomembranosa, candidose eritematosa, queilite angular ou *perlèche*, estomatite por próteses, candidose crônica hiperplásica e candidose mucocutânea (TERAI & SHIMAHARA, 2006).

A cavidade oral pode ser alvo de injúrias físicas e químicas. As injúrias físicas resultam de dano mecânico, como o contato com os alimentos cortantes ou mordidas

acidentais durante a mastigação, escovação excessiva, conversação ou mesmo durante o sono. Algumas são auto-induzidas e clinicamente óbvias ou sutis e difíceis de serem diagnosticadas. As alterações mais frequentes encontradas são: a linha alba, o *morsicatio buccarum* e as úlceras traumáticas. As injúrias químicas acontecem pelo contato de algumas substâncias com a mucosa oral. Muitas pessoas, na tentativa de resolver problemas na boca, recorrem a uma série de substâncias como a aspirina, o perborato de sódio, o peróxido de hidrogênio, a gasolina, fricção com álcool e a solução de bateria (SILVERMAN *et. al.*, 2004).

Algumas alterações da mucosa oral podem causar confusão entre os clínicos, entre elas: a língua pilosa, a língua geográfica, a estomatite migratória, a língua fissurada, os grânulos de *Fordyce*, a glossite romboidal mediana, o nevo branco esponjoso e os linfangiomas e os hemangiomas. Estas condições estabelecem alguma dificuldade no estabelecimento do diagnóstico definitivo e conduta adequada. A frequência dessas condições é especulativa, já que estudos epidemiológicos populacionais bem planejados ainda não foram feitos ou são inconclusivos (DE FELICE *et. al.*, 2005).

2.5 TABACO E LESÕES

Além das doenças de caráter geral, o tabagismo também pode apresentar doenças localizadas na cavidade oral, cancerizáveis ou não. As pessoas que fumam apresentam uma maior incidência de lesões cáries, formação de biofilme dental, cálculos dentais, gengivites e estomatites. Os fumantes costumam ser mais negligentes com relação à higiene oral. Embora se pense que o tabagismo provoque apenas doença do pulmão e o aparecimento do câncer oral, algumas mudanças na cavidade oral podem estar associadas ao uso do tabaco, tais como: irritações das glândulas salivares menores e do palato duro, as leucoplasias, aumento do risco de doenças periodontais, pigmentações que afetam a aparência dos dentes e dos tecidos orais, sendo que estas mudanças interferem no convívio social das pessoas (PINDBORG, *et. al.*, 1992; WALSH & EPSTEIN, 2000; CAMPBELL, *et. al.*, 2001; WINN, 2001; TAYBOS, 2003).

Algumas alterações da cavidade oral podem estar relacionadas com o hábito do tabagismo como: a melanose do fumante, a estomatite nicotínica, as doenças periodontais, manchas dentárias extrínsecas, leucoplasia e candidose. O fumo representa um dos principais fatores etiológicos de alterações patológicas bucais. A fumaça do tabaco contém mais de 4.000 componentes já identificados, sendo que há mais de 60 carcinógenos presentes. As principais classes de carcinógenos na fumaça do tabaco são os hidrocarbonos policíclicos (como benzopireno), as nitrosaminas e as aminas aromáticas. Estas substâncias promovem dano no ácido desoxirribonucleico (DNA) por ativação de pró-carcinógenos (enzimas de fase I), o que é contrabalançado pela capacidade de “eliminar” carcinógenos (enzimas de fase II). Substâncias presentes no tabaco podem atuar como carcinógenos ou, geralmente, pró-carcinógenos, que necessitam ser ativados em carcinógenos por enzimas de fase I (codificadas pelos genes do citocromo P450 - CYP). Estes carcinógenos podem se ligar ao DNA, e induzir mutações e carcinogênese (JOHNSON, 2001; THOMAS, *et. al.*, 2003; WARNAKULASURYA, *et. al.*, 2005; DUARTE & PASCHOAL, 2005).

3 PROPOSIÇÃO

Baseado na ausência de dados sobre o tabagismo e sobre a prevalência de lesões bucais entre os Guarani Kaiowá/Nandeva esse estudo propõe:

1. Mensurar o índice de dependência de nicotina, usando o questionário de *Fagerström*;
2. Avaliar as condições da mucosa oral por meio de um exame clínico minucioso.
3. Correlacionar os resultados obtidos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo dissertativo foi do tipo estudo transversal epidemiológico descritivo, em âmbito populacional de inquérito que utiliza o coeficiente de prevalência (prevalência de ponto – *point prevalence*), para expressar proporções. Este coeficiente utiliza a medida para a mensuração da probabilidade de eventos mórbidos e também para a avaliação da frequência de fatores de risco e proteção, os quais podem constituir hábitos ou práticas.

O estudo em questão foi realizado em uma amostra de pacientes indígenas, usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), que buscam atendimento no Posto de Saúde da Família localizado na Aldeia Bororó e pertencente a Reserva Indígena Francisco Horta Barbosa, localizada no município de Dourados no Estado de Mato Grosso do Sul.

Este estudo teve como objetivo examinar clinicamente a mucosa oral em uma amostra da população indígena da etnia Guarani Kaiowá/Nandeva, para avaliar as condições da mucosa segundo o formulário da Organização Mundial de Saúde (Anexo A), para avaliação da mucosa e correlacionar os dados obtidos. Ante do início da pesquisa foi realizado um estudo piloto com 20 indivíduos fumantes de ambos os sexos. Para os pacientes examinados e que se manifestaram fumantes foi aplicado o questionário de *Fagerström* (Anexo B), que avalia o índice de dependência de nicotina. O teste é composto de seis questões sendo que cada resposta recebe uma pontuação. Do Carmo & Pueyo, (2002) construíram uma versão para o português do teste de Fagerström com as seguintes questões:

Pergunta	Resposta	Pontuação
1- Quanto tempo você demora para fumar o primeiro cigarro da manhã?	Menos de 5 minutos	3
	6 a 30 minutos	2
	31 a 60 minutos	1
	Mais de 60 minutos	0
2- É difícil abster-se e não fumar nos lugares onde é proibido (hospital, biblioteca, igreja, ônibus, etc.)?	Sim	1
	Não	0
3- Qual cigarro te traz mais satisfação?	O primeiro da manhã	1
	Outros	0
4- Quantos cigarros você fuma por dia?	10 ou menos	0
	11 a 20	1
	21 a 30	2
	31 ou mais	3
5- Habitualmente você fuma mais nas primeiras horas do dia do que no restante do dia?	Sim	1
	Não	0
6- Você fuma estando doente na cama?	Sim	1
	Não	0

Após aplicação da escala as respostas são obtidas e avalia-se o grau de dependência de acordo com a pontuação. Assim, uma pontuação entre 0 a 2 pontos considera-se o indivíduo com um índice de dependência muito baixo; de 3 a 4 pontos com índice baixo; igual a 5 pontos com um grau de dependência médio; entre 6 a 7 pontos considera-se um grau elevado, e de 8 a 10 pontos, muito elevado. Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar. Fumantes que estão na faixa de elevado e muito elevado, que já tentaram parar de fumar e não conseguiram principalmente os que tiveram síndrome da falta da droga (síndrome de abstinência) e têm indicação de serem acompanhados por médico. Os de muito baixo e baixo grau de dependência, afora as questões psicológicas, que são individualizadas, têm todas as chances de largarem o vício sem nenhum acompanhamento médico, com grandes possibilidades de êxito. Os de médio grau de dependência à nicotina poderão tentar deixar sem acompanhamento médico e têm grandes chances de obterem sucesso. Se houver grandes dificuldades, principalmente sintomas desagradáveis ao deixar de fumar, deverão procurar atenção médica. O médico não precisa ser especialista nessa área, podendo ser o clínico geral, pediatra (se se tratar de adolescente), cirurgião geral, obstetra, ginecologista, ou seja, qualquer médico de qualquer especialidade, bastando apenas que ele se proponha para ajudá-lo a parar de fumar.

Os dados clínicos coletados foram correlacionados com os dados sobre o tabagismo (fumantes, ex-fumantes, fumantes passivos e não fumantes) e com os dados do índice de dependência de nicotina (fumantes).

O exame clínico e a entrevista foram realizados pelo pesquisador e, quando necessário, foi utilizado um A.I.S. para o entendimento ou tradução da língua Guaraní. O exame clínico e a entrevista foram realizados após a leitura e compreensão do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C), que foi assinado pelos participantes. O levantamento foi realizado do mês de setembro a dezembro de 2006. A amostra constou de trezentos e doze indivíduos, todos maiores de vinte anos de idade, e de ambos os sexos. A amostra foi aleatória e representativa da população adulta que é de aproximadamente 1.600 pessoas, e foi definida conforme as condições de trabalho e a aceitação dos pacientes. A coleta foi realizada por meio da livre demanda dos pacientes ao posto de saúde, de forma que, a cada dois pacientes atendidos, um foi convidado a participar da pesquisa. Este só foi entrevistado no momento da primeira consulta e antes do exame clínico oral.

Para o exame clínico foram utilizados espelhos e um cabo de sonda periodontal e/ou espátulas de madeira para retrair os tecidos, devidamente esterilizados na autoclave. O pesquisador fez o exame e a atendente de consultório dentário (A.C.D.), se encarregou dos trabalhos de anotação, desinfecção e esterilização dos instrumentais e tarefas de apoio. Os jogos de instrumentais foram em quantidade suficiente para todos os atendimentos.

O exame da mucosa oral teve a seguinte seqüência: mucosa labial e sulco labial superiores e inferiores; área labial das comissuras e mucosa oral nos lados direito e esquerdo; língua, em suas superfícies dorsal, ventral e nos bordos; assoalho da boca; palato duro e mole; crista alveolar/gengiva superior e inferior.

O exame extra-oral teve a seguinte seqüência: visão geral das áreas externas de pele (cabeça, pescoço, membros); superfície perioral externa (nariz, bochechas, queixo); gânglios linfáticos (cabeça, pescoço); partes cutâneas dos lábios superiores e inferiores; linha cutâneo-mucosa de lábio e comissuras; articulação temporo-mandibular (A.T.M.) e região da glândula parótida.

Para efeito de diagnóstico e plano de tratamento, e quando o paciente apresentou alguma alteração na mucosa oral, foi solicitada ao mesmo uma autorização, para uma tomada fotográfica, que foi realizada pelo pesquisador e sem ônus para o paciente. Nenhum caso suspeito de câncer foi encontrado e os casos de lesões pré-malignas estão sendo acompanhadas pelo pesquisador, desta maneira, durante a pesquisa não houve necessidade de encaminhamento ao departamento de patologia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, na cidade de Campo Grande.

Nenhum efeito colateral adverso foi previsto aos participantes do estudo, para além do desconforto normal de um exame clínico e fotográfico.

O presente projeto fundamentou-se na resolução n° 304 do Conselho Nacional de Saúde, (Anexo D), de 09 de agosto de 2.000, e o parecer n° 756/2006, do CONEP (Anexo F), e o protocolo n°. 091/05 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIGRAN (Anexo E), que aprovam as normas para a pesquisa envolvendo seres humanos na área temática sobre a população indígena. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e fotografias. Os resultados foram tratados estatisticamente, usando-se programa SPSS 13[®] (*Statistic Package for the Social Sciences*, Chicago, II, USA).

5 RESULTADOS

5.1 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

A presente pesquisa contou com a participação de 312 indivíduos de ambos os sexos, todos com idade acima de 20 anos, moradores da aldeia Bororó e das etnias Guarani Kaiowá e Guarani Nandeva e apresentou os seguintes resultados:

Na Tabela 1, observa-se um maior número de indivíduos na faixa etária correspondente a 20-30 anos, ou seja, 25 (31,25 %), pessoas do gênero masculino; e 115 (49,50%), do gênero feminino totalizando 140 (44,90 %), do total da amostra.

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária e o gênero.

Faixa etária	masculino		feminino		Total	%
	N	%	n	%		
20 a 30 anos	25	31,25	115	49,50	140	44,90
31 a 40 anos	25	31,20	57	24,60	82	26,30
41 a 50 anos	13	16,30	38	16,40	51	16,30
51 a 60 anos	3	3,80	12	5,20	15	4,80
> 60 anos	14	17,50	10	4,30	24	7,70
Total	80	100,00	232	100,00	312	100,00

Na tabela 2, dos 312 pacientes examinados, 80 eram do gênero masculino e 232 do gênero feminino. Do total de 312 pacientes examinados, 77 se auto-declararam fumantes, correspondendo a 24,68% do total da amostra. Dos 80 participantes da pesquisa do gênero masculino, 33 eram fumantes ou 41,25%. Para as 232 mulheres que participaram da pesquisa, 44 eram fumantes ou 18,97%. Essa proporção reflete a situação encontrada em outras populações não indígenas, onde os homens fumantes são em maior número, até como reflexo da pressão social sobre a mulher. Não foi objeto da pesquisa a determinação da quantidade de cigarros e nem o tempo de tabagismo.

Tabela 2. Distribuição da amostra com respeito ao tabagismo e o gênero.

Hábito	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Fumante	33	41,25	44	18,97	77	24,68
Não fumante	15	18,75	98	42,24	113	36,22
Ex-fumante	32	40,00	86	37,07	118	37,82
Fumante passivo	0	0,00	4	1,72	4	1,28
Total	80	100,00	232	100,00	312	100,00

A Tabela 3 apresenta a prevalência de lesões encontradas entre os Guarani, distribuídas por categorias manifestadas como fumantes, não fumantes, ex-fumantes e fumantes passivos.

Tabela 3. Prevalência dos achados clínicos entre os auto declarados: fumantes (F), não fumantes (NF), ex-fumantes (EF) e fumantes passivos (FP) da etnia Guarani Kaiowá/Nandeva.

Achados clínicos	F	%	NF	%	EF	%	FP	%	Total	%
Abscesso	15	13,16	21	15,79	17	13,18	2	50,00	55	14,47
Gengivite	2	1,75	7	5,26	3	2,33	0	0,00	12	3,16
G. U. N.	6	5,26	5	3,76	10	7,75	1	25,00	22	5,79
Pericoronarite	0	0,00	2	1,50	4	3,10	0	0,00	6	1,58
Periodontite	39	34,21	61	45,86	63	48,84	0	0,00	163	42,89
Pigmentação dentária	8	7,02	1	0,75	3	2,33	0	0,00	12	3,16
Candidíase	10	8,77	23	17,29	21	16,28	1	25,00	55	14,47
Subtotal	80	70,17	120	90,21	121	93,81	4	100	325	85,5
<i>Estomatite nicotínica*</i>	20	17,54	0	0,00	4	3,10	0	0,00	24	6,32
<i>Fibroma*</i>	3	2,63	1	0,75	1	0,78	0	0,00	5	1,32
<i>Hiperplasia Heck*</i>	3	2,63	1	0,75	1	0,78	0	0,00	5	1,32
<i>Leucoplasia*</i>	6	5,26	2	1,50	1	0,78	0	0,00	9	2,37
<i>Ulceração*</i>	2	1,75	9	6,77	1	0,78	0	0,00	12	3,16
Subtotal	34	29,81	13	9,77	8	6,22	0	0	55	14,4
Nenhuma alteração	6	5,26	11	8,27	8	6,20	1	25,00	26	6,84
<i>Total de achados clínicos</i>	<i>120</i>		<i>144</i>		<i>137</i>		<i>5</i>		<i>406</i>	

* lesões bucais propriamente ditas.

A Tabela 4 apresenta a prevalência de variações da normalidade encontradas entre os Guarani, distribuídas por categorias manifestadas como fumantes, não fumantes, ex-fumantes e fumantes passivos.

Tabela 4. Prevalência das variações de normalidade diagnosticadas entre os auto declarados: fumantes (F), não fumantes (NF), ex-fumantes (EF) e fumantes passivos (FP) da etnia Guarani Kaiowá.

Variações	F	%	NF	%	EF	%	FP	%	Total	%
Grânulos de <i>Fordyce</i>	20	35,71	13	20,63	15	23,08	0	0,00	48	25,67
Língua fissurada	7	12,50	20	31,75	13	20,00	1	33,33	41	21,93
Língua saburrosa	4	7,14	4	6,35	4	6,15	0	0,00	12	6,42
Linha alba	12	21,43	6	9,52	14	21,54	1	33,33	33	17,65
Pigmentação melânica	13	23,21	20	31,75	19	29,23	1	33,33	53	28,34
Nenhuma variação	6	10,71	11	17,46	8	12,31	1	33,33	26	13,90
TOTAL	56	100	63	100,00	65	100	3	100	187	100

5.2 FAGERSTRÖM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE

Quando da aplicação do questionário *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (Tabela 5), para se determinar o grau de dependência de nicotina entre os participantes da amostra observou-se que do total de 77 fumantes, 28 (36,36%), apresentaram um grau considerado elevado de dependência de nicotina, de acordo com a pontuação do teste.

Tabela 5. Composição da amostra com relação ao índice de dependência de nicotina de acordo com *Fagerström - Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND).

Índice	n	%
Muito baixo	12	15,58
Baixo	19	24,68
Médio	14	18,18
Elevado	28	36,36
Muito Elevado	4	5,19
Total	77	100,00

5.3 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

A análise estatística utilizou o teste exato de Fischer e demonstrou que não houve diferença significativa entre o índice de dependência e a prevalência de lesões ou mesmo sua presença ou ausência. O índice detectado pelo *Fagerström Test for Nicotine Dependence*, não foi representativo para correlação com as alterações clínicas da mucosa oral entre os Guarani Kaiowá.

A análise da prevalência das lesões/variações da normalidade, sob o mesmo teste, mostrou que leucoplasia, estomatite nicotínica, apresentaram diferença estatística significativa, corroborando dados da literatura disponíveis para outros grupos não indígenas.

5.4 APRESENTAÇÃO DAS FOTOGRAFIAS

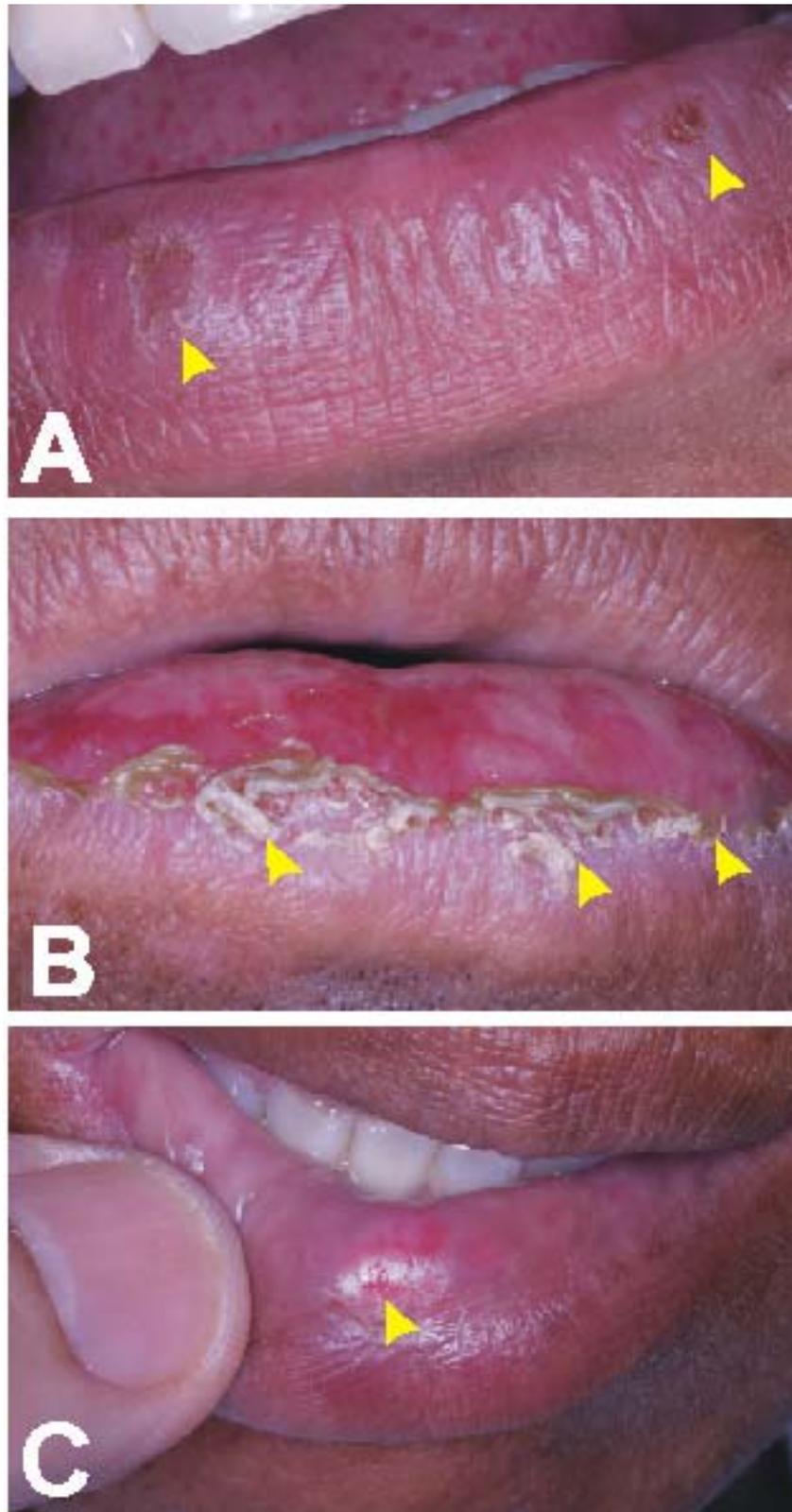


Figura 1 – Ulcerações do lábio inferior; sugestivas de queilite actínica crônica (A e C) e aguda (B) que podem apresentar-se como erosões superficiais, localizadas ou difusas, entremeadas em áreas brancacentas ou eritematosas.



Figura 2 Pigmentação melânica; leve e difusa em paciente fumante inveterado. A pigmentação limita-se à gengiva vestibular anterior.



Figura 3 – Pigmentação dentária extrínseca; manchas por tabaco com envolvimento das superfícies linguais dos incisivos inferiores (A e B).



Figura 4 – Linha Alba; linha branca, hiperqueratótica, na mucosa jugal (A).

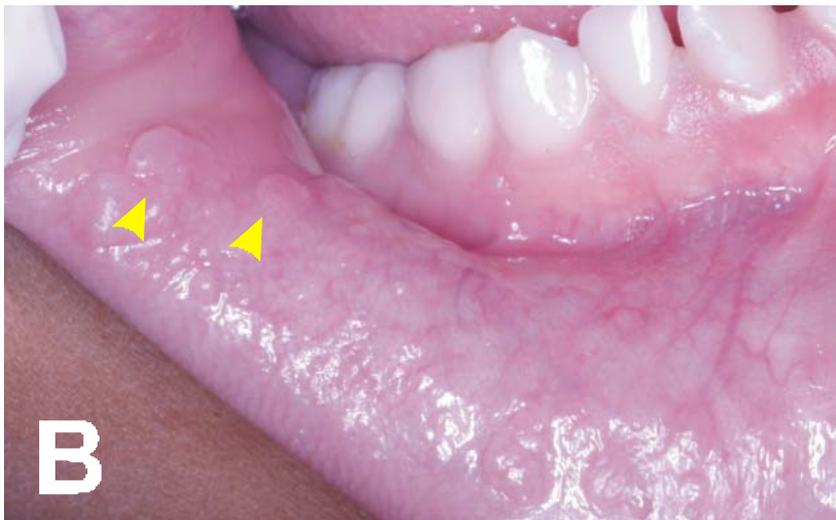


Figura 5 – Doença de Heck; caracterizada pela presença de múltiplas pápulas e nódulos de superfície plana e coloração normal são observados no lábio (A e B).

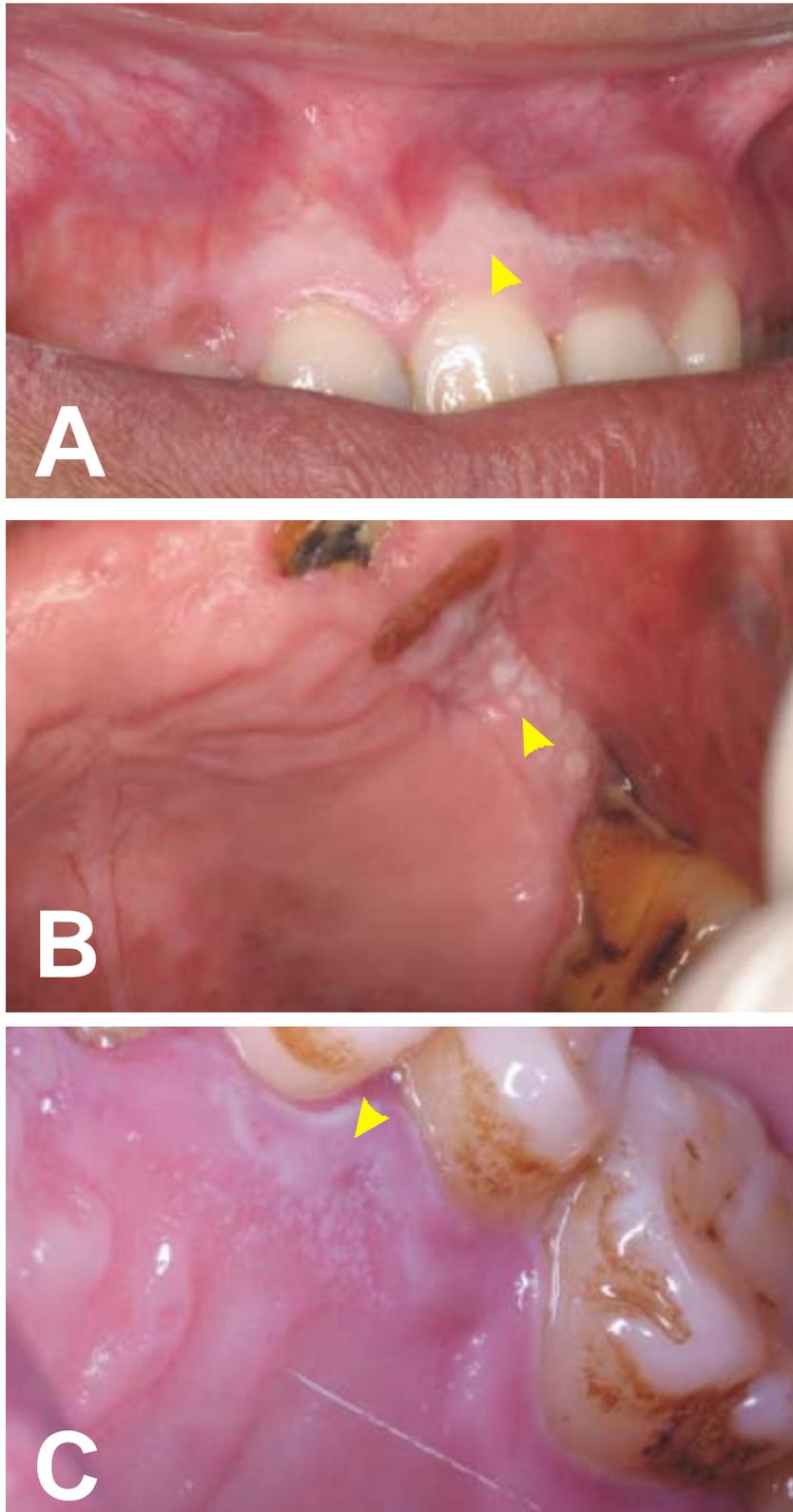


Figura 6 – Leucoplasia; Lesão cancerizável caracterizada por apresentar mancha branca localizada na mucosa alveolar superior (A). Mancha Branca localizada na crista alveolar posterior (B). Mancha branca localizada no palato duro, relacionada ao tabaco (C).

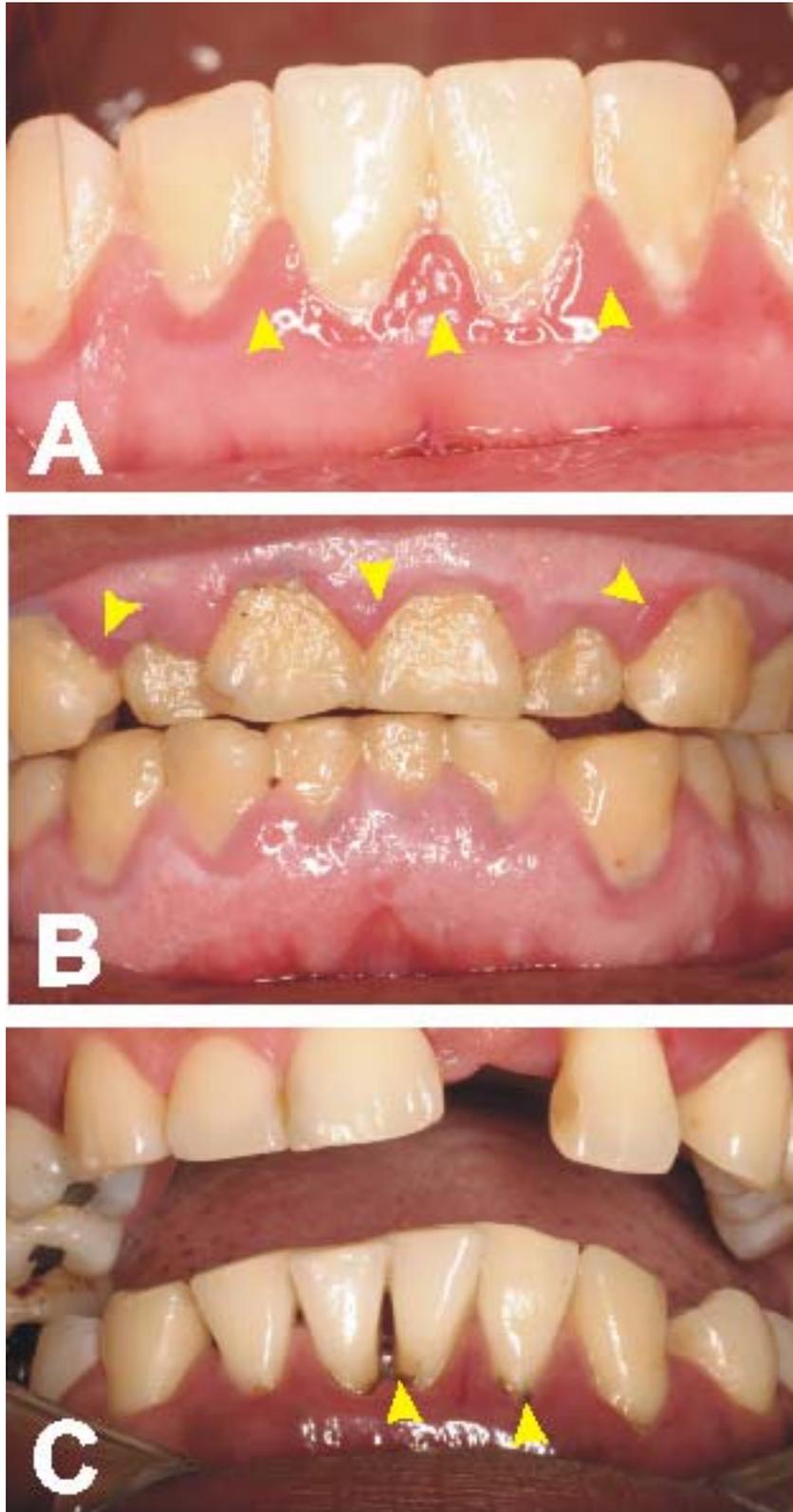


Figura 7 – Lesão sugestiva de gengivite ulcerativa necrosante; onde se observa a necrose das papilas interdetais (A), edema e eritema na gengiva marginal (B), presença de cálculo (C).

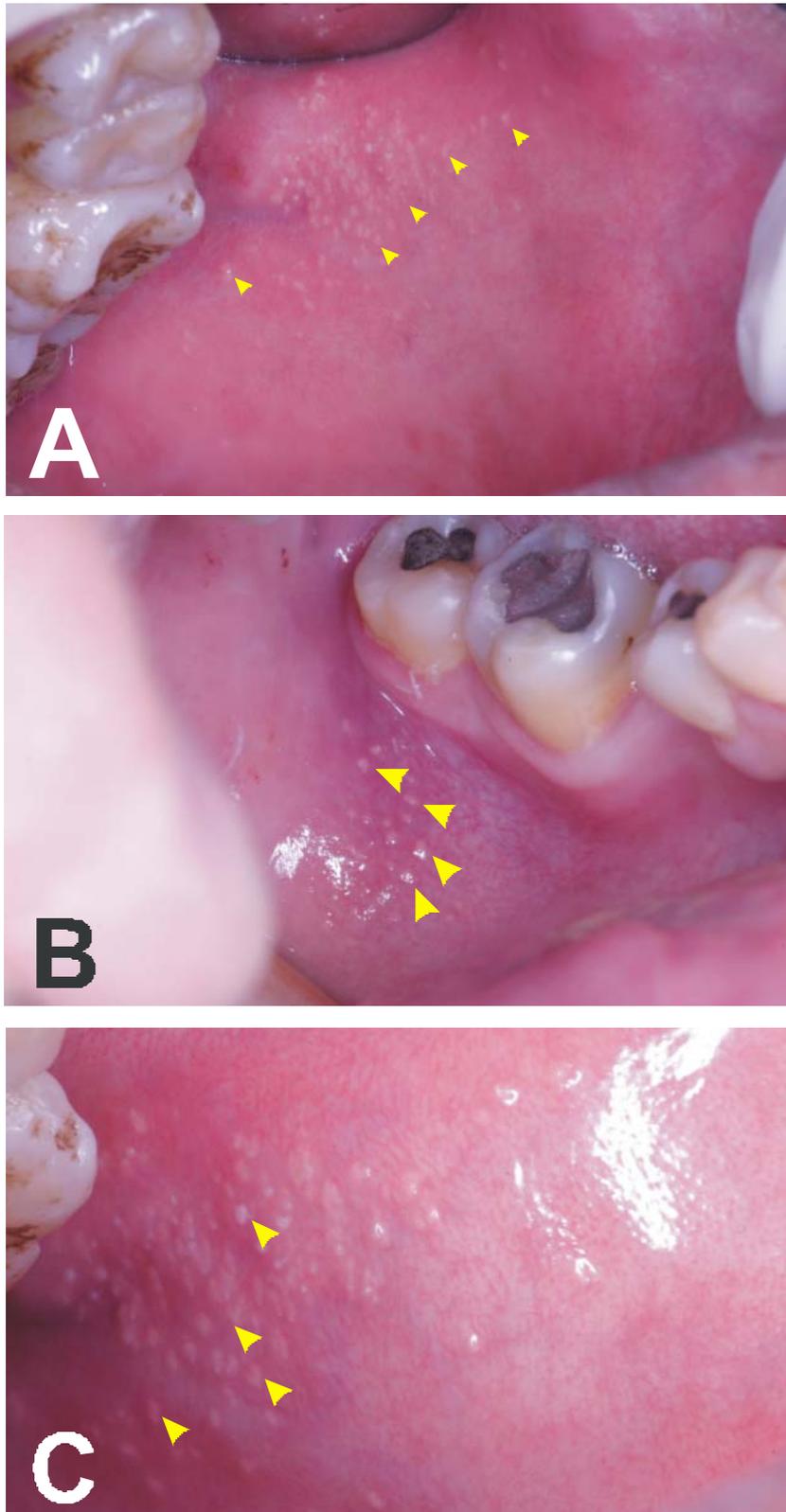


Figura 8 – Grânulos de *Fordyce*; glândulas sebáceas localizadas na mucosa jugal (A, B e C).

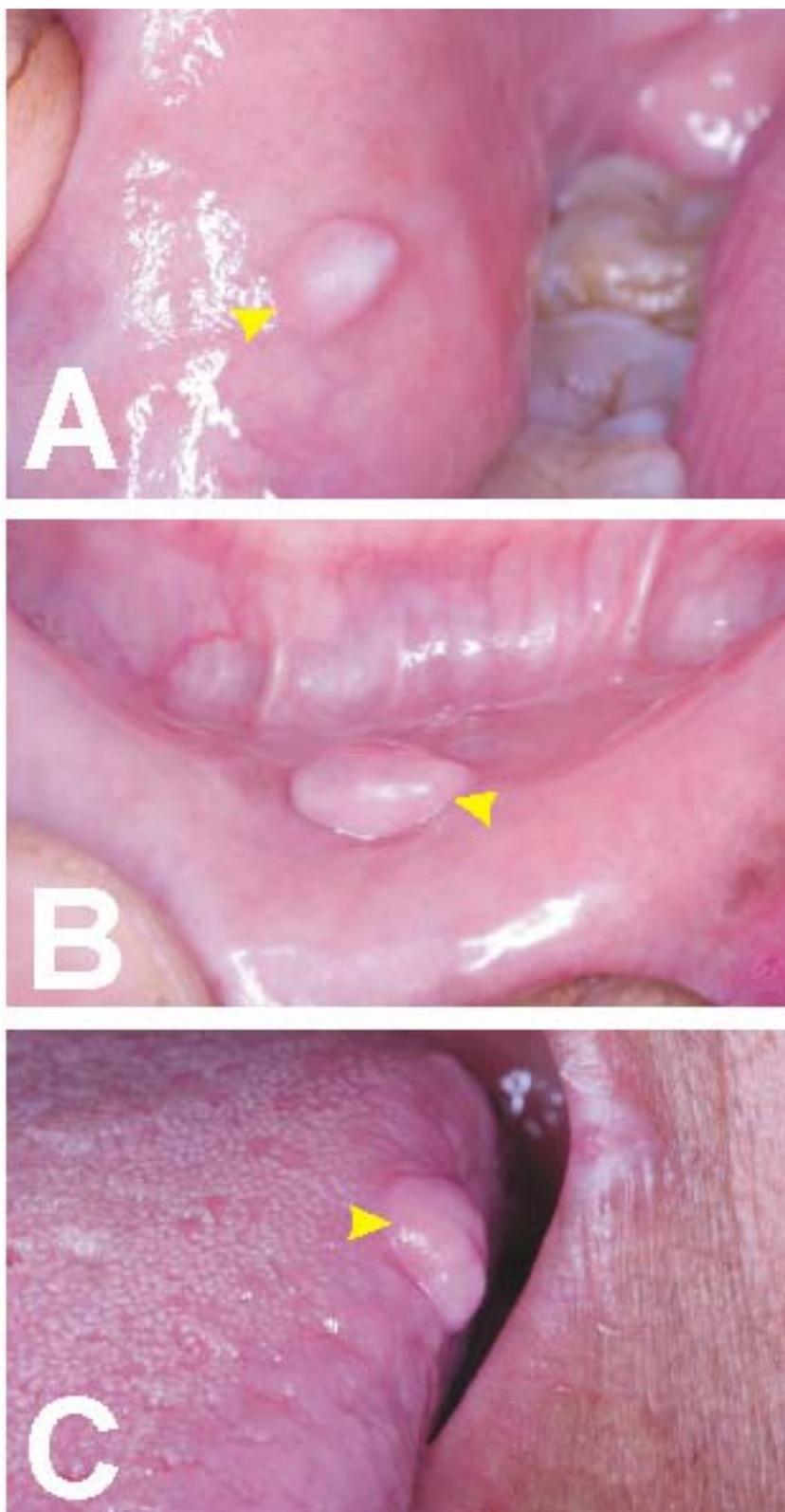


Figura 9 – Fibroma; lesão fibrosa de aspecto nodular, coloração rósea, superfície lisa, localizada na mucosa jugal (A); localizado no lábio inferior (B); localizado na borda lateral da língua (C).

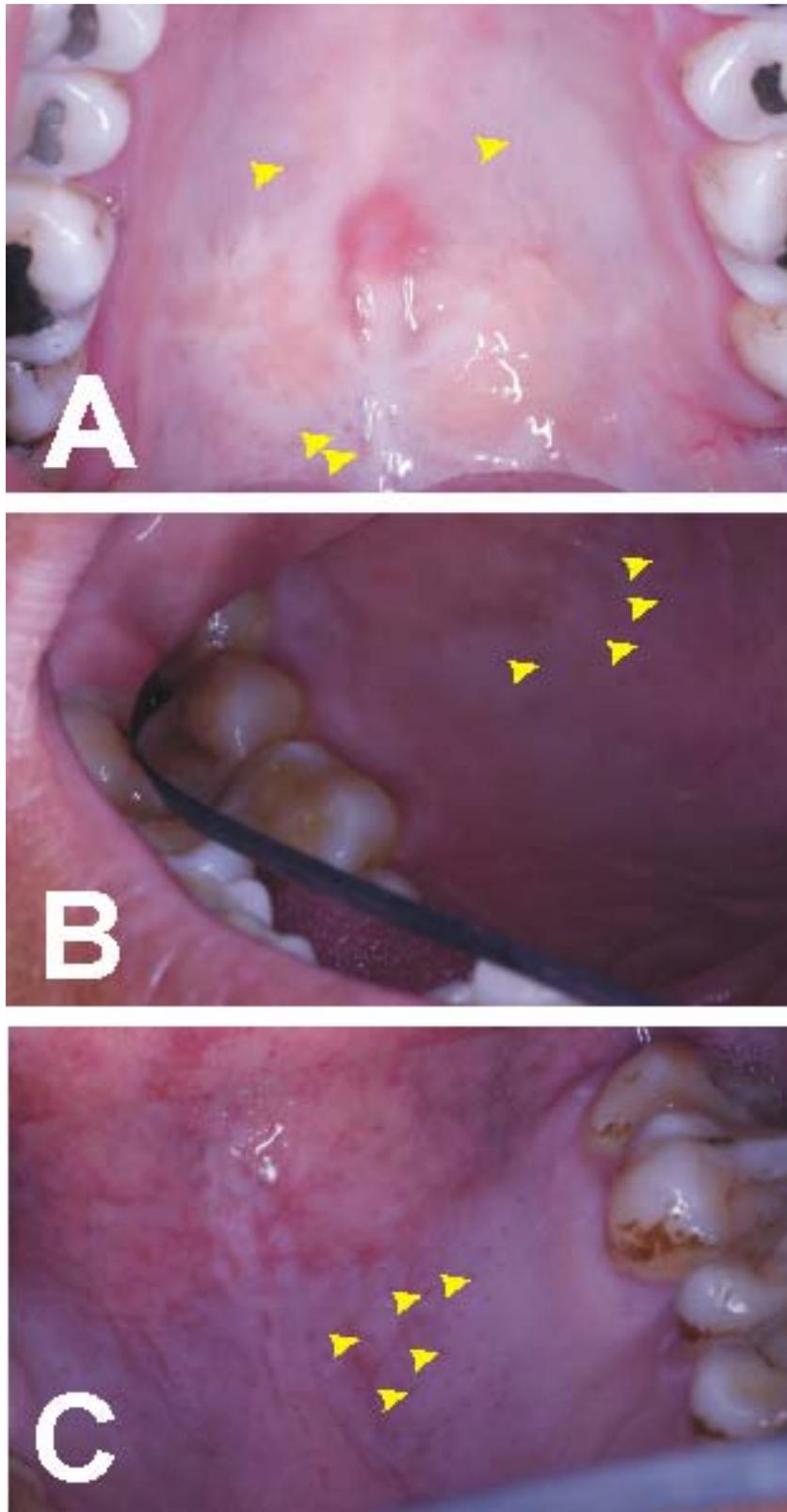


Figura 10 – Estomatite nicotínica; o palato exibe uma difusa aparência queratótica devido à irritação crônica das glândulas salivares menores. Pode haver pápulas numerosas com aspecto puntiforme representando as glândulas salivares menores com seus orifícios ductais inflamados (A B e C).

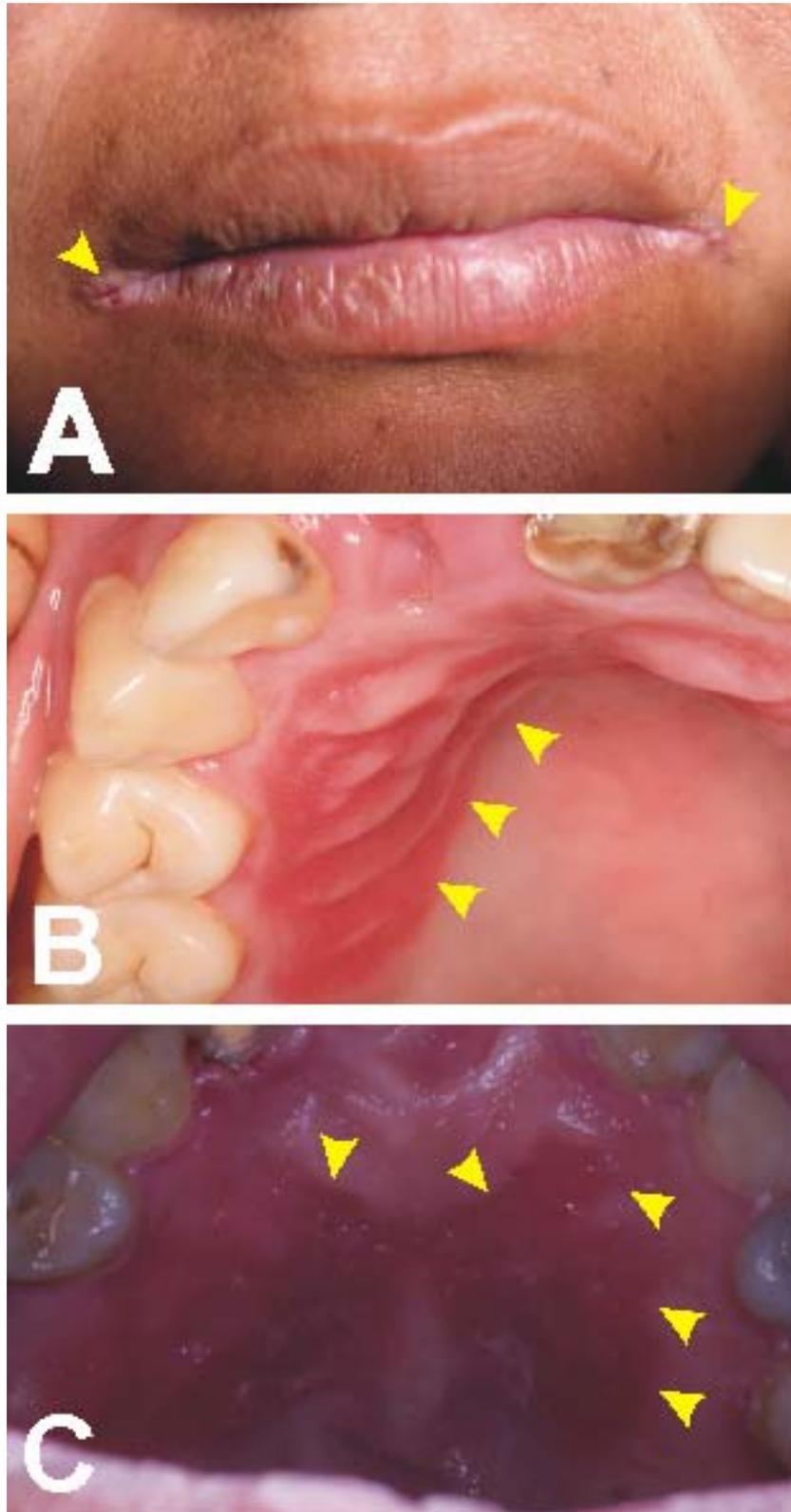


Figura 11 – Candidose; queilite angular ou *perlèche* eritema, edema e fissuras ao redor da boca(A), candidose por prótese (B), eritema no palato compatível com candidose (C).

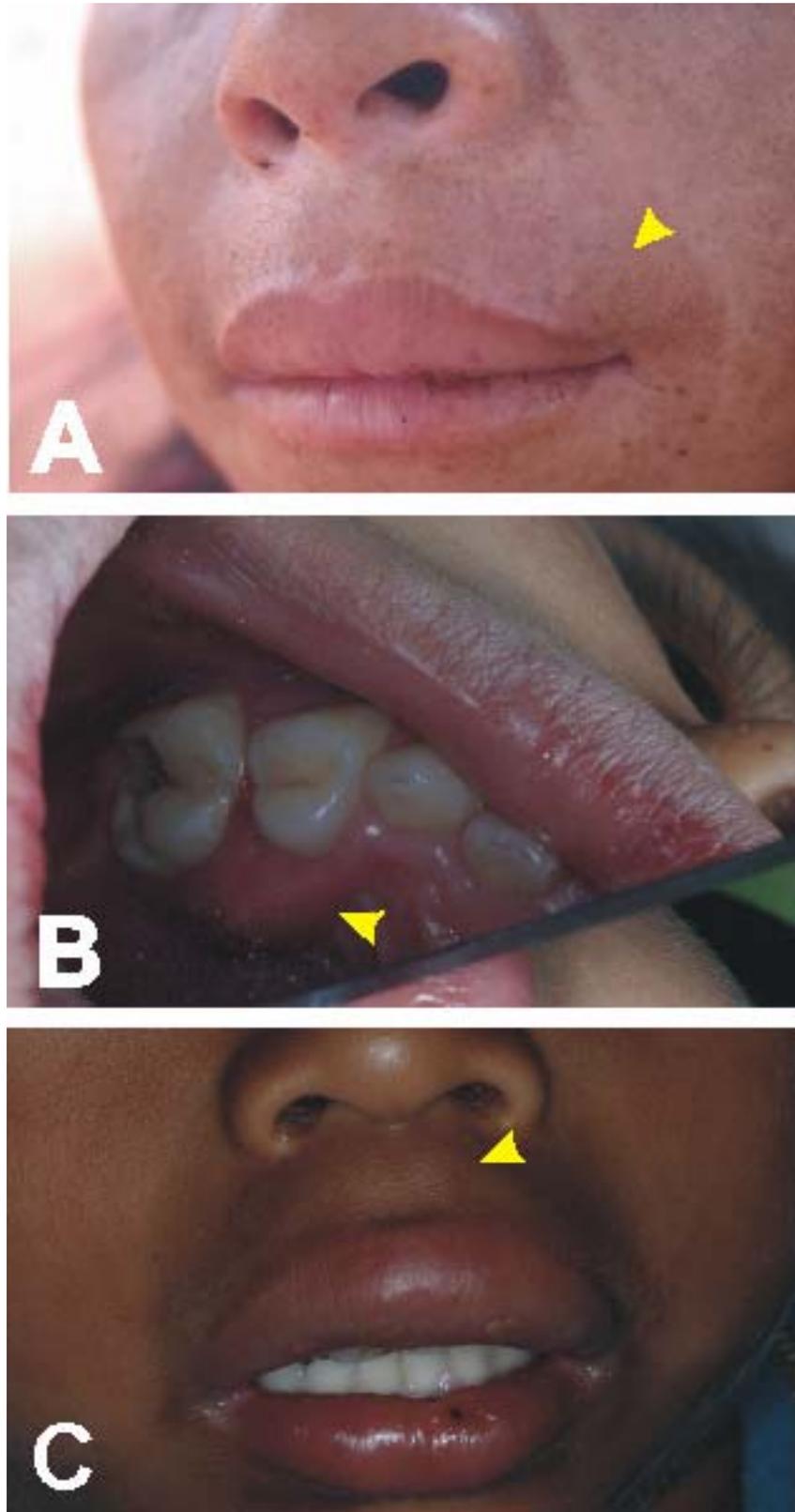


Figura 12 – Abscesso dento alveolar agudo; localizado na região anterior superior (A e C), e no palato (B).

6 DISCUSSÃO

A presente pesquisa foi realizada na aldeia indígena de Dourados com objetivo de avaliar clinicamente a mucosa oral e dimensionar o índice de dependência de nicotina entre os Guarani Kaiowá/Nandeva, e assim, correlacionar os dados encontrados. O estudo foi realizado com moradores da aldeia Bororó, que dista 20 km da área central da cidade. Os moradores em sua maioria pertencem à etnia Guarani, e da subdivisão Guarani Kaiowá e Guarani Nandeva, todos oriundos do tronco Tupi. Entretanto, o Guarani Nandeva se intitula somente Guarani. Este fato confunde as pessoas que ora grafam e falam em Guarani e Kaiowá, onde se tem a impressão de tratar-se só de uma subdivisão, quando na verdade são duas. Segundo dados da FUNASA, pólo base de Dourados, há 4.800 moradores nessa aldeia, perfazendo um total de 800 famílias aproximadamente. A pesquisa selecionou, de forma aleatória, 80 homens e 232 mulheres com idade superior a 20 anos, de um total da população aproximado de 1.600 pessoas nesta faixa etária.

Com respeito ao tabagismo entre os indígenas, a presente pesquisa encontrou 77 indivíduos, que ao participarem da pesquisa se declararam fumantes, o que corresponde a uma frequência de 24,68% do total da amostra, sendo que 41,25% de homens e 18,97% de mulheres. Em uma pesquisa domiciliar para estimar a prevalência e o perfil de fumantes no Rio de Janeiro, foram entrevistadas 2.393 pessoas com 15 anos ou mais de uma amostra probabilística de 1.070 domicílios, entre as quais 23,4%, do sexo masculino, e 20,0%, do feminino, eram fumantes (BRASIL, 2006). Ao compararmos os dados, de ambas as pesquisas, encontramos uma similaridade entre a frequência de dados do gênero feminino e um aumento significativo, quase o dobro, entre o gênero masculino.

Em pesquisas realizadas especificamente com populações indígenas Ivers (2003) estudando indígenas australianos encontrou 54% de indivíduos que fazem uso de tabaco, também muito próximo aos dados encontrados nesta pesquisa. Briggs *et. al.* (2003) publicaram dados de uma pesquisa no *National Aboriginal and Torres Strait Islander Survey*, também com índios australianos, conduzida em 1994 onde, 54% dos homens e 46% das mulheres fumavam cigarros, semelhante aos dados deste trabalho. Outra pesquisa, comandada por Rani *et. al.* (2003) na Índia, onde aproximadamente 194 milhões de pessoas com mais de 15 anos consomem algum tipo de tabaco, sendo que 79% dos consumidores vivem na zona

rural, encontrou uma frequência de 60% da população estudada que fumavam cigarro sendo, 29,3% homens e somente 2,3% de mulheres.

Ainda, o Instituto nacional do câncer observa que no Brasil cerca de 33,80% dos homens e 29,30% das mulheres são fumantes. São dados que valem para a sociedade não indígena, números preocupantes e, ainda assim, menores do que os encontrados para os Guarani de Dourados (BRASIL, 2006).

De acordo com os resultados encontrados neste trabalho, é preciso repensar o atendimento odontológico prestado aos povos indígenas que é predominantemente voltado às ações curativas. O alto número de lesões e condições não patológicas encontradas nesta investigação indica que é preciso estabelecer uma conduta sistemática de exame clínico, diagnóstico e prevenção de lesões nessa população. Principalmente quando se considera as influências dos hábitos e vícios adquiridos da sociedade não indígena, como o tabagismo.

Poucos são os trabalhos que envolvem o diagnóstico de lesões orais em indígenas. O estudo de Santos *et. al.* (2004) analisou as condições da mucosa oral de uma comunidade indígena da Amazônia. Os autores relatam que a etnia Waimiri Atroari, não possui hábitos como o uso do álcool e do tabaco, ambos implicados na ocorrência de lesões pré-malignas e câncer oral. De um total de 922 indivíduos foram examinados 587, sendo 52,57% de crianças até os 12 anos de idade, e 73,44% de pacientes com idade superior a 13 anos. As condições da mucosa mais prevalentes encontradas foram: língua fissurada, hiperplasia epitelial focal, lesões de origem traumáticas, língua geográfica, grânulos de *Fordyce*, candidíase e leucoplasia.

A diferença encontrada com respeito aos resultados de Santos *et. al.* (2004) e da presente pesquisa pode ser considerada a diferença de idade entre os pacientes examinados, mas chama a atenção a presença de leucoplasia, uma lesão cancerizável. Além do que, os Atroari não são fumantes, mas apresentam muitas lesões que necessitam de diagnóstico e tratamento, assim como os Guarani. Em algumas lesões o quadro foi semelhante, como o aparecimento de hiperplasia epitelial focal e os grânulos de *Fordyce*.

No presente estudo, encontrou-se um total de 33 casos (17,65%) de linha alba. Esta condição afeta 13% da população. A linha alba é uma elevação linear, branca e queratinizada localizada na mucosa jugal na altura da linha oclusal dos dentes. É considerada como uma reação leve a compressão ou sucção sofrida pela mastigação e ajustada a forma dos dentes.

Localiza-se em ambos os lados da cavidade oral e possui extensão variável não sendo removível à raspagem. O aspecto clínico característico é suficiente para o diagnóstico, sendo o tratamento desnecessário. Não é necessária a realização de biópsia, pois o exame normalmente é clínico. Caso seja realizada a biópsia observa-se hiperqueratose recobrando a mucosa oral normal (LESTON *et. al.*, 2002; NEVILLE *et. al.*, 2002; CANAAN & MEEHAN, 2005; MARCUCCI, 2005).

De forma interessante, no trabalho de Santos *et. al.* (2004) foram encontrados seis casos de leucoedema, que é uma condição hereditária clinicamente representada por uma área esbranquiçada difusa na mucosa oral. É assintomático, de distribuição simétrica e é encontrado na mucosa jugal. Nos casos mais acentuados, pode-se notar uma coloração brancacenta com alterações de textura da superfície, incluindo pregueamento ou corrugação. Com o estiramento da mucosa jugal, as alterações opacas desaparecem, exceto nos casos mais avançados. A raspagem delicada com uma compressa de gaze ou um abaixador de língua não removerá o leucoedema. Até o momento, ainda não foi estabelecida a causa ou etiologia definitiva do leucoedema. As tentativas de implicar fatores tais como fumo, ingestão de álcool, infecções bacteriana, condições salivares e interações eletroquímicas foram infrutíferas. Alguns estudos indicam uma possível relação de má-higiene oral e padrões anormais de mastigação. Nesta condição observa-se uma concentração étnica ou racial, sendo os negros o principal grupo afetado. Não é necessário qualquer tratamento, pois as alterações são inócuas. Não há potencial maligno nem predisposição para o desenvolvimento de leucoplasia (LESTON *et. al.*, 2002; MARCUCCI, 2005; CANAAN & MEEHAN, 2005). Na pesquisa com os Guarani Kaiowá/Nandeva não foi encontrado nenhum caso de leucoedema.

No presente estudo foram encontrados 48 casos (25,67%), de grânulos de *Fordyce* contra 22 casos do trabalho de Santos, *et. al.* (2004), o que representa o dobro das variações encontradas. Os grânulos de *Fordyce* são pequenas glândulas sebáceas ectópicas, em geral bilaterais, presentes nos lábios, comissuras e mucosa jugal próxima aos molares. Algumas vezes, lesões semelhantes podem aparecer na mucosa genital. Apresentam-se assintomáticas e bastante freqüentes, ocorrem em 80% a 95% dos indivíduos normais, e estudos epidemiológicos relatam amplas diferenças na prevalência relacionadas à etnia. São poucas ou por vezes muito numerosas, apresentando-se como pontos brancos amarelados discretamente elevados e bem circunscritos com 1 a 2 mm de diâmetro, pouco evidentes, que quando confluentes, podem formar placas, não removíveis à raspagem. O diagnóstico está baseado no

aspecto clínico por sua característica marcante. Nenhum tratamento é necessário (NEVILLE *et. al.*, 2002; CANAAN & MEEHAN, 2005; MARCUCCI, 2005).

Entretanto, a importância da análise dos grânulos de *Fordyce* foi realçada com a recente publicação do trabalho de Felice *et. al.* (2006) que associou estas variações com o câncer de cólon uma doença sistêmica de caráter hereditário. Tal observação pode ajudar a identificação futura das famílias afetadas por este tipo de câncer.

No trabalho de Santos *et. al.* (2004) há apenas dois casos de varicosidades, embora constituam uma condição comum em indivíduos com mais de 60 anos de idade. Clinicamente, observam-se vasos de pequeno e médio calibre, de coloração azul violácea, múltiplos, sendo que a presença de vasos isolados é uma condição rara, podendo estar distribuídos pela mucosa oral, sendo mais prevalente em assoalho oral e ventre lingual, e é indolor. O diagnóstico é clínico, devendo ser considerados a idade do paciente, as manifestações sistêmicas e as varicosidades em outras regiões do corpo como, por exemplo, a presença de varizes nos membros inferiores. Quanto ao diagnóstico diferencial, este deve ser feito, uma vez que o quadro pode assemelhar-se a um hemangioma. (LESTON *et. al.*, 2002; NEVILLE *et. al.*, 2002; CANAAN & MEEHAN, 2005). Na etnia Guarani não foi observado nenhum caso de varicosidade, o que pode ser explicado pelo pouco número de pessoas com mais de 60 anos.

A língua fissurada apresenta-se como numerosas fendas ou fissuras presentes na superfície dorsal ou lateral da língua, variando de 2 a 6 cm de profundidade. Possui causa incerta, porém, a hereditariedade parece ter uma participação importante. Algumas pesquisas demonstram uma prevalência de 2 a 5% da população, podendo ser observadas em crianças e adultos, com predileção mais para os homens. No trabalho de Santos *et. al.* (2004) foi encontrada uma grande quantidade de língua fissurada (160 casos) e na presente pesquisa foram encontrados 41 casos (21,93%) de todas as variações (n=187). Existe uma forte associação entre língua fissurada e língua geográfica com muitas pessoas apresentando as duas condições, mas essa condição não foi visualizada nesse estudo. Esta condição pode se manifestar na síndrome de *Melkersson-Rosenthal*. A língua fissurada é uma condição benigna não requerendo nenhum tratamento (LESTON *et. al.*, 2002; NEVILLE *et. al.*, 2002; SANTOS *et. al.*, 2004; CANAAN & MEEHAN, 2005).

A pigmentação gengival racial são pigmentações fisiológicas de melanina, que estão presentes em todos os indivíduos normais, mas em quantidades maiores em pessoas da raça

negra e quase ausente em albinos. É caracterizada clinicamente pela deposição de melanina na mucosa oral, sendo geralmente simétrica e com limites bem definidos. A região anatômica com maior prevalência de pigmentação melânica fisiológica é a gengiva inserida, contudo, essa alteração pode ocorrer em qualquer região de mucosa da cavidade oral. O diagnóstico é clínico e devem ser observados os seguintes fatores: localização, extensão, limites e raça/etnia. Quanto ao diagnóstico diferencial, deve-se fazê-lo devido à semelhança com alguns processos patológicos, como o nevo e o melanoma, e outras lesões de origem vascular, como o hemangioma (LESTON *et. al.*, 2002; NEVILLE *et. al.*, 2002; MARCUCCI, 2005). No trabalho de Santos *et. al.* (2004) foram encontradas 14 lesões compatíveis com pigmentação melânica, ao contrário desse estudo que encontrou 53 casos (28,34%). As diferenças podem ser explicadas em função da diferença entre as etnias.

A língua geográfica, o eritema *migrans* e a glossite migratória benigna são nomenclaturas sinônimas que se referem às formas irregulares de áreas de denudação, despilação ou descamação no dorso e borda lateral da língua, decorrente de uma condição inflamatória crônica. A maior característica desta lesão são as zonas avermelhadas, com perda das papilas filiformes, formando um halo proeminente branco-avermelhado. Além da localização no dorso da língua, pode se localizar nos lábios, na gengiva e mucosas. Possui uma prevalência acima de 2% nos E. U. A. e entre 11 a 16% em outras populações. Embora não tenha sido encontrada entre os Guarani, entre os Waimiri Atroari foram encontradas 29 casos. Pode ser observada em qualquer período da vida e até em crianças bem pequenas. Sua ocorrência parece ser espontânea e apenas ocasionalmente é associada com exposição física, química ou ambiental. Nenhum tipo de tratamento é requerido (LESTON *et. al.*, 2002; SILVERMAN *et. al.*, 2004; MARCUCCI, 2005; CANAAN & MEEHAN, 2005).

Santos *et. al.* (2004) encontraram 123 casos de hiperplasia epitelial focal. A Hiperplasia epitelial focal ou doença de *Heck* é uma rara doença contagiosa causada pelos papilomavírus tipo 13 e 32 que foram inicialmente descritas entre populações nativas americanas. Esta doença caracteriza-se pela ocorrência de pequenas e múltiplas pápulas ou nódulos na cavidade oral, especialmente nos lábios, mucosa oral e língua (COELHO, 1999; PFISTER, *et. al.*, 1983; SEGURA-SAINT-GERONS, *et. al.*, 2005). Em um estudo conduzido por Borborema-Santos, *et. al.*, (2006) há o relato de hiperplasia epitelial focal em cinco indígenas da Amazônia Central que procuraram tratamento na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas No presente estudo, com a etnia Guarani foram encontrados cinco casos (1,32%), dados muito semelhantes com os autores acima citados. Uma possível

explicação para a diferença de casos em relação ao trabalho de Santos *et. al.* (2004) é de que estes avaliaram um número grande de crianças (52,57%). Esse diferencial também é encontrado no trabalho de Garrafa (1980), que demonstrou 36 casos (7,4%) entre 488 índios examinados, o que pode ser explicado, pois no período do exame os homens estavam nas matas e conseqüentemente o autor examinou maior número de crianças. Da mesma forma, entre os Guarani Kaiowá/Nandeva todos os pacientes eram maiores de vinte anos.

Com relação às alterações da mucosa oral e o uso do tabaco, podemos encontrar a melanose do fumante que, segundo Taybos (2003), é uma alteração epitelial presente na mucosa oral provocada por irritantes locais, e provoca uma alteração na cor dos tecidos envolvidos. As pigmentações mucosas mostram-se significativamente aumentadas em fumantes inveterados. Neville *et. al.* (2002), em um estudo com mais de 31.000 caucasianos, 21,5 % dos fumantes de tabaco apresentaram áreas de pigmentação por melanina, comparados com 3% daqueles que não usavam. Ainda, de acordo com os mesmos autores, em outra pesquisa com uma população etnicamente pigmentada, os fumantes tinham mais superfícies orais exibindo pigmentação por melanina. A pigmentação por melanina na pele exerce um efeito protetor contra danos causados pela ultravioleta (UV). A melanina possui capacidade de se unir às substâncias tóxicas. Os produtos do tabaco, como as amins policíclicas, estimulam a produção de melanina pelos melanócitos que se liga a nicotina. A MF está associada com fumantes de cigarro e cachimbo. Sendo que fumantes de cigarro podem apresentar pigmentação nas mucosas alveolares da maxila e da mandíbula. Já os fumantes de cachimbo frequentemente exibem pigmentações na mucosa da comissura e na mucosa jugal. A prevalência da MF entre os fumantes é de 5% a 21,5% e com maior predominância entre os homens. A MF não requer nenhum tratamento, apenas a paralisação do hábito. No presente trabalho não foi diagnosticado nenhum caso de melanose do fumante, entretanto, Santos *et. al.* (2004) encontraram sete casos.

Outra lesão associada aos fumantes é a estomatite nicotínica que é uma modificação ceratótica branca, da mucosa do palato, não parecendo ser uma lesão pré-maligna, talvez, porque ela aparece mais pelo calor do que pelos produtos químicos do tabaco. Esta mudança está mais relacionada ao cachimbo, por este gerar mais calor no palato. Este aquecimento, também, pode ser provocado por substâncias quentes consumidas por um longo período. A EN é encontrada ainda, em populações que utilizam o fumo de forma invertido, com o lado aceso dentro da boca, principalmente em culturas sul-americanas e do sudoeste da Ásia. Clinicamente esta lesão pode ser encontrada mais em homens com mais de 45 anos de idade.

Pelo longo período de calor, a mucosa torna-se difusamente cinza ou branca. Observam-se pápulas levemente elevadas com pontos vermelhos centrais. As pápulas são glândulas salivares menores e seus orifícios ductais inflamados. A mucosa, que cobre as pápulas, apresenta-se mais branca que o epitélio circundante. A ceratina palatina pode apresentar uma aparência fissurada tipo barro seco devido ao seu espessamento. As áreas brancas podem envolver a gengiva marginal e as papilas interdentárias, podendo observar, ocasionalmente, uma leucoplasia da mucosa jugal. Manchas marrons ou negras podem ser notadas nos dentes provocadas pelo hábito de fumar. Histologicamente é caracterizada por uma hiperkeratose e acantose da mucosa palatina, e uma inflamação crônica branda. Observam-se, também, uma metaplasia escamosa dos ductos excretores, das glândulas salivares, além de um exsudato nos lúmens dos ductos. Com a retirada do hábito o palato volta ao normal dentro de uma ou duas semanas. O paciente deve ser estimulado a parar de fumar (TAYBOS, 2003; NEVILLE *et. al.*, 2002). No estudo de Santos *et. al.* (2004) não foi detectado nenhuma lesão desta natureza, já na presente pesquisa foram encontrados 24 casos (6,32%). Importante salientar, que muitas pessoas, desta região, têm por costume tomar uma bebida muito quente logo pela manhã (chimarrão), o que favorece o aquecimento do palato, assim como na Índia, que muitas pessoas possuem o hábito de fumar com a brasa dentro da boca.

As doenças periodontais, assim como as outras lesões descritas anteriormente, também podem estar associadas ao fumo. A causa e o aumento da prevalência das DP, entre os fumantes, estão na combinação da resposta e o efeito dos patógenos periodontais. Tal fato ocorre devido à redução de oxigênio, nas bolsas periodontais, favorecendo ao aumento de bactérias anaeróbicas. Outro fato importante é que algumas terapias periodontais e implantes fracassam com pacientes fumantes (BOUQUOT & SCHROEDER, 1992; TAYBOS, 2003).

Ronderos *et. al.* (2001) caracterizam as condições periodontais de uma população adulta indígena da Amazônia, e relatam uma associação entre as doenças periodontais com fatores ambientais, comportamentais e demográficos. Citam ainda, que estas pessoas apresentam uma pobre higiene oral e muita inflamação ou sangramento da gengiva. A doença periodontal tem um significado importante no número de dentes perdidos desta população. Além disto, o estudo encontrou um elevado índice de placa e cálculo dental. Já a pesquisa em questão não utilizou nenhum índice para avaliar o estado periodontal desta população. Entretanto, utilizou-se de uma análise clínica, observando pequenos sangramentos, presença de cálculos e recessão gengival, diagnosticou também um número elevado de casos 163 (42,89%). Este número grande de casos sugere algumas reflexões para ações mais ativas de

prevenção e educação junto a esta comunidade, além procurar incentivar a não utilização do fumo. No entanto, o número estabelecido não deve ser considerado como periodontite, em face da não utilização de exames radiográficos ou de sondagem. Mas são elementos importantes para o estabelecimento de práticas de higiene oral, de apropriação de conceitos preventivos e são indicadores das péssimas condições bucais da população examinada. E também são relevantes para mostrar que muitos trabalhos apresentam índices elevados de doença periodontal para indígenas baseados apenas na aparência clínica, desfavorável aos nossos olhos.

Fumar está associado, ainda, ao aparecimento de manchas extrínsecas nos dentes. A cor dos dentes normais pode variar de branco-azulado a branco-acinzentado. Já as colorações anormais podem ser extrínsecas ou intrínsecas. As pigmentações extrínsecas aparecem da acumulação de pigmentos exógenos sobre a superfície dental. Podem ser considerados elementos extrínsecos as manchas bacterianas, ferro, tabaco, alimentos e bebidas, hemorragia gengival, materiais restauradores e medicamentos. O uso contínuo de produtos derivados do tabaco, chá ou café sempre resultam em significativa descoloração marrom da superfície do esmalte dental. No caso do tabaco o efeito é justificado pelo alcatrão presente no cigarro. O alcatrão é dissolvido na saliva e facilmente penetra nas fóssulas e nas fissuras do esmalte. A região mais prevalente é a superfície lingual dos dentes inferiores. Segundo, algumas pesquisas com fumantes e não fumantes 38% dos fumantes apresentaram um índice moderado e severo de descoloração nos dentes comparados com 15% dos não fumantes (DAYAN *et. al.*, 1983; REID *et. al.*, 1997; ALKHATIB *et. al.*, 2005). Foram encontrados 12 casos (3,16%) de manchas dentárias extrínsecas no presente estudo. Interessante notar que encontramos um caso em paciente que se declarou não fumante e outros três em ex-fumantes o que é compatível, pois este pode ter abandonado o hábito há pouco tempo. Dos 12 casos encontrados oito foram presenciados entre os fumantes, o que representa 66,66% das pigmentações.

Outra alteração que pode ser relacionada ao uso de cigarro, mas com possibilidade de transformação maligna, é a leucoplasia oral. A leucoplasia é a lesão cancerizável mais comum da cavidade oral e apresenta como principal fator de risco o consumo de tabaco em suas várias formas. O termo “leucoplasia” foi utilizado, pela primeira vez, por Schwimmer, em 1877, para caracterizar lesões brancas da mucosa oral sem causa definida. Desde então, esta denominação foi ampla e irrestritamente adotada, causando controvérsias. Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu-a como uma mancha ou placa branca da

mucosa oral, não removível à raspagem, que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como outra enfermidade. Atualmente, o termo “leucoplasia” é utilizado apenas no sentido “clínico” para denominar uma placa predominantemente branca da mucosa oral, não removível à raspagem, cuja superfície pode apresentar-se lisa, rugosa ou verrugosa. Há de se salientar, entretanto, que este termo não traz qualquer conotação quanto às alterações histopatológicas. Sua etiologia está relacionada, em muitos casos, a hábitos como tabagismo, e outras vezes são consideradas idiopáticas. Sua ocorrência se dá principalmente em pacientes de meia idade, do sexo masculino (VAN DER WAAL & AXELL 2002; NEVILLE *et. al.*, 2002; MARCUCCI, 2005). Segundo, Neville & Day (2002) a lesão é encontrada em pacientes homens de meia idade. A prevalência de leucoplasia em indivíduos com menos de 30 anos de idade é de 1%, acima de 70 anos 8% e abaixo de 70 anos 2%.

Já em relação à presença de leucoplasia em populações indígenas Yang *et. al* (2005) citam um estudo longitudinal sobre a incidência de lesões pré cancerosas orais e câncer oral de uma comunidade aborígene da cidade de Taiwan. Os autores relatam que de cada 100.000 pessoas que fumam cigarro, na Índia, 17.353 apresentam leucoplasia, e entre os que não fumam a taxa é de 5.792 pessoas. Em um trabalho com seis grupos étnicos nas montanhas do norte da Tailândia, Zain (2001), encontrou 1866 casos de leucoplasia. No estudo de Santos *et. al.*, (2004), foi encontrado apenas um caso de leucoplasia. Um fato preocupante em relação à leucoplasia na população guarani Kaiowá/Nandeva, é que foram definidas como leucoplasia nove lesões (2,37%). Desses, seis casos (5,26%), em pacientes fumantes, sendo cinco lesões em pacientes do sexo masculino e um do feminino. Os casos de leucoplasia, entre os tabagistas, e quando analisados através do teste de dependência de nicotina de *Fagerström*, demonstram três casos com grau elevado, dois com grau muito elevado e um com índice baixo. Todos os pacientes acima citados estão sendo acompanhados periodicamente.

A candidose é uma lesão fúngica que pode estar associada ao uso do fumo. Para alguns autores, o cigarro pode provocar alteração epitelial na mucosa oral o que facilitaria a colonização por *candida*, além disso, fumantes que utilizam próteses bucais apresentam um aumento significativo de *candida* pela fricção da prótese com a mucosa do palato, ou melhor, pela alteração local das condições de colonização (SILVERMAN *et. al.*, 2004). Outra hipótese aventada seria de que o fumo contém alguns fatores nutricionais que favorecem o aparecimento da cândida; a idéia é que os hidrocarbonetos aromáticos, presentes no cigarro, induzam e convertam os sistemas enzimáticos, da cândida, em carcinógenos (SOYSA & ELLEPOLA, 2005). No estudo de Santos *et. al.* (2004) foram detectados 12 casos de

candidose, enquanto na população Guarani Kaiowá/Nandeva encontrou-se 55 alterações (14,47%), sendo 10 do grupo dos fumantes. Mais uma vez pode-se atribuir a diferença de idades das populações examinadas. Terai & Shimahara (2006), afirmam que o diagnóstico clínico de cândida, associado às lesões, é difícil pela variedade de manifestações clínicas. Até mesmo em lesões labiais, como a queilite, já existem associações com a presença da cândida albicans. De acordo, com Neville *et. al.* (2002) a queilite actínica é alteração pré-maligna originária dos efeitos da exposição excessiva ao raio ultravioleta da radiação solar e pode estar associado ao cigarro ou cachimbo. É um problema limitado as pessoas de pele clara com tendência ao bronzeamento. A ocupação ao ar livre está claramente associada a este problema levando ao uso de nomes populares como lábio do agricultor e lábio do marinheiro. Difícilmente, ocorre em pessoas com menos de 45 anos e apresenta predileção pelo sexo masculino. Esta lesão desenvolve-se tão vagarosamente que as pessoas não se dão conta da alteração. Apresenta-se com um atrofia da borda do vermelhão do lábio inferior, caracterizada por uma superfície lisa e áreas pálidas com erupções. À medida que a lesão progride, áreas ásperas e escamosas desenvolvem-se nas porções mais ressecadas do vermelhão. Em um estudo com 65 pacientes, avaliados por um período de 10 anos, Markopoulos *et. al.* (2004), encontraram 39 casos em fumadores de cigarros, e em 11 casos foi detectado a presença de carcinoma de células escamosas. No estudo com a etnia Guarani Kaiowá/Nandeva, foram encontrados 12 casos de ulceração labial (3,16%), sugestivas de queilite actínica, sendo que duas lesões (1,75%), foram também detectadas entre os fumantes. O diagnóstico definitivo de queilite não foi estabelecido tendo em vista a ausência de fatores etiológicos e aos débeis sinais clínicos. O registro dessa condição, no entanto, serve como alerta, da mesma forma que o registro das alterações encontradas e que são comumente pouco valorizadas no exame clínico.

Outra alteração patológica encontrada neste estudo é o fibroma de irritação ou traumático. Embora a sua terminologia aponte para um neoplasma de caráter benigno, a realidade é que a quase totalidade destas lesões são hiperplasias fibrosas focais com etiologia traumática. Apesar de poderem ocorrer em qualquer faixa etária, a maior incidência ocorre nos adultos, entre os 30 e os 50 anos, sendo mais comum no sexo masculino que no sexo feminino. (NEVILLE *et. al.*, 2002). Entretanto, Marcucci *et. al* (2005) afirma que o fibroma não tem predileção pelo sexo. Esta lesão pode ocorrer em qualquer local da cavidade oral sendo no entanto mais comum na margem gengival e na mucosa jugal ao nível do plano de oclusão. São igualmente comuns nos bordos e ponta da língua. A sua forma é habitualmente

arredondada ou ovóide podendo variar de 1mm a 1,5cm embora raramente ultrapasse 1cm de tamanho. É bem delimitado e pode ser ou não pedunculado. O seu aspecto é muito variável de acordo com o grau de queratinização presente, bem como o fato de esta lesão ter sofrido um trauma recente ou não. São usualmente mais pálidas que a mucosa circundante, apresentando uma consistência muito firme. Quando tal acontece estamos certamente perante uma superfície queratótica e indicadora de trauma prolongado. Caso não sofra ulceração, é comum a manutenção destas lesões durante anos sem qualquer alteração na sua forma e/ou dimensão. Estes nódulos consistem em fibras de tecido conjuntivo irregularmente entrelaçadas e sem qualquer tipo de cápsula mas cobertas por tecido epitelial hiperplásico. O diagnóstico de fibroma oral é efetuado através da correlação da área afetada com possíveis etiologias de trauma de contacto repetitivo. A sua palpação mostra uma elevação de consistência dura e pouco compressível, sendo a sua coloração usualmente, e devido à fibrose, mais esbranquiçada que a mucosa oral adjacente. Assim sendo o tratamento consiste na excisão completa da lesão seguida de biópsia. A recidiva é sempre elevada se não for removido o fator etiológico (NEVILLE *et. al.*, 2002; SILVERMAN *et. al.*, 2004). No presente estudo encontramos 5 casos (1,32%).

Neste trabalho optou-se por registrar todos os achados clínicos, sem estabelecer um critério de preferência, para ressaltar a importância de um exame clínico criterioso, do registro gráfico das características encontradas, tanto por um aspecto legal, como pelo aspecto epidemiológico e, obviamente, pelo aspecto da definição de terapia e conduta. Assim, encontrou-se um número de lesões propriamente ditas que pode ser comparado com os trabalhos com outras populações, mas principalmente, esse trabalho mostra a necessidade de atenção estomatológica premente entre os Guarani Kaiowá/Nandeva.

Este estudo pode resultar em benefícios importantes para a comunidade indígena, como servir de base para o planejamento dos serviços odontológicos que respeitem a cultura local; que invistam na prevenção e tratamento ao tabagismo, principalmente entre os jovens; que ampliem as ações políticas relacionadas às necessidades encontradas, e que reforce a necessidade de encaminhamento nos casos de diagnóstico de lesões bucais, nas suas várias categorias, mas principalmente as pré-malignas e/ou suspeitas de câncer oral. De todas as lesões, as leucoplasias chamam mais a atenção, assim, sugere-se que, um trabalho de educação dos pacientes e dos profissionais da saúde para o reconhecimento precoce de lesões com potencial de malignidade, e encaminhamento para atendimento imediato, certamente

contribuiria para a melhora do serviço e do prognóstico, para os pacientes portadores deste tipo de lesão.

O processo de fricção interétnica trouxe mudanças significativas nos costumes, desta população, e na sua prática o que reflete diretamente na saúde destes indivíduos. O elevado número de lesões encontradas pode ser traduzido como alto número de problemas bucais que devem ser resolvidos. Isso implica em trabalhos que ampliem seu foco de atenção e não se limitem a levantamentos de doença cárie, sem examinar as condições da mucosa oral.

As afecções que acometem a cavidade oral representam um número muito elevado de patologias, como os dados desta pesquisa, cujos sinais e sintomas por vezes sobrepõem-se uns aos outros, dificultando, dessa forma, um correto diagnóstico. Assim, torna-se de suma importância que o cirurgião-dentista realize um exame clínico detalhado, para que lesões incipientes não passem despercebidas, privando, com isso, o paciente de um tratamento precoce, o que elevará significativamente suas chances de cura da enfermidade.

Embora a Conferência Nacional de Saúde Indígena tenha sido um avanço em termos da determinação das políticas de saúde, pouco foi abordado sobre a saúde oral indígena e sobre os índices de tabagismo entre a população indígena. Infelizmente, os trabalhos de pesquisa em saúde oral nas populações indígenas só se preocupam com os índices de dentes cariados, perdidos e obturados. Os trabalhos ainda conservam um modelo de assistência ultrapassado. Não se observa a saúde oral como parte integrante da saúde geral. Hoje se trabalha com a idéia de intervenção mínima acompanhando, às vezes, o avançar da cárie até sua paralisação, já é possível. Os cirurgiões dentistas poderiam estar direcionando seus olhares para outras doenças orais, buscar sua etiologia, tratamento, sua consequência para saúde geral e também como preveni-las.

CONCLUSÕES

1) A aplicação do teste de *Fagerström* entre os Guarani Kaiowá/Nandeva mostrou que mais de 36.36% apresentam elevado índice de dependência de nicotina

2) Não houve correlação entre o índice elevado de dependência de nicotina e a presença de lesões orais;

3) O exame clínico minucioso da mucosa oral dos Guarani Kaiowá/Nandeva revelou que há uma alta prevalência de condições de origem inflamatória, infecciosa e fúngicas (doença periodontal, abscesso e candidose), seguidas por lesões de origem reacional e até mesmo cancerizável.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A. C. ROSITO, M. H. E. ACHUTTI, V. A. R. Tabagismo. In: DUNCAN, B. B. SCHIMIDT, M. I. GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2004; 1600 p.

ALKHATIB, M. N. HOLT, R. D. BEDI, R. *Smoking and tooth discolouration: findings from a national cross-sectional study*. BMC Public Health. 2005, 5: 27.

AMBIENTEBRASIL. *Índios no Brasil* 2006.

<http://www.ambientebrasil.com.br/composer.php3?base=./indios/index.html&conteudo=./indios/indiobrasil.html>. Acesso em: Jan. 2006.

BORBOREMA-SANTOS, C. M. CASTRO, M.M. SANTOS, P. J. B. TALHARI, S. ASTOLFI-FILHO, S. *Oral focal epithelial hyperplasia: report of Five Cases*. Braz Dent J. 2006, 17(1): 79-82.

BOUQUOT, J. E. SCHROEDER, K. L. *Oral effects of tobacco abuse*. J Am Dent Inst Cont Educ. 1992, 43: 3-17.

BRAND, A. Os Kaiowá/Guarani no Mato Grosso do Sul e o processo de confinamento: a entrada dos nossos contrários In: *Conflitos de Direitos sobre as terras Guarani/Kaiowá no Estado do Mato Grosso do Sul* (Org.) Conselho Indigenista Missionário Regional Mato Grosso do Sul, Comissão Pró Índio de São Paulo, Procuradoria Regional da República da 3ª Região. São Paulo: Palas Athena, 2000. 487p

BRASIL. *Fundação Nacional de Saúde: Saúde indígena*. FUNASA, 2006. Disponível em: HIPERLINK <http://Funasa.gov.br> <http://www.funasa.gov.br> Acesso em: jan, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Instituto Nacional do Câncer: estimativa*. INCA 2004. Disponível em: <http://www.inca.org.br/estimativa/html>. Acesso em: jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Instituto Nacional do Câncer: estimativa*. INCA 2006. Disponível em: <http://www.inca.org.br/estimativa/html>. Acesso em: jan. 2006.

BRIGGS, V. L. LINDORF, K. J. IVERS, R. G. *Aboriginal and Torres Strait Islander Australians and tobacco*. Tobacco Control. 2003, 12 (Suppl. II): ii5-ii8.

CAMPBELL, H. S. SIMPSON, E. H. PETTY, T. L. JENNETT, P. A. *Addressing Oral Disease: The Case for Tobacco Cessation Services*. J Can Dent Assoc. 2001, 67: 141-4.

CANAAN, T.J. MEEHAN, S. C. *Variations of structure appearance of the oral mucosa.* Dent Clin North Am. 2005, 49(1) 1-14.

CARDOSO, A. M. *Prevalência de doenças crônico-degenerativas na população Guarani-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro.* 2001. 133 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro.

CHABROL, H. NIEZBORALA, M. CHASTAN, E. DE LEON, J. *Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers.* Br J Addict. 2005, 30: 1474-77.

COELHO, EBC. *Hiperplasia focal do epitélio em indígenas do Estado de Roraima.* Ação Coletiva. 1999, II (4): 27-32.

DE FELICE, C. PARRINI, S. CHITANO, G. GENTILE, M. DIPAOLO, L. LATINI, G. *Fordyce granules and non-polyposis colorectal cancer syndrome.* Gut Jnl. 2006, 54: 1279-1282.

DO CARMO J.T. & PUEYO A. A. *A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros.* Rev Bras Med. 2002, 59: 73-80.

DAYAN, D. HEIFFERMAN, A. GORSKI, M. *Tooth discoloration: extrinsic and intrinsic factors.* Quintessence Int. 1983, 14: 195-99.

DUARTE, R. L. M. PASCHOAL, M. E. M. *Molecular markers in lung cancer: prognostic role and relationship to smoking.* J Bras Pneumol. 2005, 32 (1): 56-65.

FENOLL, A. B. PÉREZ, A. S. *Enfermedades periodontales necrosantes.* Med Oral Patol Oral Cir oral. 2004, 9 (Supl): S 108-19.

FRATUCCI, M. V. B. *Alguns aspectos das condições de saúde oral de uma população indígena guarani mbyá no município de São Paulo.* 2000. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo: São Paulo.

GARRAFA, V. *Alterações múltiplas e benignas da mucosa oral em indígenas brasileiros.* Caderno CEPAM. 1980, 1: 139-55.

GOMES, M. J. T. *Aspectos sociolingüísticos da alfabetização de indígenas em idade escolar do posto indígena de Dourados na escola municipal Francisco Meireles.* 1983. 424 p. Dissertação (Mestrado em letras) – Universidade Católica do Paraná. Curitiba.

HEATHERTON, T.F. KOZLOWSKI, L.T. FRECHER, R.C. FAGERSTROM, K.O. *The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire*. Br J Addict. 1991, 86: 1119-27.

INSTITUTO SÓCIO AMBIENTAL. *Povos indígenas no Brasil*. 2006.
<http://www.povosindigenas.org.br/pib/index.html>. Acesso em: Jan. 2006.

IVERS, R. G. *A review of tobacco interventions for indigenous australians*. Aust N Z J Public Health. 2003, 27(3): 294-9.

JOHNSON, N. *Tobacco use and oral câncer: a global perspective*. J Dent Educ. 2001, 65(4): 328-39.

MARCOPOULOS, A. ALBANIDOU-FARMAKI, E. KAYAVIS, I. *Actinic cheilits: clinical and pathologic characteristics in 65 cases*. Oral Diseases. 2004, 10: 212-216.

MARCUCCI, G. *Fundamentos de odontologia: estomatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005; 243 p.

NAWAZ, H. RAHMAN, M. A. GRANAND, D. KATZ, D. L. JEKEL, J. F. *Health risk behaviors and health perceptions in the Peruvian Amazon*. Am. J. Trop. Med. Hyg. 2001, 65 (3): 252-256.

NEVILLE, B. W. DAY, T. A. *Oral Cancer and Precancerous Lesions*. CA Cancer J Clin. 2002, 52: 195-215.

NEVILLE, B. W. DAMM, D. ALLEN, C. M. BOUQUOT, J. E. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002; 798 p.

LA VECHIA, C. TAVANI, A. FRANCESCHI, S. LEVI, F. CORRO, G. NEGRI, E. *Epidemiology and prevention of oral cancer*. J Oral Oncology. 1997, 33 (5): 302-312.

LESTON, J. M. S. SANTOS, A. A. VARELA-CENTELLES, P. I. GARCIA, J. V. ROMERO, M. A. VILAMOR, L. P. *Oral mucosa: variations from normalcy, part I*. Department of oral and maxillofacial surgery. 2002, 69 (3): 131-134.

LESTON, J. M. S. SANTOS, A. A. VARELA-CENTELLES, P. I. GARCIA, J. V. ROMERO, M. A. VILAMOR, L. P. *Oral mucosa: variations from normalcy, part II*. Department of oral and maxillofacial surgery. 2002, 69 (3): 215-217.

PAULETTTI, M. FEENEY, M. SCHNEIDER, N. MANGOLIM, O. Povo Guarani/Kaiowá: uma história de luta pela terra no estado do Mato Grosso do Sul. In: *Conflitos de Direitos sobre as terras Guarani/Kaiowá no Estado do Mato Grosso do Sul* (Org.) Conselho Indigenista Missionário Regional Mato Grosso do Sul, Comissão Pró Índio de São Paulo, Procuradoria Regional da República da 3ª Região. São Paulo: Palas Athena. 2000; 487 p.

PINDBORG, J. J. MURTI, P. R. BHONSLE, R. B. GUPTA, P. C. *Global aspects of tobacco use and its implications for oral health*. Oxford University Press, Bombay, 1992.

PFISTER, H. HETTICH, I. RUNNE, U. GISSMANN, L. CHILF, G. N. *Characterization of Human Papillomavirus Type 13 from Focal Epithelial Hyperplasia Heck Lesions*. J Virology. 1983, 47 (2): 363-366.

RAMOS, A. R. *Convivência interétnica no Brasil: os índios e a nação brasileira*. Série Antropologia. Brasília, 1997, 221: 1-17.

RANI, M. BONU, S. JHA, P. NGUYEN, S. N. JAMJOUR, L. *Tobacco use in India: prevalence and predictors of smoking and chewing in National cross sectional household survey*. Tobacco Control. 2003, 12:4.

REID, J. S. BEELEY, J. A. MACDONALD, D. G. *Investigations into Black Extrinsic Tooth Stain*. J Dent Res. 1997, 56 (8): 895-899.

RICARDO, C. A. *Povos indígenas no Brasil – 1996/ 2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental. 2001; 831 p.

RODRIGUES, A. D. *Línguas brasileiras: para o conhecimento das línguas indígenas*. São Paulo: Loyola. 1986; 134 p.

RONDEROS, M. PIHLSTRON, B. L. HODGES, J.S. *Periodontal disease among indigenous people in the Amazon Rain Forest*. J. Clin. Periodontal. 2001, 28: 995-1003.

ROSEMBERG, J. *Nicotina: droga universal*. Ed Oxford Univ: Press New York. 1998; 239 p.

SANTOS, P. J. B. BESSA, C. F. N. AGUIAR, M. C. F. CARMO, M. A. V. *Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a central Amazonian Indian community, Brazil*. J Oral Pathol Med. 2004, 33: 7-12.

SEGURA-SAINT-GERONS, R. TORO-ROJAS M. CEBALLOS-SALOBREÑA, A. APARICIO-SORIA, J. L. FUENTES-VAAMONDE, H. *Focal epithelial hyperplasia a rare disease in our area*. Med Oral Patol Oral Cir Oral. 2005, 10: 128-31.

SILVERMAN , S. EVERSOLE, L. R. TRUELOVE E. L. *Fundamentos de medicina oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004; 384 p.

SOYSA, N. S. ELLEPOLA, A. N. B. *The impact of cigarette/tobacco smoking on oral candidosis: on overview*. Oral Diseases. 2005, 11: 268-73.

STORR, C.L. REBOUSSIN, B.A. ANTHONY, J.C. *The Fagerstron test for nicotine dependence: A comparison of standard scoring and latent class analysis approaches*. J. Drug and Alcohol Dependence. 2005, XXX: XXX-XXX.

SURVIVAL. *Disinherited: indians in Brazil*. Survival International Publication. 2000; 50 p.

TAYBOS, G. *Oral changes associated with tobacco use*. Am J Med Sci. 2003, 326 (4): 179-182.

TERAI, H. SHIMAHARA, M. *Cheilits as variation of Candida-associated lesions*. Oral Diseases. 2006, 12: 349-52.

THOMAS, G. HASHIBE, M. JACOB, B. J. RAMADAS, K. MATHEW, B. SANKARANARAYANAN, R. ZHANG, Z. *Risk factors for multiple oral premalignant lesions*. Int J Câncer. 2003, 107: 285–291.

TORRES, B. S. GUERRA C. *Tabagismo mal de difícil controle*. Anais Faculdade de Med. UFPE. 1993, 38 (2): 83.

TUMANG, A. J. PIEDADE, E. F. *Cárie dental, doenças periodontais e higiene oral em indígenas brasileiros*. Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana. 1968, fev.: 103-109.

VAN DER WAAL, I. AXELL, T. *Oral leukoplakia: a proposal for uniform reporting*. Oral Oncology. 2002, 38: 521–526.

WALSH, P. M. EPSTEIN, J. B. *The oral effects of smokeless tobacco*. J Can Dent Assoc. 2000, 66: 22-5.

WARNAKULASURYA, S. SUTHERLAND, G. SCULLY, C. *Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence*. J Oral Oncology. 2005, 41: 244-260.

WEISS, M. C.V. *Contato interétnico, perfil saúde doença e modelos de intervenção mínima: o caso Enawene Nawe em Mato Grosso*. 1998. 143 p. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvlado Cruz. Rio de Janeiro.

WILBERT, J. *Tobacco use and shamanism in South America*. 1987. <http://smokingsides.com/docs/hist.html> Acesso em: jan. 2006.

WINTER, J. C. *Tobacco use by native North Americans*. 2000. <http://smokingsides.com/docs/hist.html> Acesso em: jan. 2006.

WINN, D. M. *Tobacco use and oral disease*. Journal of Dental Education. 2001, 65 (4): 306-12.

WORLD BANK. *Aspectos econômicos do tabagismo e do controle do tabaco em países em desenvolvimento*. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Tobacco and poverty a vicious circle*. WHO, 1999. Genebra: World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International statistical classification of diseases and related problems*. (CID-10). Genebra, 1992. http://www.who.int/tobacco/comunications/events/wntd/2004/en/wntd2004_brochure_en.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Building blocks for tobacco control: a handbook*. WHO, 2004. Genebra: World Health Organization.

YANG, Y. H. CHEN, C. H. CHANG, J. S. F. LIN, C. C. CHENG, T. C. SHIEH, T. Y. *Incidence rates of oral câncer and oral pre-cancerous lesions in a 6-year follow-up study of a Taiwanese aboriginal community*. J Oral Pathol Med. 2005, 34: 596-601.

ZAIN, B. R. *Cultural and dietary risk factors of oral câncer and precancer: a brief overview*. Oral Oncology. 2001, 37: 205-210.

ANEXOS

ANEXO A

Modelo do formulário da Organização Mundial de Saúde para levantamento da mucosa oral:

Condição	Localização
0= Nenhuma condição anormal	0= Bordo avermelhado
1= Tumor maligno (câncer oral)	1= Comissuras
2= Leucoplasia	2= Lábios
3= Líquem plano	3= Sulcos
4= Ulceração (por afta, herpética, traumática)	4= Mucosa Oral
5= Gengivite aguda necrosante	5= Assoalho da boca
6= Candidíase	6= Língua
7= Abscesso	7= Palato mole ou duro
8= Outra condição (especificar, se possível)	8= Margens alveolares/gengiva
9= Não informado	9= Não informado

ANEXO B

Modelo do Questionário do Índice de *Fagerström*:

Quanto tempo após você acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos (3)

Entre 6 e 30 minutos (2)

Entre 31 e 60 minutos (1)

Após 60 minutos (0)

Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?

Sim (1)

Não (0)

Qual cigarro que ter traz mais satisfação?

O primeiro da manhã (1)

Outros (0)

Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10 (0)

De 11 a 20 (1)

De 21 a 30 (2)

Mais de 31 (3)

Você fuma frequentemente pela manhã?

Sim (1)

Não (0)

Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim (1)

Não (0)

Grau de dependência

0-2 pontos = muito baixo

3-4 pontos = baixo

5 pontos = média

6-7 pontos = elevado

8-10 pontos = muito elevado

ANEXO C

Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado a participar de um estudo de pesquisa para coleta de dados epidemiológicos. O título da pesquisa é “Índice de dependência de nicotina e avaliação clínica da mucosa oral entre os índios Guarani Kaiowá/Nandeva, elaborado e executado pelo cirurgião dentista Fernando Lamers, pós-graduando em Ciências da Saúde através do convênio Centro universitário da Grande Dourados (UNIGRAN) e a Universidade de Brasília (UnB), sob orientação da Prof^a.Dr^a. Nilce Santos Melo, coordenadora do curso de odontologia. A proposta tem como objetivo principal verificar o hábito de fumar e as condições da mucosa oral da população indígena do município de Dourados do estado de Mato Grosso do Sul. O estudo propõe um benefício ao paciente que é a inspeção da boca e caso alguma anormalidade seja encontrada o paciente será encaminhado aos órgãos competentes para tratamento. Outro benefício será para à comunidade indígena local, pois, os resultados poderão ajudar a determinar as alterações mais comuns da boca e o índice de dependência ao fumo, e assim, orientar futuros trabalhos para o planejamento das ações de promoção e prevenção à saúde. O paciente responderá a um questionário e será examinado pelo próprio cirurgião dentista. Este procedimento será realizado em uma única sessão. Nenhum efeito colateral adverso está previsto para esta pesquisa, o que se pode esperar é um pequeno desconforto por ficar alguns minutos, com a boca aberta, para a realização do exame clínico, radiográfico e fotográfico. Os resultados de sua participação neste estudo são confidenciais e só serão utilizados para fins científicos e didáticos sem que as informações individuais sejam divulgadas. Estes resultados poderão ser publicados em uma revista científica bem como suas iniciais e sua idade.

Formulário de consentimento pós-informação

Assim sendo, eu, _____, compreendi a natureza, duração e finalidade da pesquisa “Índice de dependência de nicotina e avaliação clínica da mucosa oral entre os índios Guarani Kaiowá/ Nandeva”, realizada pelo cirurgião dentista Fernando Lamers e orientada pela PROF^a.DR^a. Nilce Santos Melo, respectivamente das instituições Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN) e Universidade de Brasília (UnB) e por meio desta voluntariamente, autorizo a utilização dos dados colhidos, assim como a realização de exames radiográficos, fotos e exames que forem necessários. Entendo que posso retirar-me do estudo a qualquer momento, por qualquer motivo e sem nenhuma penalidade.

Assinatura do participante, _____.

Assinatura do pesquisador principal, _____.

Em caso de necessidade, fale com FERNANDO LAMERS, pelo telefone celular 8118-9626 ou fixo (67) 3421-7314..

ANEXO D

Modelo da Resolução nº 304 do Conselho Nacional de Saúde:

RESOLUÇÃO Nº. 304, DE 09 DE AGOSTO DE 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de agosto de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e **Considerando:**

A necessidade de regulamentação complementar da Resolução C.N.S. nº. 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos), atribuição da CONEP conforme item VIII. 4.d da mesma Resolução, no que diz respeito à área temática especial “populações indígenas” (item VIII 4.c.6).

Resolve;

Aprovar as seguintes Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas.

I – Preâmbulo

A presente resolução procura afirmar o respeito devido aos direitos dos povos indígenas no que se refere ao desenvolvimento teórico e prático de pesquisa em seres humanos que envolvam a vida, os territórios, as culturas e os recursos naturais dos povos indígenas do Brasil. Reconhece ainda o direito de participação dos índios nas decisões que os afetem.

Estas normas incorporam as diretrizes já previstas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e fundamenta-se nos principais documentos internacionais sobre direitos humanos da ONU, em particular a Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes e Resolução sobre a Ação da Organização Internacional do Trabalho concernente aos Povos Indígenas e Tribais, de 1989, da Constituição da República Federativa do Brasil, (Título VIII, Capítulo VIII Dos Índios), e de toda a legislação nacional de amparo e respeito aos direitos dos povos indígenas enquanto sujeitos individuais e coletivos de pesquisa.

As pesquisas envolvendo comunidades ou indivíduos indígenas devem corresponder e atender às exigências éticas e científicas indicadas na Resolução do CNS 196/96 que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e suas complementares. Em especial deve-se atender também à Resolução CNS 292/99 sobre pesquisa com cooperação estrangeira, além de outras resoluções do CNS sobre ética em pesquisa, os Decretos 86715 de 10/12/81 e 96830, de 15/01/90 que regulamentam o visto temporário para estrangeiros.

II – Termos e Definições

A presente resolução adota no seu âmbito as seguintes definições:

1) Povos Indígenas: povos com organizações e identidades próprias, em virtude da consciência de sua continuidade histórica como sociedades pré-colombianas.

2) Índio: quem se considera pertencente a uma comunidade indígena e é por ela reconhecido como membro.

3) Índios Isolados: indivíduos ou grupos que evitam ou não estão em contato com a sociedade envolvente.

III - Aspectos Éticos da pesquisa envolvendo povos indígenas.

As pesquisas envolvendo povos indígenas devem obedecer também aos referenciais da bioética, considerando-se as peculiaridades de cada povo e/ou comunidade.

1) Os benefícios e vantagens resultantes do desenvolvimento de pesquisa devem atender às necessidades de indivíduos ou grupos alvo do estudo, ou das sociedades afins e/ou da sociedade nacional, levando-se em consideração a promoção e manutenção do bem estar, a conservação e proteção da diversidade biológica, cultural, a saúde individual e coletiva e a contribuição ao desenvolvimento do conhecimento e tecnologia próprios.

ANEXO E

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos UNIGRAN

**Centro Universitário da Grande Dourados****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
UNIGRAN**

Dourados, 21 de julho de 2006.

Prezada Pesquisadora:

Frenando Lamers

O Projeto de vossa autoria protocolo **091/05** intitulado **“Índice de Dependência de Nicotina e a Avaliação da Mucosa Bucal Entre Índios Guarani Kaiowá/Ñandeva”** foi integralmente APROVADO pelo CEP-UNIGRAN e pela CONEP (prot. 567/2006) e poderá ser conduzido.

Ressalto que os relatórios semestrais devem ser apresentados ao Comitê para acompanhamento juntamente com as alterações realizadas.

Respeitosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Rosilda Mara Mussury".

Prof. Dr. Rosilda Mara Mussury
Coordenadora do CEP-UNIGRAN

ANEXO F

Aprovação do Conselho Nacional de Estudos e Pesquisas



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 756/2006

Registro CONEP: 12506 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Registro CEP: 091/05

Processo nº 25000.181523/2005-91

Projeto de Pesquisa: "Índice de dependência de nicotina entre os índios Guarani/Kaiowá e avaliação clínica da mucosa bucal".

Pesquisador Responsável: Dr. Fernando Lamers

Instituição: Núcleo de Apoio Local de Dourados/FUNAI. CEP UNIGRAN/MS (único centro)

Área Temática Especial: População Indígena

Ao se proceder à análise do projeto de pesquisa em questão, em resposta ao Parecer CONEP nº 460/2006, cabem as seguintes considerações:

1. Foi enviado o Parecer Consubstanciado do CEP da UNIGRAN.
2. O cronograma foi atualizado conforme solicitado.
3. As modificações sugeridas para o TCLE foram acatadas e nova versão foi apresentada.
4. O projeto preenche os requisitos fundamentais das Resoluções CNS 196/96 e suas complementares, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;
5. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição supracitada

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado

Brasília, 14 de julho de 2006.

WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP/CNS/MS

ANEXO G

Correlação entre o índice de dependência de nicotina e lesões de mucosa oral nos índios Guarani Kaiowá/Nandeva

Correlate degree of dependence of nicotine and the conditions of the buccal mucosa between the indians Guarani Kaiowá/Nandeva.

Fernando Lamers^I; Nilce Santos de Melo^{II}.

^I Universidade da Grande Dourados (UNIGRAN), Dourados, Brasil.

^{II} Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi avaliar a correlação entre o índice de dependência de nicotina e as condições da mucosa oral entre os índios Guarani Kaiowá/Nandeva. O índice de dependência, medido pelo teste de *Fagerström*, demonstrou que 36,36% dos índios Guarani Kaiowá/Nandeva analisados apresentam um alto grau de dependência e 24,68% apresentam um grau baixo. O exame oral revelou quadros infecciosos e inflamatórios em quantidades preocupantes. Lesões do tipo fibroma foram encontradas, como também doença de Heck e leucoplasias. As variações da normalidade foram diagnosticadas e registradas, ressaltando-se a importância do correto diagnóstico e estabelecimento de diagnóstico diferencial. Diante do quadro de lesões encontradas não foi possível correlacionar o índice de dependência de nicotina com as lesões orais utilizando-se o teste de *Fagerström*. No entanto, o elevado número de condições infecciosas, inflamatórias e de lesões, bem como o índice de tabagismo sugere que o contato interétnico pode favorecer o tabagismo, que é relacionado a danos à saúde oral bem como a saúde geral da população estudada. Diante do quadro apresentado sugere-se que a atual política de atendimento odontológico aos indígenas seja acrescida do atendimento estomatológico e conseqüente estabelecimento de serviços de atenção integral a esses povos.

ABSTRACT

The present research evaluated the correlation between the rate of nicotine dependence and the conditions of the oral mucosa between Guarani Kaiowá/Nandeva aboriginals. The rate of nicotine dependence measured for the test of *Fagerström* showed that 36.36% of the analyzed Guarani Kaiowá/Nandeva had a high degree of dependence and 24.68% a low degree. The oral examination reveals infectious and inflammatory cases in preoccupying amounts. Injuries of the type fibroma had been found, as also illness of Heck and leucoplasias. The variations of

normality had been diagnosed and registered, emphasizing the importance of the correct diagnosis and establishment of a different diagnosis. Faced with the injuries, it was not possible to correlate the degree of nicotine dependence with oral injuries using the test of Fagerström. However, the high number of infectious, inflammatory condition and injuries, as well as the rate of smoking shows that the interétnical contact can suggest smoking, which is related with injuries to the oral health and the general health of the studied population. Being in contact with these cases we can suggest that the current planning of the odontológica services on the aboriginals should be increased by the estomatológica attendance and consequently establishment of integral services of attention to these peoples.

INTRODUÇÃO

A população indígena brasileira é estimada em mais de 400.000 pessoas, pertencentes à cerca de 220 povos, falantes de 180 línguas identificadas ^{1, 2}. No Brasil são conhecidos três sub-grupos guarani a saber: os Guarani Mbyá, os Guarani Nandéva, ou simplesmente guarani, como eles se autodenominam e os Guarani Kaiowá, que, em território brasileiro, são encontrados apenas no sul do Mato Grosso do Sul ³. O Município de Dourados (MS) conta com uma população indígena de 11.600 pessoas, espalhadas por uma área de três mil quinhentos e setenta hectares aproximadamente. Os habitantes dividem-se entre as aldeias: Bororó, Panambizinho e Jaguapirú, com três etnias diferentes: Guarani-Kaiowá, Guarani-Nandeva e a etnia Terena ¹. A população indígena sofreu ao longo do processo de fricção interétnica, mudança significativa nos seus costumes e na sua prática o que reflete diretamente na saúde geral destes indivíduos. Esta descaracterização acarreta a introdução de hábitos e comportamentos que propiciam o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas ^{4, 5}. As pesquisas desenvolvidas com as populações indígenas relatam alguma relação das condições de saúde oral com o modo de vida e considera que os indígenas perderam a possibilidade de preservação do seu modo de vida por causa das diversas situações de contato com a população urbana ^{6, 7, 8, 9}. Um dos hábitos que pode estar favorecendo esta descaracterização é o uso do tabaco. Em todo o mundo 1 bilhão e 200 milhões de pessoas são fumantes adultos. Nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos temos 42% dos homens e 24% das mulheres fazem uso do tabaco ¹⁰. O hábito do tabagismo representa um dos principais fatores etiológicos de alterações patológicas bucais ^{11, 12, 13, 14}. O cigarro antes visto como um estilo de vida é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas ¹⁵. Muitos estudos mostram que nos lares mais pobres em países em

desenvolvimento, 10% dos gastos totais das famílias é utilizado para aquisição do tabaco, o que acarreta menos dinheiro para gastar com itens básicos como alimentação, educação e saúde ¹⁶. Muitas lesões podem ser identificadas na mucosa oral como as doenças da polpa e do periápice, as doenças fúngicas, as injúrias físicas e químicas, as doenças bacterianas. Entretanto, as alterações presentes na cavidade oral que podem estar relacionadas com o hábito do tabagismo são a melanose do fumante, a estomatite nicotínica, as doenças periodontais, as manchas dentárias extrínsecas, as leucoplasias e as candidoses ¹⁷.

MATERIAL E MÉTODO

O trabalho dissertativo foi do tipo estudo transversal epidemiológico descritivo, em âmbito populacional de inquérito. O estudo em questão foi realizado em uma amostra de 312 pacientes indígenas, usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), por meio da livre demanda. Para os pacientes examinados e que se manifestaram fumantes foi aplicado o questionário de *Fagerström* ^{18, 19, 20}, que avalia o índice de dependência de nicotina. Os dados clínicos coletados foram correlacionados com os dados sobre o tabagismo. Os resultados foram tratados estatisticamente, usando-se programa SPSS 13[®] (*Statistic Package for the Social Sciences*, Chicago, II, USA).

RESULTADOS

A presente pesquisa contou com a participação de 312 indivíduos de ambos os sexos, todos com idade acima de 20 anos, moradores da aldeia Bororó e das etnias Guarani Kaiowá e Guarani Nandeva. A distribuição da amostra em relação ao hábito do tabagismo reflete a situação encontrada em outras populações não indígenas, onde os homens fumantes são em maior número 41,25% e as mulheres 18,97%. As lesões mais importantes (lesões propriamente ditas) diagnosticadas no presente trabalho foram: a estomatite nicotínica (24/6,32%), o fibroma (5/1,32%), a hiperplasia epitelial focal (5/1,32%), a leucoplasia (9/2,37%) e a ulceração (12/3,16%). Neste mesmo estudo foram consideradas como variações da normalidade as seguintes alterações mais significativas: grânulos de Fordyce (48/25,67%), língua fissurada (41/21,93%) e a linha alba (33/17,65%). Quando da aplicação do questionário *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND), para se determinar o grau de dependência de nicotina entre os participantes da amostra observou-se que do total de 77 fumantes: 12 apresentaram grau muito baixo (15,58%), 19 grau baixo (24,68%), 14 grau médio (18,18%), 28 grau elevado (36,36%), e 4 grau muito elevado (5,19%). A análise estatística utilizou o teste exato de Fischer e demonstrou que não houve diferença significativa entre o índice de

dependência e a prevalência de lesões ou mesmo sua presença ou ausência. O índice detectado pelo *Fagerström Test for Nicotine Dependence*, (FTND), não foi representativo para correlação com as alterações clínicas da mucosa oral entre os Guarani Kaiowá/Nandeva. A análise da prevalência das lesões/variações da normalidade, sob o mesmo teste, mostrou que leucoplasia, estomatite nicotínica, apresentaram diferença estatística significativa, corroborando dados da literatura disponíveis para outros grupos não indígenas.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa encontrou 77 indivíduos, que ao participarem da pesquisa se declararam fumantes, o que corresponde a uma frequência de 24,68% do total da amostra (312), sendo que 41,25% de homens e 18,97% de mulheres. O Instituto Nacional de Câncer ¹⁶ realizou uma pesquisa domiciliar para estimar a prevalência e o perfil de fumantes no Município do Rio de Janeiro onde se obteve a frequência de 23,4%, do sexo masculino, e 20,0%, do feminino. Ao compararmos os dados, de ambas as pesquisas, encontramos uma similaridade entre a frequência de dados do gênero feminino e um aumento significativo, quase o dobro, entre o gênero masculino. Em pesquisas realizadas especificamente com populações indígenas Ivers ²¹ estudando indígenas australianos encontrou 54% de indivíduos que fazem uso de tabaco também muito próximo dos dados encontrados nessa pesquisa. Briggs ²² publicaram dados de uma pesquisa no *National Aboriginal and Torres Strait Islander Survey*, também com índios australianos, conduzida em 1994 onde, 54% dos homens e 46% das mulheres fumavam cigarros, semelhante aos dados desse trabalho. Outra pesquisa comandada por Rani ²³ na Índia onde aproximadamente 194 milhões de pessoas com mais de 15 anos consomem algum tipo de tabaco sendo que 79% dos consumidores vivem na zona rural, encontrou uma frequência de 60% da população estudada que fumavam cigarro sendo, 29,3% homens e somente 2,3% de mulheres. As diferenças do tabagismo entre os gêneros podem ser explicadas em função do caráter cultural envolvendo as populações estudadas e o papel da mulher nessas populações. Salta aos olhos, no entanto, que os índices de fumantes nas populações indígenas são altos e preocupantes, tendo em vista as conseqüências danosas à saúde provocadas pelo vício de fumar e também no quesito social, pela associação direta com a pobreza. Poucos são os trabalhos que envolvem o diagnóstico de lesões bucais em indígenas. No presente estudo, com a etnia Kaiowá/Nandeva, foi encontrado um número grande de lesões e variações da normalidade. De todas as condições patológicas, diagnosticadas no estudo, algumas podem ser consideradas como lesões propriamente ditas, como a hiperplasia epitelial focal (doença de heck), a estomatite nicotínica, a leucoplasia, o fibroma e as ulcerações.

A Hiperplasia epitelial focal ou doença de *Heck* é uma rara doença contagiosa causada pelos papilomavírus tipo 13 e 32 que foram inicialmente descrita entre populações nativas americanas. Esta doença caracteriza-se pela ocorrência de pequenas e múltiplas pápulas ou nódulos na cavidade oral, especialmente nos lábios, mucosa oral e língua^{24, 25, 26}. Borborema-Santos²⁷ relatam 5 casos de hiperplasia epitelial focal em indígenas da Amazônia Central que procuraram tratamento na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Semelhante número de casos foi encontrado em nosso estudo (5/1,32%). Santos et. al.⁷ encontrou 123 casos de hiperplasia epitelial focal. Garrafa²⁸ encontrou 36 casos (7,4%) entre 488 índios examinados. A estomatite nicotínica (EN) pode estar associada ao uso do fumo e é uma modificação ceratótica branca, da mucosa do palato, não parecendo ser uma lesão pré-maligna, talvez, porque ela aparece mais pelo calor do que aos produtos químicos do tabaco. Esta mudança está mais relacionada ao cachimbo por este gerar mais calor no palato. Com a retirada do hábito o palato volta ao normal dentro de uma ou duas semanas. O paciente deve ser estimulado a parar de fumar²⁹. Na presente pesquisa 24 casos (6,32%) foram anotados sendo que 20, desses casos, entre os fumantes (17,54%). Outra alteração que pode ser relacionada ao uso de cigarro, mas com possibilidade de transformação maligna, é a leucoplasia oral. A leucoplasia é a lesão cancerizável mais comum da cavidade oral e apresenta como principal fator de risco o consumo de tabaco em suas várias formas. Sua ocorrência se dá principalmente em pacientes de meia idade, do sexo masculino^{30, 31, 32, 33, 34}. Já em relação à presença de leucoplasia em populações indígenas Yang et. al.³³ relatam que de cada 100.000 pessoas que fumam cigarro, na Índia, 17.353 apresentam leucoplasia e entre os que não são fumantes a taxa é de 5.792 pessoas. Zain³⁴ no norte da Tailândia encontrou 1866 casos de leucoplasia. Um fato preocupante em relação à leucoplasia na população Guarani Kaiowá/Nandeva, é que foram definidas como leucoplasia nove lesões (2,37%). Desses, seis casos (5,26%), em pacientes fumantes, sendo cinco lesões em pacientes do sexo masculino e um do feminino. No estudo com a etnia Guarani Kaiowá/Nandeva foram encontrados 12 casos de ulceração labial (3,16%), sugestivas de queilite actínica, sendo que duas lesões (1,75%) foram também detectadas entre os fumantes. O diagnóstico definitivo de queilite não foi estabelecido tendo em vista a ausência de fatores etiológicos e aos débeis sinais clínicos. O registro dessa condição, no entanto, serve como alerta, da mesma forma que o registro das alterações encontradas e que são comumente pouco valorizadas no exame clínico. De acordo, com Neville et. al.¹⁷ a queilite actínica, aqui considerada como ulceração labial, é uma alteração pré-maligna originária dos efeitos da exposição excessiva ao raio ultravioleta da radiação solar e pode estar associado ao cigarro ou cachimbo. É um problema limitado as

pele clara com tendência ao bronzeamento. Dificilmente, ocorre em pessoas com menos de 45 anos e apresenta predileção pelo sexo masculino. Em um estudo com 65 pacientes, avaliados por um período de 10 anos, Markopoulos et. al.³⁵ encontraram 39 casos em fumadores de cigarros, e desses 11 casos foi detectado a presença de carcinoma de células escamosas. Como inferência pode-se sugerir que o tabagismo pode ter tido um papel preponderante nos casos encontrados entre os Guarani, já que a cor da pele poderia protegê-los. O fibroma de irritação ou traumático é o mais comum dos fibromas orais. Apesar de poderem ocorrer em qualquer faixa etária, a maior incidência ocorre nos adultos, entre os 30 e os 50 anos, sendo mais comum no sexo masculino que no sexo feminino. A recidiva é sempre elevada se não for removido o fator etiológico^{17,36}. No presente estudo encontramos 5 casos de fibroma (1,32%). Nesta pesquisa foram encontradas 187 variações da normalidade, desse total 48 casos (25,95%), de grânulos de *Fordyce* contra 22 do trabalho de Santos, et. al.⁷ (2004), o que representa o dobro das variações encontradas no trabalho acima citado. Os grânulos de *Fordyce* são pequenas glândulas sebáceas ectópicas, em geral bilaterais, presentes nos lábios, comissuras e mucosa jugal próxima aos molares. Apresentam-se assintomáticas e bastante frequentes, ocorrem em 80% a 95% dos indivíduos normais, e estudos epidemiológicos relatam amplas diferenças na prevalência relacionadas à etnia. Nenhum tratamento é necessário^{17,31,37}. Entretanto, a importância da análise dos grânulos de *Fordyce* foi realçada com a recente publicação do trabalho De Felice³⁸ que associou estas variações com a o câncer de cólon uma doença sistêmica de caráter hereditário. Tal observação pode ajudar a identificação das famílias afetadas por este tipo de câncer.

Infelizmente a maioria dos levantamentos epidemiológicos, com populações indígenas, centra-se nos aspectos de cárie e não examinam as condições da mucosa oral. O grande número de lesões encontradas, neste trabalho, pode ser traduzido como alto número de problemas bucais que devem ser resolvidos, pois a atenção oral, nesta população, não esta sendo suficiente. Além disso, os números demonstram pouca higiene oral o que resulta em problemas periodontais, abscessos e até perda dentária. Isso implica em trabalhos que ampliem seu foco de atenção e não se limitem a levantamentos de cárie, sem examinar as condições da mucosa oral.

REFERÊNCIAS

1- Brasil. Fundação Nacional de Saúde: Saúde Indígena. Funasa, 2006. Disponível em: Hiperlink [Http://Funasa.Gov.Br](http://Funasa.Gov.Br) [Http://Www.Funasa.Gov.Br](http://Www.Funasa.Gov.Br) (Acesso em: Jan, 2006).

- 2- Instituto Sócio Ambiental. Povos indígenas no Brasil. 2006.
[Http://Www.Povosindigenas.Org.Br/Pib/Index.Html](http://www.povosindigenas.org.br/pib/index.html). (Acesso Em: Jan. 2006).
- 3- Rodrigues, A. D. Línguas brasileiras: para o conhecimento das línguas indígenas. São Paulo: Loyola. 1986; 134 p.
- 4- Gomes, M. J. T. Aspectos sociolingüísticos da alfabetização de indígenas em idade escolar do Posto Indígena de Dourados na Escola Municipal Francisco Meireles. 1983. 424 p. Dissertação (Mestrado em Letras) Universidade Católica do Paraná. Curitiba.
- 5- Cardoso, A. M. Prevalência de doenças crônico-degenerativas na população Guarani-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. 2001. 133 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- 6- Fratucci, M. V. B. Alguns aspectos das condições de saúde oral de uma população indígena Guarani Mbyá no município de São Paulo. 2000. 106 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo: São Paulo.
- 7- Santos, P. J. B. Bessa, C. F. N. Aguiar, M. C. F. Carmo, M. A. V. Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a Central Amazonian Indian community, Brazil. *J Oral Pathol Med*. 2004, 33: 7-12.
- 8- Weiss, M. C.V. Contato interétnico, perfil saúde doença e modelos de intervenção mínima: o caso Enawene Nawe em Mato Grosso. 1998. 143 p. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- 9- Melo, N. S. Guerra, E. N. S. Portilho, J. A. C. Guerra, O. P. Mestrinho, H. D. Impact of the use of the lip ornament on oral tissues in isolated Zo' é Indians Brazilian. *Amazon. Qualis C I. Paleopathology newsletter*. 2006, 134 (6): 5-10.
- 10- World Health Organization. Building blocks for tobacco control: a handbook. WHO, 2004. Genebra: World Health Organization.
- 11- Johnson, N. Tobacco use and oral cancer: a global perspective. *J Dent Educ*. 2001, 65(4): 328-39.
- 12- Thomas, G. Hashibe, M. Jacob, B. J. Ramadas, K. Mathew, B. Sankaranarayanan, R. Zhang, Z. Risk factors for multiple oral premalignant lesions. *Int J Câncer*. 2003, 107: 285–291.
- 13- Warnaulasurya, S. Sutherland, G. Scully, C. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. *J Oral Oncology*. 2005, 41: 244-260.
- 14- Duarte, R. L. M. Paschoal, M. E. M. Molecular markers in lung cancer: prognostic role and relationship to smoking. *J Bras Pneumol*. 2005, 32 (1): 56-65.
- 15- Walsh, P. M. & Epstein, J. B. The oral effects of smokeless tobacco. *J Can Dent Assoc*. 2000, 66: 22-5.

- 16- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer: estimativa. Inca, 2006. Disponível Em: <Http://Www.Inca.Org.Br/Estimativa/Html>. (Acesso em: Jan. 2006).
- 17- Neville, B. W. Damm, D. Allen, C. M. Bouquot, J. E. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002; 798 p.
- 18- Heatherton, T.F. Kozlowski, L.T. Frecher, R.C. Fagerström, K.O. The Fagerström Test For Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict.* 1991, 86: 1119-27.
- 19- Chabrol, H. Niezborala, M. Chastan, E. De Leon, J. Comparison of the heavy smoking index and of the Fagerström test for nicotine dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Br J Addict.* 2005, 30: 1474-77.
- 20- Storr, C.L. Reboussin, B.A. Anthony, J.C. The Fagerström test for nicotine dependence: a comparison of standard scoring and latent class analysis approaches. *J. drug and alcohol dependence.* 2005, XXX: XXX-XXX.
- 21- Ivers, R. G. A review of tobacco interventions for indigenous Australians. *Aust N Z J Public Health.* 2003, 27(3): 294-9.
- 22- Briggs, V. L. Lindorf, K. J. Ivers, R. G. Aboriginal and Torres Strait Islander Australians and tobacco. *Tobacco Control.* 2003, 12 (Suppl. ii): ii5-ii8.
- 23- Rani, M. Bonu, S. Jha, P. Nguyen, S. N. Jamjoum, L. Tobacco use in India: prevalence and predictors of smoking and chewing in National Cross Sectional Household Survey. *Tobacco Control.* 2003, 12:4.
- 24- Coelho, E. B. C. Hiperplasia focal do epitélio em indígenas do estado de Roraima. *Ação Coletiva.* 1999, ii (4): 27-32.
- 25- Pfister, H. Hettich, I. Runne, U. Gissmann, L. Chif, G. N. Characterization of human papillomavirus type 13 from focal epithelial hyperplasia heck lesions. *J Virology.* 1983, 47 (2): 363-366.
- 26- Segura-Saint-Gerons, R. Toro-Rojas M. Ceballos-Salobreña, A. Aparicio-Soria, J. L. Fuentes-Vaamonde, H. Focal epithelial hyperplasia a rare disease in our area. *Med Oral Patol Oral Cir Oral.* 2005, 10: 128-3.
- 27- Borborema-Santos, C. M. Castro, M.M. Santos, P. J. B. Talhari, S. Astolfi-Filho, S. Oral focal epithelial hyperplasia: report of five cases. *Braz Dent J.* 2006, 17(1): 79-82.
- 28- Garrafa, V. Alterações múltiplas e benignas da mucosa oral em indígenas brasileiros. *Caderno Cepam.* 1980, 1: 139-55.
- 29- Taybos, G. Oral changes associated with tobacco use. *Am J Med Sci.* 2003, 326 (4): 179-182.
- 30- Van Der Waal, I. Axell, T. Oral leukoplakia: A proposal for uniform reporting. *Oral Oncology.* 2002, 38: 521-526.

- 31- Marcucci, G. Fundamentos de odontologia: estomatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005; 243 p.
- 32- Neville, B. W. Day, T. A. Oral cancer and precancerous lesions. *Ca Cancer J Clin.* 2002, 52: 195-215.
- 33- Yang, Y. H. Chen, C. H. Chang, J. S. F. Lin, C. C. Cheng, T. C. Shieh, T. Y. Incidence rates of oral cancer and oral pre-cancerous lesions in a 6-year follow-up study of a Taiwanese aboriginal community. *J Oral Pathol Med.* 2005, 34: 596-601.
- 34- Zain, B. R. Cultural and dietary risk factors of oral cancer and precancer: a brief overview. *Oral Oncology.* 2001, 37: 205-210.
- 35- Marcopoulos, A. Albanidou-Farmaki, E. Kayavis, I. Actinic cheilits: clinical and pathologic characteristics in 65 Cases. *Oral Diseases.* 2004, 10: 212-216.
- 36- Silverman , S. Eversole, L. R. Truelove E. L. Fundamentos de medicina oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004; 384 p.
- 37- Canaan, T.J. Meehan, S. C. Variations of structure appearance of the oral mucosa. *Dent Clin North Am.* 2005, 49(1) 1-14.
- 38- De Felice, C. Parrini, S. Chitano, G. Gentile, M. Dipaola, L. Latini, G. Fordyce granules and non-polyposis colorectal câncer syndrome. *Gut Jnl.* 2005, 54: 1279-1282.

FERNANDO LAMERS

**CORRELAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA DE
NICOTINA E LESÕES DE MUCOSA ORAL NOS ÍNDIOS
GUARANI KAIOWÁ/NANDEVA**

DOURADOS – MS

2007

LAMERS, Fernando

Correlação entre o índice de dependência de nicotina e lesões de mucosa oral nos índios Guarani Kaiowá/Nandeva /Fernando Lamers. Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2007.

80p

Orientador: Prof. Dra. Nilce dos Santos Melo

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2007

1. Povos Indígenas, 2. Saúde Indígena, 3. Uso do Tabaco, 4. Lesões na Mucosa Oral, 5. Tabaco e Lesões. I. Melo, Nilce dos Santos. II. Faculdade de Ciências da Saúde de Brasília. III. Título.