

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E
PARASITÁRIAS/PPGDIP
CURSO DE MESTRADO**

KARLA FERREIRA DIAS SALDANHA

**AGRAVOS ODONTOLÓGICOS E AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM
PACIENTES COM PARACOCCIDIOIDOMICOSE.**

**CAMPO GRANDE/MS
2018**

KARLA FERREIRA DIAS SALDANHA

**AGRAVOS ODONTOLÓGICOS E AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM
PACIENTES COM PARACOCCIDIOIDOMICOSE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para obtenção do título de mestre Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anamaria Mello Miranda Paniago.

**CAMPO GRANDE/MS
2018**

À minha família, amor eterno e base de tudo.

Ao meu marido, amor de outras vidas, companheiro e exemplo.

Aos meus filhos, amor incondicional e razão da minha determinação e força para lutar por meus ideais e objetivos. São eles que me impulsionam a não desistir dos meus sonhos!

AGRADECIMENTOS

A Deus pelas bênçãos diárias em minha vida, que me permitiram viver esta fase de aprendizado pessoal e profissional.

À minha família, por existirem, por serem a benção maior, que nos momentos mais difíceis sempre esteve unida, me respeitando como profissional, me cobrando como esposa, mãe, filha, irmã na medida certa, a ponto deste trabalho estar em vias de conclusão. Mas, em especial ao meu marido Anderson, que mesmo sem chão, me carregou no colo, me dando suporte em todos os momentos.

À professora doutora Anamaria Melo Miranda Paniago por me orientar, dividir seus conhecimentos e seu tempo comigo, mas principalmente pela paciência frente as minhas limitações como ser humano e profissional.

À professora doutora Ellen Cristina Gaetti Jardim, que me incentivou a busca pelo mestrado, em dias incansáveis de estudo de inglês, discussões técnico científicas e amizade, juntamente com o amigo Danilo Chizzolini Mazocatto.

À colega Bruna Córdoba que disponibilizou seu tempo para coleta dos dados deste trabalho nos momentos em que meu chão sumiu e não tive pernas para andar. Obrigada pela amizade, carinho e confiança de ser parte da ação desta pesquisa.

À colega Pâmela Peres, que me auxiliou na realização das fichas complementares, pela amizade e pelo carinho.

À cada paciente que apesar de cansados pela espera do atendimento, após viagens exaustivas até Campo Grande, sempre nos receberam com sorrisos e simpatia, e me proporcionaram enriquecimento científico, social, psicológico e principalmente emocional.

A todos aqueles que direta ou indiretamente me incentivaram, meu muito obrigada.

“Todo dia de ontem pode ter sido árduo. Muitas lutas vieram, deixando – te o cansaço. Provas inesperadas alteram – te os planos. Soma, porém, as bênçãos que Deus te entregou. Esquece qualquer sombra, não pares, serve e segue. Agora é novo dia, tempo de caminhar. “
Chico Xavier

ABREVIATURAS E SIGLAS

CD Cirurgião dentista

CPI Índice de condição periodontal

CPOD Índice médio de dentes perdidos, cariados e obturados

DP Doença periodontal

IL Interleucina

LPS lipopolissacarídeos

PCM paracoccidiodomicose

PCR Polymerase Chain Reaction

PIP Perda de inserção periodontal

TNF Fator de necrose tumoral

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis sócio-demográficas e tabagismo de 52 pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital-Dia Prof ^a Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018	47
Tabela 2. Aspectos clínicos de 52 pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital-Dia Prof ^a Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018	48
Tabela 3. Informações odontológicas gerais, edentulismo, cárie dentária e necessidade de tratamento, condição periodontal de 52 pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital-Dia Prof ^a Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018	49
Tabela 4. Morbidade bucal referida e uso de serviços odontológicos entre 52 pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital-Dia Prof ^a Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018	51
Tabela 5. Autopercepção e impactos em saúde bucal entre os 52 pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital-Dia Prof ^a Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018	52
Tabela 6. Histórico odontológico e perda de dentes depois do início da doença entre os 52 pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital-Dia Prof ^a Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018	53
Tabela 7. Distribuição do índice de dentes perdidos, obturados e cariados (CPOD) e índice de condição periodontal (CPI) de acordo com o grau de satisfação com a saúde dos dentes/boca, de 52 pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital-Dia Prof ^a Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018	55
Tabela 8. Avaliação da associação entre o edentulismo e a percepção de necessidade de usar prótese total ou de troca daquela que está usando 52 pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital-Dia Prof ^a Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018	55
Tabela 9. Avaliação da associação entre a necessidade de troca da prótese e a auto-percepção da necessidade para esta troca, de 26 pacientes com paracoccidiodomicose usuários de prótese dentária. Hospital-Dia Prof ^a Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018	56
Tabela 10. Avaliação da associação entre a necessidade de prótese e a auto-percepção da necessidade, de 29 pacientes com paracoccidiodomicose edentados que não usam prótese dentária. Hospital-Dia Prof ^a Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018	57
Tabela 11. Avaliação da associação entre a ocorrência de dor nos dentes e a última vista ao dentista de 52 pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital-Dia Prof ^a Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1, Exame micológico direto em KOH, revelando presença de forma típicas de <i>Paracoccidioides</i> spp em escarro (aumento 40x)	14
Figura 2. A. Aspectos clínicos da PCM oral, lesão característica do tipo moriforme, com pontilhados hemorrágicos, localizada em palato e rebordo gengival semelhante a periodontite (seta). B. Tumefação labial em decorrência de lesão de PCM.	22
Figura 3. Esquema de tratamento ambulatorial para formas leves e moderadas de paracoccidioidomicose	25
Figura 4. Progressão da doença periodontal	27
Figura 5. Classificação das condições e doenças periodontais e peri-implantes 2017	29
Figura 6. Gengivite induzida por biofilme dental	30
Figura 7. Doença periodontal, presença de cálculo dentário, perda de inserção gengival e exposição radicular	31
Figura 8. Periodontite	32
Figura 9. Progressão da doença Cárie	34
Figura 10. Diagrama dos fatores determinantes da Cárie	35
Figura 11. Perda dentária evidenciando perda funcional e estética	36
Figura 12. Prótese parcial removível instalada em paciente com PCM	37
Figura 13. Prótese total com detalhe de restauração em Incisivo lateral, com o intuito de mascarar a prótese esteticamente	38
Figura 14. Índices utilizados para mensuração do CPO-D e Condição periodontal	43
Figura 15. Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes índices para CPI e PIP	44
Figura 16. Codificação do CPI, ilustrando a posição da sonda para o exame	44
Figura 17. Codificação do PIP, ilustrando a posição da sonda para o exame	45
Figura 18. Média do índice CPO-D, assim como a de dentes cariados, perdidos e obturados, isoladamente	50
Figura 19. Comunicação buco sinusal em paciente com lesão bucal por paracoccidioidomicose	54
Figura 20. Gráfico de dispersão ilustrando a correlação linear negativa moderada entre o CPO-D e o CPI.	58

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1. Paracoccidiodomicose, histórico e nomenclatura.....	12
2.2. Etiologia - Gênero <i>Paracoccidioides</i>	13
2.3. Infecção Humana	15
2.4. Epidemiologia.....	17
2.5. Classificação das formas clínicas.....	18
2.6. Manifestações clínicas estomatológicas.....	21
2.7. Diagnóstico.....	22
2.8. Tratamento	24
2.9. Sequelas	25
3. AGRAVOS ODONTOLÓGICOS	27
3.1. Doença Periodontal	27
3.2. Cárie	33
3.3. Perda Dentária / Edentulismo	36
4. AUTOPERCEPÇÃO	39
5. OBJETIVOS	40
5.1. Objetivo Geral	40
5.2. Objetivos Específicos	40
6. MATERIAL E MÉTODOS	41
7. RESULTADOS	46
8. DISCUSSÃO	59
9. CONCLUSÃO	63
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXO	77

RESUMO

A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica, cujo agente etiológico são fungos do gênero *Paracoccidioides*. A via primária de infecção é pulmonar, entretanto a cavidade bucal é comumente afetada, manifestando-se com lesões que podem atingir qualquer região da boca. Com o objetivo de avaliar os agravos odontológicos e a autopercepção da saúde bucal em pacientes com PCM, foi realizado um estudo transversal com pacientes em qualquer fase da PCM atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, entre dezembro de 2017 e julho de 2018. Os participantes foram submetidos à coleta de dados clínicos, demográficos, avaliação odontológica e de autopercepção por meio do formulário utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010. Foram estudados 52 pacientes, 51 (96,4%) eram homens, a mediana de idade foi 57 anos. A maioria era tabagista (43/52-82,7%) e apresentava a forma crônica da PCM (50/52-96,15%), sendo que 38 (73,1%) tinham apresentado lesões bucais na fase ativa da PCM. Quanto à avaliação odontológica, os participantes apresentaram elevado Índice de Dentes Cariados, Perdidos, e Obturados (CPO-D) (mediana de 30 dentes). O componente mais comprometido foi o “perdido” (mediana de 21 dentes). Edentulismo total foi observado em 17 (32,7%) pacientes. Doença periodontal foi observada em 15 dos 35 pacientes que tinham pelo menos um dente (43,25%). Em relação ao nível de satisfação com os dentes/boca, 27 (51,9%) referiram estar satisfeitos ou muito satisfeitos. Não houve associação entre grau de satisfação com a saúde dos dentes/boca e o índice CPO-D e Índice de Condição Periodontal (CPI) (teste de Kruskal-Wallis, $p=0,841$ e $p=0,224$, respectivamente). Observou-se, portanto que os agravos odontológicos mais frequentes foram a doença periodontal e a perda dentária e que autopercepção de saúde bucal não se correlaciona com a condição clínica encontrada.

Palavras chave: paracoccidioidomicose, doença periodontal, saúde bucal.

1 INTRODUÇÃO

A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica, cujo agente etiológico são fungos dimórficos do gênero *Paracoccidioides*, tendo sua distribuição geográfica restrita ao continente americano, do México à Argentina.

No Brasil é mais frequente nos Estados das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Destacou-se como a oitava causa de mortalidade entre as doenças infecciosas e parasitárias predominantemente crônicas, apresentando a mais alta taxa de mortalidade entre as micoses sistêmicas. Mato Grosso do Sul foi o estado com maior taxa de mortalidade por PCM entre os anos de 1980-1995 (COUTINHO et al., 2002).

Predomina entre trabalhadores rurais, homens adultos de meia idade. Mostra forte impacto socioeconômico por causar manifestações debilitantes que atingem os indivíduos na fase mais produtiva de suas vidas, sendo considerada um importante problema de saúde pública.

A infecção acontece após a inalação de esporos provenientes do solo, causando doença pulmonar clínica ou subclínica, seguida ou não de disseminação linfo-hematogênica para outros órgãos. A mucosa bucal é um dos órgãos frequentemente afetados, com lesões ulceradas de evolução lenta em qualquer região da mucosa bucal, denominada de estomatite moriforme. Os pacientes podem apresentar sangramento no local da lesão e mobilidade dentária, com perda dental.

Uma recente classificação de saúde gengival e doenças e condições gengivais incluiu como doença gengival não induzida por placa/biofilme dental, doenças gengivais de origem fúngicas, como a candidíase, histoplasmose, aspergilose e outras micoses (Chapple et al., 2018).

Há um crescente reconhecimento de que os problemas bucais possam impactar negativamente na saúde. Esses agravos causam perda funcional, com abalo na estética, mastigação, nutrição, fonação e consequentemente a auto estima.

São poucos os estudos que abordam os agravos odontológicos e inexistentes sobre a autopercepção da saúde bucal nessa população. Como a cárie dental e a doença periodontal são consideradas os agravos mais importantes odontológicos, este trabalho foi desenvolvido para analisar aspectos clínico-odontológicos de pacientes com PCM, a condição oral e a auto percepção do indivíduo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Paracoccidioidomicose, histórico e nomenclatura

A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica endêmica, subaguda ou crônica, cujo agente etiológico são espécies do fungo dimórfico do gênero *Paracoccidioides*, encontrado nas regiões tropicais e subtropicais da América Latina (MARQUES, 2003; MENDES et al., 2017).

A PCM tornou-se um problema significativo de saúde pública, causando diminuição da qualidade e da expectativa de vida. Além disso, é uma micose de grande importância em razão da gravidade de algumas de suas formas anátomo-clínicas e de suas taxas de hospitalização e mortalidade (COUTINHO et al., 2002; BITTENCOURT et al., 2005).

Adolpho Lutz em 1908 observando lesões bucais de dois pacientes de São Paulo encontrou e descreveu pela primeira vez fungos esféricos, com morfologia diferente da revelada pelo *Coccidioides immitis* descrito por Posada e Wernick (1892) e, em 1º de abril de 1908, foi publicada pela primeira vez a descrição da PCM. Em exames histopatológicos Adolpho Lutz encontrou reação tuberculóide, células gigantes, células epitelióides e fungos com exo-esporulação (LACAZ, 1982).

Após a descrição da doença, fatal na ocasião pela inexistência de terapia específica, após longo período de análise e estudo das lesões cutâneas e mucosas, Alfonso Splendore, em 1912 classificou o agente etiológico da paracoccidioidomicose dentro do gênero *Zymonema*, propondo a denominação de *Zymonema brasiliensis* (LACAZ, 1982).

A classificação definitiva foi feita por Floriano Paulo de Almeida, que confirmou os achados descritos por Adolpho Lutz e em 1930, criou o gênero *Paracoccidioides* dentro do reino Fungi, revalidando também a espécie *brasiliensis*, criada por Splendore. (LACAZ, 1982; MOREIRA 2008).

Segundo Lacaz (1994) com a observação e o relato de casos isolados da doença em outros países da América do Sul, a mesma passou a ser chamada de blastomicose sul-americana, doença de Lutz, doença de Lutz-Splendore-Almeida. A designação “blastomicose sul-americana” tem sido muito utilizada, mas apesar de quase a totalidade dos casos ocorram em habitantes da América do Sul, a doença

não é exclusiva dessa região geográfica e “blastomicose” é um termo que deve ser restrito à infecção por *Blastomyces dermatidis*.

Sendo assim, houve oficialização do termo paracoccidioidomicose em 1971, durante reunião de micologistas do continente americano, em Medellín, Colômbia, mundialmente aceita desde então (LACAZ, 1982).

2.2 Etiologia - Gênero *Paracoccidioides*

No que diz respeito à etiologia da doença, A paracoccidioidomicose (PCM) é causada por fungos termodimórficos de duas principais espécies: *Paracoccidioides brasiliensis* (*P. brasiliensis*) e *Paracoccidioides lutzii* (*P. lutzii*) (SHIKANAI – YASUDA et al., 2017)

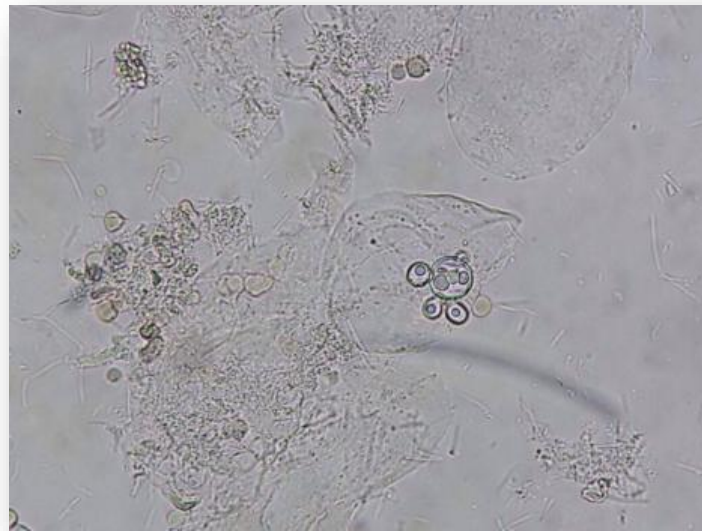
P. brasiliensis é composto por um complexo de pelo menos cinco agrupamentos geneticamente isolados, classificados como espécies filogenéticas: S1a, S1b, PS2, PS3 e PS4. As espécies filogenéticas S1a e S1b são predominantemente encontradas na América do Sul, especialmente no Sudeste e Sul do Brasil, na Argentina e no Paraguai. A espécie *P. lutzii* ocorre principalmente na região Centro-Oeste do Brasil, mas também foi descrito recentemente na região Norte (TEIXEIRA et al., 2014).

É um fungo termodimórfico que se apresenta na forma filamentosa à 25° C e na forma de levedura de 37°C, tem como condições favoráveis para o seu crescimento ambientes com temperatura moderada, umidade relativamente alta, e presença de rica vegetação, porém seu habitat é desconhecido (RESTREPO et al., 1994; BAGAGLI et al., 2006).

Por apresentar dimorfismo termo dependente, cresce à temperatura ambiente sob a forma de colônias brancas, aderentes ao meio e, microscopicamente apresenta: hifas delgadas, hialinas, septadas, multinucleadas e ramificadas com produção de clamidósporos terminais ou intercalares, conídios e ausência de corpo de frutificação, sendo denominada de saprófita ou micélio (LACAZ, 1994). Quando cultivado a 35°C-37°C, em meios enriquecidos desenvolve colônias de coloração creme, chamadas cerebriformes ou leveduriformes, microscopicamente observa –se a presença de células arredondadas ou ovais, multinucleadas, com paredes celulares espessas,

birrefringentes, rodeadas por multibrotamentos, constituindo a variante L (levedura). Sua imagem microscópica lembra a roda de leme de navio. Esta fase é conhecida também como parasitária, pois é encontrada causando lesões nos tecidos do hospedeiro humano ou animal (Lacaz,1994).

Figura 1 - Exame micológico direto em hidróxido de potássio, revelando presença de forma típicas de *Paracoccidioides* spp em escarro (aumento 40x)



Apesar de existirem áreas endêmicas bem definidas, a exata localização do patógeno no ambiente é dificultada pelo caráter casual e não repetitivo das ocorrências, aliado às dificuldades de isolamento do agente etiológico. Em virtude do prolongado período de latência da doença, a falta de surtos epidêmicos e as frequentes migrações das populações rurais é impossível a identificação do local onde a infecção foi adquirida (Restrepo et al.,1994).

Segundo Vieira, 2014, nas últimas décadas, mudanças nas características demográficas e na distribuição geográfica da incidência da PCM foram observadas, podendo ser atribuídas ao aumento da urbanização, aplicação de métodos diagnósticos e presença de comorbidades e imunossupressão.

Do mesmo modo, fatores ambientais, como níveis elevados de umidade do solo e temperaturas entre 18-28°C, que são favoráveis à esporulação fúngica e à dispersão aérea, são relacionados a um surto de casos agudos de PCM na região

Sudeste, descrito por Barrozo et al., 2010. As correlações podem refletir o aumento do crescimento fúngico após o aumento no armazenamento de água no solo a longo prazo e maior liberação de esporos com aumento da umidade absoluta do ar a curto prazo (Barrozo et al., 2009).

É aceito que o fungo viva saprobioticamente em solo úmido, rico em proteínas, e em solos cercados por rios, lagos e pântanos, onde as variações de temperatura são mínimas. Nesses ambientes, os fungos crescem na fase de micélio, produzindo conídios que sobrevivem por vários meses, possibilitando a dispersão aérea; assim, os propágulos infectantes são inalados pelo homem até os alvéolos pulmonares, dando origem a uma infecção subclínica que pode se disseminar para outros órgãos por via linfo-hematogênica (Ortega et al., 1996).

Há constatação de que a infecção natural pelo *P. brasiliensis* nos tatus é alta, estes animais são reconhecidos como reservatórios naturais e são importantes sinalizadores da ocorrência do patógeno no ambiente; isso abriu novas oportunidades para os estudos ecológicos desse fungo (Bagagli et al., 1998; Bagagli et al., 2006) que pode ser facilmente cultivado a partir dos órgãos internos do animal (baço, fígado e gânglios linfáticos), indicando um processo sistêmico. *P. lutzii* ainda não foi isolado de tatus (Shikanai-Yasudai et al., 2017).

A literatura tem relatado o sucesso obtido no isolamento de *P. Paracoccidioides* spp a partir de vísceras (fígado, baço, linfonodos e pulmões) do tatu (*Dasypus novemcinctus* no Brasil e *Cabassous centralis* na Colômbia), através das técnicas micológicas tradicionais de cultivo e isolamento de células leveduriformes, métodos moleculares, como a técnica de reação de polimerase em cadeia (PCR). (Bagagli et al., 2006) Pode-se dizer, portanto, que o contato com tatus está intimamente relacionado com maior risco de infecção, principalmente nos indivíduos que residem nas áreas endêmicas.

2.3 Infecção Humana

A infecção é contraída pela inalação do fungo, ocorrendo a formação de lesões que podem curar espontaneamente ou disseminar-se por via hematogênica e/ou linfática atingindo vários órgãos e mucosas, sendo que lesões da mucosa bucal são consideradas secundárias à disseminação do agente a partir dos pulmões (Londero e Del Negro, 1986).

Entretanto durante muito tempo acreditou-se que o mecanismo de infecção humana ocorria pela via oral, visto que grande número de pacientes que relatavam hábito de mascar capins apresentava lesões em mucosa da cavidade oral (Moreira, 2008).

Embora as manifestações estomatológicas sejam o principal motivo da consulta para tratamento, a teoria da porta de entrada através de traumatismos envolvendo a mucosa bucal, atualmente está descartada, ocorrendo como disseminação do fungo no organismo (Wanke et al., 1994; Franco et al., 1987).

Inalados pelo homem, chegam até os alvéolos pulmonares, dando origem a uma infecção subclínica que poderá disseminar-se para outros órgãos por via linfohematogênica (Franco et al., 1987).

A infecção humana ocorre após inalação dos conídios produzidos pela fase micelial do *Paracoccidioides* spp. Medindo em torno de 4 a 5 μ de diâmetro, esses propágulos infectantes alcançam o alvéolo pulmonar onde são fagocitados por macrófagos alveolares e se transformam em leveduras, etapa fundamental na patogênese da doença, desencadeando uma infecção geralmente passageira e benigna, que resulta em cicatriz estéril ou foco quiescente (MENDES et al., 2017).

2.4 Epidemiologia

A PCM é uma micose sistêmica, autóctone da América Latina, principalmente das zonas úmidas tropicais e subtropicais, sobretudo em países como Brasil, Argentina, Colômbia e Venezuela. Alguns países europeus citam a PCM como uma “micose de importação”, por existirem alguns casos relatados fora destas áreas em pacientes que visitaram ou residiram por algum tempo num país latino-americano (MAYAYO et al., 2007; BOUSQUET et al., 2007).

A infecção está relacionada às atividades profissionais rurais e agrícolas, onde o indivíduo infecta-se nas duas primeiras décadas de vida, enquanto que as manifestações clínicas ocorrem entre a terceira e quinta década de vida. Sendo assim, a maior frequência se dá em indivíduos adultos entre 30 e 60 anos de idade, do sexo masculino, na proporção de 10 homens para cada mulher, quase sempre fumantes e/ou etilistas crônicos, de condições higiênicas, nutricionais e socioeconômicas precárias, sendo que a baixa imunidade favorece o avanço da doença (WANKE & LONDERO, 1994).

A diferença de incidência por gênero é atribuída a fatores hormonais, por efeito dos receptores de estrógeno no fungo capazes de inibir a transformação da fase micelial infectante para a fase leveduriforme parasitária no fungo *Paracoccidioides* spp. (RESTREPO et al., 1984; SALAZAR et al., 1988).

Segundo estimativas, cerca de 10 milhões de indivíduos estão infectados com o fungo, destes 2,0% podem desenvolver a doença. No Brasil, estima-se uma incidência anual de 1 a 3 novos casos por 100 mil habitantes em áreas com alta endemicidade, com coeficiente de mortalidade de 0,14 por 100 mil habitantes (MARTINEZ et al., 2015).

Porém, a maioria destes pacientes, quando procuram atenção médica, já saíram da área endêmica, residindo em centros urbanos onde exercem outras atividades, não ligadas ao trato do solo. Tabagismo e alcoolismo estão frequentemente associados à micose (SANTOS et al., 2003).

Alguns aspectos que podem estar contribuindo para a diminuição dos casos agudos entre os jovens é a redução do trabalho infantil e o envelhecimento da

população rural, reduzindo significativamente a exposição da população infantil e juvenil aos conídios inaláveis de *Paracoccidioides* spp (FABRIS et al., 2014).

A PCM tem taxas de morbidade e mortalidade comparáveis às de outras infecções endêmicas parasitárias crônicas e é considerada doença ocupacional e, devido às sequelas freqüentes e sua condição médico-social, o impacto pode se estender por anos após o tratamento antifúngico, sendo considerada um grave problema de saúde pública (MARTINEZ, 2015)

Segundo Coutinho et al. (2002) é a oitava causa de morte no Brasil considerando as doenças infecciosas e parasitárias predominantemente crônicas. Sua importância relaciona-se aos custos sociais e econômicos pelo acometimento dos indivíduos na fase mais produtiva da vida, tratamento prolongado, além das sequelas freqüentes que podem provocar a morte.

Diferente de outras moléstias, a PCM não se enquadra dentro do padrão usual das micoses que são, geralmente, relacionadas a doenças imunodepressoras, embora exista casos desta micose associados à infecção pelo HIV, neoplasias e, mais raramente, o transplante de órgãos (PANIAGO et al., 2005). Não obstante, o estudo de Fabris et al.(2014), alerta para o aumento da coinfecção com a aids, da primeira para a segunda década do referido estudo, sem alterações na taxa de coinfecção com a tuberculose. Não tendo sofrido alteração na taxa de letalidade, chamando a atenção para a relevância dessa doença negligenciada.

2.5 Classificação das formas clínicas

A PCM pode comprometer qualquer órgão, aparelho ou sistema, onde a diversificação do PCM tende a dificultar sua classificação. Várias classificações das formas clínicas da PCM foram publicadas com base em diferentes critérios, como topografia da lesão, história natural da doença, gravidade da apresentação clínica e resultados da reação sorológica. O consenso de 2017 adotou a classificação apresentada no Colóquio Internacional sobre PCM realizado em fevereiro de 1986 em Medellín, Colômbia (Shikanai-Yasuda et al, 2017).

Classificação proposta de Paracoccidioidomicose:

1. Infecção paracoccidióidica.

2. Paracoccidioidomicose doença

2.1 Forma aguda ou subaguda (tipo juvenil)

2.1.1 Moderada

2.1.2 Grave

2.2. Forma crônica (tipo adulto)

2.2.1 Leve

2.2.2 Moderada

2.2.3 Grave

3. Formas residuais ou Sequelas

4. Mista

Forma aguda/subaguda (tipo juvenil)

Esta forma de apresentação clínica representa menos de 10% dos indivíduos em MS, 25% dos indivíduos em SP, acometidos desta patologia, sendo a mais grave e a que afeta jovens de ambos os sexos, predominando em crianças e adolescentes, mas podendo eventualmente, acometer indivíduos até os 35 anos de idade, os quais apresentam acentuada depressão da resposta imunocelular antígeno específica (FRANCO, 1986; SHIKANAI - YASUDA, 2017).

Caracteriza-se por evolução mais rápida, onde o paciente geralmente procura o serviço médico entre 4 a 12 semanas de instalação da doença. Em ordem de frequência, podemos destacar a presença de linfadenomegalia, manifestações digestivas, hepatoesplenomegalia, envolvimento ósteo-articular e lesões cutâneas como as principais formas de apresentação (SHIKANAI - YASUDA, 2017).

As lesões em mucosas são pouco frequentes, ocorrendo em 15% a 20% dos casos; o acometimento pulmonar é raro, estando presente em apenas 5% a 11 % dos pacientes (FRANCO et al., 1987).

Forma crônica (tipo adulto)

Esta forma clínica representa a maioria dos casos de PCM (74% a 96%) e acomete, frequentemente, adultos do sexo masculino em idade produtiva, ou seja, entre 30 e 60 anos (proporção de homens para mulheres: 22: 1). Progredie lentamente, de forma silenciosa, podendo levar de 4 a 6 meses, possivelmente até um ano de sintomas frequentes (FRANCO, 1986; SHIKANAI - YASUDA, 2017).

As manifestações pulmonares estão presentes em 90% dos pacientes. A doença surge a partir de um foco quiescente, caracterizando-se por apresentar curso de evolução lento, podendo apresentar forma unifocal, acometendo um único órgão ou disseminação para outros órgãos, sendo multifocal. Os pulmões podem ser o único órgão afetado em até 25% dos casos, sendo pulmões, mucosas da via aerodigestiva superior e pele os sítios mais acometidos pela infecção (SHIKANAI - YASUDA, 2017).

Vieira e Borsatto-Galera (2006) relatam que na forma crônica, as lesões bucais são comuns e podem ser o primeiro sinal da doença, apresentando sintomas como sialorréia, halitose, sangramento no local da lesão, mobilidade dentária, dor, ardor e, ainda tumefacção difusa no lábio assim como demonstrado por Neville et al., (2004). As lesões do palato mole e faringe causam odinofagia, levando ao emagrecimento e agravando o estado geral do paciente. O acometimento da laringe e cordas vocais ocasionam diversos graus de disfonia, ou mesmo afonia completa. No Mato Grosso do Sul, 84,6% dos casos de PCM apresentam-se na forma crônica, sendo que a maioria dos pacientes apresentaram lesões em orofaringe (66,4%); rouquidão (31,4%) e tosse (50,7%) (PANIAGO et al., 2003).

Outra forma clínica é a residual, caracterizada pela ausência de fungos viáveis e pela formação da fibrose gerando sintomas e sinais diversos de acordo com o sítio anatômico da lesão, seja ela pulmonar que corresponde a 50 a 100% dos casos, adrenal ou laríngea (PEDROSO et al., 2012).

Forma Mista

Manifestações clínicas de ambas as formas têm sido descritas em alguns pacientes, em geral imunodeprimidos com quadros disseminados graves (MENDES et al, 2017).

2.6 Manifestações clínicas estomatológicas

Embora a via primária de infecção seja pulmonar, pela inalação de esporos ou partículas do fungo, vários sítios anatômicos podem ser acometidos pela disseminação linfo-hematogênica, inclusive a mucosa bucal (ALMEIDA et al., 1991; TOLENTINO et al., 2010). Tais lesões caracterizam-se por ulcerações com fundo granuloso e avermelhado, acompanhado por ponteados hemorrágicos característicos, denominado estomatite moriforme de Aguiar Pupo (VERLI et al., 2005). Estas se apresentam geralmente multicêntricas e dolorosas, acompanhadas de macroqueilia, sialorréia abundante, sensação de prurido e ardor e podem apresentar-se também sob a forma de ulceração mais profunda.

Lesões cutâneo-mucosas, linfonodos regionais e tendência a disseminação linfática e/ou hematogênica podem levar a um quadro por vezes fatal na ausência de terapêutica precoce e adequada. Na forma crônica, a mucosa bucal é acometida com bastante frequência (BISINELLI et al., 2001) e, na maioria das vezes, de forma oligossintomática, o que retarda o diagnóstico da infecção. Alguns pacientes podem apresentar sintomas como sialorréia, sangramento no local da lesão, mobilidade dentária, dor, ardor e, ainda, tumefação difusa no lábio (NEVILLE et al., 2004). Estas são espontaneamente dolorosas durante a mastigação, prejudicando a higiene oral e contribuindo efetivamente para a depleção do quadro nutricional do paciente (CERRI E PACCA. 1998).

Nas formas bucais crônicas da PCM, o periodonto pode estar comprometido, o que resulta em mobilidade dentária ou exfoliação espontânea dental. Muitas vezes a manifestação da doença ocorre após uma extração dentária, pois a manipulação cirúrgica do tecido periodontal e periapical onde o *Paracoccidioides* spp. está instalado altera o equilíbrio imunológico promovendo maior disseminação pela cavidade bucal (FRANÇA et al., 2008; PALMEIRO et al., 2005). Como medida terapêutica é imperativo conceber a ideia do envolvimento bucal da patologia, sobretudo nos sulcos periodontais, até mesmo nos sulcos clinicamente saudáveis, acelerando a doença periodontal e levando à perda precoce de dentes. (CERRI et al., 1986).

A PCM é uma micose profunda com lesões orais típicas e forte predileção pela gengiva, sendo os locais mais acometidos além desta, o palato e a língua incluindo por vezes outras mucosas de revestimento adjacentes como a faringe e a laringe.

Ainda que seja menos frequente, a infecção pode invadir o tecido ósseo da boca, gerando complicações como a perfuração do palato duro quando o fungo se instala na maxila. Desta forma é relevante ao Cirurgião-Dentista o conhecimento desta enfermidade já que apresenta manifestações bucais cuja identificação pode facilitar o diagnóstico da infecção (CASTRO et al., 1999; SILVA et al., 2007; BICALHO et al., 2008). Entretanto a PCM oral é uma lesão incomum observada em amostras de biópsia oral, sendo que as diferenças na frequência relativa de PCM oral estão relacionadas a variações geográficas (ARRUDA et al., 2018).

Figura 2 A. Aspectos clínicos da Paracoccidioidomicose oral, lesão característica do tipo moriforme, com pontilhados hemorrágicos, localizada em palato e rebordo gengival semelhante a periodontite (seta). B. Tumefação labial em decorrência de lesão de PCM.

A



B



2.7 Diagnóstico

Como a PCM é sistêmica, a atenção do observador deve inicialmente ser direcionada para o estado geral do paciente e, depois, para os órgãos e sistemas mais frequentemente comprometidos de acordo com as principais formas de apresentação da doença: PCM aguda / subaguda e PCM crônica (SHIKANAI – YASUDA et al., 2017).

A infecção é diagnosticada por uma reação intradérmica positiva a antígenos específicos e achados de necropsia de fungos latentes, sendo considerada a forma assintomática da doença. Nestes indivíduos a imunidade celular encontra-se

preservada, observando-se intensas reações intradérmicas (FRANCO,1986; MONTENEGRO, 1994)

Os critérios para o diagnóstico definitivo de PCM são baseados em demonstrar a presença das células fúngicas, em brotamento, nos materiais clínicos, e a detecção de anticorpos no soro e que pode ser útil para o controle da evolução e resposta ao tratamento da PCM (GEGEMBAUER et al., 2014).

O padrão ouro para o diagnóstico de PCM é o encontro de elementos fúngicos sugestivos de *Paracoccidioides* spp em exame a fresco de escarro ou outro espécime clínico (raspado de lesão, aspirado de linfonodos) e/ou fragmento de biopsia de órgãos supostamente acometidos (SHIKANAI – YASUDA et al., 2017).

Diversas técnicas de coloração histológica são utilizadas, entre elas a Hematoxilina-Eosina (HE), Periodic Acid Schiff (PAS) e a utilização de impregnação pela prata pelo método de Gomori-Grocott, evidenciam fungos com aspecto arredondado, possibilita maior facilidade, fidelidade e nitidez em observar formas de *Paracoccidioides* além de ressaltar sua utilização como método auxiliar no diagnóstico precoce (ARAÚJO et al., 2003).

Os testes sorológicos revelam anticorpos contra o micro-organismo antes mesmo dos exames de cultura e histopatológico, e são de amplo uso na confirmação diagnóstica (BLOTA et al., 1999). A imunodifusão dupla em gel de ágar mostra sensibilidade superior a 80% e especificidade superior a 90%. Métodos moleculares aumentam sobremaneira essa especificidade (WANKE et al., 2009).

Achados citológicos de PCM são característicos e a citologia é precisa no diagnóstico da doença (CARDOSO et al. 2008). Como as regiões periodontal e labial são as mais acometidas nas formas bucais crônicas, a utilização da citologia esfoliativa pode auxiliar muito no diagnóstico dessas lesões (ORTEGA et al., 1996) uma vez que são de baixo custo, de simples execução, não invasivas e indolores para os pacientes, podendo ser utilizado na rotina ambulatorial em lesões suspeitas (ARAÚJO et al., 2003; TALHARI et al., 2008).

2.8 Tratamento

O tratamento do paciente portador da PCM irá depender da gravidade da doença e além da utilização de drogas antifúngicas, o emprego de medidas que melhorem as condições gerais do paciente e acompanhamento pós-terapêutico se faz necessário (MARQUES, 2012).

Feito o diagnóstico de PCM o paciente deve ser encaminhado para tratamento médico e concomitantemente a este tratamento deve ser realizado a profilaxia dos agentes intrabuciais, removendo-se focos dentários e periodontais. Isso por que os elementos dentais e anexos constituem importantes elementos na patogenia da PMC, fornecendo provavelmente, substrato à vida saprobiótica do fungo na boca e favorecendo sua penetração no organismo especialmente em doenças periodontais (HASSESIAN *et al.*, 2000; FRANÇA *et al.*, 2011). A terapêutica sistêmica específica isolada não é suficiente para restabelecer a saúde bucal, havendo a necessidade de um tratamento multidisciplinar entre o médico e o cirurgião-dentista (FRANÇA *et al.*, 2008).

A doença mostra uma boa resposta após algumas semanas de tratamento, mas se o tratamento não for seguido da forma adequada, a piora é comum. (MARTINEZ, 2004; ALMEIDA *et al.*, 2003).

O itraconazol é considerado a melhor opção para formas clínicas leve a moderada. A dose recomendada é de 200 mg por dia durante 6 a 9 meses para doença leve e 200 mg por dia durante 12 a 18 meses para a doença moderada. Para crianças com peso inferior a 30 Kg e com idade superior a cinco anos, um regime de 5 a 10 mg / kg diária de itraconazol durante 12 a 18 meses, é sugerido. sulfametoxazol-trimetoprim é opção, sendo sua dose recomendada é de 2400 mg, mais de 480 mg por dia durante 12 meses para os casos leves e de 24 meses em casos moderados (SHIKANAI-YASUDA *et al.*, 2017).

A anfotericina B endovenosa costuma ser indicada para os casos mais graves da doença, o total “dose cumulativa” deve ser equivalente a 30 mg/kg (SHIKANAI-YASUDA *et al.*, 2017).

Figura 3 Esquema de tratamento ambulatorial para formas leves e moderadas de paracoccidioidomicose

Drogas	Dose	Duração
Itraconazol*	200mg por dia **Crianças <30 kg e >5 anos, 5 a 10 mg/kg/dia, Ajustar a dose sem abrir a cápsula	9 – 18 meses
Cotrimoxazole*	Trimetoprim, 160 mg + sulfametoxazol, 800 mg (VO 8/8 h ou 12 / 12h) Crianças -Trimetoprim, 8 a 10 mg / kg + Sulfametoxazol, 40 a 50 mg / kg, VO 12 / 12h	18-24 meses ***
Anfotericina B	Desoxicolato 0,5-0,7mg / kg / dia (IV) Formulação lipídica 3-5 mg / kg / dia (IV)	2-4 semanas **** (até melhora)

CNS: sistema nervoso central. * Não use concomitantemente com astemizol, antiácidos e bloqueadores H2, barbitúricos, cisaprida, ciclosporina, didanosina, digoxina, fentanil, fenitoína, rifampicina, cisaprida e terfenadina. ** O aumento da experiência em crianças com sulfametoxazol tratamento / trimetoprim. *** prolongar a duração do tratamento, quando há envolvimento do SNC. **** Requer tratamento de manutenção com itraconazol ou cotrimoxazol.

Fonte Shikanai Yasuda, et al.,2017

2.9 Sequelas

Os principais desafios terapêuticos do manejo de PCM são o uso contínuo de agentes antifúngicos sistêmicos durante longos períodos, a possibilidade de recaídas, e o aparecimento de sequelas, principalmente no trato respiratório. É comum observar-se a persistência de sintomas residuais ou sequelas, como um resultado de lesão, cicatrizes e fibrose. As sequelas mais comumente observados ocorrem nos pulmões, sistema linfático, glândulas supra-renais, e CNS, sendo menos frequente a microstomia resultante de lesões periorais (SHIKANAI- YASUDA, et al.,2017).

Pedroso *et al* (2009) consideram a PCM como problema de saúde pública em função de elevados custos decorrentes não apenas da doença, mas também das sequelas, motivo comum de incapacitação para o trabalho.

Souza Jr *et al* (2006) revelaram que as características mais comuns da forma sequelar incluem a fibrose com insuficiência respiratória, *cor pulmonale* assim como a Doença de Addison. As sequelas são resultantes da reparação cicatricial em decorrência do tratamento que podem restringir as funções normais do paciente assim como alterar anatomicamente a região afetada seja na face, orofaringe ou pulmões. As mais comuns são cicatrizes atróficas, microstomia, estreitamento laríngeo, doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose pulmonar (PANIAGO *et al.*, 2003).

Além destas, a disfunção da suprarrenal, disfonia e/ou obstrução da laringe, diminuição da abertura de boca pela cicatrização hipertrófica da rima bucal e epilepsia e/ou hidrocefalia também são observadas (YASUDA *et al.*, 2005).

Segundo Andrade *et al* (2007) a disfonia e a afonia em paciente com PCM por acometimento de cordas vocais e laringe revelam a formação de sequelas da ausência ou inobservância de uma tratamento adequado, com a instalação do fungo em maxila ocasionando a perfuração do palato duro.

Lopes Neto *et al* (2011) citam as alterações sequelares laringológicas além da presença de disfonia em todos os pacientes do estudo causando restrições funcionais na maioria dos casos.

O diagnóstico precoce o encaminhamento para tratamento médico adequado, diminui consideravelmente as sequelas bucais e sistêmicas, onde as lesões orais geralmente mostram uma excelente resposta após algumas semanas de tratamento (ALMEIDA *et al.*, 2003).

3 AGRAVOS ODONTOLÓGICOS

Os principais agravos que acometem a saúde bucal e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são: cárie dentária; doença periodontal – gengivite e periodontite; câncer de boca; traumatismos dentários; fluorose dentária; edentulismo; e, má oclusão (BRASIL, 2008).

Neste trabalho, abordaremos a cárie dentária; doença periodontal – gengivite e periodontite e edentulismo, assim como as sequelas bucais da PCM.

3.1 Doença Periodontal

A Doença Periodontal (DP) é uma infecção crônica, com níveis de prevalência elevados, sendo a segunda maior causa de patologia dentária na população humana de todo o Mundo. Desordem inflamatória de origem infecciosa que envolve a destruição das estruturas de suporte do dente, como o ligamento periodontal, gengiva e osso alveolar, levando a perda dos dentes (FERMIN E CARRANZA,1983).

Figura 4 - Progressão da doença periodontal



Fonte ilusmedical/Shutterstock

A sua progressão é favorecida pelas características morfológicas dos tecidos afetados, o que a distingue de outras doenças infecciosas, sendo que suas manifestações clínicas dependem das propriedades agressoras dos microrganismos e da capacidade do hospedeiro em resistir a essa agressão (FERMIN E CARRANZA,1983).

Sendo assim, pacientes imunocomprometidos, portadores de doenças crônicas e com tempo de internação prolongado constituem condições propícias ao desenvolvimento de doença periodontal grave que pode contribuir com a mortalidade

daqueles quadros clínicos (GAETTI-JARDIM JR et al., 2008). Isso porque a doença periodontal pode representar um foco de disseminação, por via hematogênica, de bactérias altamente virulentas para outros locais do organismo, mesmo aqueles distantes da cavidade bucal, influenciando, dessa forma, no desenvolvimento de outras doenças ou condições sistêmicas, como diabetes mellitus, nascimento de bebês prematuros e de baixo peso, doenças cardiovasculares, pulmonares e cerebrovasculares (MATTILA et al., 1995).

Está ligada a diferentes espécies microbianas, em particular os bastonetes Gram-negativos, como *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum* e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, relacionados a outros microrganismos Gram-positivos e negativos (FENG E WEINBERG, 2006). Onde, as bactérias anaeróbias e microaerófilas bucais estão envolvidas em diversos outros processos infecciosos. Dentre essas metodologias, que constituem importantes e precisas ferramentas de diagnóstico clínico e identificação das espécies microbianas bucais, destaca-se o PCR – Polymerase Chain Reaction, que colabora na compreensão das inter-relações entre essa microbiota e seu hospedeiro (LEUNG et al., 2005).

A patogênese da DP está relacionada a processos inflamatórios e imunológicos, com a participação de bactérias subgengivais do tipo Gram negativas e seus produtos tóxicos (lipopolissacarídeos - LPS) na indução da produção de mediadores como citocinas, Interleucina (IL) - 6, fator de necrose tumoral (TNF) tromboxane 2, prostaglandinas e proteínas C reativas pelas células do paciente. Tecidos vizinhos, grandes bolsas periodontais, apresentam marcadores inflamatórios, tais como IL-17, TNF- α , MMP-2 e acumulação de osteoclastos, os quais poderiam ser preditores de reabsorção óssea local e disseminação da doença (ETEMADFAR et al., 2014; DA COSTA et al., 2015).

O monitoramento dessas bactérias em lesões periodontais avançadas pode ajudar muito na avaliação da eficácia do tratamento e no risco de novas lesões periodontais (SLOTS E LISTGARTEN, 1988), onde o diagnóstico precoce permite tratar estes doentes e evitar o agravamento da situação com a consequente perda dentária (ALMEIDA et al., 2006).

Nos últimos 30 anos, a classificação de periodontite tem sido repetidamente modificadas numa tentativa para alinhá-lo com a evidência científica emergente (CATON et al., 2018). O conhecimento atual sobre a fisiopatologia, permitiu classificar três formas de periodontite: periodontite, periodontite necrosante e periodontite como uma manifestação de doença sistêmicas. As formas de doença anteriormente reconhecidos como “agressivas”, agora agrupados em uma única categoria – Periodontites.

Figura 5 - Classificação das condições e doenças periodontais e peri-implantes 2017 - doenças e condições periodontais.

CLASSIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES E DOENÇAS PERIODONTAIS E PERI-IMPLANTES 2017										
DOENÇAS E CONDIÇÕES PERIODONTAIS										
Saúde periodontal, doenças e condições gengivais			Periodontites			Outras condições que afetam o periodonto				
Saúde periodontal e Saúde Gengival	Gengivite induzida por Biofilme dental	Doença gengival não Induzida por Biofilme Dental	Doença periodontal necrosante	Periodontite	Periodontites como manifestação de Doenças Sistêmicas	Doenças sistêmicas ou condições que afetam os tecidos de suporte periodontal	Abscessos periodontais e lesões endopéριο	Forças Oclusais traumáticas	Condições E Deformidades Mucogengivais	Fatores relaciona dos aos dentes E próteses
Doenças e Condições peri-implantes										
Saúde Peri implante			Mucosite Peri implante		Peri implantite			Deficiências de tecidos Moles e Duros peri implantes		

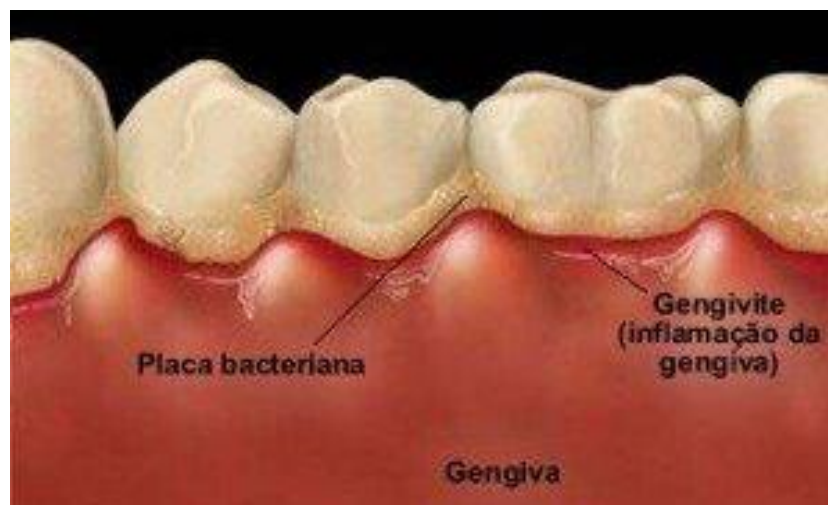
Fonte Caton et al., 2018 - traduzido

De forma simplificada, a DP é considerada gengivite quando a inflamação está confinada apenas na gengiva, sendo reversível com um protocolo de cuidados de higiene oral e educação em saúde, e periodontite que causa destruição do tecido periodontal e a reabsorção irreversível do osso de suporte, levando a formação de bolsas periodontais profundas entre osso e dente, sendo que o paciente com periodontite requer tratamento durante toda a vida para evitar recorrências da doença (BRASIL,2008; CATON et al., 2018).

A gengivite induzida por biofilme bacteriano tem como condição a presença do biofilme para iniciar ou exacerbar a severidade da doença e é caracterizada pela inflamação da gengiva marginal apresentando crescimento do contorno gengival, coloração avermelhada acentuada, aumento do exsudato gengival e sangramento após estímulo. Seus sinais clínicos e sintomas estão associados com níveis de inserção estáveis, sem perda da inserção clínica. A reversão da gengivite induzida por

biofilme bacteriano se dá pela remoção do fator etiológico, o que confere a reversibilidade da condição inflamatória. A inflamação gengival induzida por placa dentária é modificada por vários fatores sistêmicos e orais, está representada na figura 6. A intervenção apropriada é crucial para a prevenção de periodontite. Assim, o controle da inflamação gengival é essencial para a prevenção primária da periodontite. (MARIOTTI, 1999; MURAKAMI et al., 2018).

Figura 6 Gengivite induzida por biofilme dental



Fonte ilusmedical/Shutterstock

Enquanto a gengivite induzida por placa é uma das doenças inflamatórias que levam a DP, várias doenças gengivais não induzidas por placa e que são menos comuns, são de grande importância para os pacientes, dentre elas as micoses orais que causam lesões agudas, crônicas e mucocutâneas. Dentre elas estão a Histoplasmose, a aspergilose e a PCM. (HOLMSTRUPE et al., 2017).

Chapple et al. (2017) apresentam uma classificação de saúde gengival e doenças e condições gengivais, que incluem como doença gengival não induzida por placa/biofilme dental doenças gengivais de origem fúngicas, como a cândida, histoplasmoes, aspergilose e outras micoses.

A gengivite possui um diagnóstico clínico. Enquanto as tecnologias emergentes estão começando a lançar luz sobre os aspectos microbiológicos, moleculares, e características fisiopatológicas da gengivite este conhecimento não é suficiente para substituir os parâmetros clínicos como: eritema, edema, dor, calor e perda de função

(LINDHE, 1997; MURAKAMI et al., 2018) Estes podem manifestar-se clinicamente na gengivite como: Inchaço, visto como perda de margem gengival e embotamento de papilas, sangrando em sondagem suave, vermelhidão, desconforto em sondagem suave. Os sintomas que um paciente pode relatar incluem: sangramento nas gengivas (gosto metálico / alterado), dor, halitose, dificuldade em comer, aparência (gengivas vermelhas inchadas), redução da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (CARRANZA, 1993; CHAPPLE et al, 2018).

sondagem na área da bolsa gengival, associada à diminuição da resistência dos tecidos periodontais à sondagem, o que leva à formação da bolsa periodontal, juntamente com a perda da inserção gengival e do osso alveolar. A progressão desta doença é contínua e com breves episódios de exacerbação localizada e regressão ocasional, apresentando, assim uma natureza cíclica (GENCO E BORGNAKKE, 2013).

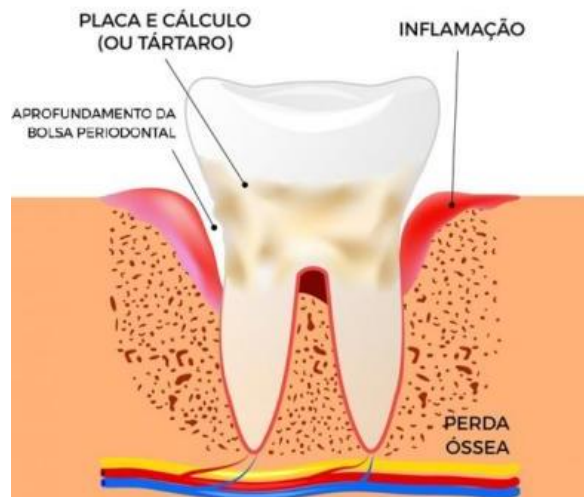
Figura 7 Doença periodontal, presença de cálculo dentário, perda de inserção gengival e exposição radicular.



A periodontite pode aumentar a susceptibilidade a doenças sistêmicas de várias maneiras. LPS e bactérias Gram-negativas viáveis de biofilmes e as citocinas pró-inflamatórias dos tecidos periodontais inflamadas podem entrar na circulação em quantidades patogênicas. Além disso, periodontite e certas doenças sistêmicas, tais

como doenças cardiovasculares apresentam os mesmos fatores de risco, como o tabagismo, sexo masculino, raça / etnia, estresse e envelhecimento (PAGE,1998).

Figura 8 - Periodontite



Fonte ilusmedical/Shutterstock

A manutenção da saúde periodontal e o sucesso do tratamento dependem da capacidade de controle de placa pelo binômio paciente/cirurgião dentista e controle dos fatores de risco, principalmente o fumo e o diabetes melittus (DM) (BRASIL, 2008).

FUMO

O tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável no mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de um terço da população mundial acima de quinze anos são fumantes, dos quais cerca de 800 milhões estão nos países subdesenvolvidos. Estima-se que 47% dos homens e 12% das mulheres do mundo fumam. Há evidências de que o tabaco afeta a imunidade humoral e a mediada por células, sendo fator de risco para doenças notadamente pulmonares, bacterianas e viróticas (INCA, 1997).

Santos et al. (2003) relatam que a chance de adoecer pela PCM é 14 vezes maior entre indivíduos fumantes, onde o hábito de fumar está fortemente associado aos

doentes, sugere –se que o tabagismo possa influenciar na recidiva de lesões pulmonares em pacientes clinicamente curados (DEL NEGRO, 1986; BISINELLI et al. 2001). Para explicar o mecanismo pelo qual o tabaco atua, Rosemberg (1987) descreve a ação das substâncias irritantes presentes na fumaça do tabaco e inaladas com seus efeitos de irritação, inflamação, alergia, broncoconstrição, ciliostase, até perda dos cílios, aumento da secreção de muco, alteração da atividade enzimática e imunitária dos macrófagos que levam ao desenvolvimento de inflamação brônquica crônica e destruição alveolar, o que favoreceria o desenvolvimento de infecções respiratórias.

O tabagismo também é considerado um fator de risco, ou fator modificador, e influencia negativamente o sistema imunológico, como resposta a uma dada carga de biofilme de placa dentária, resultando em inflamação gengival exagerada (CHAPPLE et al., 2018).

Para Carranza Júnior (1997), existe uma evidência clínica crescente de que o fumo tem um efeito nocivo na progressão da doença periodontal e na cicatrização após a terapia periodontal, sendo um dos principais fatores de risco comportamentais para a DP, mas que também tem efeitos profundos sobre a tecidos gengivais. Captação circulatória sistêmica de componentes de fumaça de cigarro, bem como a captação local são relatados como indutores da vasoconstrição microvascular e fibrose. Isso pode mascarar sinais de gengivite, como sangramento à sondagem, apesar de um infiltrado celular inflamatório patológico subjacente (CHAPPLE et al., 2018).

Desta forma a gengivite é menos severa em pacientes fumantes, porém propicia um agravamento na perda de inserção de dentes portadores de DP, podendo –se afirmar que tal doença se manifesta com maior gravidade em fumantes (Franca et al., 2010)

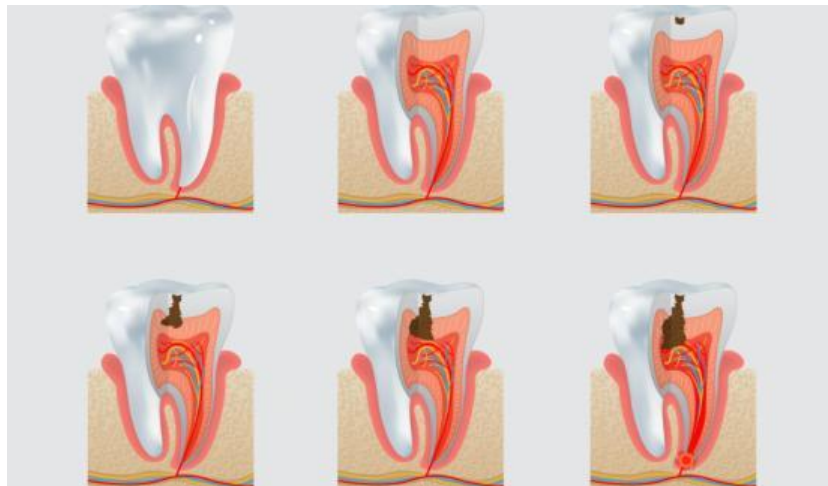
3.2 Cárie

A cárie dentária consiste numa desintegração patológica gradual e dissolução do esmalte e/ou dentina do dente, com eventual envolvimento da polpa, caracterizando-se pela desmineralização da porção inorgânica do dente e destruição

de sua porção orgânica, sendo considerada como manifestação clínica de uma disbiose. Progrida de forma muito lenta na maioria dos indivíduos, raramente é auto limitante e, na ausência de tratamento, progride até destruir totalmente a estrutura dentária (BRASIL, 2003; KIDD, 2005; SIMÓN-SORO; MIRA, 2015).

Quanto maior o desequilíbrio, isto é, quanto maior a frequência de dieta cariogênica e maior o intervalo de tempo sem controle de placa, mais intensa será a lesão de mancha branca, chegando à cavitação do esmalte, determinando assim, uma lesão de cárie avançada (Lima, 2007) que não tratada pode progredir levando a perda dentária.

Figura 9 - Progressão da doença Cárie



Fonte ilusmedical/Shutterstock

Esse processo é influenciado por muitos fatores determinantes, o que faz da cárie dentária uma doença multifatorial, complexa e com um caráter comportamental, podendo ser influenciada por diversos fatores modificadores (BRASIL, 2003).

Figura 10 Diagrama dos fatores determinantes da Cárie



Fonte - adaptado de Manji & Fejerskov (1990)

Deve-se definir cárie dentária como uma desmineralização reversível do esmalte provocada pelo desequilíbrio frequente do fenômeno de DES-RE, durante um período de tempo, produzida pela ação de ácidos provenientes do metabolismo de carboidratos na placa bacteriana dentária, e que traz algum prejuízo ao indivíduo, caracterizado por sinais (LIMA 2007; SIMÓN-SORO; MIRA, 2015).

Além dos fatores determinantes para a doença (interação entre hospedeiro, dieta, biofilme e tempo), é sabido que fatores sociais, econômicos e comportamentais podem influenciar no desenvolvimento da doença cárie. Segundo Antunes et al (2004) diferenças nos níveis de saúde podem ser explicadas pelas diferenças socioeconômicas.

A média de dentes atacados pela cárie entre os adultos (35 a 44 anos) é de 20,1 dentes e 27,8 dentes na faixa etária de 65 a 74 anos. A análise destes dados aponta também para perdas dentárias progressivas e precoces: mais de 28% dos adultos e 75% dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada (BRASIL, 2003).

3.3 Perda Dentária / Edentulismo

Pucca Júnior (2002) define a perda dentária como um quadro de sequela derivado de um processo de desgaste do corpo, sendo que, os componentes patológicos deste desgaste se sobrepuseram aos demais. Indicou ainda, que é preciso salientar que a perda dental configura-se enquanto resultado, ou seja, a perda dental se faz presente, porque as medidas de atenção à saúde bucal inexistiram ou fracassaram integralmente.

A perda dentária parcial ou total dos dentes, processo irreversível e cumulativo é o reflexo da falta de prevenção, de informação e consequentemente de cuidados com a higiene bucal, que deveriam ser destinados principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (PRESA E MATOS, 2014).

Figura 11 - Perda dentária evidenciando perda funcional e estética



A capacidade mastigatória está relacionada a perda dentária, consequentemente à qualidade de vida e a saúde geral, possivelmente refletindo o impacto da mastigação na escolha de alimentos, no aproveitamento de refeições e dieta, e também a importância da manutenção dos dentes para o bem-estar geral (BRENNAN et al., 2008).

As perdas dentárias podem ter efeitos significativos na saúde bucal e na qualidade de vida do indivíduo, pois afetam a capacidade mastigatória, o consumo de diversos alimentos, a fonação e causam danos estéticos com impactos psicológicos (KREVE, S.; ANZOLIN, 2016).

Figura 12 - Prótese parcial removível utilizada por um paciente com PCM.



Da mesma forma, o edentulismo é um problema de saúde pública que reflete a gravidade das condições de saúde bucal de determinada população, suas características socioculturais e o modelo de prática odontológica hegemônico (PETERSEN, 2003).

É resultante de diversos e complexos determinantes, como: condições precárias de vida, baixa oferta e cobertura de serviços de saúde, modelo assistencial predominante de prática mutiladora aliado às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada. O medo e a ansiedade a fatores odontológicos existem de fato na população brasileira, mostrando valores superiores à média mundial (BRASIL, 2003; CARVALHO et al., 2012).

Sua alta prevalência em certos grupos populacionais e os consequentes impactos funcionais e estéticos que afetam negativamente a qualidade de vida e desafiam os profissionais e os serviços de saúde a superarem esse cenário através de estratégias efetivas de prevenção e tratamento (PETERSEN, 2003).

Segundo Silva et al (2015) mesmo com avanços significativos proporcionados pela Política Nacional de Saúde Bucal, permanece um quadro de alta prevalência de perda dentária, necessidade de tratamento protético e desigualdades na oferta dos serviços.

Atualmente observam-se sequelas de doenças que requerem tratamentos cada vez mais complexos para a recuperação e a reabilitação da saúde bucal, devido ao

grande número de perdas dentárias (PINTO,2008) sendo que a manutenção dos dentes naturais e a reabilitação oral por tratamento protético são importantes para a qualidade de vida (SILVA; SOUZA, 2006). Entretanto a reabilitação está limitada pelas condições econômicas da população, apesar da reabilitação protética pode superar estas deficiências (FERREIRA et al, 2006).

Braga et al (2002), alertam para o fato da reabilitação precoce com próteses totais e da manutenção do aparelho protético por períodos além do recomendado, ocasionando perda da funcionalidade e consequente qualidade de vida.

A importância dos dentes para a identidade e para a integridade das pessoas é revelado pelo paciente, que quando busca recursos odontológicos para substituição dos dentes perdidos, está também demandando a reconstituição de sua imagem pessoal e social (Wolf et al., 1998).

Figura 13 - Prótese total com detalhe de restauração em Incisivo lateral, com o intuito de mascarar a prótese esteticamente.



4 AUTO PERCEPÇÃO

A auto percepção é uma medida que sintetiza a condição subjetiva da saúde bucal, a sua funcionalidade e os valores sociais e culturais relacionados à mesma, pois o seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a ela (GIFT; ATCHISON, 1998). Assim, a avaliação da saúde por pessoas leigas difere da que é feita por profissionais, pois os conceitos de saúde e de doença são determinados por valores culturais (SHEIHAM, 2008).

Essa avaliação reflete a qualidade de vida e está associada às condições de saúde geral, assim como a comportamentos relacionados aos cuidados com a saúde (MATOS, 2012) possibilitando ao indivíduo ter consciência da sua própria condição, o que acarreta mudança no seu comportamento e, como consequência, aumenta sua qualidade de vida (MARTINS et al., 2009).

A auto avaliação da saúde bucal é uma variável multidimensional que reflete a experiência subjetiva dos indivíduos sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico, onde o uso de serviços pode ser consequência da auto avaliação ou mesmo esta auto avaliação pode ser influenciada pelo uso de serviços odontológicos (KIYAK, 1993; REIS; MARCELO, 2005). Contudo, Gibilini et al (2010) afirma que apesar da reconhecida importância da saúde bucal, uma parcela importante da população brasileira não utiliza os serviços odontológicos frequentemente.

Macedo et al (2015) reforçam que as doenças orais, embora possam ser prevenidas, estão entre as doenças mais comuns e que um baixo índice de saúde bucal pode ter impacto na qualidade de vida e no bem estar, bem como impactos econômicos significativos.

Segundo Gabardo et al (2013) a reabilitação protética também parece guardar relação com a auto percepção bucal. Assim, o uso de próteses removíveis pode reduzir a percepção ruim dos impactos da saúde bucal.

Esse conhecimento possibilita o desvelar dos valores atribuídos e o significado conferido pelos indivíduos à sua saúde, subsidiando a formulação de políticas e a estruturação de programas em saúde (REIS; MARCELO, 2005).

5 OBJETIVOS

5.1. Objetivo geral

Analisar os agravos odontológicos e a autopercepção da saúde bucal em pacientes com PCM.

5.2. Objetivos Específicos

Descrever os aspectos sócio demográficos e clínico dos pacientes;

Verificar a frequência e tipos de agravos odontológicos presentes nesses pacientes;

Determinar a presença de doença periodontal em pacientes com PCM em qualquer fase da doença e sua correlação com a condição odontológica geral;

Analisar a associação entre e a autopercepção da saúde bucal e o estado clínico bucal de indivíduos com PCM.

.

6 MATERIAL E MÉTODOS

6.1 Tipo, local e período do estudo

Este estudo é do tipo transversal e foi realizado no ambulatório de micoses sistêmicas do Hospital Dia Professora Esterina Corsini, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, do HUMAP/EBSERH, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no período de dezembro de 2017 `a julho de 2018.

6.2 Participantes, Critérios de inclusão e exclusão

Foram convidados a participar da pesquisa pacientes em acompanhamento no ambulatório de micoses sistêmicas, no período do estudo, durante sua visita para tratamento médico.

Os critérios de inclusão foram pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico de paracoccidioidomicose em toda e qualquer fase de tratamento. Sendo excluídos os menores de 18 anos, gestantes, indígenas, indivíduos institucionalizados e privados de liberdade.

6.3 Coleta de dados

6.3.1 Dados Sociodemográficos

As variáveis, idade, sexo, raça, estado matrimonial, nível de escolaridade, renda familiar constituíram as características sociodemográficas, onde os dados demográficos: idade, sexo, escolaridade e profissão foram coletados por meio de entrevista que antecederam aos exames clínicos.

6.3.2 Dados Clínicos

Os dados clínicos relacionados a doença PCM foram obtidos do banco de dados de outro projeto “Estudo sobre a evolução clínica da paracoccidioidomicose” que foram coletados em caráter prospectivo;

Os exames bucais foram realizados por uma equipe integrada com dois examinadores treinados. Tendo sido utilizado espelho bucal plano e a sonda da OMS (sonda CPI) para levantamentos epidemiológicos, sob luz natural, com o examinador

e a pessoa examinada sentados. O local da realização dos exames era bem iluminado e ventilado e próximo a uma fonte de água (BRASIL,2010);

Os critérios para avaliação da cárie dentária foram: Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI foi empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, foi considerado o dente hígido (BRASIL, 2010);

Para avaliação da auto percepção da saúde bucal foi utilizado o formulário do projeto SB Brasil, (BRASIL, 2010) acrescido de 5 questões específicas sobre lesão bucal e perda dentária no curso da doença PCM; As questões acrescidas foram:

1. Já frequentou o dentista?
2. Teve lesão intra oral/bucal durante a doença?
3. Perdeu algum dente durante o curso da doença PCM?
- Se perdeu algum dente durante o curso da doença:
4. Extraíu o dente no dentista, em casa, ou no dentista e em casa?
5. Se em casa, qual foi o motivo? E como foi?

As condições objetivas relacionadas à saúde bucal foram definidas pelas variáveis: presença de cárie dentária, dentes perdidos e presença de dentes restaurados (CPO-D), presença de sangramento gengival, cálculo dentário, bolsa periodontal = Índice de condição periodontal, (CPI) perda de inserção periodontal (PIP) e o uso e necessidade de prótese dentária, todos segundo os critérios recomendados pela OMS (1997).

Foi considerado necessário o uso de algum tipo de prótese para indivíduos com perda ≥ 6 dentes.

Foi adotada neste estudo a combinação dos índices para presença de doença periodontal (CPI >2 e PIP >0), e ausência (CPI ≤ 2 e PIP=0), variável considerada explanatória para o presente estudo e de CPOD: muito grave ($>6,6$) (PINTO, 2000; BRASIL,2010).

Os índices utilizados para mensuração do CPO-D e Condição periodontal estão descritos na Figura 14.

Figura 14 - Índices utilizados para mensuração do CPO-D e Condição periodontal

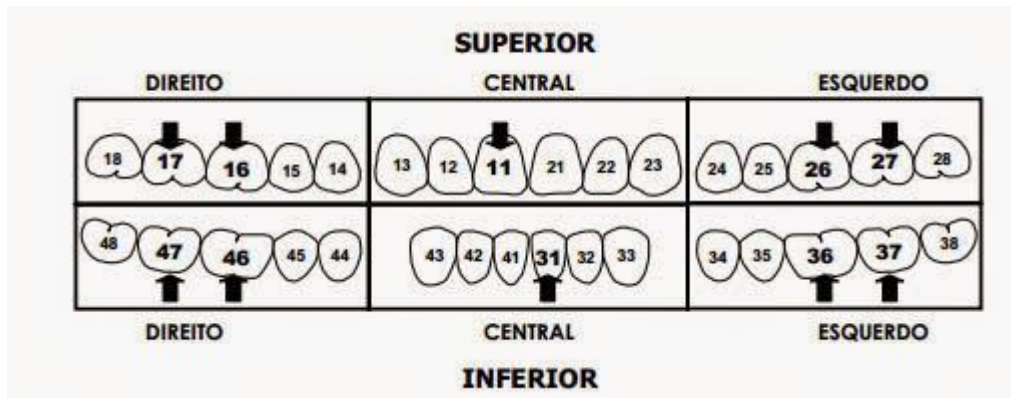
CPO-D		Condição Periodontal			
C= Cariado; P= Perdido O= Obturado D= dentes examinados		Índice de sangramento	Cálculo dentário	Bolsa periodontal	Perda de Inserção Periodontal
Muito baixo	1,1	0 sem sangramento	0 sem cálculo	0 ausência	0 menor que 3 mm
Baixo	2,6	1 com sangramento	1 com cálculo	1 bolsa rasa até 5,0 mm	1 entre 4 e 5 mm
Moderado	4,4	X sextante excluído	X sextante excluído	2 bolsa profunda maior que 5,5 mm	2 entre 6 e 8 mm
Alto	6,5	9 não avaliado	9 não avaliado	X sextante excluído	3 entre 9 e 11 mm
Muito alto	≥ 6,6			9 não avaliado	4 maior igual a 12 mm
					X sextante excluído
					9 não examinado

Fonte: BRASIL, 2010

O método de cálculo do CPO-D individual consiste na soma do número total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, de cada indivíduo. Porque a distribuição dos valores individuais de CPO-D neste estudo foi de padrão “não normal” optou-se por analisar a mediana dos CPO-D individuais em vez da média populacional, como usado no CPO-D comunitário (PINTO, 2008).

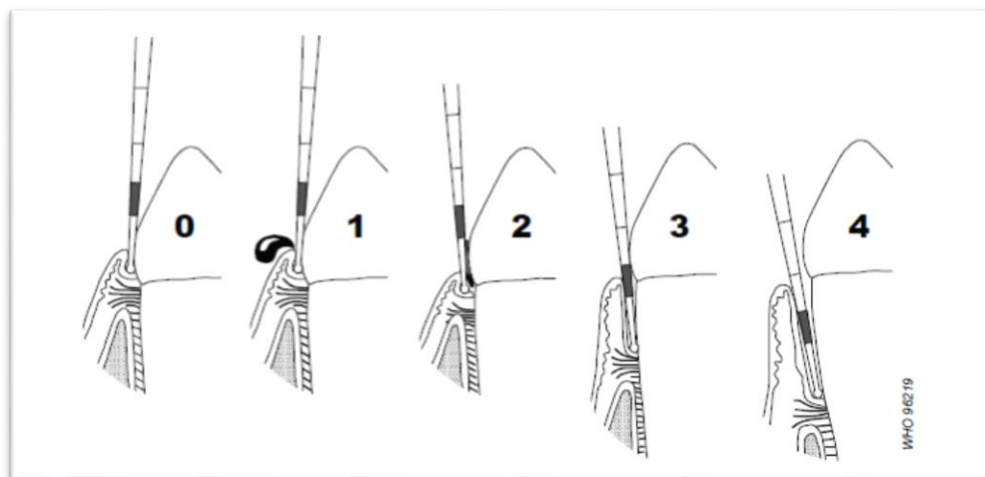
A condição periodontal foi avaliada por meio do índice de condição periodontal (CPI) e da perda da inserção periodontal (PIP). A CPI é avaliada por três indicadores, que permitem avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento, e presença de cálculo e bolsa. A PIP permite avaliar a condição da inserção periodontal, tomando como base a visibilidade da junção cimento-esmalte (JCE). As figuras 15 a 17 representam as avaliações clínicas para cada indicador.

Figura 15 - Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes índices para CPI e PIP.



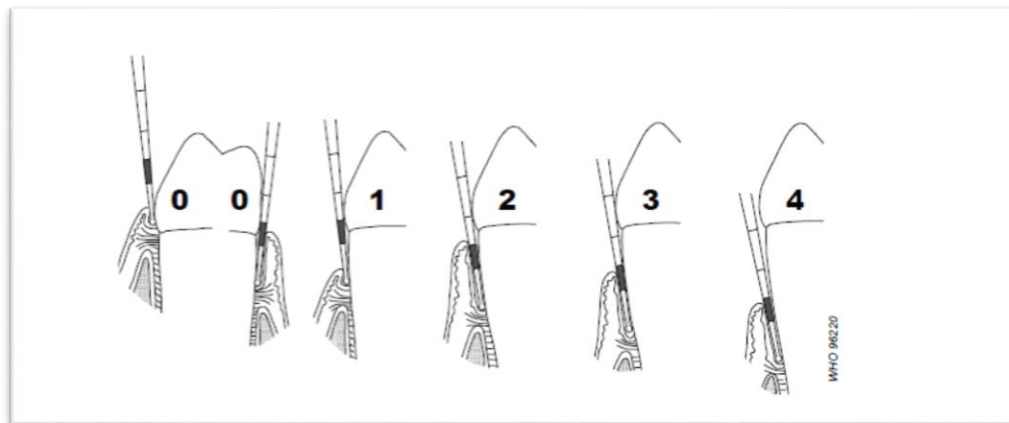
Fonte: Manual do examinador. BRASIL, 2010.

Figura 16 - Codificação do CPI, ilustrando a posição da sonda para o exame.



Fonte: Manual do examinador. BRASIL, 2010.

Figura 17 - Codificação do PIP, ilustrando a posição da sonda para o exame.



Fonte: Manual do examinador. BRASIL, 2010.

Para avaliação da auto percepção foi utilizado o formulário do Programa Nacional de Saúde Bucal, SB Brasil, 2010 (em anexo).

6.4 Análise dos dados

A comparação entre pacientes com diferentes graus de satisfação com a saúde dos dentes ou da boca, em relação ao CPO-D e ao CPI, foi realizada por meio do teste não paramétrico de Kruskal-Whallis, uma vez que a maior parte das amostras não passou no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. A avaliação da associação entre o edentulismo e a percepção de necessidade de usar prótese total ou de troca daquela que está usando, foi realizada por meio do teste do qui-quadrado. A avaliação da correlação linear entre o CPO-D e o CPI foi realizada por meio do teste de correlação linear de Spearman. Os demais resultados deste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e gráfico. A análise estatística foi realizada por meio do programa estatístico SPSS, versão 24.0, considerando um nível de significância de 5%.

6.5 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (Parecer nº 2.437.944).

7 RESULTADOS

Os pacientes estudados eram em sua maioria homens, moradores ou ex-moradores de zona rural, com baixa condições socioeconômicas, conforme observados na Tabela 1. Observa-se, também, que 46 pacientes (88,5%) eram tabagistas ou ex-tabagistas.

Tabela 1 - Variáveis sócio-demográficas e tabagismo em pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital-Dia Profª Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018 (n=52).

Variável	Mediana (mínimo a máximo) ou % (n)
Idade (anos)	57 (26 a 92)
Sexo	
Feminino	1,92 (01)
Masculino	98,08 (51)
Cor da pele	
Branco	40,38(21)
Preto	5,76(03)
Pardo	46,15(24)
Não declarou	7,69(04)
Escolaridade	
Anos de estudo	4 (0 a 10)
Caracterização socioeconômica da família	
Quantas pessoas residem na casa	3 (1 a 10)
Quantos cômodos na casa são dormitórios	3 (1 a 9)
Quantidade de bens na casa	6 (2 a 15)
Renda da casa no mês anterior	
Até R\$ 250,00	5,76 (03)
De R\$ 251,00 a R\$ 500,00	1,92 (01)
De R\$ 501,00 a R\$ 1500,00	42,30 (22)
De R\$ 1501,00 a R\$ 2500,00	32,69 (17)
De R\$ 2501,00 a R\$ 4500,00	13,46 (07)
De R\$ 4501,00 a R\$ 9500,00	1,92 (01)
Não sabe/não respondeu	1,92 (01)
Tabagismo	
Sim	82,70 (43)
Não	7,69 (04)
Ex tabagista	5,76 (03)
Não respondeu	3,85 (02)
Mobilidade dos indivíduos entre os setores de atividade	
Predominantemente rural	28,30 (15)
Predominantemente urbano	5,76 (03)
Troca de setor rural por setor urbano	54,71 (29)
Não informaram	9,71 (05)
Profissão	
Aposentado /inativo/estudante	13,46 (07)
Caminhoneiro/Motorista	15,38 (08)
Prestação de serviço de mão de obra	32,69 (17)
Prestação de serviço rural	26,92 (14)
Prestação de serviço tecnológico	1,92 (01)
Não informaram	9,71 (05)

Prestação de serviço rural: lavrador, peão, chacareiro, operador de máquina agrícola e tratorista.
 Prestação de serviço de mão de obra: carpinteiro, pedreiro, porteiro, tapeceiro, serviços gerais, vigilante, reciclador. Serviço tecnológico: professor.

Quanto aos aspectos clínicos relacionados na tabela 2, observa-se que eram pacientes predominantemente com a forma crônica da PCM, de moderada gravidade, com comprometimento de pulmões e de boca. A maior parte dos pacientes tinha PCM diagnosticada entre 2016 e 2018 (36,53% n=19).

Tabela 2 - Aspectos clínicos dos pacientes com paracoccidioidomicose. Hospital-Dia Prof^a Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018 (N=52).

Variável	Mediana (mínimo a máximo) ou % (n)
Tempo do diagnóstico (anos)	4,5 (0-28)
Forma da PCM	
Aguda/sub aguda	1,92 (01)
Mista	1,92 (01)
Crônica	96,15 (50)
Gravidade	
Leve	11,53 (06)
Moderada	53,84 (28)
Grave	34,61 (18)
Órgão afetado*	
Pulmão	92,30(48)
Boca	73,07(38)
Laringe	11,53(06)
Pele	9,61(05)
Linfonodos	7,69(04)
Adrenais	7,69(04)
Faringe	3,84(02)
Sistema Nervoso Central	3,84(02)

*Um paciente poderia apresentar mais de um órgão afetado, ~~ou mais de uma sequela.~~

Na Tabela 3 estão apresentados os resultados referentes às informações odontológicas gerais, ao edentulismo e necessidade de reabilitação protética, à cárie dentária e à condição periodontal dos pacientes avaliados neste estudo.

Tabela 3 - Informações odontológicas gerais de pacientes com paracoccidioidomicose. Hospital Dia Profª Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018 (n= 52).

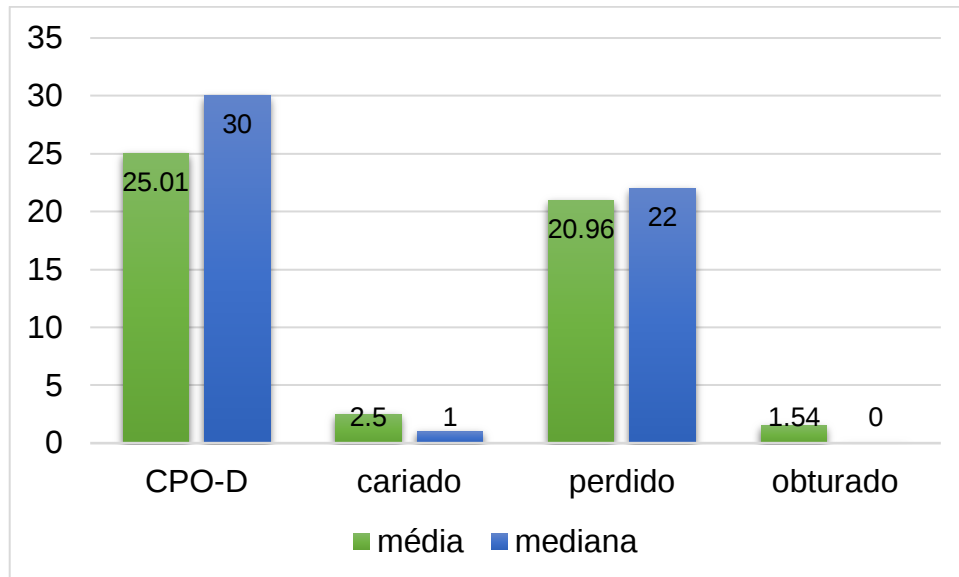
Variável	Mediana (mínimo a máximo) % (n)
Edentulismo total	
Não	67,30 (35)
Sim	32,69 (17)
Uso de prótese	
Não	46,15 (28)
Sim	52,7 (24)
Necessidade de troca da prótese	38,46(20)
Edentado	15,38 (08)
Edentado parcial	23,07(12)
Necessidade de prótese	48,07(25)
Edentado	13,46 (07)
Edentado parcial	34,61(18)
Cárie dentária e necessidade de tratamento	
Cariados	77,14 (27)
Perdidos	96,15 (50)
Obturados	54,28 (19)
CPO-D	30 (0 a 32)
Condição periodontal (n = 35)	
Sangramento gengival	40 (14)
Cálculo dentário	77,14 (27)
Bolsa periodontal	54,05 (20)
Perda de inserção periodontal PIP>0	51,43 (18)
CPI >2 **	48,57 (17)
Doença Periodontal (CPI >2 e PIP>0)	42,86 (15)

*CPOD Índice médio de dentes perdidos, cariados e obturados; ** CPI Índice de condição periodontal

A maior parte dos pacientes não tem edentulismo total (67,30% n=35), porém em virtude das perdas dentárias recorrentes um número expressivo de indivíduos necessitava de algum tipo de prótese ou troca da prótese que usavam (86,53% n=45).

O CPO-D individual dos pacientes avaliados neste estudo variou entre 0 e 32, sendo a mediana do CPO-D de 30 dentes. Em relação ao CPO-D comunitário (valor médio) ficou em 25,01, estando representado na figura 18 a mediana e a média de dentes cariados, perdidos e obturados.

Figura 18 – Mediana e média do índice CPO-D dos pacientes com paracoccidioidomicose. Hospital-Dia Prof^a Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018 (n=52).



Na tabela 4 pode-se observar que quase metade dos indivíduos dentados (40% n=14) relataram que tiveram dor de dente no último ano. Destes, quando perguntado sobre quando consultou o dentista pela última vez, metade respondeu que tinha sido entre dois anos ou mais (50% n=7).

Tabela 4 - Morbidade bucal referida e uso de serviços odontológicos entre os pacientes avaliados neste estudo dos pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital-Dia Profª Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018 (n=52).

Variável	Mediana (mínimo a máximo) ou % (n)
Teve dor de dente no último ano (n=35)	
Não	60 (21)
Sim	40 (14)
Quanto foi essa dor (grau de 1 à 10)	8 (1 - 10)
Não procurou o CD para resolução da dor	20 (07)
Já foi ao consultório do dentista alguma vez	
Não	0,0 (0)
Sim	98,08 (51)
Não sabe/não respondeu	1,92 (01)
Quando consultou o dentista pela última vez	
Menos de um ano	34,61 (18)
Um a dois anos	15,38 (08)
Três anos ou mais	48,09(25)
Não sabe/não respondeu	1,92 (01)
Onde foi a última consulta	
Serviço público	63,46 (33)
Serviço particular	32,70 (17)
Plano de saúde ou convênios	1,92 (01)
Não sabe/não respondeu	1,92 (01)
Motivo da última consulta	
Extração	26,92 (14)
Dor	5,77 (03)
Revisão, prevenção ou check up	5,77(03)
Outros motivos	59,61(31)
Não sabe/não respondeu	1,92(01)
O que achou do tratamento na última consulta	
Muito bom	19,24(10)
Bom	63,46 (33)
Regular	3,84 (02)
Ruim	5,77 (03)
Muito ruim	1,92 (01)
Não sabe/não respondeu	5,77 (03)

Os resultados referentes à auto percepção e impactos em saúde bucal entre os pacientes avaliados neste estudo, estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5- Auto percepção e impactos em saúde bucal entre os pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital-Dia Profª Esterina Corsini/UFMS, 2017-2018 (n=52).

Variável	Mediana (mínimo a máximo) ou % (n)
Nível de satisfação com os dentes/boca	
Muito satisfeito	11,54 (6)
Satisfeito	40,39(21)
Nem satisfeito nem insatisfeito	9,61(05)
Insatisfeito	28,85(15)
Muito insatisfeito	1,92(01)
Não sabe/não respondeu	7,69(04)
Necessita usar prótese ou trocar a que estava usando atualmente	
Não	42,31 (22)
Sim	51,92 (27)
Não sabe/não respondeu	5,77 (03)
Dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes	
Não	59,61 (31)
Sim	40,39 (21)
Dentes incomodam ao escovar	
Não	75 (39)
Sim	25 (13)
Dentes deixam nervoso ou irritado	
Não	76,92 (40)
Sim	23,08 (12)
Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos dentes	
Não	76,92 (40)
Sim	23,08 (12)
Deixou de praticar esportes por causa dos dentes	
Não	88,46 (46)
Sim	11,54 (6)
Teve dificuldades para falar por causa dos dentes	
Não	63,46 (33)
Sim	36,54 (19)
Os dentes fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar	
Não	67,31 (35)
Sim	32,69 (17)
Os dentes atrapalham para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho	
Não	82,69 (43)
Sim	17,31 (9)
Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos dentes	
Não	76,92 (40)
Sim	23,07 (12)

A maior parte dos pacientes relatou estar muito satisfeito ou satisfeito com seus dentes/boca (51,93% - n=27). Pouco mais da metade dos pacientes relatou que necessitava usar prótese total ou trocar a que estava usando atualmente (51,92% - n=27). Embora a maioria ter relatado estarem satisfeitos, 1/3 dos pacientes relataram ter dificuldades para falar ou sentiram vergonha, por causa dos dentes.

Na Tabela 6 estão apresentados os resultados do histórico odontológico referido e a perda de dentes dos pacientes avaliados neste estudo, depois do início da doença PCM.

Tabela 6 - Histórico odontológico e perda de dentes depois do início da doença entre os 52 pacientes com paracoccidioidomicose. Hospital Dia Profª Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018 (n=52).

Variável	% (n)
Já frequentou o dentista	
Não	0,0 (0)
Sim	100,0 (52)
Teve lesão intraoral durante a doença	
Não	26,92 (14)
Sim	73,08 (38)
Já perdeu algum dente	
Não	3,85 (02)
Sim	96,15 (50)
Motivo (n=50)	
Mobilidade	72 (36)
Outro agravo	28 (14)
Perdeu algum dente durante a doença (n=50)	
Não	44 (22)
Sim	56 (28)
Durante a PCM, onde extraiu o(s) dente(s) (n=28)	
No dentista	54 (27)
Em casa	18 (09)
No dentista e em casa	28(14)
Motivo da extração dentária durante a PCM (n=28)	
Mobilidade	96,43(27)
Outro agravo	3,57(01)
Tipo de sequela bucal (n=38*)	
Microstomia	5,26 (2)
Comunicação buco sinusal	5,26 (2)
Fibrose labial	5,26 (2)
Fibrose lingual	5,26 (2)

*Dos 38 pacientes que tiveram lesão intra-oral pela PCM.

Todos os pacientes relataram que já haviam frequentado o dentista e a maioria relatou já ter perdido algum dente (96,15% n=50), sendo totalmente edentados um terço dos pacientes.

Grande parte dos pacientes (73,08% n= 38) relatou ter tido lesão intra oral durante a doença

A maioria perdeu pelo menos 1 elemento dentário durante a doença (56% n=28). No geral, o motivo da perda dentária mais frequente foi a mobilidade (72% n=36).

Dos 28 pacientes que perderam dente durante a PCM, a maioria (96,43% n= 27) foi por mobilidade, destes 23 (82,14%) extraiu pelo menos 1 dente em casa.

Dos pacientes avaliados poucos pacientes apresentaram sequelas orais após o tratamento da PCM (15,40% n=8), sendo que as sequelas observadas foram a microstomia, comunicação buco sinusal, fibrose labial e fibrose lingual, todas na mesma proporção (3,85% n=02).

Figura 19 - Comunicação buco sinusal em paciente com lesão bucal por paracoccidioidomicose.



Não houve associação entre grau de satisfação com a saúde dos dentes/boca e CPO-D (teste de Kruskal-Wallis, $p=0,841$) e CPI ($p=0,224$). Estes resultados estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição do índice de dentes perdidos, obturados e cariados (CPO-D) e índice de condição periodontal (CPI) de acordo com o grau de satisfação com a saúde dos dentes/boca, dos pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital-Dia Profª Esterina Corsini/UFMS. 2017-2018 (n=52).

Variável	Satisfação com a saúde dos dentes/boca			Valor de p
	Muito satisfeito ou satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito ou muito insatisfeito	
CPO-D	28 (6 a 32)	28 (0 a 32)	24 (12 a 32)	0,882
CPI	1 (0 a 5)	3 (0 a 6)	2 (0 a 5)	0,221

Os resultados estão apresentados em mediana (mínimo a máximo). Valor de p no teste de Kruskal-Whallis.

Por outro lado, houve associação entre o edentulismo total e a percepção de necessidade de usar prótese ou de troca daquela que está usando (teste do qui-quadrado, $p=0,036$), sendo que um percentual maior de pacientes com edentulismo percebiam a necessidade de usar prótese total ou de trocar aquela que estava usando (76,5% - n=13), em relação aos edentados parciais com necessidade de troca ou de uso de uma prótese e tinham a mesma percepção (45,5% - n=15). Estes resultados estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Avaliação da associação entre o edentulismo total e a percepção de necessidade de usar prótese total ou de troca daquela que está usando dos pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital Dia Profª Esterina Corsini/UFMS, 2017-2018 (n=52).

Percepção de necessidade de usar prótese ou de troca daquela que está usando	Edentulismo total		Valor de p
	Não (n=35)	Sim (n=17)	
Não	67,30 (18)	23,5 (4)	0,036
Sim	28,84 (15)	76,5 (12)	
Não sabe/não respondeu	3,84 (2)	1,92(1)	

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Foram excluídos do cálculo a categoria "não sabe/não respondeu".

Dos pacientes avaliados quase metade deles usavam prótese (46,15% n=24), sendo que entre os que responderam se precisavam ou não de troca da prótese, 38,46% (n=20) relataram que não precisavam trocar a prótese, enquanto 51,92% (n=27) responderam que a prótese precisava ser trocada.

Houve associação entre a real necessidade de troca da prótese e a percepção dos pacientes da necessidade desta troca (teste do qui-quadrado, $p=0,007$), sendo que 77,30% (n=17) dos 26 pacientes que já faziam uso de prótese, percebiam esta necessidade. No entanto, dos pacientes que já usavam prótese, ainda 5 pacientes que necessitavam de troca da prótese não tinham a percepção desta necessidade (22,70%). Estes resultados estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 - Avaliação da associação entre a necessidade de troca da prótese e a autopercepção da necessidade para esta troca, de pacientes com paracoccidiodomicose usuários de prótese dentária. Hospital Dia Prof^a Esterina Corsini/UFMS, 2017-2018 (n=26).

Percepção de necessidade troca da prótese	Necessidade de troca de prótese		Valor de p
	Não (n=4)	Sim (n=22)	
Não	100,0 (3)	22,7 (5)	0,033
Sim	0,0 (0)	77,3 (17)	
Não sabe/não respondeu	1	0	

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Foram excluídos do cálculo a categoria “não sabe/não respondeu”.

Houve associação significativa entre a real necessidade de prótese e a percepção dos pacientes da necessidade desta (teste do qui-quadrado, $p=0,007$), sendo que 44,44% (n=12) dos 27 pacientes que não usam prótese, não percebiam esta necessidade. Estes resultados estão apresentados na Tabela 10. Neste estudo houve associação significativa entre a variável percepção da necessidade e real necessidade do uso da prótese.

Tabela 10 - Avaliação da associação entre a necessidade de prótese e a autopercepção da necessidade, de pacientes com paracoccidiodomicose, que necessitam mas não usam prótese dentária. Hospital Dia Profª Esterina Corsini/UFMS, 2017-2018 (n=29).

Percepção de necessidade de prótese	Necessidade de prótese		Valor de p
	Sim (n=27)	Não (n=2)	
			0,007
Não	44,44 (12)	100 (2)	
Sim	40,0 (11)	0(0)	
Não sabe/não respondeu	14,82 (4)	0(0)	

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado.

Este estudo mostrou associação entre a variável ter ou não dor nos dentes e a variável quando consultou o dentista pela última vez (teste do qui-quadrado, $p=0,803$). Estes resultados estão apresentados na Tabela 11.

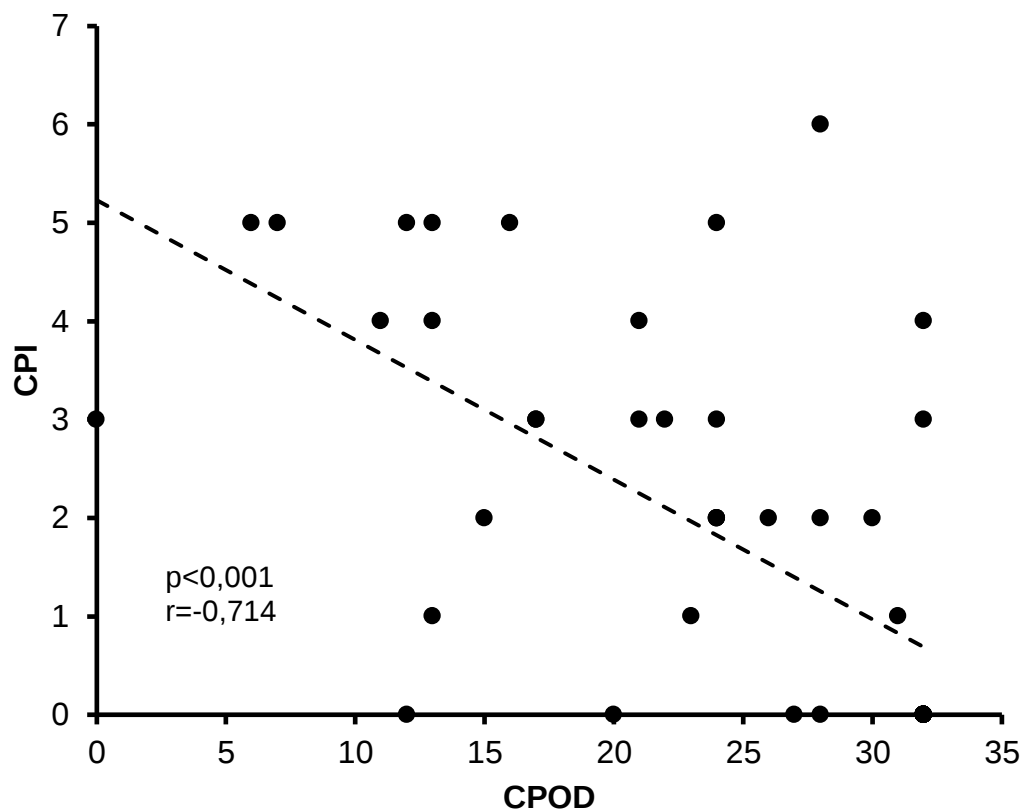
Tabela 11- Avaliação da associação entre a ocorrência de dor nos dentes no último ano e a última visita ao dentista de pacientes com paracoccidiodomicose. Hospital Dia Profª Esterina Corsini/UFMS, 2017-2018 (n= 35).

Variável	Teve dor nos dentes		Valor de p
	Não (n=21)	Sim (n=13)	
Quando consultou o dentista pela última vez			
Menos de um ano	40,0 (8)	46,2 (6)	
Um a dois anos	25,0 (5)	15,4 (2)	0,803
Três anos ou mais	35,0 (7)	38,5 (5)	
Não sabe/não respondeu	1	0	

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado.

Houve correlação linear significativa negativa, porém moderada, entre o CPOD dos pacientes e o CPI dos mesmos (teste de correlação linear de Spearman, $p < 0,001$, $r = -0,660$ – Figura 20). Onde a medida que o CPI aumenta, há diminuição do CPO-D evidenciando que ocorre a doença periodontal em pacientes ainda dentados.

Figura 20 - Gráfico de dispersão ilustrando a correlação linear negativa moderada entre o CPOD e o CPI.



Cada símbolo representa o valor para ambas as variáveis para de um único paciente e a linha pontilhada representa a linha de regressão linear. O valor de p é no teste de correlação linear de Spearman e o r , o coeficiente de correlação linear.

Por outro lado, não houve correlação linear entre os anos de estudo dos pacientes e o CPOD dos mesmos ($p = 0,841$; $r = -0,028$) ou entre os anos de estudo dos pacientes e o CPI ($p = 0,634$; $r = 0,066$).

8 DISCUSSÃO

O estudo mostrou que pacientes com PCM têm como principal agravamento odontológico a perda dentária, e apresentam baixa autopercepção de sua condição bucal. Como a saúde bucal é parte integrante da saúde geral, a perda dentária pode ser consequência da PCM associada à baixa autopercepção, o que leva a ausência de busca por medidas de atenção à saúde bucal e cuidados com a própria higiene bucal.

Os pacientes aqui estudados eram em sua maioria homem, adulto, com histórico de ter vivido em zona rural, baixa escolaridade, baixa renda e tabagistas, assim como observados na maioria das casuísticas de PCM (BISINELLI et al., 1998; FRANÇA et al. 2011; BICALHO et al, 2008). Este perfil de paciente apresenta dificuldade de acesso ao serviço odontológico e baixo nível de exigência com suas condições gerais de saúde.

Foi observado uma homogeneidade em relação às condições socioeconômicas, considerando que 83,63% da nossa amostra tinha renda abaixo de 3 salários mínimos e esta condição favorece as perdas dentárias (FERREIRA et al., 2006).

Neste estudo evidenciou-se elevada prevalência do componente “perdido” entre a 4ª e 5ª década de vida o que evidencia a perda dentária precoce. Este resultado foi expressivamente maior que os observados em adultos da população geral de São Paulo e se assemelha aos indivíduos idosos de São Paulo e do Brasil (GIBILINI et al., 2010; BRASIL, 2012).

Foi observada a expressiva necessidade de troca da prótese dentária, evidenciando que a extração dentária é considerada ação prática e econômica, mas que a maior parte das pessoas que perdem os dentes vê-se impossibilitada de recompor as perdas por meio de próteses, principalmente devido à falta de recursos financeiros, de acordo com Braga et al. (2002).

Este estudo teve a mobilidade como a principal causa de perda dentária, remetendo a doença periodontal, entretanto de maneira geral, em adultos e idosos, a perda dentária por cárie é o problema mais prevalente (BRASIL, 2012; VARELLIS,

2017). A correlação linear negativa moderada entre CPI e CPO-D evidencia ainda que ocorre a doença periodontal no grupo estudado, com risco de novas perdas dentárias.

Mais da metade dos indivíduos avaliados citaram terem extraído dentes durante a atividade da doença, tendo a mobilidade dentária como motivo da exfoliação, evidenciando que a atividade da PCM na mucosa bucal tenha levado mobilidade e a perda dos mesmos (HOLMSTRUP et al., 2017). Assim é muito provável que *Paracoccidioides* spp tenha sido, pelo menos em parte, corresponsável pela DP nesses pacientes estudados, no entanto a metodologia utilizada não permitiu demonstrar efetivamente esta associação. Entretanto, Cerri et al., 1986 e França et al, 2018 também observaram na cavidade bucal de indivíduos com PCM, gengivas inflamadas e mobilidade dentária.

Uma parcela considerável dos indivíduos deste estudo apresentou DP, poucos são os relatos sobre a DP no curso da PCM, entretanto num estudo com indivíduos que apresentaram manifestações estomatológicas decorrentes da PCM, este também foi um achado (BISINELLI et al.1998).

Foi observado que a maioria dos pacientes era tabagista, sendo que o tabagismo é fator de risco para o adoecimento pela PCM (SANTOS et al., 2003). Existem fatores que contribuem para o agravamento da doença periodontal, dentre os quais estão o tabagismo e a má higiene bucal, sendo que o efeito negativo do fumo no periodonto é cumulativo e dose-dependente (SALLUM et al., 2007), o que pode ser um fator somatório para a perda dentária associado à PCM.

Não foram encontrados estudos que classificaram a perda dentária como sequela da PCM, entretanto as perdas dentárias afetam a capacidade funcional, a fonação e causam danos estéticos, sendo considerada irreversível. Portanto a perda dentária na PCM deve ser considerada como uma sequela da doença, vista que a maioria dos indivíduos apresentou perda dentária elevada no curso da PCM.

O presente estudo evidenciou que quase um terço dos indivíduos, relataram terem extraído dentes em casa sem ajuda de um profissional. Comumente a DP deve ser abordada pelo dentista desde quando detectada para prevenir suas complicações. No entanto, na PCM tem sido recomendado evitar procedimentos odontológicos em pacientes com lesões de PCM em atividade na boca, sob risco de disseminação local por contiguidade (VIEIRA et al., 2006). Essa avaliação deve ser criteriosa, considerando que muitos pacientes têm extraídos seus próprios dentes em suas

casas, sem cuidados adequados. Outro aspecto a ser considerado é que o atraso em se instituir tratamento para a DP é fatores que leva à progressão da doença, favorecendo as complicações como a perda dental, o diabetes mellitus, riscos pulmonares e cerebrovasculares (MATTILA et al., 1995; ALMEIDA et al., 2006). É importante considerar que se a cada atendimento médico fosse reforçado a necessidade do tratamento odontológico, muitas perdas dentárias poderiam ser evitadas.

Em relação à auto percepção de sua saúde bucal, a maioria dos pacientes mostraram-se satisfeitos e com poucas queixas relacionadas aos dentes, contrastando com o exame físico que revelou DP em grande parte deles, bem como elevado índice CPO-D. Isto pode ser explicado, além do fator socioeconômico, pela condição de saúde geral ser priorizada, constituindo os agravos odontológicos como um problema secundário, que não mereça ser corrigido. Pode corroborar com essa não percepção o fato de algumas doenças, detectáveis ao exame clínico, não serem identificadas pelo indivíduo (JOKOVIC; LOCKER, 1997).

Verificou-se que problemas bucais pouco interferiram na capacidade de realização de atividades diárias e no inter-relacionamento, apesar de alguns impactos negativos na qualidade de vida, como desconforto psicológico e dor. Da mesma forma, houve baixa percepção em relação a necessidade de prótese e a troca da prótese que já usavam, estando mais perceptivos os indivíduos totalmente edentados. Por isso é importante o aumento de investimentos na qualificação da atenção à saúde bucal na ESF e a cobertura pelas equipes de SB/ESF, pois estas ações estiveram associadas tanto à autopercepção da necessidade de prótese quanto à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico (DALAZEM et al., 2018). As precárias condições bucais observadas, refletem a ausência de medidas de atenção à saúde bucal neste grupo.

A amostra estudada revelou uma população com poucos recursos, não só financeiros mas também de educação e de saúde, o que provavelmente reflete na qualidade de vida. Geralmente eram pessoas que estudaram até a quarta série do ensino fundamental, apresentavam baixa renda e pouca qualificação profissional. Elas formaram um grupo homogêneo o que dificultou uma análise comparativa entre alguns resultados, inclusive os resultados referentes a auto percepção.

Os achados revelam importantes agravos odontológicos em pacientes com PCM, no entanto toda e qualquer ação de intervenção para recuperação da saúde bucal dependerá da motivação do paciente para adesão ao tratamento odontológico. Esta motivação está comprometida considerando a baixa auto-percepção dos pacientes em relação à sua saúde bucal, assim a equipe de saúde deve atuar de forma contínua na conscientização da população sobre essas questões.

Sugere-se novos estudos em pacientes com lesões ativas da PCM, a fim de acompanhar a agressão periodontal e o possível risco de perda dentária precoce associado à doença.

9 CONCLUSÃO

Os participantes deste estudo eram homens adultos com baixa condições socioeconômicas e apresentavam principalmente a forma crônica da PCM em diferentes estágios de sua evolução. Mais da metade dos pacientes tinham apresentado comprometimento da mucosa bucal por PCM em sua fase ativa.

O agravo odontológico mais frequente foi a perda dentária e a autopercepção de saúde bucal foi inversa a real condição evidenciada ao exame clínico

Foi observada a presença da doença periodontal em pacientes com PCM nas diferentes fases da doença. A perda dentária precoce e por mobilidade afetaram a condição odontológica geral, considerando a alta taxa de edentulismo e necessidade de reabilitação protética observada.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, O.P.; JORGE, J.J.; SCULLY, G. Paracoccidioidomycosis of the mouth: An Emerging Deep Micosis. **Crit Rev Oral Biol Med**. v.14, p.268, 2003.

ALMEIDA, O.P.; SUCULLY, C.; BOZZO, L. Oral Manifestation of Paracoccidioidomycosis (South American Bastomycosis). **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**. v.72, p.430-5, 1991.

ALMEIDA, R.F.; PINHO, M.M.; LIMA, C.; FARIA, I.; SANTOS, P.; BORDALO, C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Rev Port Clin Geral**. v.22, p. 379-90, 2006.

ANDRADE, M.G.S.; MEDRADO, A.P.; BRITO, I.C.; REIS, S.R.A. Oral Paracoccidioidomycosis: A case without lung manifestations. **J Cotemp Dent Pract**. v.8, n.5, p.92-8, 2007.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C.; NUGENT, Z. J. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. **Community Dent Oral Epidemiol**. v.32, n.1, p.41-48, 2004.

ARAÚJO, M.S.; SOUSA, S.C.O.M.; CORREIA, D. Avaliação do exame citopatológico como método para diagnosticar a paracoccidioidomicose crônica oral. **Rev Soc Bras Med Trop**. v.36, n.3, p.427-430, 2003.

BAGAGLI, E.; BOSCO, S.M.G.; THEODORO, R.C.; FRANCO, M. Phylogenetic and evolutionary aspects of Paracoccidioides brasiliensis reveal a long coexistence with animal hosts that explain several biological features of the pathogen. **Infect Genet Evol**. v.6, n.5, p.344-51, 2006.

BAGAGLI, E.; SANO, A.; COELHO, K.I.; ALQUATI, S.; MIYAJI, M.; CAMARGO, Z.P.; GOMES, G.M.; FRANCO, M.; MONTENEGRO, M.R. Isolation of paracoccidioides brasiliensis from armadillos (dasypus noveminctus) captured in an endemic area of paracoccidioidomycosis. **Am J Trop Med**. v.58, n.4, p.505–512, 1998.

BARROZO, L.V.; BENARD, G.; SILVA, M.E.; BAGAGLI, E.; MARQUES, S.A.; MENDES, R.P. First description of a cluster of acute/subacute paracoccidioidomycosis cases and its association with a climatic anomaly. **PLoS Negl Trop Dis**. v.4, n.3, p.643, 2010.

BARROZO, L.V.; MENDES, R.P.; MARQUES, S.A.; BENARD, G. SILVA, M.E.; BAGAGLI, E. Climate and acute/subacute paracoccidioidomycosis in a hyper-endemic area in Brazil. **Int J Epidemiol**. v.38, n.6, p.1642-9, dez.2009.

BETHLEM, E.P.; CAPONE, D.; MARANHÃO, B.; CARVALHO, C.R.; WANKE, B. Paracoccidioidomycosis. **Curr Opin Pulm Med**. v.5, p.319-25, 1999.

BICALHO, R.N.; ESPÍRITO SANTO, M.F.; FERREIRA DE AGUIAR, M.C.; SANTOS, V.R. Oral Paracoccidioidomycosis: a restropective study of 62 brazilian patients. **Oral Diseases**. v.7, p.56-60, 2008.

BISINELLI, J.C.; TELLES, F.Q.; SOBRINHO, J.A.; RAPOPORT, A. Manifestações estomatológicas da paracoccidioidomicose. **Rev Bras Otorrinolaringol**. v.67, n.5, p.683-687, 2001.

BISINELLI, J.; CLOVIS, M.; FERREIRA, M.L.S.; TOLEDO FILHO, J.L.; PASTORI, C.M.; ZORZETT, D.L.G. Manifestações estomatológicas da Paracoccidioidomycose (Paracoccidioide Brasiliensis ou Enfermidade de Lutz-Splendore-Almeida): considerações gerais e apresentação de casos. **Rev Fac Odontol Bauru**. v.6. n.1, p.1-11, jan.-mar. 1998.

BITTENCOURT, J.I.M.; OLIVEIRA, R.M.; DE COUTINHO, Z.F. Paracoccidioidomycosis mortality in the state of Parana, Brazil, 1980/1998. **Cadernos de Saúde Pública**. v.21, n.6, p.1856-64, 2005.

BLOTTA, M.H.S.L.; MAMONI, R.L.; OLIVEIRA, S.J.; et al. Endemic regions of paracoccidioidomycosis in Brazil; a clinical and epidemiologic study of 584 cases in the southeast region. **Am J Trop Med Hyg**. v.61, p.390-4, 1999.

BOUSQUET, A.; DUSSART, C.; DROUILLARD, I.; CHARBEL, E.C.; BOIRON, P. Mycoses d' importation: Le point sur la paracoccidioidomycose imported mycosis: A review of paracoccidioidomycosis. **Medecine et maladies infectieuses**. v.37, p.210-214, 2007.

BRAGA, S.R.S.; TELARORI, J.R.R.; BRAGA, A.S.; CATIRSE, A.B.E.B. Avaliação das condições e satisfação com as próteses em idosos na região central do Estado de São Paulo (Brasil). **Rev Odontol UNESP**. v.31, n.1, p.39-48, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: MS-CNSB, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010 Condições de saúde bucal da população brasileira 2009-2010. Resultados Principais**. Brasília, 2012.

BRENNAN, D.S.; SPENCER, A.J.; ROBERTS-THOMSON, K.F. Tooth loss, chewing ability and quality of life. **Qual Life Res**. v.17, p.227-235, 2008.

CARDOSO, S.V.; MORETI, M.M.; COSTA, I.M.; LOYOLA, A.M. Exfoliative cytology: a helpful tool for the diagnosis of paracoccidioidomycosis. **Oral Diseases**. v.7, p. 217-220, 2008.

CARVALHO, R.W.F.; FALCÃO, P.G.C.B.; CAMPOS, G.J.L.; BASTOS, A.S.; PEREIRA, J.C.; PEREIRA, M.A.S.; et al. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores preditores em brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.7, p.1915-1922, 2012.

CASTRO, C.C.; BENARD, G.; YGAKI, Y.; YASUDA, M.S.; CERRI, G.G.; MRI of head and neck paracoccidioidomycosis. **The British Journal of Radiology**. v.72, p.717-722, 1999.

CATON, J.G.; ARMITAGE, G.; BERGLUNDH, T.; CHAPLE, I.L.C.; JEPSEN, S.; KORNMAN, K.S.; MEALEY, B.L.; PAPAPANOU, P.N.; SANZ, M.; TONETTI, M.S. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. **J Clin Periodontol**. v.45, s. 20, p.45; S1–S8, 2018.

CERRI, A.; SILVA, C.E.X.S.R.; PACCA, F.O. Paracoccidioidomicose: aspectos de interesse para o cirurgião-dentista. **Revista Paulista de Odontologia**. v.20, p.19-24, 1998.

CHAPPLE, I.L.C.; GENCO, R. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP workshop on periodontitis and systemic disease. **J Clin Periodontol**. v.40, s.14, p.106–112, 2013.

CHAPPLE, I.L.C.; et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 world workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. **J Clin Periodontol**. v.45, s.20, p.68–77, 2018.

COUTINHO, Z.F.; SILVA, D.; LAZERA, M.; PETRI, V.; OLIVEIRA, R.M.; SABROZA, P.C.; WANKE, B. Paracoccidioidomycosis mortality in Brazil (1980-1995). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.18, p.1441-1454, 2002.

DA COSTA, T.A.; SILVA, M.J.; ALVES, P.M.; CHICA, J.E.; BARCELOS, E.Z.; GIANI, M.A.; GARLETI, G.P.; DA SILVA, J.S.; RODRIGUES JUNIOR, V.; RODRIGUES, D.B.; CARDOSO, C.R. Inflammation beomarkers of advanced diseases in non-gingival tissues of chronic periodontitis patients. *Mediators of Inflammation*. 2015.

DALAZEN, C.E.; BOMFIM, R.A.; DE-CARLI, A.D. Fatores associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e de prótese em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 3, p.945-952, 2018.

DEL NEGRO, G. Paracoccidioidomicose. II – Tratamento: Noções práticas. **Jornal de Pneumologia**. v. 21, p.57-60, 1986.

ETEMADFAR, R.; KONARIZADEH, S.; ZAREI, A.; FARSHIDI, H.; SOBHANI, A. Relationship between periodontal status and C – reactive protein and interleukin – 6 levels among atherosclerotic patients in Bandar Abbas, Iran in 2014. **Electronic physician**. v.7, p.1010 – 1016, 2015.

FABRIS, L.R.; ANDRADE, U.V.; FERREIRA DOS SANTOS, A.; MARQUES, A.P.C.; OLIVEIRA, S.M.V.L.; MENDES, R.P.; PANIAGO, A.M.M. Decreasing prevalence of the acute/subacute clinical form of paracoccidioidomycosis in Mato Grosso do Sul state, Brazil. **Rev Inst Med Trop**. v.56, n.2, p.121-125, 2014.

FEJERSKOV, O.; KIDD, E. **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2005.

Ferreira, A.A.A.; Piuvezam, G.; Werner, C.W.A.; Alves, M.S.C. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciência e saúde coletiva**. v.11, n.1, p.211-218, 2006.

FENG Z, WEINBERG A. Role of bacteria in health and disease of periodontal tissues. **Periodontology 2000**. v.40, p.50-76, 2006.

FERMIN, A.; CARRANZA JUNIOR. **Periodontia Clínica**. Editora Interamericana, 5ª ed. 1983.

Franca, M.S.M.; Gomes, R.C.B.; Lins, R.D.A.U.; Santos, P.A.V.; Lima, F.J. The influence of smoking on periodontal status. **Stomatosis**. v.16, p.32, 2010.

FRANÇA, D.C.C.; MONTI, L.M.; CASTRO, A.L.; SOUBHIA, A.M.P.; AGUIAR, S.M.H.C.A. Análise retrospectiva de 61 casos de Paracoccidioidomicose diagnosticados na Faculdade de Odontologia de Araçatuba/ UNESP. **Revista Odontológica de Araçatuba**. v.32, n.1, p.09-14, 2011.

FRANÇA, D.C.C.; SANTOS, A.P.S.; REIS, G.S.S.; MONTEIRO, A.D.; SILVA, A.S.; ABURAD, A.T.T. Paracoccidioidomicose: relato de caso. **Revista Inpeo de Odontologia**. v.2, n.2, p.36-40, 2008.

FRANCO, M.; MONTENEGRO, M.R.; MENDES, R.P.; MARQUES, S.A.; DILLON, N.L.; SILVA MOTA, N.G. Paracoccidioidomycosis: a recently proposed classification of its clinical forms. **Rev Soc Bras Med Trop**. v.20, n.2, p.129-132, 1987.

FRANCO, M. Host-parasite relationships in paracoccidioidomycosis. **J Med Vet Mycol**. v.25, p.5-18, 1986.

GAETTI-JARDIM JÚNIOR, E.; MARCELIN, S.L.; SUKEKAVA, F. Ocorrência de bactérias entéricas em amostras de biofilme subgengival de pacientes com gengivite, periodontite crônica ou periodontite agressiva. **R. Periodontia**. v.18, p.1, 2008.

GAETTI-JARDIM JÚNIOR, E.; MONTI, L.M.; GAETTI-JARDIM, E.C. Etiologia, epidemiologia e manifestações clínicas da paracoccidioidomicose. **Arch Health Invest**. v.5, n.2, p.98-105, 2016.

GABARDO, M.C.L.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**. v. 33, n. 6, p. 439–45, 2013.

GEGEMBAUER, L.; ARAÚJO, L.M.; PEREIRA, E.F.; RODRIGUES, A.M.; PANIAGO, M.V.A.; et al. Serology of paracoccidioidomycosis due to paracoccidioides lutzii. **PLoS Negl Trop Dis**. v.8, n.7, 2014.

GENCO, R. J.; BORGNAKKE, W. S. Risk factors for periodontal disease. **Periodontol 2000**. v.62, n.1, p.59-94, 2013.

GIBILINI, C.; ESMERIZ, C.E.C.; VOLPATO, L.F.; MENECHIM, Z.M.A.P.; SILVA, D.D.; SOUZA, M.L.R. Acesso a serviços odontológicos e autopercepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. **Arquivos em odontologia**. v.46, p. 4, 2010.

HASSESSIAN, A.; ISHIKAWA, E.M.; ALENCAR, F.I.; MARCUCCI, G. Estudo da prevalência de lesões bucais em pacientes portadores de paracoccidioidomicose na região de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. **Rev Pos-Grad**. v.7, n.3, p.214-218, 2000.

HORRÉ, R.; SCHUMACHER, G.; ALPERS, K.; et al. A case of imported paracoccidioidomycosis in a German legionnaire. **Med Mycol**. v.40, p. 213–6, 2002.

HOLMSTRUP, P.; PLEMONS, J.; MEYLE, J. Non-plaque-induced gingival diseases. **J Clin Periodontol**. v.45, s.20, s-28-43, 2018.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). **Manual de Orientação Dia Mundial sem Tabaco, 31 de Maio de 1997**. Rio de Janeiro: INCA.

KAMINAGAKURA, E.; ONAN, P.R.F.; JORGE, J.; ALMEIDA, O.P.; SCULLY, C. Characterization of inflammatory cells in oral paracoccidioidomycosis. **Oral Diseases**. v.13, p.4, 2007.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *J Public Health Dent* .v. 57, n.1p. 40-47, 1997.

KIYAK, H.A. Idade e Cultura: Influência no comportamento de saúde bucal. **International dental jornal**. v.43, n.1, p.9-16, 1993.

KREVE, S.; ANZOLIN, D. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, 19, pp. 45-59, 2016.

LACAZ, C.S. Evolução dos conhecimentos sobre a paracoccidioidomicose. Um pouco de sua história. In: DEL NEGRO, G.; LACAZ, C.S.; FIORILLO, A.M. **Paracoccidioidomicose-Blastomicose Sul-Americana**. São Paulo: Sarvier-Eduso, 1982.

LACAZ, C.S. Paracoccidioides brasiliensis: Morphology; Evolutionary Cycle; Maintenance during Saprophytic Life; Biology; Virulence; Taxonom. In: Franco MF, Lacaz CS, Restrepo A, Del Negro G. Paracoccidioidomycosis. CRC Press, Boca Raton, USA. 1994.

LEUNG, W.K.; NGAI, V.K.S.; YAU, J.Y.Y.; CHEUNG, B.P.K.; TSANG, P.W.K.; CORBET, E.F. Characterization of actinobacillus actinomycetemcomitans isolated from young chinese aggressive periodontitis patients. **J Periodontal Res**. v.40, p.258-68, 2005.

LIMA, J.E.O. Cárie dentária: um novo conceito. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**. v.12, n.6, p.119-130, 2007.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N.P. **Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral**. 3º ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1997.

LONDERO, A.T.; DEL NEGRO, G. Paracoccidioidomicose - patogenia, formas clínicas, manifestações pulmonares, diagnóstico e tratamento. **Jornal de Pneumologia**. v.12, p.41-60, 1986.

LOPES NETO, J.M.; SEVERO, L.M.; MENDES, R.P.; WEBER, S.A.T. Sequela e lesions in the larynxes of patients with Paracoccidioidomycosis. **Braz J Otorhinolaryngol**. v.77, n.1, p.39-43, 2011.

MACEDO, A.; MACENA, M.C.B.; RODRIGUES, R.Q.F. Autopercepção sobre saúde bucal dos usuários do restaurante popular de Patos/PB. **Revista Saúde e Ciência on line**. v.4, n.1, p.41-51, 2015.

MALUF, M.L.F.; PEREIRA, S.R.C.; TAKAHACHI, G.; SVIDZINSKI, T.I.E. Prevalência de paracoccidioidomicose-infecção determinada através de teste

sorológico em doadores de sangue na região noroeste do Paraná, Brasil. **Rev Soc Bras Med Trop.** v.36, n.1, p.11-16, 2003.

MANGIATERRA, M.; ALONSO, J.; GALVAN, M.; GIUSIANO, G.; GORODNER, J. Histoplasmin and paracoccidioidin skin reactivity in infantile population of Northern Argentina. **Rev Inst Med trop.** v.38, n.5, p.349-53, 1996.

MANJI, F.; FEJERSKOV, O. Dental caries in developing countries in relation to the appropriate use of fluoride. **J Dent Res.** n.69, p.733-741, discussion 820-823, 1990.

MARIOTTI, A. Dental plaque-induced gingival diseases. **Annals of Periodontology.** v.4, n.1, p.7-19, 1999.

MARQUES, S.A.; CORTEZ, D.B.; LASTÓRIA, J.C.; CAMARGO, R.M.P.; MARQUES, M.E.A. Paracoccidioidomicose: frequência, morfologia e patogênese de lesões tegumentares. **An Bras Dermatol.** v.82, n.5, p.411-417, 2007.

MARQUES, S.A. Cutaneous lesions. In: FRANCO, M.; LACAZ, C.S.; RESTREPO-MORENO, A.; et al. **Paracoccidioidomycosis.** Boca Raton: CRC Press; 1994.

MARQUES, S.A. Paracoccidioidomicose: atualização epidemiológica, clínica e terapêutica. **An Bras Dermatol.** v.78, n.2, p.135-146, 2003.

MARQUES, S.A. Paracoccidioidomycosis. **Clinics in Dermatology.** v.30, p.610–615, 2012.

MARTINEZ, R. Paracoccidioidomicose. In: SIDRIM, J.J.C.; ROCHA, M.F.G. **Micologia médica à luz de autores contemporâneos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

MARTINEZ, R. Epidemiology of paracoccidioidomycosis. **Rev Inst Med Trop.** v.57, p.11-20, 2015.

MARTINS, A.E.B.L.; BARRETO, S.M.; PORDEUS, I.A. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cad Saúde Pública.** v.25, n.2, p.421-35, 2009.

MATOS, W.B.; SANTOS, G.M.C.; SILVA, V.E.B.; GONÇALVES, E.G.R.; SILVA, A.R. Paracoccidioidomycosis in the state of Maranhão, Brazil: geographical and clinical aspects. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v.45, n.3, p.385-389, 2012.

MATTILA, K.J.; et al. Dental infection and the risk of new coronary events: prospective study of patients with documented coronary artery disease. **Clin Infect Dis.** v.20, n.3, p.588-99, 1995.

MAYAYO, E.; LÓPEZ-ARACIL, V.; FERNÁNDEZ-TORRES, B.; MAYAYO, R.; DOMÍNGUEZ, M. Report of an imported cutaneous disseminated case of paracoccidioidomycosis. **Rev Iberoam Micol.** v.24, n.1, p.44-6, mar. 2007.

MELGAÇO, C.A. **Diabetes e a doença periodontal: Revisão de literatura.** 3ª ed. JBE: Curitiba, 2002. p. 100-104.

MENDES, R. P. et al. Paracoccidioidomycosis: Current Perspectives from Brazil. **Open Microbiol J**, v. 11, p. 224-282, 2017

MONTENEGRO, M.R.; FRANCO, M. Pathology. In: FRANCO, M.; LACAZ, C.S.; RESTREPO-MORENO, A.; DEL NEGRO, G. **Paracoccidioidomycosis.** Boca Raton: CRC Press; 1994.

MOREIRA, A.P.V. Paracoccidioidomicose: histórico, etiologia, epidemiologia, patogênese, formas clínicas, diagnóstico laboratorial e antígenos. **BEPA.** v.5, p.11-24, 2008.

MURAKAMI, S.; MEALEY, B.L.; MARIOTTI, A.; CHAPPLE, I.L.C. Dental plaque-induced gingival conditions. **J Periodontol.** v.89, s1, s17-27, 2018.

NEVILLE, B.W.; ALLEN, C.M.; DAMM, D.D.; et al. **Patologia: Oral & Maxilofacial.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

ORTEGA, K.L.; OLIVEIRA, P.T.; MAGALHÃES, M.H.C.G.; ARAÚJO, N.S. A citologia esfoliativa no diagnóstico da paracoccidioidomicose. Relato de caso. **Rev Fac Odontol Univ São Paulo.** v.3, p.148-53, 1996.

PAGE, R.C. The pathobiology of periodontal diseases may affect systemic diseases: inversion of a paradigm. **Annals of Periodontology.** v.3, n.1, p.108-120, 1998.

PALMEIRO, M.; CHERUBINI, K.; YURGEL, L.S. Paracoccidioidomicose – revisão de literatura. **Scientia Medica Porto Alegre.** v.15, n.4, p.274-278, 2005.

PANIAGO, A.M.M.; AGUIAR, J.I.A.; AGUIAR, E.S.; CUNHA, R.V.; PEREIRA, G.R.O.L.; LONDERO, A.T.; WANKE, B. Paracoccidioidomicose: estudo clínico e epidemiológico de 422 casos observados no Estado de Mato Grosso do Sul. **Rev Soc Bras Med Trop.** v.36, n.4, p.455-459, 2003.

PANIGO, A.M.M.; et al. Paracoccidioidomycosis in patients with human immunodeficiency virus: review of 12 cases observed in an endemic region in Brazil. **J Infect.** v.51, n.3, p.248-52, out. 2005.

PEDROSO, V.S.P.; LYON, A.C.; ARAÚJO, S.A.; VELOSO, J.M.R.; PEDROSO, E.R.P.; TEIXEIRA, A.L. Paracoccidioidomycosis case series with and without central nervous system involvement. **Rev Soc Bras Med Trop.** v 45, n.5, p.586-590, sep-oct, 2012.

PEDROSO, V.S.; VILELA, M.D.E.C.; PEDROSO, E.R.; TEIXEIRA, A.L. Paracoccidioidomycosis compromising the central nervous system: a systematic review of the literature. **Rev Soc Bras Med Trop.** v.42, n.6, p.691-7, 2009.

PEDROSO, V.S.P.; VILELA, M.C.; PEDROSO, E.R.P.; TEIXEIRA, A.L. Paracoccidioidomicose com comprometimento do sistema nervoso central: revisão de literatura. **Rev Bras Neur.** v.44, n.3, p.33-40, 2008.

PETERSEN, P.E. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the who global oral health programme. **Community Dent Oral Epidemiol.** suppl: p.3-23, 2003.

PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva.** São Paulo: Ed. Santos, 2000.

PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva.** São Paulo: Santos, 2008.

PRESA, S.L.; MATOS, J.C. Saúde bucal na terceira idade. **Revista Uningá, Maringá – PR.** n.39, p.137 – 148, 2014.

PUCCA JUNIOR, G.A. Saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos. **Med Odontogeriatria e Gerontologia.** 2002.

QUEIROZ, L.M.G.; MEDEIROS, A.M.C.; ARRUDA, M.L.S.; SILVEIRA, E.J.D. Paracoccidioidomicose: relato de caso com manifestações em cavidade oral. **Rev ABO Nac.** v.10, n.2, p.155-159, 2002.

QUEIROZ-TELLES, F.; GOLDANI, L.Z.; SCHLAMM, H.T.; et al. An open-label comparative pilot study of oral voriconazole and itraconazole for longterm treatment of paracoccidioidomycosis. **Clin Infect Dis.** v.45, p.1462-9, 2007.

REIS, S.C.G.B.; MARCELO, V.C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos. **Ciênc Saúde Coletiva.** v.11, p.191-9, 2009.

RESTREPO, A.; SALAZAR, M.E.; CANO, L.E.; STOVER, E.P.; FELDMAN, D.; STEVENS, D.A. Estrogens inhibit mycelium to yeast transformation in the fungus *Paracoccidioides brasiliensis*: implications for resistance of females to paracoccidioidomycosis. **Infect Immun.** v.46, p.346-353, 1984.

RESTREPO-MORENO, A. Ecology of *Paracoccidioides brasiliensis*. In: FRANCO, M.F.; LACAZ, C.S.; RESTREPO-MORENO, A.; DEL NEGRO, G. **Paracoccidioidomycosis**. Boca Raton: CRC Press; 1994.

RIVITTI, E.A. **Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti**. São Paulo; Artes Médica, 2014.

ROWE, P. **Essential statistics for the pharmaceutical sciences**. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltda, 2007.

SALAZAR, M.E.; RESTREPO, A.; STEVENS, D.A. - Inhibition by estrogens of conidium to yeast conversion in the fungus *Paracoccidioides brasiliensis*. **Infect Immun.** v.56, p.711-3, 1988.

SALLUM, A.W.; NETO, J.B.; SALLUM, E.J. Tabagismo e a doença periodontal. **Rev Periodontia.** v.17, n.2, p.45-53, 2007.

SANTOS, W.A.; et al. Association between smoking and paracoccidioidomycosis: a case-control study in the State of Espírito Santo, Brazil. **Cad Saúde Pública.** v.19, n.1, p.245-53, jan.2003.

SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Editora Santos, 2008.

SHIKANAI-YASUDA, M.A.; MENDES, R.P.; COLOMBO, A.L.; KONO, A.S.G.; PANIAGO, A.M.M.; NATHAN, A.; VALLE, A.C.F.; BAGAGLI, E.; BERNARD, G.; FERREIRA, M.S.; TEIXEIRA, M.M.; SILVA – VERGARA, M.L.; PEREIRA, R.M.; CAVALCANTE, R.S.; HAHN, R.; DURLACHER, R.R.; KHOURY, Z.; CAMARGO, Z.P.; MORETTI, M.L.; MARTINEZ, R. - Brazilian guidelines for the clinical management of paracoccidioidomycosis. **Rev Soc Bras Med Trop.** v.50, n.5, p.715-40, 2017.

SHIKANAI-YASUDA, M.A.; TELLES FILHO, F.Q.; MENDES, R.P.; COLOMBO, A.L.; MORETTI, M.L. Consenso em paracoccidioidomicose. **Rev Soc Bras Med Trop.** v.39, n.3, p.297-310, 2006.

SILVA, C.O.; ALMEIDA, A.S.; PEREIRA, A.A.C.; SALLUM, A.W.; HANEMANN, J.A.C.; TATAKIS, D.N. Gingival involvement in oral paracoccidioidomycosis. **J Periodontol.** v.78, n.7, 2007.

SILVA, D.D.; SOUSA, M.L.R.; WADA, R.S. Auto percepção e condições de saúde em uma população de idosos. **Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro-RJ**, v.21, n.4, p.1251-1259, jul-ago. 2005.

SILVA, E.F.A.; SOUSA, M.L.R. Autopercepção da saúde bucal e satisfação com a vida em mulheres idosas usuárias de prótese total. **Rev Odontol Univ Cid São Paulo**. v.18, n.1, p.61-5, 2006.

SILVA, E.T.; OLIVEIRA, R.T.; LELES, C.R. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo Sistema Único de Saúde. **Tempus, actas de saúde colet**. v.9, n.3, p.121-134, 2015.

SIMÓN – SORO, A.; MIRA, A. **Solving the etiology of dental caries.***Trends in Microbiology*. v.23, n.2, Feb. 2015.

SLOTS, J.; LISTGARTEN, M.A. Bacteroides gingivals, Bacteroide intermedius and Actinobacillus actinomycetemcomitans in human periodontal diseases. **Journal of Clinical Periodontology**. v.15, p.85-93, 1988.

SOUZA JR, A.; GASPARETTO, E.; DAVAUS, T.; ESCUISSATO, D.; MARCHIORI, E. High-resolution ct findings of 77 patients with untreated pulmonary paracoccidioidomycosis. **AJR**. v.187, p.1248-52, 2006.

SPOSTO, M.R.; MENDES-GIANNINI, M.J.; MORAES, R.A.; BRANCO, F.C.; SCULLY CRISPIAN. Paracoccidioidomycosis manifesting as oral lesions: clinical, cytological and serological investigation. **J Oral Pathol Med**. v.23, p.85-87, 1994.

TABORDA, C.P.; URÁN, M.E.; NOSANCHUK, J.D.; TRAVASSOS, L.R. Paracoccidioidomycosis: challenges in the development of a vaccine against an endemic mycosis in the Americas. **Rev Inst Med Trop São Paulo**. v.57, p.21-4, 2015.

TALHARI, C.; DE SOUZA, J.V.; PARREIRA, V.J.; REINEI, D.; TALHARI, S. Citologia exfoliativa oral como uma ferramenta de diagnóstico rápido para paracoccidioidomicose. **Micoses**. v.5, p.177-8, 2008.

TEIXEIRA, M.M.; THEODORO, R.C.; CARVALHO, M.J.A.; FERNADES, L.; PAES, H.C.; HAHN, R.; MENDONZA, L.; BAGAGLI, E.; SAN-BLAS, G.; FELIPE, M.S.S. Phylogenetic analysis reveals a high level of speciation in the Paracoccidioides genus. **Molecular Phylogenetics and Evolution** 2009. v.52, p.273–83, 2010.

TEIXEIRA, M.M.; THEODORO, R.C.; OLIVEIRA, F.F.M.; MACHADO, G.C.; HAHN, C.; BAGAGLI, E.; SAN-BLAS, G.; FELIPE, M.S.S. Paracoccidioides lutzii sp. nov.: biological and clinical implications. **Medical Mycology**.v.52, p.19–28, 2014.

TOLENTINO, E.S.; BARBOSA, B.A.; TAVEIRA, L.A.A.; CHINELLATO, L.E.M. Manifestações bucais da paracoccidioidomicose – considerações gerais e relato de caso. **RFO**. v.15, n.1, p.71-76, 2010.

TRAD, H.S.; TRAD, C.S.; ELIAS JUNIOR, J.; MUGLIA, V.F. Revisão radiológica de 173 casos consecutivos de paracoccidioidomicose. **Radiol Bras**. v.39, n.3, p.175-179, 2006.

ULINSK, K.G.B.; LIMA, A.M.C.; POLI-FREDERICO, R.C.; MOURA, S.K.; BERGER, S.B.; MACIEL, S.M. Condições de saúde bucal de 135 idosos independentes cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde de Londrina – PR. **J Health Sci Inst**. v.29, n.3, p.157-60, 2010.

VARELLIS, M.L. **O paciente com Necessidades especiais na odontologia – Manual prático**. Editora Santos. 3ª ed. 2017.

VERLI, F.D.; MARINHO, A.S.; SOUZA, S.C.; FIGUEIREDO, M.A.S.; YURGEL, L.S. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de paracoccidioidomicose no Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. **Rev Soc Bras Med Trop**. v.38, n.3, p.234-237, 2005.

VIEIRA, E.M.M.; BORSATTO-GALERA, B. Manifestações clínicas bucais da paracoccidioidomicose. **Rev Patol Trop**. v.35, n.1, p.23-30, 2006.

VIEIRA, G.D.; ALVES, T.C.; LIMA, S.M.D.; CAMARGO, L.M.A.; SOUSA, C.M. Paracoccidioidomycosis in a western Brazilian Amazon State: Clinical-epidemiologic profile and spatial distribution of the disease. **Rev Soc Bras Med Trop**. v.47, n.1, p.63-8, 2014.

WANKE, B.; AIDÊ, M.A. Paracoccidioidomycosis. **J Bras Pneumol**. v.35, n.12, p.1245-1249, 2009.

WANKE, B.; LONDERO, A.T. Epidemiology and paracoccidioidomycosis infection. In: FRANCO, M.F.; LACAZ, C.S.; RESTREPO-MORENO, A.; DEL NEGRO, G. **Paracoccidioidomycosis**. Boca Raton: CRC Press. p.109-20, 1994.

WANKE, B. Micoses profundas. In: SPICER, W.J. **Bacteriologia, Micologia e Parasitologia Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

WOLF, S.M.R. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**. v.52, n.4, p.307-15, 1998.

YASUDA, M.A. Pharmacological management of paracoccidioidomycosis.
Expert Opin Pharmacother. v.6, n.3, p.385-97, 2005.

<https://www.editorialmanager.com/cid/default.aspx>

Judic644

ANEXO

Artigos principais

Relatar investigações clinicamente relevantes ou observações dentro do escopo de interesses do CID.

Guia de formato:

- **Limite de palavras: 3000 palavras (excluindo o resumo e as referências).**
- **Pontos-chave devem ser resumidos na página do título em 40 palavras ou menos.**
- **Referências: 40 ou menos.**
- **Resumo: Até 250 palavras, estruturadas usando os títulos Background, Methods, Results e Conclusions.**



Avaliação socioeconômica, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida e autopercepção de saúde bucal

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

- 1 Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 2 Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 3 Quantos bens tem em sua residência?
Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador, e número de carros. Varia de 0 a 11 bens. Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 4 No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, soldo, aposentadoria ou outros rendimentos?
1-Até 250; 2-De 251 a 500; 3-De 501 a 1.500; 4-De 1.501 a 2.500; 5-De 2.501 a 4.500; 6-De 4.501 a 9.500; 7-Mais de 9.500; 9-Não sabe/não respondeu

ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS

- 5 Até que série o sr(a) estudou?
Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação). Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 6 O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 7 Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente? 0-Não; 1-Sim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 8 Aponte na linha ao lado o quanto foi esta dor 1 (um) significa muito pouca dor e 10 (dez) uma dor muito forte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 9 Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 10 Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez? 1-Menos de um ano; 2-Um a dois anos; 3-Três anos ou mais; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 11 Onde foi a sua última consulta? 1-Serviço público; 2-Serviço particular; 3-Plano de Saúde ou Convênios; 4-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 12 Qual o motivo da sua última consulta? 1-Revisão, prevenção ou check-up; 2-Dor; 3-Extração; 4-Tratamento; 5-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 13 O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta? 1-Muito Bom; 2-Bom; 3-Regular; 4-Ruim; 5-Muito Ruim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu

AUTOPERCEPÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL

- 14 Com relação aos seus dentes/boca o sr(a) está: 1-Muito satisfeito; 2-Satisfeito; 3-Nem satisfeito nem insatisfeito; 4-Insatisfeito; 5-Muito insatisfeito; 9-Não sabe / Não respondeu
- 15 O sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 16 Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu

16.1. Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?	16.5. Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?
16.2. Os seus dentes o incomodaram ao escovar?	16.6. Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?
16.3. Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)?	16.7. Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?
16.4. Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?	16.8. Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho?
	16.9. Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?