



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**CONHECIMENTO DOS DOENTES RELATIVAMENTE À
DOENÇA PERIODONTAL, AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DAS
GENGIVAS E COMPARAÇÃO COM O ESTADO PERIODONTAL
REAL**

Trabalho submetido por
Débora de Paiva Ferreira
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2019



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

CONHECIMENTO DOS DOENTES RELATIVAMENTE À DOENÇA PERIODONTAL, AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DAS GENGIVAS E COMPARAÇÃO COM O ESTADO PERIODONTAL REAL

Trabalho submetido por
Débora de Paiva Ferreira
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Ricardo Castro Alves

setembro de 2019

DEDICATÓRIA

A ti, mãe. Que continues a iluminar
o meu caminho todos os dias.

β

AGRADECIMENTOS

Esta tese, independentemente de ser de autoria individual, resultou do esforço de muitas pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a finalização da mesma. Assim, quero deixar aqui o meu profundo agradecimento a essas pessoas, sem as quais não me seria possível a realização deste projeto.

Ao meu Orientador Prof. Doutor Ricardo Alves, por quem tenho imensa admiração e respeito, um profundo obrigado pela orientação dada ao longo deste trabalho, pela disponibilidade, apoio, motivação, inspiração e rigor transmitidos.

Ao Prof. Doutor Luís Proença, pela atenção que me disponibilizou e pela orientação no relacionamento das variáveis e esclarecimentos estatísticos, o meu especial agradecimento.

À Mestre Sónia Silvério, uma presença constante que tem sido para mim um exemplo a seguir, quer a nível pessoal, quer a nível profissional, o meu eterno respeito.

Aos Mestres Vanessa Machado e João Botelho, pelo constante apoio e motivação e pelo conhecimento transmitido, especialmente na área da investigação, o meu mais sincero obrigado.

Ao departamento de Periodontologia que me acompanhou no decorrer da aplicação de questionários, tendo sido uma ajuda fundamental e sem a qual não teria conseguido atingir os objetivos deste estudo, um grande obrigada.

Aos meus amigos, obrigada por estarem presentes durante o meu percurso académico, por todo o companheirismo, apoio, paciência e amizade.

Ao Marcos, por ser o meu porto de abrigo, o meu ombro amigo, o meu melhor amigo e confidente. Obrigada por toda atenção e paciência, por todo o apoio, amor e respeito mútuo que temos um pelo outro.

Ao meu irmão, ao meu pai e à minha avó, que têm sido o meu pilar, pelo carinho, exemplo de vida e por acreditarem sempre em mim, um especial agradecimento. Sem eles nada seria possível.

RESUMO

Introdução: A consciência da condição oral é um fator que tem influência no comportamento do indivíduo. Deste modo é fundamental que os indivíduos tomem conhecimento da doença que possuem e quais os comportamentos a adotar para evitar a sua progressão.

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo avaliar o conhecimento dos pacientes relativamente à doença periodontal e comparar a autoperceção dos mesmos com o estado periodontal real.

Materiais e métodos: Neste estudo observacional transversal foi aplicado um questionário a 198 utentes da Clínica Dentária Egas Moniz sobre o seu conhecimento acerca da doença periodontal e sobre a autoperceção do estado das gengivas. Foram recolhidos alguns dados sociodemográficos dos processos clínicos e o diagnóstico periodontal efetuado na consulta de Periodontologia. Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados criada no Programa Microsoft Excel e, posteriormente analisados no software SPSS® (Statistical Package for Social Sciences Versão 24.0).

Resultados: A amostra apresenta uma distribuição homogénea de géneros, sendo que dos participantes, grande parte (86,6%) tinha uma idade superior a 44 anos. A maior parte apresentava um nível intermédio (40,4%) ou baixo (38,4%) de escolaridade, bem como um baixo nível socioeconómico. A maioria dos diagnósticos foram de periodontite estágio III e IV (71%). Em relação ao conhecimento sobre a doença periodontal uma grande percentagem de indivíduos apresenta falta de conhecimento (66,2%). A maioria dos indivíduos com doença periodontal (65,1%) tem consciência do seu estado periodontal.

Conclusão: Ainda existe uma quantidade significativa de indivíduos pouco informados relativamente à doença periodontal. Não parece existir relação entre o grau de conhecimento e a severidade da doença. Em relação à autoperceção do estado das gengivas, a maioria dos indivíduos tem consciência do estado das suas gengivas.

Palavras chave: autoperceção, saúde periodontal, doença periodontal, fatores de risco.

ABSTRACT

Introduction: Awareness of the oral condition is a factor that influences the behavior of the individual. Thus, it is essential that individuals become aware of their disease and what behaviors to adopt to prevent its progression.

Objective: This study aims to evaluate patients' knowledge regarding periodontal disease and compare their self-perception with the actual periodontal state.

Materials and methods: This cross-sectional observational study applied a questionnaire to 198 patients attending Egas Moniz Dental Clinic about their knowledge about periodontal disease and self-perception of their periodontal health. Some sociodemographic data were collected from the clinical processes and also the periodontal diagnosis conducted at the Periodontology consultation. The data were stored in a Microsoft Excel database and then analyzed using the SPSS® (Statistical Package for Social Sciences Version 24.0).

Results: The sample had an homogeneous gender distribution and most individuals (86,6%) were older than 44 years. Most had medium (40,4%) or low (38,4%) level of education as well as low socioeconomic level. The majority of the diagnoses were stage III and IV periodontitis (71%). Regarding the questions about the knowledge of periodontal diseases some basic information is still missing in a large percentage of individuals (66,2%). The majority of individuals (65,1%) is aware of their periodontal condition.

Conclusion: There is still a significant amount of poorly informed individuals regarding periodontal disease. Apparently there is no relationship between the degree of knowledge and the severity of the disease. Regarding self-perception of the state of the gums, the majority of individuals are aware of the state of their gums.

Keywords: self-perception, periodontal health, periodontal disease, risk factors.

ÍNDICE

I- INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1 PERIODONTO	13
1.2 SAÚDE PERIODONTAL.....	14
1.3 DOENÇA PERIODONTAL.....	14
1.4 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA PERIODONTAL	15
1.4.1 Prevalência	15
1.4.2 Fatores de Risco.....	16
1.5 MANIFESTAÇÕES DA DOENÇA PERIODONTAL.....	17
1.6 DIAGNÓSTICO PERIODONTAL	18
1.7 NOVA CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS PERIODONTAIS	19
1.8 FENOMENOLOGIA	24
1.9 MODELO DO SENSO COMUM	25
1.10 AUTOPERCEÇÃO	25
1.11 VALIDADE DO USO DA AUTOPERCEÇÃO COMO UM INSTRUMENTO.....	26
1.12 PERIODONTITE E A PERCEÇÃO DA MESMA POR PARTE DOS PACIENTES.....	26
1.13 VALIDADE DO USO DO AUTORRELATO EM ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE A DOENÇA PERIODONTAL.....	27
1.14 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E A SUA INFLUÊNCIA NA DOENÇA PERIODONTAL	27
II- MATERIAIS E MÉTODOS	29
1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	29
2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	29
3. OBJETIVO DO ESTUDO	29
4. LOCAL DE ESTUDO	30
5. ESTUDO CLÍNICO.....	30
5.1 Seleção da Amostra.....	30
5.2 Questionário.....	31
5.3 Protocolo do Exame Clínico	31
6. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	32

III- RESULTADOS	33
1. FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E A SUA INFLUÊNCIA NO DIAGNÓSTICO (TABELA 5)	33
1. DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS NA AMOSTRA ESTUDADA	38
3. CONHECIMENTO DOS DOENTES RELATIVAMENTE À DOENÇA PERIODONTAL E RELAÇÃO COM O DIAGNÓSTICO	39
4. AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DOS DENTES E GENGIVAS E RELAÇÃO COM O DIAGNÓSTICO PERIODONTAL	46
5. RELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO PERIODONTAL COM A QUALIDADE DE VIDA.....	46
IV- DISCUSSÃO	53
V- CONCLUSÃO	61
VI- BIBLIOGRAFIA.....	63
VII- ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico representativo da percentagem de pacientes avaliados, segundo a variável diagnóstico	38
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Saúde periodontal segundo a nova classificação das doenças periodontais...19	
Tabela 2. Classificação da gengivite segundo a nova classificação das doenças periodontais21	
Tabela 3. Classificação da Periodontite segundo o Estádio22	
Tabela 4. Classificação da Periodontite segundo o Grau23	
Tabela 5. Fatores sociodemográficos relacionado com o diagnóstico35	
Tabela 6. Conhecimento sobre o que é placa bacteriana relacionado com o diagnóstico41	
Tabela 7. Conhecimento sobre como pode ser removida a placa bacteriana relacionado com diagnóstico42	
Tabela 8. Conhecimento sobre o que é tártaro relacionado com diagnóstico43	
Tabela 9. Conhecimento sobre porque ocorre sangramento na gengiva relacionado com diagnóstico43	
Tabela 10. Conhecimento sobre porque ocorre mobilidade do dente relacionado com diagnóstico44	
Tabela 11. Conhecimento sobre o que é a doença periodontal relacionado com o diagnóstico44	
Tabela 12. Tabela que representa o conhecimento sobre qual a diferença entre gengivite e periodontite relacionado com o diagnóstico.....45	
Tabela 13. Conhecimento sobre as doenças periodontais serem prevenidas relacionado com diagnóstico45	
Tabela 14. Autopercepção do estado das gengivas relacionado com o diagnóstico periodontal.....47	
Tabela 15. Relação do diagnóstico periodontal com a qualidade de vida.....48	

LISTA DE SIGLAS

AVG - Aumento do Volume Gengival

CDEM - Clínica Dentária Egas Moniz

CSM - Modelo do Senso Comum

DGS - Direção Geral de Saúde

DP - Doença Periodontal

GG - Gengivite

HS - Hemorragia à sondagem

IG - Índice Gengival

IP - Índice de Placa

NIP - Nível clínico de inserção periodontal

OMS - Organização mundial de saúde

PE I - Periodontite Estádio I

PE II - Periodontite Estádio II

PE III - Periodontite Estádio III

PE IV - Periodontite Estádio IV

PS - Profundidade de sondagem

REC - Recessão gengival

SP - Saúde Periodontal

I- INTRODUÇÃO

1. Enquadramento Teórico

A doença periodontal constitui um dos grandes problemas de saúde pública, pela sua prevalência consideravelmente alta, mesmo em países desenvolvidos. Em 2010, a periodontite severa foi considerada a sexta condição de saúde mais prevalente, afetando 10,8% dos indivíduos de todo o mundo (Kassebaum et al., 2014).

Segundo Machado et al., (2018), apesar da doença periodontal ter uma prevalência elevada na população de utentes da Clínica Dentária Egas Moniz (CDEM), a maioria dos pacientes encaminhados na consulta de Triagem para o departamento de Periodontologia não compareceram na consulta de diagnóstico periodontal. Como tal, é de extrema importância desenvolver programas apropriados de saúde pública de forma a educar a população portuguesa sobre a doença periodontal.

As condições orais podem afetar os indivíduos ao longo do tempo conduzindo a repercussões na sua qualidade de vida, sendo estas mais pronunciadas à medida que aumenta a severidade e extensão da doença (Buset et al 2016; Thomson & Broder, 2018).

É importante que os pacientes tenham presente que a doença periodontal, uma das principais causas de perda dentária, muitas das vezes não apresenta sintomas no seu estágio inicial. Esta falta de sintomatologia, combinada com a falta de conhecimento sobre a doença periodontal, leva a que muitos pacientes só procurem o Médico Dentista em estádios mais avançados da doença (Jin, 2015).

1.1 Periodonto

Periodontium significa “ao redor do dente”. O periodonto é constituído por 4 componentes principais: gengiva, osso alveolar, cemento e ligamento periodontal. Sendo a principal função deste ligar o dente à estrutura óssea da maxila e mandíbula e manter a integridade da superfície mastigatória da cavidade oral (Newman, Takei, Klokkevold, & Carranza, 2012).

Os componentes da matriz extracelular de um compartimento podem ter influência na atividade celular das estruturas adjacentes. Deste modo, as mudanças patológicas que possam ocorrer num dos compartimentos do periodonto podem ter repercussões nos restantes compartimentos. Assim, o periodonto pode estar sujeito a alterações morfológicas provenientes de mudanças fisiológicas, funcionais e do ambiente oral (Lindhe, 2003; Newman et al., 2012).

1.2 Saúde Periodontal

De acordo com alguns autores, uma definição de saúde periodontal (SP) seria um periodonto livre de inflamação. Na SP as atividades antimicrobianas e pró-inflamatórias do hospedeiro são reguladas para antecipar reações injustificadas, contribuindo para uma dinâmica equilibrada. Assim, a ação do sistema imunitário inato e adaptativo estabelece uma relação de simbiose entre o hospedeiro e os microrganismos, mantendo o epitélio gengival íntegro e impedindo a entrada de agentes patogénicos para o tecido conjuntivo (Dentino, Lee, Mailhot, & Hefti, 2013; Lang & Bartold, 2018).

1.3 Doença Periodontal

A doença periodontal (DP) é um processo inflamatório de causa multifatorial que resulta da interação do biofilme bacteriano específico e da resposta imunoinflamatória do hospedeiro. A DP engloba a gengivite e a periodontite. A gengivite (GG) é uma doença caracterizada pela inflamação do tecido gengival, sem perda óssea, ou seja, é uma doença reversível. Contudo, se esta não for tratada, pode evoluir para periodontite, que consiste numa progressão da inflamação para os tecidos de suporte do dente, levando à perda óssea e, eventualmente, à perda dentária (Page & Kornman 1997; Socransky, Haffajee, Cugini, Smith, & Kent 1998).

As principais características da periodontite incluem a perda de suporte periodontal, que se manifesta pela perda de inserção clínica, perda óssea alveolar estimada radiograficamente, presença de bolsas periodontais e hemorragia gengival. A perda de suporte periodontal constitui assim uma das principais causas de perda dentária,

podendo levar à disfunção mastigatória, com repercussões na qualidade de vida e saúde geral dos indivíduos (Papapanou et al., 2018).

1.4 Epidemiologia da Doença Periodontal

1.4.1 Prevalência

A periodontite apresenta maior prevalência em adultos, podendo no entanto ocorrer em crianças e adolescentes. A quantidade de destruição dos tecidos periodontais geralmente é proporcional aos níveis de placa bacteriana, defesas do hospedeiro e fatores de risco relacionados (Kinane, Stathopoulou & Papapanou, 2017).

De acordo com os dados do último Inquérito Nacional de Saúde Oral Português, a prevalência de periodontite em adultos foi de 10,8% e em idosos de 15,3%. No entanto, existem ainda poucos dados sobre a prevalência da DP na população Portuguesa (DGS, 2015).

O “III Estudo Epidemiológico Nacional das Doenças Orais”, apresentado pela Direção Geral de Saúde (DGS), em 2015, demonstrou a existência de uma maior percentagem de jovens com SP (em 2006, aos 12 anos a prevalência era de 29% e aos 15 anos era de 22%, enquanto em 2013, aos 12 anos era de 51,7% e aos 18 anos de 41,8%). Já em relação a crianças e jovens que realizam escovagem dentária antes de dormir, foi verificado um aumento da percentagem (em 2006, aos 6 anos a percentagem era de 35%, aos 12 anos era de 51% e aos 15 anos de 45%, enquanto que em 2013 aos 6 anos essa percentagem era de 84%, aos 12 anos era de 87% e aos 18 anos 84%), tendo sido então verificado um aumento significativo da população infantil a escovar os dentes antes de dormir, e como consequência, mais crianças com gengivas saudáveis. (DGS, 2015). Tais resultados revelam que existe uma preocupação crescente com a saúde oral, e que estas crianças quando se tornarem adultos terão um maior cuidado com a sua saúde oral e um maior conhecimento sobre as doenças orais, nomeadamente a DP. Ainda neste estudo, foi verificado que: em crianças de 12 anos, 52% eram saudáveis e 48% tinham hemorragia, em jovens adultos de 18 anos, 42% eram saudáveis e 58% tinham hemorragia, em adultos com idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos, 38% eram saudáveis, 51% apresentavam hemorragia, 9% tinham bolsas entre 4 e 5 milímetros e 2% tinham bolsas maiores ou iguais a 6 milímetros, em adultos com idades compreendidas entre os 65 e os

74 anos 30% eram saudáveis, 40% tinham hemorragia, 12% apresentavam bolsas entre 4 e 5 milímetros e 3% tinham bolsas maiores ou iguais a 6 milímetros (DGS, 2015).

Deve ser tido em conta que o CPI (Índice Periodontal Comunitário), utilizado neste estudo, apresenta algumas limitações, sendo então importante saber que embora este seja utilizado pela grande maioria dos estudos epidemiológicos no diagnóstico da DP, a sua representatividade ainda não foi totalmente comprovada. Muitos estudos apresentam evidências de que o exame clínico através do CPI, sobretudo o sistema parcial, subestima a doença (Chalub & Péret, 2010).

1.4.2 Fatores de Risco

A principal característica da DP é a inflamação dos tecidos periodontais em resposta a bactérias patogénicas presentes no biofilme. De acordo com a hipótese da placa ecológica, supõe-se que a secreção do fluido gengival é aumentada em resposta à inflamação dos tecidos periodontais, levando a um aumento do pH local acima do valor normal. Foi sugerido que mesmo um pequeno aumento no pH permite que algumas bactérias como *P.gingivalis* cresçam, substituam outros microrganismos na placa bacteriana e comecem a destruir o periodonto do hospedeiro. Deste modo, a acumulação de biofilme em redor da margem gengival constitui um dos fatores de risco essenciais para que a periodontite se desenvolva (Seneviratne, Zhang, & Samaranayake, 2011).

Sabe-se hoje que, o desenvolvimento da periodontite tem uma predisposição genética, sendo também dependente de outros fatores como: género, hábitos tabágicos e etílicos, diabetes e stress (Chapple et al., 2015; Genco & Borgnakke, 2013).

O tabaco é considerado um dos fatores de risco mais importante. Os estudos indicam que, no caso dos fumadores, se não houver abandono do hábito, seja através de programas de cessação tabágica, seja por vontade própria, os resultados da terapia periodontal, na maioria das vezes, são insatisfatórios em relação aos não fumadores (Bernardes, Ferres, & Júnior, 2013; Genco & Borgnakke, 2013).

Sabe-se também que a Diabetes *mellitus* e a DP são doenças crónicas comuns na população, especialmente em pessoas com mais de 65 anos de idade, tendo a diabetes influência na instalação e progressão da DP, uma vez que dificulta a cicatrização. No

entanto também sofre influência da mesma, sendo que o curso da DP pode alterar o metabolismo da glicose e por conseguinte complicar o controlo da diabetes. Uma vez que a inter-relação entre diabetes e DP se aplica em ambas as direções, diz-se que apresentam uma relação bidirecional (Madeiro, Bandeira, & Figueiredo, 2005).

Também condições psicossociais, como a depressão e a exposição a agentes desencadeantes de stress, podem ter influência na resposta imunitária do hospedeiro, tendo o indivíduo maior suscetibilidade de desenvolver condições orais favoráveis ao aparecimento de DP (Peruzzo et al., 2007).

Segundo Genco & Borgnakke (2013), ser do género masculino é também um fator predisponente para a DP, não por haver maior suscetibilidade à DP por fatores genéticos, mas como consequência do estilo de vida (hábitos tabágicos e etílicos) que os homens apresentam comparativamente às mulheres.

1.5 Manifestações da Doença Periodontal

Segundo Armitage (2004), uma das primeiras alterações que se pode notar durante o exame clínico do periodonto é a presença ou ausência de inflamação. Os quatro principais sintomas de inflamação comumente observados são o rubor, edema, hemorragia à sondagem e exsudado purulento. O edema e o rubor manifestam-se muitas vezes em simultâneo e aparecem inicialmente na margem gengival. O rubor ocorre como consequência da vasodilatação e aumento do fluxo sanguíneo para o local da inflamação. Por outro lado, o edema advém do incremento da permeabilidade vascular, que facilita a passagem de líquido para os tecidos inflamados. Sem tratamento, esta inflamação pode propagar-se para outras zonas, podendo até atingir a gengiva inserida. Para que se consiga identificar se estamos perante um caso de gengiva inflamada é importante que saibamos que a gengiva saudável tem consistência firme e resiliente, enquanto o tecido edematoso apresenta edema e um aumento de volume. O reconhecimento da presença ou ausência de edema gengival ajuda o Médico Dentista a determinar se os tecidos estão saudáveis ou doentes. No que concerne à hemorragia, esta surge quando o epitélio vascular se encontra fragilizado existindo a formação de úlceras na parede da bolsa periodontal (Armitage, 2004).

1.6 Diagnóstico Periodontal

O primeiro desafio no tratamento da DP é o diagnóstico precoce, uma vez que é uma doença indolor que leva a perda de tecido ósseo e tecidos moles de forma irreversível. Por não apresentar sintomatologia em estádios iniciais, os pacientes apenas procuram ajuda tardiamente (Kinane et al., 2017).

Um diagnóstico preciso é o primeiro passo para que se desenvolva um plano de tratamento adequado que, quando corretamente implementado, leva à resolução da inflamação periodontal. Um diagnóstico incorreto geralmente leva a uma abordagem terapêutica mal estruturada. Portanto, deve sempre estabelecer-se um diagnóstico e discutir as suas implicações com o paciente antes de iniciar qualquer procedimento terapêutico (Armitage, 2004).

Deve ter-se em consideração que existem fatores que podem influenciar a sondagem periodontal, e por conseguinte, o diagnóstico periodontal. A medição da profundidade de sondagem tem erros inerentes, podendo ser influenciada por: tipo de instrumentos usados (sondas periodontais), estágio da doença ou fatores relacionados com o examinador. Apesar dos erros que possam existir, essas medidas ainda constituem o critério padrão para avaliar a severidade e a progressão da DP (Grossi et al., 1996).

A força que é aplicada pelo examinador durante a sondagem periodontal, assim como o grau de inflamação dos tecidos, podem influenciar as medidas registadas. Na presença de inflamação, a ponta da sonda penetra na base do epitélio juncional, levando a uma medida de profundidade da bolsa sobrevalorizada, enquanto que na ausência de inflamação, a ponta da sonda não atinge a base do epitélio juncional. Por esta razão, é importante realçar que a profundidade de sondagem medida não equivale exatamente à profundidade real da bolsa (Hefti, 1997).

Em relação à força de sondagem ideal, esta deve ser selecionada com vista a obter uma medida de profundidade de sondagem que seja a mais precisa possível e, ao mesmo tempo seja o mais confortável para o paciente, tendo em conta que os tecidos inflamados, nos quais a sonda penetra no epitélio juncional, são mais propensos a causar dor ao sondar, comparativamente aos tecidos não inflamados (Preshaw, 2015).

1.7 Nova Classificação das Doenças Periodontais

Saúde Periodontal

Tabela 1. Saúde periodontal segundo a nova classificação das doenças periodontais

Saúde Periodontal		
Saúde Clínica num Periodonto Íntegro		Sem perda de inserção, profundida de sondagem (PS) até 3 milímetros, hemorragia à sondagem (HS) em menos de 10% das localizações e sem tradução radiográfica de perda óssea.
Saúde Clínica Gengival num Periodonto Reduzido	Paciente com periodontite estável	Perda de inserção, PS até 4 milímetros, ausência de localizações com PS igual ou superior a 4 milímetros que apresentem HS, HS em menos de 10% dos sítios e com perda óssea radiográfica
	Paciente sem periodontite	Perda de inserção, PS até 3 milímetros, HS em menos de 10% das localizações e possível perda óssea radiográfica.

Adaptado de (Lang & Bartold, 2018)

Classificação da Gengivite Segundo a Nova Classificação das Doenças Periodontais(2018) (Tabela 2)

Sempre que relacionada com o biofilme, a gengivite pode ser classificada como:

- 1. Apenas associada ao biofilme**
- 2. Mediada por fatores de risco locais ou sistémicos**
- 3. Aumento do volume gengival associado a fármacos**

Nova Classificação das Doenças Periodontais e Peri-implantares (2018) (Tabelas 3 e 4)

A periodontite é classificada de acordo com o seu estágio e o seu grau.

A classificação por estádios está relacionada com a severidade da doença. Caso existam “fatores de complexidade” (como por exemplo, lesões de furca ou mobilidade dentária de grau avançado), o estágio assume o pior panorama. Nos casos em que os pacientes já estejam tratados, o estágio não deve retroceder. Todos os estádios devem também ser classificados quanto à extensão: localizada afeta até 30% dos dentes e generalizada afeta 30% ou mais dos dentes. O grau retrata as evidências ou o risco de progressão das doenças e as suas consequências na saúde geral. Inicialmente, todos os pacientes que apresentem periodontite devem ser considerados grau B e, de acordo com as evidências de progressão, o grau deve ser modificado para grau A ou C, sendo que o grau pode ser também alterado por fatores de risco, como é o caso do tabagismo e da diabetes *mellitus* (Papapanou et al., 2018; Tonetti, Greenwell, & Kornman, 2018).

Tabela 2. Classificação da gengivite segundo a nova classificação das doenças periodontais

Gengivite Induzida pelo Biofilme	Apenas associada ao biofilme	Gengivite em periodonto íntegro	PS \leq 3 mm, \geq 10% das localizações com HS, não apresenta perda de inserção ou perda óssea com tradução radiográfica.
		Gengivite num periodonto reduzido	PS \leq 3 mm, \geq 10% das localizações com HS, apresenta perda de inserção e possível perda óssea com tradução radiográfica.
		Gengivite num periodonto reduzido tratado periodontalmente	História de tratamento de doença periodontal, apresenta perda de inserção, localizações com bolsas periodontais \leq 3 mm, \geq 10% das localizações com HS e perda óssea com tradução radiográfica.
Mediada por fatores de risco locais ou sistêmicos	Fatores de risco locais (fatores predisponentes): Fatores que induzem a retenção de biofilme.		
	Fatores de risco sistêmicos (fatores modificadores): Tabagismo, hiperglicemia, fatores nutricionais, fármacos, hormonas sexuais, condições hematológicas.		
Aumento do volume gengival associado a fármacos			

Adaptado de (Caton et al., 2018; Chapple et al., 2018; Murakami, Mealey, Mariotti, & Chapple, 2018)

Tabela 3. Classificação da Periodontite segundo o Estádio

Estádio		Periodontite Estádio I	Periodontite Estádio II	Periodontite Estádio III	Periodontite Estádio IV
Severidade	Perda de inserção interproximal	1 a 2 mm	3 a 4 mm	≥5 mm	≥ 5 mm
	Perda óssea (Tradução radiográfica)	1/3 coronal (<15%)	1/3 coronal (15%-30%)	Até 1/2 ou até 1/3 da raiz	Até 1/2 ou até 1/3 da raiz
	Perda de peças dentárias	Não existe perda dentária devido à periodontite		≤ 4 dentes perdidos devido à periodontite	≥ 5 dentes perdidos devido à periodontite
Complexidade	Local	-PS ≤ 4 mm -Perda óssea predominantemente horizontal	-PS ≤ 5 mm -Perda óssea predominantemente horizontal	Em adição ao estágio II de complexidade: PS ≥ 6 mm Perda óssea vertical ≥ 3 mm Defeitos de furca (II ou III) Defeitos de crista moderados	Em adição ao estágio III de complexidade: Necessidade de reabilitação complexa por: Disfunção mastigatória Trauma oclusal secundário (mobilidade grau 2 ou 3) Defeitos de crista severos Colapso de mordida Má posição dentária Migração patológica < 20 dentes remanescentes

Adaptado de (Papapanou et al., 2018; Tonetti et al., 2018)

Tabela 4. Classificação da Periodontite segundo o Grau

Grau de periodontite			Grau A Taxa de progressão baixa	Grau B Taxa de progressão moderada	Grau C Taxa de progressão rápida
Critérios primários	Evidência direta de progressão	Informação longitudinal (perda óssea radiográfica ou perda de inserção interproximal)	Evidência de nenhuma perda em 5 anos	< 2 mm em 5 anos	≥ 2 mm em 5 anos
	Evidência indireta de progressão	% perda óssea/idade	< 0,25	0,25 a 1	> 1
		Fenótipo do caso	Depósitos densos de biofilme com baixos níveis de destruição	Destruição proporcional com os depósitos de biofilme	Destruição excede o que seria expectável com os depósitos de biofilme Padrões clínicos específicos sugestivos de períodos de rápida progressão e/ou doença de início precoce.
Modificadores de Grau	Fatores de risco	Hábitos Tabágicos	Não fumador	Fumador, < 10 cigarros/dia	Fumador, > 10 cigarros / dia
		Diabetes	Normoglicémico	HbA1c < 7 % em diabéticos	HbA1c ≥ 7 % em diabéticos

Adaptado de (Papapanou et al., 2018; Tonetti et al., 2018)

HbA1c - Hemoglobina glicosilada

1.8 Fenomenografia

O conceito de fenomenografia é pouco conhecido, no entanto, pode ser bastante útil quando se pretende compreender a perspetiva das pessoas relativamente à forma como estas visualizam e vivenciam o mundo à sua volta. A fenomenografia considera que, a única realidade que pode ser comunicada é a do mundo tal como é experienciado, assumindo que a forma como o mundo é vivenciado é diferente em cada ser humano, e estas mesmas diferenças podem ser descritas, comunicadas e compreendidas pelos outros. Esta metodologia procura reflexão sobre a experiência e aprendizagem cultural e as aptidões que cada ser humano desenvolveu para se relacionar com o mundo à sua volta (Marton, 1994; Sjostrom & Dahlgren, 2002).

Para compreender as coisas é preciso estar consciente delas. Cada situação específica gera uma forma diferente de ver o mundo, sendo que cada situação modifica os conhecimentos que temos consoante o ambiente envolvente, mas ao mesmo tempo, cada situação é vivenciada através da nossa experiência do mundo. Pode-se dizer que estamos conscientes de tudo, a todo o momento, mas que estamos conscientes de tudo de forma diferente ao longo do tempo. Sendo que a nossa consciência não consegue estar consciente de tudo ao mesmo tempo, nem da mesma forma, se tal fosse possível de acontecer não existiam diferenças entre pessoas que experienciaram as mesmas situações (Marton, 1994).

A fenomenografia aplicada à Medicina ajuda a enfatizar as desigualdades na forma como doentes diferentes vivenciam as circunstâncias e quais as suas necessidades, isto pode contribuir para cuidados mais específicos e individualizados. Tal implica que os prestadores de cuidados estejam conscientes que devem adotar diferentes medidas para diferentes doentes (Sjöström & Dahlgren, 2002).

1.9 Modelo do Senso Comum

A percepção individual de doença é um conceito psicológico que evoluiu com a construção do Modelo do Senso Comum (CSM). Este relata um processo dinâmico e multinível que origina representações cognitivas e emocionais dos indivíduos sobre as ameaças à saúde, as suas ações para controlá-las, criar planos de ação e implementá-los. Com base neste modelo, uma resposta a uma ameaça à saúde é o produto de um sistema de controlo implícito, que pode ser dividido em três amplos processos. Em primeiro lugar, são construídas as representações cognitivas e emocionais da ameaça à saúde. Essas representações refletem a interpretação por parte do indivíduo da ameaça à saúde e podem ser resultantes de sinais internos (por exemplo, sintomas) e sinais externos (por exemplo, fontes de informação). Em segundo lugar, desenvolve-se um plano de ação e em terceiro lugar dá-se o processo de aprender a lidar/enfrentar a situação. Estes três estágios ocorrem paralelamente tanto ao nível emocional como ao nível cognitivo, sendo a interação entre cada nível dinâmica (Llewellyn, McGurk, & Weinman, 2007).

1.10 Autopercepção

Segundo a teoria da autopercepção (Bem, 1972), o indivíduo fica a conhecer as suas atitudes, emoções e outros estados internos, inferindo-os em parte, pela observação do seu próprio comportamento em público e das circunstâncias em que o mesmo ocorre (Bem, 1972).

A autopercepção é fundamental para um correto tratamento clínico, pois a forma como os pacientes interpretam e avaliam a sua condição oral permite ao profissional uma avaliação mais detalhada e completa do paciente (Chen & Hunter, 1996; Gift, Atchison, & Drury, 1998).

1.11 Validade do Uso da Autoperceção como um Instrumento

A validade de um instrumento é alusiva à sua aptidão para identificar corretamente a proporção de pessoas que possuem, ou não, determinada variante (Altman & Bland, 1994).

A autoperceção positiva de saúde tem variações consideráveis entre diversos estudos. Embora entre varias investigações, as perguntas sobre autoperceção de saúde sejam similares, os resultados variam bastante. Tal disparidade pode dever-se a flutuações, a curto prazo, no estado de saúde do indivíduo (Confortin, Giehl, Antes, Schneider, & d'Orsi, 2015).

A autoperceção constitui um indicador fundamental para complementar as informações obtidas através das medidas clínicas, embora nunca seja utilizada em detrimento do exame profissional individualizado, sendo sim um complemento ao mesmo (Locker & Jokovic, 1996).

1.12 Periodontite e a Perceção da Mesma por Parte dos Pacientes

Quando é diagnosticada ao paciente uma doença, este organiza padrões de crenças que são definidos como perceções da doença. Uma diversidade de fatores individuais, culturais e contextuais, acionam estruturas de memória, que por sua vez vão ao encontro de experiências passadas de doenças e tratamentos e conseqüentemente terão uma grande influência na perceção da doença. Estas perceções vão determinar os comportamentos futuros dos pacientes relativamente à forma como lidam com a doença (Hoving, Van der Meer, Volkova, & Frings-Dresen, 2010; Leventhal, Phillips, & Burns, 2016).

Segundo a literatura têm-se vindo a entender que a autoperceção pode estar associada a fatores clínicos, como o número de dentes perdidos e a severidade da DP. Do mesmo modo, fatores sociodemográficos e fatores subjetivos, como a capacidade de sorrir, falar e mastigar sem dificuldades apresentam também relação com a autoperceção (Mascarenhas, 1999; Borrell, Taylor, Borgnakke, Woolfolk, & Nyquist, 2004).

É importante ter em conta que, enquanto o paciente dá maior relevância aos problemas sociais e funcionais que advêm da doença que possui, o Médico Dentista faz a avaliação da condição oral dos pacientes com base na presença ou ausência de doença (Leao & Sheiham, 1995).

1.13 Validade do Uso do Autorrelato em Estudos Epidemiológicos Sobre a Doença Periodontal

O autorrelato do estado oral é um método válido para determinar a quantidade de dentes remanescentes e o uso de próteses removíveis. Já para variáveis periodontais específicas, os questionários mostraram ser menos confiáveis (Buhlin, Gustafsson, Andersson, Håkansson, & Klinge, 2002).

Mais recentemente Abbood, Hinz, Cherukara, & Macfarlane (2016) concluíram que o autorrelato da DP constitui uma ferramenta eficiente para a vigilância da DP em estudos epidemiológicos de larga escala. O autorrelato de dores nas gengivas, mobilidade dentária e a consciência dos pacientes sobre a DP são o tipo de perguntas que se mostraram mais eficientes e que podem ser usadas para identificar a DP (Abbood et al., 2016).

1.14 Fatores Sociodemográficos e a Sua Influência na Doença Periodontal

A literatura atual afirma que, a disparidade do estado de saúde oral em diferentes indivíduos é sustentada por evidências de que as doenças orais, incluindo a DP, são mais comuns em indivíduos que pertencem a grupos populacionais desfavorecidos. Estes possuem maior risco de desenvolver problemas periodontais, uma vez que têm mais dificuldade em aceder a serviços de saúde e apresentam restrições relativamente à aquisição de produtos de higiene oral (Frias et al., 2011)

Os problemas económicos são indutores de stress que, ao longo do tempo, podem agravar a destruição periodontal em indivíduos suscetíveis. Indivíduos com estilos de vida instáveis apresentam maior destruição por DP, quando comparados com indivíduos

com estilos de vida estáveis (Newman et al., 2012; Genco & Borgnakke, 2013; Halawany et al., 2015).

O baixo nível de escolaridade indica pouca instrução e escassez de informação e, assim, pouco acesso aos serviços de saúde, tendo por resultado uma pior condição periodontal (Frias et al., 2011).

No género masculino são verificadas piores condições periodontais, quando comparados com o género feminino, sendo este facto suportado por melhores práticas de higiene e maior procura de serviços de saúde oral por parte das mulheres (Papapanou et al., 2010).

O grau de escolaridade é um fator que pode influenciar o estado de saúde, tendo a educação demonstrado ser um dos elementos chave para atingir melhores condições de saúde (Maçaneiro, Delmonego, Marín, & Bottan, 2015).

II- MATERIAIS E MÉTODOS

1. Caracterização do Estudo

Estudo do tipo observacional transversal.

2. Considerações Éticas

O presente estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Egas Moniz (processo interno nº702).

Este estudo foi realizado consoante os princípios da Declaração de Helsínquia de 1964, modificada em 2013. Os pacientes participantes nesta investigação assinaram, previamente ao preenchimento do questionário, um consentimento informado que descrevia detalhadamente os objetivos da investigação. Os dados recolhidos foram usados unicamente para análise estatística, mantendo-se sempre a identificação dos participantes em anonimato.

3. Objetivo do Estudo

Este trabalho tem como objetivo estimar o grau de conhecimento acerca das doenças periodontais por parte dos pacientes e comparar a sua perceção sobre o estado periodontal com a sua situação real (medições clínicas).

Hipótese nula (H0): A situação real (medições clínicas) e a perspetiva do doente são concordantes.

Hipótese Alternativa (H1): A situação real (medições clínicas) e a perspetiva do doente não são concordantes.

4. Local de Estudo

O presente estudo foi efetuado na Clínica Dentária Egas Moniz, nas instalações da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, Monte da Caparica, Almada. A aplicação dos questionários decorreu entre os meses de março e julho de 2019.

Os diagnósticos foram realizados por alunos do quarto e quinto ano, do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, supervisionado pelos professores da Unidade Curricular de Periodontologia.

5. Estudo Clínico

5.1 Seleção da Amostra

A amostra deste estudo foi obtida por conveniência a partir dos pacientes encaminhados da consulta de Triagem para uma primeira consulta de Periodontologia entre os meses de março de 2019 e julho de 2019, na CDEM.

Dos 228 indivíduos convidados a participar neste estudo, 3 recusaram-se a participar sem apresentarem justificação. Dos 225 indivíduos que responderam ao questionário, observou-se que, apenas 198 obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão determinados.

Critérios de inclusão:

Para que possam ser selecionados, todos os participantes devem:

- Ter idade superior a 18 anos;
- Ter assinado um consentimento informado de participação no estudo (de acordo com a declaração de Helsínquia de 2013 e a convenção de Oviedo).

Critérios de exclusão:

- Os pacientes que apresentem dados incompletos dos questionários ou exame clínico;
- Desdentados totais;

- Pacientes que já tenham sido sujeitos a alisamento radicular ou cirurgia periodontal.

5.2 Questionário

A recolha de dados foi realizada através do preenchimento de um questionário, aplicado no início da consulta de diagnóstico, tendo o questionário sido preenchido pelo próprio paciente. Após a consulta de diagnóstico foi consultado o processo do paciente de modo a recolher o diagnóstico periodontal.

O questionário utilizou algumas das questões que fazem parte da história clínica em vigor na consulta de Triagem da Clínica Dentária Egas Moniz e as questões para avaliação do grau de conhecimento sobre a DP basearam-se no questionário utilizado no estudo de Guardia, Feron, Marcon, & Butze (2017).

5.3 Protocolo do Exame Clínico

No exame periodontal da boca completa (realizado segundo o protocolo do departamento de Periodontologia do IUEM) foi utilizada uma sonda periodontal CP 12 (HU-FRIGDY®, Chicago,IL,USA).

Foram avaliados os seguintes parâmetros: Índice de placa (IP), Índice gengival (IG), profundidade de sondagem (PS), nível da margem gengival, nível clínico de inserção periodontal (NIP), lesões de furca e mobilidade dentária.

Estas medições foram realizadas para todos os dentes à exceção de terceiros molares e raízes retidas.

O IP foi avaliado em 4 localizações, 3 por Vestibular e 1 localização por Lingual ou Palatino. O IG foi avaliado simultaneamente com o IP, registando as localizações com hemorragia.

A avaliação da PS, que consiste na distância da margem gengival ao fundo do sulco ou bolsa, foi avaliada em 6 localizações por dente.

Simultaneamente à avaliação da PS foi registada a presença ou ausência de hemorragia à sondagem (HS), que fornece a informação relativa ao grau de inflamação dos tecidos periodontais (Preshaw, 2015).

O NIP consiste na distância da junção amelocimentária até ao fundo da bolsa gengival. O aumento do volume gengival (AVG), é calculado através da subtração do valor do AVG ao valor da PS ($PS - AVG$) e a recessão gengival (REC), calculada através da soma do valor da PS ao valor da REC ($PS + REC$).

As lesões de furca foram avaliadas em dentes posteriores de ambas as arcadas. Nos molares inferiores apenas foram feitas duas medições e nos molares superiores três medições.

As mobilidades foram avaliadas com recurso ao cabo de dois instrumentos e classificado o movimento dentário visível quando o dente não se encontra em função.

Os diagnósticos considerados foram: saúde periodontal, gengivite, periodontite dividida em 4 Estádios (I, II, III e IV), não tendo sido considerado o grau (A, B ou C), de modo a diminuir a dispersão de dados. Todos os diagnósticos foram realizados de acordo com a nova classificação das doenças periodontais.

6. Análise Estatística

Os parâmetros reunidos no decorrer do estudo foram armazenados numa base de dados no software Microsoft Office Excel® 2017 (Microsoft, Seattle, USA). Posteriormente, para a realização da análise estatística, foi usado o programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 24.0 para o Windows (Armonk, NY: IBM Corp.).

Foram utilizadas medidas de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa).

III- RESULTADOS

1. Fatores Sociodemográficos e a sua Influência no Diagnóstico (Tabela 5)

Relativamente ao género, na nossa amostra, 106 participantes pertenciam ao género feminino (53,5%) e 92 ao género masculino (46,5%). Podemos observar que, dos indivíduos com SP, mais de metade (61,5%) eram do género feminino, em relação aos restantes diagnósticos não observamos grandes diferenças entre géneros, com exceção do diagnóstico de PE I em que foi observada uma maior prevalência no género feminino (75%).

Relativamente à faixa etária, podemos verificar que a grande maioria dos indivíduos (86,6%) apresentava idade superior a 44 anos, sendo a faixa etária com maior número de indivíduos a dos 57 aos 69 anos (44,4%). A média de idades dos indivíduos do nosso estudo foi de $59,4 \pm 12,9$ anos. Relativamente à distribuição de diagnósticos por faixa etária, podemos observar que os diagnósticos de PE I são mais prevalentes na faixa etária dos 31 aos 43 anos (25%) e dos 44 aos 56 anos (37,5%). Já com diagnósticos de periodontite em estágio mais avançado (PE III e PE IV), a grande maioria dos indivíduos encontra-se na faixa etária dos 57 aos 69 anos (43,4% e 56,1% respetivamente).

Em relação ao estado de empregabilidade, a maioria dos indivíduos estavam empregados (49,5%) ou reformados (39,9%), sendo que os indivíduos desempregados constituíam apenas 10,6% da amostra. Dos indivíduos desempregados, quase a totalidade apresentava diagnósticos de PE III e PE IV. Em relação aos diagnósticos de GG e de PE I, encontramos a grande maioria em indivíduos empregados (66,7% e 75% respetivamente).

No que concerne ao estado civil, percebemos que a maior parte dos indivíduos (63,6%) estavam casados ou em união de facto e, em todos os diagnósticos periodontais o estado civil mais frequente foi também o de casado/união de facto. Assim, o diagnóstico periodontal não parece ter relação com o estado civil.

No que respeita ao nível de escolaridade, a maioria dos indivíduos da amostra completou o ensino básico (38,4%) ou ensino secundário (40,4%). Os diagnósticos de PE II, PE III e PE IV mostraram-se mais prevalentes em indivíduos com o ensino básico e ensino secundário. Já os diagnósticos de SP e GG mostraram-se mais prevalentes em indivíduos com o ensino básico e ensino superior.

Relativamente ao rendimento mensal líquido, nos indivíduos com diagnóstico de PE IV, a grande maioria (81%) tinham como rendimento, no máximo, dois salários mínimos. É, no entanto, importante ter em consideração que dos 198 indivíduos que responderam ao questionário, 79 não responderam à questão sobre o seu rendimento.

Tabela 5. Fatores sociodemográficos relacionado com o diagnóstico

Diagnóstico								
Gênero		Saúde Periodontal N (%)	Gengivite N (%)	Periodontite Estádio I N (%)	Periodontite Estádio II N (%)	Periodontite Estádio III N (%)	Periodontite Estádio IV N (%)	Total N (%)
	Feminino		8(61,5%)	4(44,4%)	6(75%)	13(50%)	39(51,3%)	36(54,5%)
Masculino		5(38,5%)	5(55,6%)	2(25%)	13(50%)	37(48,7%)	30(45,5%)	92(46,5%)

Diagnóstico								
Faixa etária		Saúde Periodontal N (%)	Gengivite N (%)	Periodontite Estádio I N (%)	Periodontite Estádio II N (%)	Periodontite Estádio III N (%)	Periodontite Estádio IV N (%)	Total N (%)
	18-30		0	1(11,1%)	1(12,5%)	1(3,8%)	3(3,9%)	0
31-43		2(15,4%)	1(11,1%)	2(25%)	2(7,7%)	10(13,2%)	4(6,1%)	21(10,6%)
44-56		2(15,4%)	2(22,2%)	3(37,5%)	5(19,2%)	12(15,8%)	9(13,6%)	33(16,7%)
57-69		5(38,5%)	3(33,3%)	1(12,5%)	9(34,6%)	33(43,4%)	37(56,1%)	88(44,4%)
>69		4(30,8%)	2(22,2%)	1(12,5%)	9(34,6%)	18(23,7%)	16(24,2%)	50(25,2%)

Tabela 5. Fatores sociodemográficos relacionados com o diagnóstico

Diagnóstico								
Estado de empregabilidade		Saúde Periodontal	Gengivite	Periodontite Estádio I	Periodontite Estádio II	Periodontite Estádio III	Periodontite Estádio IV	Total
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Estado de empregabilidade	Empregado	6(46,2%)	6(66,7%)	6(75%)	14(53,8%)	40(52,6%)	26(39,4%)	98(49,5%)
	Desempregado	1(7,7%)	1(11,1%)	0	2(7,7%)	7(9,2%)	10(15,2%)	21(10,6%)
	Reformado	6(46,2%)	2(22,2%)	2(25%)	10(38,5%)	29(38,2%)	30(45,4%)	79(39,9%)

Diagnóstico								
Estado civil		Saúde Periodontal	Gengivite	Periodontite Estádio I	Periodontite Estádio II	Periodontite Estádio III	Periodontite Estádio IV	Total
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Estado civil	Solteiro	3(23,1%)	3(33,3%)	1(12,5%)	4(15,4%)	12(15,8%)	9(13,6%)	32(16,2%)
	Casado/ União de facto	5(38,5%)	4 (44,4%)	5(62,5%)	17(65,4%)	51(67,1%)	44(66,7%)	126(63,6%)
	Divorciado/ Separado	4(30,8%)	1(11,1%)	2(25%)	3(11,5%)	10(13,2%)	9(13,6%)	29(14,6%)
	Viúvo	1(7,7%)	1(11,1%)	0	2(7,7%)	3(3,9%)	4(6,1%)	11(5,6%)

Tabela 5. Fatores sociodemográficos relacionados com o diagnóstico

Diagnóstico								
		Saúde	Gengivite	Periodontite	Periodontite	Periodontite	Periodontite	Total
		Periodontal		Estádio I	Estádio II	Estádio III	Estádio IV	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Nível de escolaridade	Sem escolaridade	0	0	0	1(3,8%)	0	2(3%)	3(1,5%)
	Ensino básico	6(46,2%)	4(44,4%)	1(12,5%)	10(38,5%)	28(36,8%)	27(40,9%)	76(38,4%)
	Ensino secundário	3(23,1%)	1(11,1%)	6(75%)	11(42,3%)	30(39,5%)	29(43,9%)	80(40,4%)
	Ensino superior	4(30,8%)	4(44,4%)	1(12,5%)	4(15,4%)	18(23,7%)	8(12,1%)	39(19,7%)
Diagnóstico								
		Saúde	Gengivite	Periodontite	Periodontite	Periodontite	Periodontite	Total
		Periodontal		Estádio I	Estádio II	Estádio III	Estádio IV	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Rendimento mensal líquido	< 1 Salário Mínimo	1(25%)	3(42,9%)	2(28,6%)	5(27,8%)	10(24,4%)	18(42,9%)	39(32,8%)
	1 a 2 Salários Mínimos	1(25%)	2(28,6%)	3(42,9%)	8(44,4%)	20(48,8%)	16(38,1%)	50(42%)
	2 a 4 Salários Mínimos	0	0	2(28,6%)	4(22,2%)	7(17,1%)	6(14,3%)	19(16%)
	> 4 Salários Mínimos	2(50%)	2(28,6%)	0	1(5,6%)	4(9,8%)	2(4,8%)	11(9,2%)
	Não responde							79

1. Distribuição dos Diagnósticos na Amostra Estudada

Como podemos observar na Figura 3, apenas 12% dos pacientes não apresentava periodontite. Dos 88 % de indivíduos com periodontite, os diagnósticos de PE III e PE IV são os mais frequentes (71%).

É importante ter em consideração que os utentes foram referenciados especificamente à consulta de Periodontologia, o que explica a grande percentagem de indivíduos com periodontite. Pelo mesmo motivo não é possível calcular a prevalência da periodontite entre os utentes da CDEM.

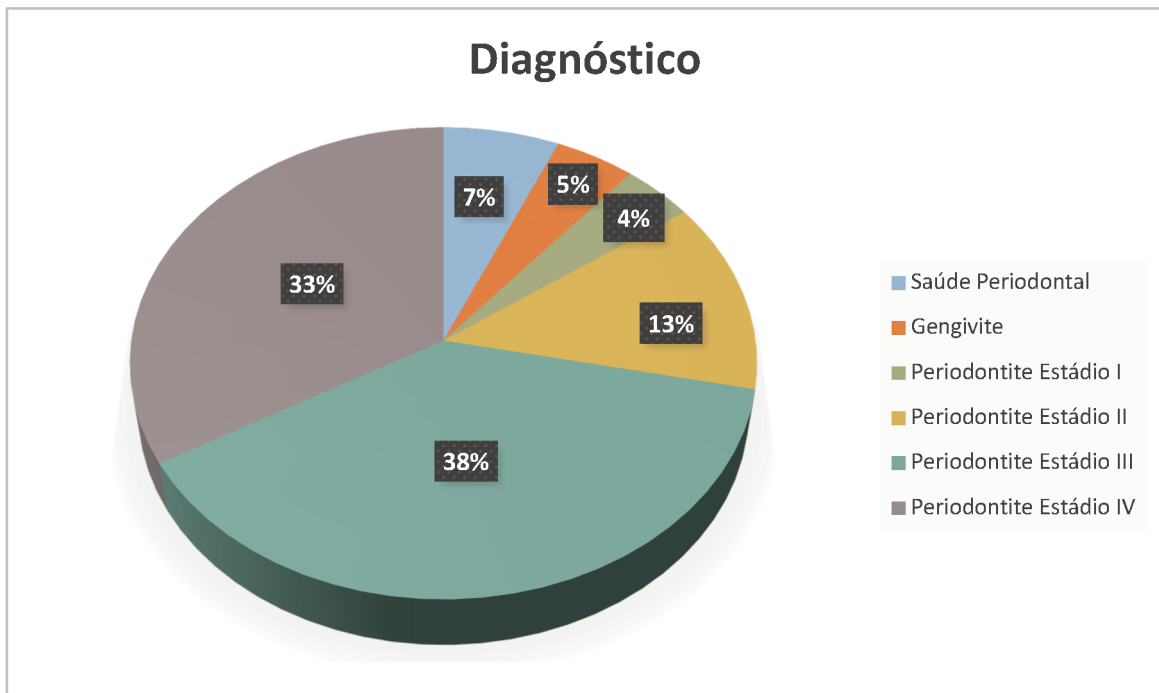


Figura 1. Gráfico representativo da percentagem de pacientes avaliados, segundo a variável diagnóstico

3. Conhecimento dos Doentes Relativamente à Doença Periodontal e Relação com o Diagnóstico

Ao observar a Tabela 6, quanto à questão “O que é a placa bacteriana?”, constatamos que apenas 116 (58,6%), dos 198 indivíduos que preencheram os questionários sabem o que é a placa bacteriana. Ao avaliar a distribuição por grupo verificamos que os indivíduos com SP são aqueles que menos sabem o que é placa bacteriana - apenas 46,2% respondem corretamente - enquanto que nos indivíduos com periodontite essa percentagem sobe para os 54,8%.

Em relação à questão “Como pode ser removida a placa bacteriana?” (Tabela 7) 165 (83,3%) dos inquiridos sabem a resposta correta. Dos indivíduos com SP, 76,9% sabem como pode ser removida a placa bacteriana, bem como a totalidade dos indivíduos com GG e 78,5% dos indivíduos com periodontite. Assim, o conhecimento acerca de como se pode remover a placa bacteriana parece não ser influenciado pelo diagnóstico periodontal.

Em relação à questão “O que é o tártaro?”, como podemos ver pela Tabela 8, temos resultados muito semelhantes aos obtidos com a questão “O que é placa bacteriana?”. Dos 198 indivíduos avaliados, 129 (65,2%) sabem a resposta correta. Nos indivíduos com SP, 61,5% tinham conhecimento acerca do que é tártaro, assim como 77,8% dos indivíduos com GG e 61,3% dos indivíduos com periodontite. Deste modo, o conhecimento acerca do que é o tártaro parece não ser influenciado pelo diagnóstico periodontal.

Em relação à questão “Porque ocorre sangramento na gengiva?”, como podemos observar na Tabela 9, dos 198 indivíduos inquiridos 168 (84,8%) sabiam a resposta correta. Dos indivíduos com SP, 84,5% tinham conhecimento sobre a razão para ocorrer sangramento na gengiva, assim como 88,9% dos indivíduos com GG e 80,1% dos indivíduos com periodontite. Deste modo, o conhecimento acerca da razão porque ocorre sangramento na gengiva também parece não ser influenciado pelo diagnóstico periodontal.

Quanto à questão “A mobilidade do dente ocorre por :”, Como podemos observar na Tabela 10, 29 (14,9%) indivíduos pensam ser em consequência da cárie, 77 (38,9%) indivíduos julgam ser por doença na gengiva, 51 (25,8%) indivíduos admitem não saber e apenas 41 (20,7%) indivíduos sabiam a resposta correta. De notar que dos indivíduos com SP, apenas 23,1% sabiam a resposta correta, assim como 11,1% dos indivíduos com GG e 19,9% dos indivíduos com periodontite. Assim, tal como na questão anterior, o conhecimento sobre por que ocorre mobilidade do dente também parece não ser influenciado pelo diagnóstico periodontal.

Pela observação da Tabela 11, conseguimos perceber que quanto à questão “Sabe o que é a doença periodontal?”, apenas 67 (33,8%) indivíduos sabiam a resposta correta. Ao avaliar a distribuição por grupo verificamos que parece não existir uma grande diferença entre os vários diagnósticos em relação à resposta a esta questão.

Através da observação da Tabela 12, conseguimos perceber que relativamente à questão “Sabe qual a diferença entre gengivite e periodontite?”, 157 (79,3%) dos indivíduos admite não saber qual a diferença entre gengivite e periodontite. É importante notar que nos diagnósticos de PE I e PE II foi onde encontramos as maiores percentagens de indivíduos que admitem não saber a diferença entre as duas patologias (87,5% e 88,5% respetivamente).

Como podemos observar, pela Tabela 13, relativamente à pergunta “As doenças periodontais são prevenidas com:”, dos 198 indivíduos questionados, 148 (74,7%) responderam corretamente, 8 (4%) responderam que não se podia prevenir, 8 (4%) responderam alimentação saudável e 34 (17,2%) admitiram não saber. Com isto, podemos perceber que apesar de tudo ainda existem indivíduos que pensam que a DP é uma doença que não se pode prevenir. Verifica-se que a grande maioria da população estudada sabe como são prevenidas as doenças periodontais, no entanto, é de notar que os indivíduos com SP são aqueles que têm um melhor conhecimento acerca de como são prevenidas as doenças periodontais (84,6% sabem a resposta correta). Já nos indivíduos com periodontite apenas 71,5% sabem como se pode prevenir a doença.

Tabela 6. Conhecimento sobre o que é placa bacteriana relacionado com o diagnóstico

		Diagnóstico						Total
O que é a placa bacteriana?		Saúde Periodontal N (%)	Gengivite N (%)	Periodontite Estádio I N (%)	Periodontite Estádio II N (%)	Periodontite Estádio III N (%)	Periodontite Estádio IV N (%)	N (%)
	Massa amarela que contém bactérias	6(46,2%)	8(88,9%)	5(62,5%)	12(46,2%)	47(61,8%)	38(57,6%)	116(58,6%)
	Restos alimentares	4(30,8%)	0	1(12,5%)	3(11,5%)	8(10,5%)	5(7,6%)	21(10,6%)
	Acumulação de saliva nos dentes	0	0	0	3(11,5%)	2(2,6%)	2(3%)	7(3,5%)
	Não sei	3(23,1%)	1(11,1%)	2(25%)	8(30,8%)	19(25%)	21(31,8%)	54(27,3%)

Tabela 7. Conhecimento sobre como pode ser removida a placa bacteriana relacionado com diagnóstico

		Diagnóstico						Total
Como pode ser removida a placa bacteriana?		Saúde Periodontal N (%)	Gengivite N (%)	Periodontite Estádio I N (%)	Periodontite Estádio II N (%)	Periodontite Estádio III N (%)	Periodontite Estádio IV N (%)	N (%)
	Escovagem, fio e auxílio do Médico Dentista	10(76,9%)	9(100%)	7(87,5%)	21(80,8%)	64(84,2%)	54(81,8%)	165(83,3%)
	Por meio de bochecho com água	0	0	0	0	0	1(1,5%)	1(0,5%)
	Comendo frutas e legumes	1(7,7%)	0	0	0	1(1,3%)	0	2(1%)
	Não sei	2(15,4%)	0	1(12,5%)	5(19,2%)	11(14,5%)	11(16,7%)	30(15,2%)

Tabela 8. Conhecimento sobre o que é tártaro relacionado com diagnóstico

Diagnóstico								
O que é o tártaro?		Saúde Periodontal N (%)	Gengivite N (%)	Periodontite Estádio I N (%)	Periodontite Estádio II N (%)	Periodontite Estádio III N (%)	Periodontite Estádio IV N (%)	Total N (%)
	Placa bacteriana endurecida	8(61,5 %)	7(77,8%)	6(75%)	16(61,5%)	54(71,1%)	38(57,6%)	129(65,2%)
	Restos alimentares	1(7,7%)	0	0	1(3,8%)	2(2,6%)	0	4(2%)
	Cárie Dentária	1(7,7%)	2(22,2%)	0	3(11,5%)	7(9,2%)	13(19,7%)	26(13,1%)
	Não sei	3(23,1%)	0	2(25%)	6(23,1%)	13(17,1%)	15(22,7%)	39(19,7%)

Tabela 9. Conhecimento sobre porque ocorre sangramento na gengiva relacionado com diagnóstico

Diagnóstico								
Porque ocorre sangramento na gengiva?		Saúde Periodontal N (%)	Gengivite N (%)	Periodontite Estádio I N (%)	Periodontite Estádio II N (%)	Periodontite Estádio III N (%)	Periodontite Estádio IV N (%)	Total N (%)
	Gengiva inflamada	11(84,6%)	8(88,9%)	6(75%)	25(96,2%)	65(85,5%)	53(80,3%)	168(84,8%)
	Afastamento dos dentes	0	0	0	0	3(3,9%)	3(4,5%)	6(3%)
	Não sei	2(15,4%)	1(11,1%)	2(25%)	1(3,8%)	8(10,5%)	10(15,2%)	24(12,1%)

Tabela 10. Conhecimento sobre porque ocorre mobilidade do dente relacionado com diagnóstico

Diagnóstico								
A mobilidade do dente ocorre por:		Saúde Periodontal N (%)	Gengivite N (%)	Periodontite Estádio I N (%)	Periodontite Estádio II N (%)	Periodontite Estádio III N (%)	Periodontite Estádio IV N (%)	Total N (%)
	Consequência de cárie	5(38,5%)	1(11,1%)	4(50%)	4(15,4%)	5(6,6%)	10(15,2%)	29(14,6%)
	Doença na gengiva	1(7,7%)	5(55,6%)	2(25%)	7(26,9%)	37(48,7%)	25(37,9%)	77(38,9%)
	Doença nos tecidos que sustentam o dente	3(23,1%)	1(11,1%)	1(12,5%)	6(23,1%)	16(21,1%)	14(21,2%)	41(20,7%)
	Não sei	4(30,8%)	2(22,2%)	1(12,5%)	9(34,6%)	18(23,7%)	17(25,8%)	51(25,8%)

Tabela 11. Conhecimento sobre o que é a doença periodontal relacionado com o diagnóstico

Diagnóstico								
Sabe o que é doença periodontal?		Saúde Periodontal N (%)	Gengivite N(%)	Periodontite Estádio I N (%)	Periodontite Estádio II N (%)	Periodontite Estádio III N (%)	Periodontite Estádio IV N (%)	Total N (%)
	Sim	5(38,5%)	4(44,4%)	3(37,5%)	6(23,1%)	25(32,9%)	24(36,4%)	67(33,8%)
	Não	8(61,5%)	5(55,6%)	5(62,5%)	20(76,9%)	51(67,1%)	42(63,6%)	131(66,2%)

Tabela 12. Tabela que representa o conhecimento sobre qual a diferença entre gengivite e periodontite relacionado com o diagnóstico

		Diagnóstico						Total
Sabe a diferença entre gengivite e periodontite?		Saúde Periodontal	Gengivite	Periodontite Estádio I	Periodontite Estádio II	Periodontite Estádio III	Periodontite Estádio IV	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
	Sim	3(23,1%)	2(22,2%)	1(12,5%)	3 (11,5%)	17(22,4%)	15(22,7%)	41(20,7%)
Não	10(76,9%)	7(77,8%)	7(87,5%)	23(88,5%)	59(77,6%)	51(77,3%)	157(79,3%)	

Tabela 13. Conhecimento sobre as doenças periodontais serem prevenidas relacionado com diagnóstico

		Diagnóstico						Total
As doenças periodontais são prevenidas com:		Saúde Periodontal	Gengivite	Periodontite Estádio I	Periodontite Estádio II	Periodontite Estádio III	Periodontite Estádio IV	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
	Boa higiene oral	11(84,6%)	4(44,4%)	6(75%)	21(80,8%)	60(78,9%)	46(69,7%)	148(74,7%)
	Não se pode prevenir	0	2(22,2%)	0	0	1(1,3%)	5(7,6%)	8(4%)
	Alimentação saudável	1(7,7%)	0	0	1(3,8%)	2(2,6%)	4(6,1%)	8(4%)
Não sei	1(7,7%)	3(33,3%)	2(25%)	4(15,4%)	13(17,1%)	11(16,7%)	34(17,2%)	

4. Autoperceção do Estado dos Dentes e Gengivas e Relação Com o Diagnóstico Periodontal

Em relação à questão “Como considera o estado das suas gengivas?”, como podemos observar pela Tabela 14, dos indivíduos com SP, 30,8% consideraram o estado das suas gengivas Fraco ou Muito Fraco. Dos indivíduos com diagnóstico de GG, 66,7% considerou o seu estado gengival Fraco/Muito Fraco. Dos indivíduos com diagnósticos de PE III, 29,4% considerava as suas gengivas Boas, Muito Boas ou Excelentes, e dos indivíduos com diagnósticos de PE IV, 20,4% considerava as suas gengivas Boas, Muito Boas ou Excelentes. Deve, no entanto, ter-se em conta que a maioria dos indivíduos que têm realmente a doença periodontal têm consciência sobre o estado das suas gengivas (65,1%).

5. Relação do Diagnóstico Periodontal Com a Qualidade de Vida

Em relação às questões nos últimos 12 meses sentiu: “Dificuldade em morder alimentos” e “Dificuldade de mastigação” verifica-se que a maioria dos indivíduos com PE IV admitiam sentir “Com frequência” (34,8% e 37,9% respetivamente). Já em relação à questão “Dificuldade de fala” a maior percentagem de indivíduos a responder “Com frequência” ou “Ocasionalmente” (40,9%) corresponde aos indivíduos com PE IV. Quanto às questões “Apresenta boca seca”; “Sentir-se embaraçado com a sua aparência”; “Sentir-se tenso por problemas dentários” e “Vergonha de sorrir” a grande maioria dos indivíduos respondeu “Nunca” ou “Ocasionalmente”. As respostas a estas questões parecem ser independentes do diagnóstico periodontal. Em relação às restantes questões “Interrupções no sono” ; “Faltar ao trabalho” ; “Dificuldade em realizar tarefas diárias” ; “Falta de tolerância com as pessoas mais próximas” e “Redução da participação na vida social” a esmagadora maioria respondeu “Nunca”. No entanto, é de notar que em todas estas questões (exceto a primeira) todos os indivíduos que responderam “Com frequência” tinham PE IV. (Tabela 15)

Tabela 14. Autopercepção do estado das gengivas relacionado com o diagnóstico periodontal

	Diagnóstico							Total N(%)
	Saúde Periodontal N (%)	Gengivite N (%)	Periodontite Estádio I N (%)	Periodontite Estádio II N (%)	Periodontite Estádio III N (%)	Periodontite Estádio IV N (%)		
Como considera o estados das suas gengivas?	Excelente/ Muito Bom	2(15,4%)	2(22,2%)	0	0	2(2,7%)	4(6,3%)	10(5,2%)
	Bom	7(53,8%)	1(11,1%)	2(28,6%)	13(52%)	20(26,7%)	9(14,1%)	52(26,9%)
	Fraco/ Muito Fraco	4(30,8%)	6(66,7%)	5(71,4%)	12(48%)	53(70,7%)	51(79,7%)	131(67,9%)
	Não sei/ Não responde							5

Tabela 15. Relação do diagnóstico periodontal com a qualidade de vida

Nos últimos 12 meses sentiu:		Diagnóstico						
		Saúde Periodontal N (%)	Gengivite N (%)	Periodontite Estádio I N (%)	Periodontite Estádio II N (%)	Periodontite Estádio III N (%)	Periodontite Estádio IV N (%)	Total N (%)
Dificuldade em morder alimentos	Com frequência	3(23,1%)	3(33,3%)	3(37,5%)	6(23,1%)	16(21,1%)	23(34,8%)	54(27,3%)
	Ocasionalmente	5(38,5%)	3(33,3%)	3(37,5%)	9(34,6%)	28(36,8%)	21(31,8%)	69(34,8%)
	Nunca	5(38,5%)	3(33,3%)	2(25%)	11(42,3%)	32(42,1%)	22(33,3%)	75(37,9%)
Dificuldade de mastigação	Com frequência	4(30,8%)	4(44,4%)	1(12,5%)	4(15,4%)	15(19,7%)	25(37,9%)	53(26,8%)
	Ocasionalmente	5(38,5%)	1(11,1%)	4(50%)	8(30,8%)	30(39,5%)	20(30,3%)	68(34,3%)
	Nunca	4(30,8%)	4(44,4%)	3(37,5%)	14(53,8%)	31(40,8%)	21(31,8%)	77(38,9%)
Sentir-se embaraçado com a sua aparência	Com frequência	0	4(44,4%)	3(37,5%)	2(7,7%)	11(14,5%)	22(33,3%)	42(21,2%)
	Ocasionalmente	4(30,8%)	1(11,1%)	2(25%)	6(23,1%)	23(30,3%)	19(28,8%)	55(27,8%)
	Nunca	9(69,2%)	4(44,4%)	3(37,5%)	18(69,2%)	42(55,3%)	25(37,9%)	101(51%)

Tabela 15. Relação do diagnóstico periodontal com a qualidade de vida

Nos últimos 12 meses sentiu:		Diagnóstico						Total N (%)
		Saúde Periodontal N (%)	Gengivite N (%)	Periodontite Estádio I N (%)	Periodontite Estádio II N (%)	Periodontite Estádio III N (%)	Periodontite Estádio IV N (%)	
Sentir-se tenso por problemas dentários	Com frequência	1(7,7%)	1(11,1%)	2(25%)	1(3,8%)	10(13,2%)	18(27,3%)	33(16,7%)
	Ocasionalmente	5(38,5%)	3(33,3%)	3(37,5%)	14(53,8%)	30(39,5%)	19(28,8%)	74(37,4%)
	Nunca	7(53,8%)	5(55,6%)	3(37,5%)	11(42,3%)	36(47,4%)	29(43,9%)	91(46%)
Dificuldade de fala	Com frequência	0	2(22,2%)	0	1(3,8%)	4(5,3%)	8(12,1%)	15(7,6%)
	Ocasionalmente	1(7,7%)	1(11,1%)	1(12,5%)	5(19,2%)	12(15,8%)	19(28,8%)	39(19,7%)
	Nunca	12(92,3%)	6(66,7%)	7(87,5%)	20(76,9%)	60(78,9%)	39(59,1%)	144(72,7%)
Boca seca	Com frequência	0	2(22,2%)	3(37,5%)	6(23,1%)	15(19,7%)	17(25,8%)	43(21,7%)
	Ocasionalmente	4(30,8%)	3(33,3%)	2(25%)	9(34,6%)	37(48,7%)	27(40,9%)	82(41,4%)
	Nunca	9(69,2%)	4(44,4%)	3(37,5%)	11(42,3%)	24(31,6%)	22(33,3%)	73(36,9%)

Tabela 15. Relação do diagnóstico periodontal com a qualidade de vida

Nos últimos 12 meses sentiu:		Diagnóstico						Total N (%)
		Saúde Periodontal N (%)	Gengivite N (%)	Periodontite Estádio I N (%)	Periodontite Estádio II N (%)	Periodontite Estádio III N (%)	Periodontite Estádio IV N (%)	
Vergonha de sorrir	Com frequência	1(7,7%)	4(44,4%)	3(37,5%)	1(3,8%)	13(17,1%)	24(36,4%)	46(23,2%)
	Ocasionalmente	2(15,4%)	1(11,1%)	2(25%)	4(15,4%)	17(22,4%)	10(15,2%)	36(18,2%)
	Nunca	10(76,9%)	4(44,4%)	3(37,5%)	21(80,8%)	46(60,5%)	32(48,5%)	116(58,6%)
Interrupções no sono	Com frequência	1(7,7%)	0	0	3(11,5%)	7(9,2%)	9(13,6%)	20(10,1%)
	Ocasionalmente	0	1(11,1%)	4(50%)	2(7,7%)	16(21,1%)	19(28,8%)	42(21,2%)
	Nunca	12(92,3%)	8(88,9%)	4(50%)	21(80,8%)	53(69,7%)	38(57,6%)	136(68,7%)
Faltar ao trabalho	Com frequência	0	0	0	0	0	1(1,5%)	1(0,5%)
	Ocasionalmente	1(7,7%)	2(22,2%)	2(25%)	2(7,7%)	2(2,6%)	1(1,5%)	10(5,1%)
	Nunca	12(92,3%)	7(77,8%)	6(75%)	24(92,3%)	74(97,4%)	64(97%)	187(94,4%)

Tabela 15. Relação do diagnóstico periodontal com a qualidade de vida

Nos últimos 12 meses sentiu:		Diagnóstico						
		Saúde Periodontal N (%)	Gengivite N (%)	Periodontite Estádio I N (%)	Periodontite Estádio II N (%)	Periodontite Estádio III N (%)	Periodontite Estádio IV N (%)	Total N (%)
Dificuldade em realizar tarefas diárias	Com frequência	0	0	0	0	0	3(4,5%)	3(1,5%)
	Ocasionalmente	0	0	1(12,5%)	1(3,8%)	7(9,2%)	11(16,7%)	20(10,1%)
	Nunca	13(100%)	9(100%)	7(87,5%)	25(96,2%)	69(90,8%)	53(78,8%)	175(88,4%)
Falta de tolerância com as pessoas mais próximas	Com frequência	0	0	0	0	0	7(10,6%)	7(3,5%)
	Ocasionalmente	4(30,8%)	2(22,2%)	2(25%)	3(11,5%)	13(17,1%)	19(28,8%)	43(21,7%)
	Nunca	9(69,2%)	7(77,8%)	6(75%)	23(88,5%)	63(82,9%)	40(60,6%)	148(74,7%)
Redução da participação na vida social	Com frequência	0	0	0	0	0	10(15,2%)	10(5,1%)
	Ocasionalmente	0	2(22,2%)	1(12,5%)	4(15,4%)	8(10,5%)	19(28,8%)	34(17,2%)
	Nunca	13(100%)	7(77,8%)	7(87,5%)	22(84,6%)	68(89,5%)	37(56,1%)	154(77,8%)

IV- DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos pacientes relativamente à doença periodontal e comparar a autoperceção dos mesmos com o estado periodontal real.

A amostra de 198 pacientes da Clínica Dentária Egas Moniz incluiu indivíduos dentados e que nunca tinham realizado tratamentos periodontais. Isto porque, pacientes que já foram submetidos a tratamento periodontal, foram instruídos e informados pelo Médico Dentista, relativamente à doença periodontal e ao seu tratamento.

Na amostra estudada observa-se uma distribuição relativamente homogénea face ao género, sendo que 46,5% eram do género masculino e 53,5% do género feminino. Ao avaliar a relação entre o género e a doença periodontal, os resultados não estão de acordo com alguns estudos (Bastos, Boing, Peres, Antunes, & Peres, 2011; Frias et al., 2011) que afirmam que a prevalência da mesma é superior nos homens. Outros estudos referem que as mulheres, por serem mais preocupadas com a sua saúde, são quem mais procura os cuidados de saúde oral (Papapanou & Lindhe, 2010). Poderá ser esta a razão para que mais de metade dos indivíduos com saúde periodontal (61,5%) sejam do género feminino bem como a grande maioria dos indivíduos com periodontite estágio I (75%).

Os resultados que relacionam a presença de doença periodontal e a faixa etária mostram que a maioria dos indivíduos com doença periodontal tinham uma idade superior a 44 anos (86,6%), sendo que a faixa etária mais prevalente foi dos 57 aos 69 anos (44,4%). Neste estudo, a média de idade dos indivíduos foi de $59,4 \pm 12,9$ anos. Tais resultados vão de encontro à recente literatura, visto que a severidade e prevalência da doença periodontal tendem a aumentar com a idade (Edman, Ohrn, Nordstrom, Holmlund, & Hellberg, 2015; Papapanou & Lindhe, 2010).

É de notar que, em Portugal, à medida que a idade aumenta, o grau de literacia em saúde tem tendência a diminuir (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). O facto de a maioria dos indivíduos ter uma idade superior a 44 anos, pode resultar numa maior prevalência das formas mais severas da doença periodontal, devido à falta de conhecimento e preocupação com as doenças orais.

Ainda em relação ao grau de literacia, as pessoas viúvas, quando comparadas com as pessoas casadas, apresentam graus inferiores de literacia em saúde (Serrão, Veiga, & Vieira, 2015). Desta forma, seria expectável que pessoas viúvas apresentassem diagnósticos de periodontite em estágio mais avançado, no entanto, na amostra estudada o diagnóstico periodontal não parece ter relação com o estado civil.

Os resultados obtidos, parecem indicar que o nível de saúde oral está associado ao estado de empregabilidade, sendo que praticamente a totalidade dos indivíduos desempregados apresentava diagnósticos de periodontite em estágio avançado (periodontite estágio III e IV). Já com diagnósticos de gengivite e de periodontite estágio I, a grande maioria dos indivíduos encontravam-se empregados (66,7% e 75% respetivamente). Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos por outros autores, que afirmam que o estado de saúde oral é influenciado pelo estado de empregabilidade, sendo os indivíduos desempregados aqueles que apresentam pior nível de saúde oral (Al-Sudani., Vehkalahti, & Suominen, 2015).

Segundo alguns autores, existe uma relação linear inversa entre a posição socioeconómica e a saúde (Tsakos, Demakakos, Breeze, & Watt, 2011). Verificou-se neste estudo que, dos indivíduos com diagnóstico de periodontite em estágio mais avançado (periodontite estágio IV), 81% tinham no máximo dois salários mínimos de rendimento mensal. No entanto, é importante referir que a grande maioria dos pacientes não responde à questão sobre o rendimento mensal, como tal é difícil verificar a existência de uma associação entre o nível socioeconómico e o diagnóstico periodontal.

É evidente a relação entre o grau de escolaridade e o grau de literacia em saúde, sendo que quanto mais elevado for o grau de escolaridade, maior o grau de literacia (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). À semelhança do rendimento, também os resultados relativos ao nível de escolaridade parecem ir de encontro aos de outros estudos recentes, onde os autores concluíram que um menor nível de escolaridade e um menor rendimento aumentam o risco de doença periodontal (Borba et al., 2016; Jiang, Okoro, Oh, & Fuller, 2013).

No presente estudo, a maioria dos indivíduos sem escolaridade apresentava um diagnóstico de periodontite estágio IV. No entanto, alguns dados são contraditórios, uma

vez que os diagnósticos de periodontite estágio II, III e IV são mais prevalentes, não só em indivíduos com o ensino básico, mas também em indivíduos com o ensino secundário. Desta forma, a relação entre o diagnóstico e o nível de escolaridade não se mostra tão evidente na amostra estudada.

Os dados epidemiológicos apontam para que a periodontite severa, afete apenas 10 a 15% dos adultos (Preshaw et al., 2012). No entanto, a maior parte dos indivíduos que realizaram consultas de diagnóstico na Clínica Dentária Egas Moniz, foram diagnosticados com periodontite estágio III ou periodontite estágio IV, tal pode ser devido ao facto dos indivíduos seleccionados terem sido encaminhados diretamente para a especialidade de Periodontologia, por suspeita de periodontite. Por outro lado, é possível que os indivíduos com periodontite num estágio inicial, não tenham sentido a necessidade de comparecer às consultas de diagnóstico, devido à ausência de sintomas.

À semelhança do estudo de Guardia et al., (2017) observamos que a maioria dos indivíduos mostrou ter um conhecimento razoável sobre o que é a placa bacteriana (58,6%). No entanto, reparamos que indivíduos com saúde periodontal são aqueles que menos sabem responder a esta questão.

Quanto às questões relativas à remoção de placa bacteriana, 83,3% sabiam a resposta certa. Do mesmo modo, 65,2% sabiam o que é o tártaro, e 84,8% sabiam as razões que levam à ocorrência de sangramento da gengiva, parecendo este conhecimento independente do diagnóstico periodontal. O melhor desempenho dos pacientes nestas questões pode resultar do destaque dado pelos meios de comunicação e marketing de produtos de higiene oral (Marin, Ramos, Zanatta, & Bottan, 2008).

Quanto à questão “A mobilidade do dente ocorre por:” podemos constatar que a resposta mais frequente foi “Doença na gengiva” (39,9%). Assim, como no estudo de Guardia et al., (2017), existiam igualmente mais indivíduos a responder “Doença na gengiva” do que “Doença nos tecidos que sustentam o dente” embora a diferença tenha sido menos evidente. Tal indica-nos que uma grande parte dos indivíduos da nossa amostra acreditam que a periodontite é uma doença exclusivamente das gengivas, não tendo repercussões noutros tecidos.

O primeiro passo para a prevenção e controlo da doença periodontal é o conhecimento sobre a mesma (Marin et al., 2008). No presente estudo, mais de metade dos indivíduos (66,2%), não sabe o que é a doença periodontal. No entanto, verificamos que não parece existir diferença entre os vários diagnósticos no que toca ao conhecimento acerca do que é a doença periodontal. É importante ter em atenção que existem ainda muitos indivíduos que desconhecem questões imprescindíveis para a manutenção da saúde oral e prevenção da doença. É então fundamental que tal seja alterado, pois sem conhecimento, os indivíduos não podem mudar o curso da doença.

O motor de motivação do paciente é a sua própria doença, e esta irá funcionar como “gatilho” para que o mesmo procure ajuda e queira saber mais acerca da doença. (JL Couto, RS Couto, & Duarte, 1992). Assim, esta pode ser uma das razões para que alguns dos indivíduos tenham um maior conhecimento sobre a doença que apresentam. Apesar disso, 79,3% dos indivíduos admitiram não saber qual a diferença entre gengivite e periodontite. No entanto, é importante reparar que, dos indivíduos com periodontite, aqueles que apresentam melhor conhecimento sobre esta questão eram os que apresentavam periodontite em estágio mais avançado (PE III e PE IV). Tal pode ser devido à sintomatologia, mais evidente nestes estádios, que possa ter estimulado os indivíduos a procurar mais informação sobre a doença e assim apresentarem melhor conhecimento sobre a mesma.

Existe a conceptualização de que o envelhecimento leva à perda de dentes e de que os indivíduos não conseguem envelhecer preservando ao mesmo tempo o seu estado de saúde oral e uma dentição funcional. Isto pode levar a que os pacientes de idade mais avançada acreditem que não necessitam de tratamentos dentários adequados para a manutenção dos seus dentes na cavidade oral (Bulgarelli, Mestriner, & Pinto, 2012). Talvez seja por esta razão que tenhamos verificado que uma pequena minoria de pacientes acredita que a doença periodontal não se pode prevenir.

A literatura mostra que, no domínio cognitivo, os pacientes exibem falta de conhecimento e percepções irreais sobre a doença periodontal e as suas causas. (Machado et al., 2019).

Com este estudo, concluiu-se que em relação a questões mais específicas sobre a doença periodontal “Sabe o que é a doença periodontal?” e “Sabe a diferença entre gengivite e periodontite?” o conhecimento ficou aquém do esperado, quando comparado com questões como: “Como pode ser removida a placa bacteriana?”, onde a maioria dos indivíduos sabiam a resposta. Tal facto é preocupante, isto porque parece que os indivíduos sabem como agir, no entanto, não têm consciência do que é a doença de que são portadores. Estes resultados sugerem-nos uma possível falha dos Médicos Dentistas, na medida em que não transmitem aos seus pacientes informações sobre as doenças orais, sendo o conhecimento geral sobre saúde oral que estes apresentam possivelmente proveniente de fontes externas (meios de comunicação e marketing).

Um estudo realizado em Portugal, verificou que 61% da população inquirida apresenta um grau de literacia geral em saúde que se pode considerar problemático e inadequado (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). Baixos níveis de compreensão causam falta de consciência sobre as consequências desta doença, da sua natureza crónica, pouca atenção em relação aos sintomas da mesma e menor preocupação com a saúde oral em geral (Machado et al., 2019).

Um baixo nível de literacia é preditor da autoperceção negativa da saúde oral, independente da educação ou de outros determinantes socioeconómicos (Naghibi et al., 2013). Indivíduos instruídos têm melhor perceção da sua condição oral, aceitam melhor os tratamentos que lhes são propostos e tendem a executar uma melhor higiene oral (Marin, Ramos, Zanatta, & Bottan, 2008; Martins, Barreto & Pordeus, 2008).

Torna-se então essencial encontrar estratégias para reduzir os efeitos do baixo nível de literacia em saúde, a fim de aumentar o envolvimento pró-ativo e efetivo no autocuidado diário (Machado et al., 2019).

Em relação à questão sobre a autoperceção do estado das gengivas, a maioria dos indivíduos que têm realmente a doença periodontal têm consciência do estados das suas gengivas (65,1%). A autoperceção dos indivíduos pode ser condicionada por oscilações no estado de saúde (Confortin et al., 2015). Assim indivíduos que apresentassem, por exemplo, hemorragia nas gengivas na altura em que lhes foi aplicado o questionário podem ter considerado as suas gengivais em mau estado. No entanto, não deixa de ser

interessante observar que os dados de autoperceção revelaram que nos indivíduos com diagnósticos de PE III, 29,4% considerava as suas gengivas Boas, Muito Boas ou Excelentes, e nos indivíduos com diagnósticos de PE IV, 20,4% considerava as suas gengivas Boas, Muito Boas ou Excelentes. Tal mostra-nos que muitos indivíduos ainda não têm consciência do seu estado oral ou/e periodontal. O mesmo foi verificado no estudo de Gutierrez, Lotufo, Costa & Pannuti, (2008) onde a grande maioria dos indivíduos considerou a sua saúde oral satisfatória, sendo que apenas 13% a classificou como péssima, independentemente de serem ou não desdentados.

Outro estudo conduzido por Silva e Fernandes (2001), avaliou a autoperceção da condição oral. Os autores verificaram que a perceção dos problemas orais pelos pacientes foi fraca, sendo que 81% dos indivíduos afirmaram não ter problemas nas suas gengivas. Estes autores observaram ainda que a autoperceção fica comprometida nos casos em que não há sintomatologia. Isto remete-nos para o facto de indivíduos que apresentam periodontite em estádios mais avançados, começarem a ter maior perceção da doença, ao contrário das fases iniciais da doença periodontal em que existe ausência de sintomas. Pode ser esta a razão pela qual uma grande percentagem da amostra de indivíduos com PE IV (79,7%), considere o estado das suas gengivas Fraco/Muito Fraco e nos indivíduos com PE II apenas cerca de metade (48%) considere o estado das suas gengivas Fraco/Muito Fraco.

O impacto da saúde oral na qualidade de vida dos indivíduos que possuem doença periodontal é considerável, sendo proporcional ao nível de severidade da doença (Lopes, Gusmão, Alves, & Cimões, 2011). A doença periodontal pode causar diversos transtornos (físicos, psicológicos e sociais) com distintos graus de gravidade que variam de acordo com o estágio da doença e que podem comprometer a saúde do paciente (Jansson et al., 2014). A mobilidade dentária, perda de dentes, alterações estéticas e disfunção mastigatória podem causar alterações significativas na qualidade de vida. A disfunção mastigatória em fases avançadas da doença periodontal compromete a nutrição e a saúde dos indivíduos (Cunha-Cruz, Hujoel, & Kressin, 2007; Jin, 2015). Assim, embora no presente estudo algumas questões sobre o estilo de vida não pareçam ser influenciadas pelo diagnóstico periodontal, é de notar que os indivíduos que apresentam doença periodontal num estágio mais avançado (periodontite estágio IV) relataram maior

dificuldade em morder alimentos, falta de tolerância e redução da participação na vida social.

Muitos indivíduos ainda não procuram os serviços de saúde oral por não perceberem a sua importância. Torna-se, assim, imperativo que estes percebam que a periodontite pode ser prevenida e tratada com sucesso se existirem cuidados de saúde adequados (Jin et al., 2011).

Como limitações deste estudo há que salientar o facto da amostra ser relativamente pequena, o que foi um fator limitante ao nível da análise estatística. Por outro lado, a amostra estudada não pode ser considerada como representativa da população portuguesa. É importante referir que não existe um protocolo validado em Portugal para a análise do conhecimento dos doentes relativamente à doença periodontal e autoperceção do estado das gengivas.

Outro fator limitante deste trabalho foi o facto de não ter sido considerado o grau da periodontite, sendo que se este fosse considerado para análise estatística, existiria uma maior dispersão de dados, o que tornaria mais difícil a interpretação dos resultados obtidos. No entanto, o grau está mais relacionado com o risco de progressão do que com a severidade do caso.

O fumo do tabaco altera a resposta imunológica e inata do organismo e provoca vasoconstrição mascarando a hemorragia gengival (Lieff et al., 2004). Assim, sendo o tabaco um dos fatores de risco para a doença periodontal, teria sido interessante quantificar este hábito, uma vez que os fumadores podem apresentar menos hemorragia gengival, o que poderia alterar a perceção do estado das suas gengivas.

Teria sido também interessante verificar qual o conhecimento que os pacientes apresentam após a primeira consulta de Periodontologia, onde lhes é explicada a doença mais ao pormenor e verificar os níveis de informação retida.

Embora tenha sido sempre supervisionado pelo mesmo grupo de docentes da unidade curricular de Periodontologia, o diagnóstico periodontal foi realizado por diferentes operadores.

Um treino e calibragem inadequados dos examinadores na recolha de medidas periodontais pode resultar em dados imprecisos e pouco fidedignos, que podem comprometer a veracidade da inferência subsequente. Estabelecer a fiabilidade do examinador é, assim, fundamental para um correto exame clínico periodontal (Hill, Slate, Wiegand, Grossi, & Salinas, 2006).

Algo importante a ter em conta é o facto de os indivíduos neste estudo terem sido encaminhados especificamente para a consulta de Periodontologia, o que pode, por si só, alterar a sua autoperceção sobre o estado das suas gengivas, uma vez que na consulta de Triagem, por norma, é explicado o motivo pelo qual deve ser encaminhado para determinada especialidade.

A entrevista por telefone aumenta a taxa de respostas, sendo preferida pelos entrevistados (Bowling, 2005). A aplicação de questionários, por ter sido feita presencialmente, pode ter levado alguns indivíduos a absterem-se de responder a algumas questões, como é o caso da questão sobre os rendimentos.

É difícil a comparação dos resultados obtidos com os de outros estudos publicados, uma vez que foram utilizadas metodologias e questionários distintos. Em Portugal não existe nenhum estudo que utilize a nova classificação da doença periodontal, sendo este o ponto forte do estudo.

V- CONCLUSÃO

Ainda existe uma quantidade significativa de indivíduos pouco informados relativamente à doença periodontal. No entanto, não parece existir relação entre o grau de conhecimento e a severidade da doença.

Em relação à autoperceção do estado das gengivas, a grande maioria dos indivíduos tem consciência do estado das suas gengivas, mas o facto de alguns ainda acreditarem que a doença não tem tratamento, pode levar a que não procurem ajuda especializada.

É imprescindível que o Médico Dentista explique aos doentes a doença que estes possuem, as suas causas, formas de prevenção e tratamento. Uma vez que a doença periodontal não é uma doença fatal, muitos indivíduos negligenciam a necessidade de procura de ajuda, no entanto esta doença leva a repercussões na saúde sistémica, podendo agravar outras doenças. Deste modo, é essencial a realização de campanhas de sensibilização junto do público em geral.

Seria importante, de futuro, obter dados mais representativos da população em geral, de forma a dirigir os programas de sensibilização e posteriormente avaliar a sua eficácia.

VI- BIBLIOGRAFIA

Abbood, H. M., Hinz, J., Cherukara, G., & Macfarlane, T. V. (2016). Validity of Self-Reported Periodontal Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of periodontology*, 87(12), 1474-1483. <https://doi.org/10.1902/jop.2016.160196>

Altman, D. G., & Bland, J. M. (1994). Diagnostic tests. 1: Sensitivity and specificity. *BMJ: British Medical Journal*, 308(6943), 1552. <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6943.1552>

Al-Sudani, F. Y., Vehkalahti, M. M., & Suominen, A. L. (2015). The association between current unemployment and clinically determined poor oral health. *Community dentistry and oral epidemiology*, 43(4), 325-337. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12157>

Armitage, G. C. (2004). The complete periodontal examination. *Periodontology 2000*, 34(1), 22-33. <https://doi.org/10.1046/j.0906-6713.2002.003422.x>

Bastos, J. L., Boing, A. F., Peres, K. G., Antunes, J. L. F., & Peres, M. A. (2011). Periodontal outcomes and social, racial and gender inequalities in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, s141-s153. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011001400003>

Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. *Advances in experimental social psychology* 6, 1-62. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60024-6](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60024-6)

Bernardes, V. S., Ferres, M. O., & Júnior, W. L. (2013). O tabagismo e as doenças periodontais. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, 23(1), 37-45.

Borba, T. T., Molz, P., Santos, C., Schlickmann, D. D. S., Neto, L. K., Prá, D., & Franke, S. I. R. (2016). Associação entre periodontite e fatores sociodemográficos, índice de massa corporal e características do estilo de vida. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 6(4), 185-190. <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i4.8290>
<http://dx.doi.org/10.15600/2238-1236/fo1.v23n1p37-45>

Borrell, L. N., Taylor, G. W., Borgnakke, W. S., Woolfolk, M. W., & Nyquist, L. V. (2004). Perception of general and oral health in White and African American adults: assessing the effect of neighborhood socioeconomic conditions. *Community dentistry and oral epidemiology*, 32(5), 363-373. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00177.x>

Bowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health*, 27(3), 281–291. <http://doi.org/10.1093/pubmed/fdi031>

Buhlin, K., Gustafsson, A., Andersson, K., Håkansson, J., & Klinge, B. (2002). Validity and limitations of self-reported periodontal health. *Community dentistry and oral epidemiology*, 30(6), 431-437. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2002.00014.x>

Bulgarelli, A. F., Mestriner, S. F., & Pinto, I. C. (2012). Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(1), 97-107. <https://doi.org/10.1590/s1809-98232012000100011>

Buset, S. L., Walter, C., Friedmann, A., Weiger, R., Borgnakke, W. S., & Zitzmann, N. U. (2016). Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. *Journal of clinical periodontology*, 43(4), 333-344. <http://doi.org/10.1111/jcpe.12517>

Caton, J. G., Armitage, G., Berglundh, T., Chapple, I. L., Jepsen, S., Kornman, K. S., ... & Tonetti, M. S. (2018). A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions—Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal of periodontology*, 89, S1-S8. <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0157>

Chalub, L. L. F., & Péret, A. D. C. A. (2010). Desempenho do índice Periodontal Comunitário (CPI) na determinação da condição periodontal: enfoque no exame parcial. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*, 6(3), 155-162.

Chapple, I. L., Van der Weijden, F., Doerfer, C., Herrera, D., Shapira, L., & Polak, D. & Greenwell, H.(2015). Primary prevention of periodontitis: Managing gingivitis. *Journal of clinical periodontology*, 42 (S16), S71–S76. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12366>

Chapple, I. L., Mealey, B. L., Van Dyke, T. E., Bartold, P. M., Dommisch, H., Eickholz, P., ... & Griffin, T. J. (2018). 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. *Journal of periodontology*, 89, S74-S84 <https://doi.org/10.1002/JPER.17-0719>

Chen, M. S., & Hunter, P. (1996). Oral health and quality of life in New Zealand: A social perspective. *Social science & medicine*, 43(8), 1213-1222. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00407-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00407-6)

Confortin, S. C., Giehl, M. W. C., Antes, D. L., Schneider, I. J. C., & d’Orsi, E. (2015). Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do

Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 1049-1060. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132014>

Couto, J. L. D., Couto, R. D. S., & Duarte, C. A. (1992). Motivação do paciente: avaliação dos recursos didáticos de motivação utilizados para a prevenção da cárie e doença periodontal. *RGO*, 40(2), 143-50.

Cunha-Cruz, J., Hujoel, P. P., & Kressin, N. R. (2007). Oral health-related quality of life of periodontal patients. *Journal of periodontal research*, 42(2), 169-176. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0765.2006.00930.x>

Dentino, A., Lee, S., Mailhot, J., & Hefti, A. F. (2013). Principles of periodontology. *Periodontology 2000*, 61(1), 16-53. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2011.00397.x>

Direção-Geral da Saúde (DGS). 2015. *III Estudo de prevalência das doenças Orais*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Edman, K., Öhrn, K., Nordström, B., Holmlund, A., & Hellberg, D. (2015). Trends over 30 years in the prevalence and severity of alveolar bone loss and the influence of smoking and socio-economic factors—based on epidemiological surveys in Sweden 1983–2013. *International journal of dental hygiene*, 13(4), 283-291. <http://doi.org/10.1111/idh.12164>

Frias, A. C., Antunes, J. L. F., Fratucci, M. V. B., Zilbovicius, C., Junqueira, S. R., Souza, S. F. D., & Yassui, É. M. (2011). Population based study on periodontal conditions and socioeconomic determinants in adults in the city of Guarulhos (SP), Brazil, 2006. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(3), 495-507. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000300014>

Genco, R. J., & Borgnakke, W. S. (2013). Risk factors for periodontal disease. *Periodontology 2000*, 62(1), 59-94. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2012.00457.x>

Gift, H. C., Atchison, K. A., & Drury, T. F. (1998). Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *Journal of Dental Research*, 77(7), 1529-1538. <https://doi.org/10.1177/00220345980770070801>

Grossi, S. G., Dunford, R. G., Ho, A., Koch, G., Machtei, E. E., & Genco, R. J. (1996). Sources of error for periodontal probing measurements. *Journal of Periodontal Research*, 31(5), 330-336. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0765.1996.tb00500.x>

Guardia, J., Feron, L., Marcon, J., & Butze, J. P. (2017). Avaliação do nível de conhecimento sobre doenças periodontais dos pacientes em atendimento na clínica de

periodontia do Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG). *Braz J Periodontol*, 27(1), 23-26.

Gutierrez, M. E. V., Lotufo, M. A., Costa, C., & Pannuti, C. M. (2008). Autopercepção da doença periodontal em idosos. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 26(1), 105-110.

Halawany, H., Abraham, N., Jacob, V., Al Amri, M., Patil, S., & Anil, S. (2015). Is psychological stress a possible risk factor for periodontal disease. *A systematic review African Journal of Psychiatry (South Africa)*, 18(1), 1–7. <https://doi.org/10.4172/Psychiatry.1000217>

Hefti, A. F. (1997). Periodontal probing. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 8(3), 336-356. <https://doi.org/10.1177/10454411970080030601>

Hill, E. G., Slate, E. H., Wiegand, R. E., Grossi, S. G., & Salinas, C. F. (2006). Study design for calibration of clinical examiners measuring periodontal parameters. *Journal of Periodontology*, 77(7), 1129-1141. <https://doi.org/10.1902/jop.2006.050395>

Hoving, J. L., Van der Meer, M., Volkova, A. Y., & Frings-Dresen, M. H. W. (2010). Illness perceptions and work participation: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(6), 595-605. <https://doi.org/10.1007/s00420-010-0506-6>

Jansson, H., Wahlin, Å., Johansson, V., Åkerman, S., Lundegren, N., Isberg, P. E., & Norderyd, O. (2014). Impact of periodontal disease experience on oral health-related quality of life. *Journal of periodontology*, 85(3), 438-445. <https://doi.org/10.1902/jop.2013.130188>

Jiang, Y., Okoro, C. A., Oh, J., & Fuller, D. L. (2013). Sociodemographic and health-related risk factors associated with tooth loss among adults in Rhode Island. *Preventing Chronic Disease*, 10. <https://doi.org/10.5888/pcd10.110285>

Jin, L.J. Armitage, G.C., Klinge, B., Lang, N.P., Tonetti, M. & Williams, R.C. (2011) Global oral health inequalities: Task group-periodontal disease. *Advances in Dental Research* 23(2), 221- 226. <https://doi.org/10.1177/0022034511402080>

Jin, L. (2015). Group E. Initiator paper. Interprofessional education and multidisciplinary teamwork for prevention and effective management of periodontal disease. *Journal of the International Academy of Periodontology*, 17(1 Suppl), 74-79.

Kassebaum, N. J., Bernabé, E., Dahiya, M., Bhandari, B., Murray, C. J. L., & Marcenes, W. (2014). Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic

review and meta-regression. *Journal of Dental Research*, 93(11), 1045-1053. <https://doi.org/10.1177/0022034514552491>

Kinane, D. F., Stathopoulou, P. G., & Papapanou, P. N. (2017). Periodontal diseases. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17038. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.38>

Lang, N. P., & Bartold, P. M. (2018). Periodontal health. *Journal of Clinical Periodontology*, 45 (Suppl 20), S9-S16. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12936>

Leao, A., & Sheiham, A. (1995). Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *Journal of Dental Research*, 74(7), 1408-1413. <https://doi.org/10.1177/00220345950740071301>

Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935-946. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>

Lieff, S., Boggess, K. A., Murtha, A. P., Jared, H., Madianos, P. N., Moss, K., ... & Offenbacher, S. (2004). The oral conditions and pregnancy study: periodontal status of a cohort of pregnant women. *Journal of periodontology*, 75(1), 116-126. <https://doi.org/10.1902/jop.2004.75.1.116>

Lindhe, J. (2003). *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4810851>

Llewellyn, C. D., McGurk, M., & Weinman, J. (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: Is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? *Journal of Psychosomatic Research*, 63(1), 17-26. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.01.013>

Locker, D., & Jokovic, A. (1996). Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24(6), 398-402. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00887.x>

Lopes, M. W. F., Gusmão, E. S., Alves, R. D. V., & Cimões, R. (2011). Impacto das doenças periodontais na qualidade de vida. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)*, 59, 39-44.

Machado, V., Botelho, J., Amaral, A., Proença, L., Alves, R., Rua, J., ... & Mendes, J. J. (2018). Prevalence and extent of chronic periodontitis and its risk factors in a Portuguese subpopulation: a retrospective cross-sectional study and analysis of Clinical Attachment Loss. *PeerJ*, 6, 2018(7). <https://doi.org/10.7717/peerj.5258>

Machado, V., Botelho, J., Ramos, C., Proença, L., Alves, R., Cavacas, M. A., & Mendes, J. J. (2019). Psychometric properties of the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief- IPQ) in Periodontal Diseases. *Journal of Clinical Periodontology* <https://doi.org/10.1111/jcpe.13186>

Maçaneiro, C. A. R., Delmonego, A., Marín, C., & Bottan, E. R. (2015). Nível de informação sobre doenças periodontais: relação com o grau de escolaridade. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, 25(2), 11-18.

Madeiro, A. T., Bandeira, F. G., & Figueiredo, C. R. L.V (2005). A estreita relação entre diabetes e doença periodontal inflamatória. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, 4(1), 7–12.

Marin, C., Ramos, F. K., Zanatta, G. B., & Bottan, E. R. (2008). Avaliação do nível de informação sobre doenças periodontais dos pacientes em tratamento na Clínica de Periodontia da Univali. *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 5(3), 20-26.

Martins, A. M. E. D. B., Barreto, S. M., & Pordeus, I. A. (2008). Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 487-496. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000300014>

Marton, F. (1994). On the structure of awareness. In J. A. Bowden & E. Walsh (Eds.), *Phenomenographic research: Variations in method* (pp. 176-205). Melbourne, Australia: Royal Melbourne Institute of Technology.

Mascarenhas, A. K. (1999). A comparison of oral health in elderly populations seeking and not seeking dental care. *Special Care in Dentistry*, 19(6), 248-253. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.1999.tb01393.x>

Murakami, S., Mealey, B. L., Mariotti, A., & Chapple, I. L. (2018). Dental plaque-induced gingival conditions. *Journal of clinical periodontology*, 45, S17-S27. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12937>

Naghbi Sistani, M. M., Yazdani, R., Virtanen, J., Pakdaman, A., & Murtomaa, H. (2013). Determinants of oral health: does oral health literacy matter? *ISRN Dentistry*, 2013, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/249591>

Newman, M., Takei, H., Klokkevold, P., & Carranza, F. (2012). *Carranza's clinical periodontology*. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.

Page, R. C., & Kornman, K. S. (1997). The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. *Periodontology 2000*, 14(1), 9-11. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.1997.tb00189.x>

Papapanou, P.N., Lindhe, J., (2010). Epidemiologia das Doenças Periodontais, In J. Lindhe,(Ed.), *Tratado de Periodontia Clínica E Implantologia Oral*. (pp. 314-404).

Papapanou, P. N., Sanz, M., Buduneli, N., Dietrich, T., Feres, M., Fine, D. H., ... & Greenwell, H. (2018). Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of periodontology*, 89, S173-S182. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12946>

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(3), 259-275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Peruzzo, D. C., Benatti, B. B., Ambrosano, G. M., Nogueira-Filho, G. R., Sallum, E. A., Casati, M. Z., & Nociti, F. H. (2007). A systematic review of stress and psychological factors as possible risk factors for periodontal disease. *Journal of periodontology*, 78(8), 1491-1504. <https://doi.org/10.1902/jop.2007.060371>

Preshaw, P. M., Alba, A. L., Herrera, D., Jepsen, S., Konstantinidis, A., Makrilakis, K., & Taylor, R. (2012). Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia*, 55(1), 21-31. <http://doi.org/10.1007/s00125-011-2342-y>

Preshaw, P. M. (2015). Detection and diagnosis of periodontal conditions amenable to prevention. *BMC oral health*, 15(1), S5. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-15-S1-S5>

Seneviratne, C. J., Zhang, C. F., & Samaranyake, L. P. (2011). Dental plaque biofilm in oral health and disease. *Chinese Journal of Dental Research*, 14(2), 87.

Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE2), 33-38.

Silva, S. R. C. D., & Fernandes, R. A. C. (2001). Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista de Saúde Pública*, 35, 349-355. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000400003>

Sjöström, B., & Dahlgren, L. O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of advanced nursing*, 40(3), 339-345. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x>

Socransky, S. S., Haffajee, A. D., Cugini, M. A., Smith, C., & Kent Jr, R. L. (1998). Microbial complexes in subgingival plaque. *Journal of Clinical Periodontology*, 25(2), 134-144. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.1998.tb02419.x>

Thomson, W. M., & Broder, H. L. (2018). Oral-Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 65(5), 1073-1084. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.015>

Tonetti, M. S., Greenwell, H., & Kornman, K. S. (2019). Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of clinical periodontology*, 46(7), 787-787. <http://doi.org/10.1111/jcpe.12945>

Tsakos, G., Demakakos, P., Breeze, E., & Watt, R. G. (2011). Social gradients in oral health in older adults: findings from the English longitudinal survey of aging. *American journal of public health*, 101(10), 1892-1899. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300215>

ANEXOS

Comissão de Ética



Proc. Interno nº 702

Ex.ma Senhora
Débora de Paiva Ferreira

Monte de Caparica, 13 de fevereiro de 2019.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado **“Conhecimento dos doentes relativamente à doença periodontal, auto-percepção do estado das gengivas e comparação com o estado periodontal real”**, foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Prof.ª. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

Clinica Dentária Universitária

Declaração da Direção Clínica

Autorização para realização trabalho de projeto final do MIMD na Clínica Dentária Universitária Egas Moniz

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE: Débora de Paiva Ferreira

TÍTULO DO TRABALHO: Conhecimento dos doentes relativamente à doença periodontal, auto-percepção do estado das gengivas e comparação com o estado periodontal real

Excelentíssima Professora Doutora Fernanda de Mesquita

A/O aluna/o Débora de Paiva Ferreira, pode utilizar a Clínica Dentária Universitária Egas Moniz (CDUEM), para realização da investigação "Conhecimento dos doentes relativamente à doença periodontal, auto-percepção do estado das gengivas e comparação com o estado periodontal real".

Aguardo a aprovação da Comissão Científica e da Comissão de Ética, para cedência das instalações e dos doentes da clínica de acordo com o normal funcionamento da Clínica.

A consulta dos processos clínicos somente poderá ser efetuada na CDUEM, dentro de horário a estipular para cada projecto.

Atenciosamente, com os melhores cumprimentos

Monte da Caparica,


Direção Clínica

Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Monte de Caparica, dia ____ de _____ de ____

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito da Investigação no Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário Egas Moniz, na Unidade Curricular Orientação Tutorial do Projeto Final do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, sob a orientação do Prof. Doutor Ricardo Castro Alves, solicita-se a sua autorização para a participação no estudo sobre ao “Conhecimento dos doentes relativamente à doença periodontal, autoperceção do estado das gengivas e comparação com o estado periodontal real”.

O estudo irá decorrer nas instalações da Clínica Dentária Egas Moniz, do Instituto Universitário Egas Moniz, e tem como objetivo avaliar o nível de conhecimento sobre doenças periodontais (doença que afeta os tecidos de suporte do dente) por parte dos doentes com idades superiores a 18 anos, acompanhados na Clínica Dentária Egas Moniz.

O estudo será composto por um questionário relativo a dados sociodemográficos e por um questionário composto por perguntas objetivas sobre conhecimentos referentes aos procedimentos de higiene oral e sobre doença periodontal. Estes últimos dados serão comparados com os dados obtidos no exame realizado habitualmente na primeira consulta de Periodontologia. O preenchimento destes questionários tem um tempo estimado de 5 minutos.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

A fim de esclarecer a minha decisão recebi, e bem compreendi, as informações seguintes:

1. Todos os dados recolhidos antes, durante e após o estudo serão mantidos confidenciais. Desta forma, será mantido o meu anonimato, perante os investigadores principais do projeto e os dados serão tratados de forma anónima;
2. Não serão efetuados procedimentos clínicos invasivos ou outros;
3. Poderei em qualquer momento pedir informação complementar ao investigador e se o desejar, parar a minha participação sem suportar nenhuma responsabilidade;
4. Conservo todos os meus direitos garantidos na lei;

Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Deste modo permitirei:

Fornecer um certo número de dados pessoais e clínicos, presentes nos formulários preparados para esse fim.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação. O Orientando está obrigado ao anonimato e confidencialidade dos sujeitos. Aceito participar nesta investigação nas condições acima referidas e autorizo a recolha, escolha e tratamento dos dados, que se mantêm confidenciais e sob anonimato, apenas por pessoas mandatadas pelo Prof. Doutor Ricardo Alves.

Com os melhores cumprimentos,

Débora Ferreira, aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário Egas Moniz

Contacto telefónico: + 351 915986544 | Endereço eletrónico: debora.2912@hotmail.com

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)