



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**A PREVALÊNCIA DE GENGIVITE E AUTOPERCEÇÃO DA
SAÚDE ORAL NUMA POPULAÇÃO JOVEM DO CENTRO
JUVENIL E COMUNITÁRIO PADRE AMADEU PINTO**

Trabalho submetido por
Nadine Vieira Guerreiro
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

outubro de 2021



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**A PREVALÊNCIA DE GENGIVITE E AUTOPERCEÇÃO DA
SAÚDE ORAL NUMA POPULAÇÃO JOVEM DO CENTRO
JUVENIL E COMUNITÁRIO PADRE AMADEU PINTO**

Trabalho submetido por
Nadine Vieira Guerreiro
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Cecília Rozan

e coorientado por
Mestre André Peixoto

outubro de 2021

DEDICATÓRIA

À minha querida avó 🐣

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Cecília Rozan, por ter aceitado orientar-me neste projeto e acima de tudo pela excelente orientação, por toda a sua disponibilidade e pela ajuda imprescindível que sempre me deu.

Ao meu coorientador, Mestre André Peixoto por ter aceitado coorientar-me e por todo o apoio, ajuda e empenho na realização deste projeto.

Ao Professor Doutor Luís Proença por ter sido sempre tão prestável e atencioso.

Aos meus pais que me proporcionaram a melhor formação, e em especial à minha querida mãe que me apoiou incondicionalmente em tudo, é sem dúvida o meu porto de abrigo. Um muito obrigado nunca será suficiente para demonstrar o quão grata estou por me possibilitarem chegar até aqui.

Ao Miguel, pela paciência que teve comigo nos momentos difíceis e pela sua presença e apoio constantes. Obrigada por seres quem és.

Ao meu irmão, cunhada e sobrinhos por fazerem parte de tudo e por todo o vosso apoio e dedicação. Sem vocês, isto não seria possível. Obrigada por terem acreditado sempre em mim.

Ao João e à Sofia, que foram um apoio fundamental neste projeto e que tanto me ajudaram. Um grande obrigado a vocês.

Aos meus colegas de box, os melhores que podia ter, Maria e Francisco, por tudo o que me ensinaram e por toda a paciência que tiveram comigo. Foram sem dúvida um grande apoio neste caminho que percorremos juntos. Espero que no futuro, apesar de longe, continuemos perto.

Aos meus grandes e verdadeiros amigos, aqueles que permanecerão comigo, um grande obrigado por terem feito parte desta caminhada. Nunca vos irei esquecer.

Ao Instituto Universitário Egas Moniz, pela formação académica de excelência que me proporcionou.

O mais sincero obrigada a todos.

RESUMO

Objetivos: Descrever a prevalência de gengivite, relacionando-a com variáveis sociodemográficas e com autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QdVRSO), numa população jovem.

Materiais e Métodos: Estudo transversal, com amostra por conveniência de 53 jovens, realizado no Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto, em Almada. Este projeto foi previamente aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz e consentido pelos encarregados de educação dos participantes. A amostra foi observada intraoralmente e foi aplicado um questionário constituído por variáveis sociodemográficas e pelo *Child Perceptions Questionnaire*₁₁₋₁₄ *short form* (CPQ₁₁₋₁₄ *short form*). Os dados recolhidos foram submetidos a análise estatística através do *software* IBM SPSS® *Statistics*.

Resultados: A amostra varia entre os 11 e os 14 anos, sendo maioritariamente do género masculino (52,8%). A prevalência de gengivite foi 14%. A média do índice de placa (IP) foi $1,25 \pm 0,05$ e do índice gengival (IG) foi $0,42 \pm 0,05$, tendo sido verificada a correlação entre ambas as variáveis. Os valores de IP e IG foram mais prevalentes no sexo masculino. A média do IP no sexo feminino foi $1,16 \pm 0,07$ e no masculino foi $1,32 \pm 0,06$. A média do IG no sexo feminino foi $0,39 \pm 0,07$ e no masculino foi $0,43 \pm 0,07$. A média do CPQ₁₁₋₁₄ *short form* foi $13,44 \pm 1,47$. Não se verificou associações entre o IP e o IG em função das variáveis sociodemográficas, nem encontradas correlações significativas em função do CPQ₁₁₋₁₄ *short form*.

Conclusões: O resultado não evidenciou associação entre a gengivite com variáveis sociodemográficas nem com a autopercepção da QdVRSO. Estudos futuros são necessários, com uma amostra maior para permitir a avaliação da sua relação.

Palavras-chave: doença periodontal, índice de placa, índice gengival, qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

ABSTRACT

Objectives: Describe the prevalence of gingivitis, relating it to sociodemographic variables and self-perception of oral health-related quality of life (OHRQoL) in a young population.

Materials and Methods: A cross-sectional study, with a convenience sample of 53 young people, was carried out at the Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto, in Almada. This project was previously approved by the Ethics Committee of the Instituto Universitário Egas Moniz and consented by the participants' guardians. The sample was observed intraorally and a questionnaire consisting of sociodemographic variables and the Child Perceptions Questionnaire 11-14 short form (CPQ 11-14 short form). The collected data was submitted to statistical analysis using the IBM SPSS® Statistics software.

Results: The sample varies between 11 and 14 years old, being mostly male (52.8%). The prevalence of gingivitis was 14%. The mean plaque index (PI) was 1.25 ± 0.05 and the gingival index (GI) was 0.42 ± 0.05 , and the correlation between both variables was verified. PI and GI values were more prevalent in males. The mean PI for females was 1.16 ± 0.07 and for males it was 1.32 ± 0.06 . The mean GI in females was 0.39 ± 0.07 and in males it was 0.43 ± 0.07 . The CPQ 11-14 short form mean was 13.44 ± 1.47 . There were no associations between PI and GI on the sociodemographic variables, and there weren't any significant correlations founded in CPQ 11-14 short form.

Conclusion: The result did not show an association between gingivitis with sociodemographic variables or with the self-perception of OHRQoL. Future studies are needed, with a larger sample to allow the assessment of their relationship.

Keywords: periodontal disease, plaque index, gingival index, oral health-related quality of life.

ÍNDICE GERAL

I.	INTRODUÇÃO.....	15
1.	Doença Periodontal.....	15
1.1.	Definição	15
1.2.	Epidemiologia	16
1.3.	Constituição do Periodonto	16
1.4.	Etiologia da doença periodontal.....	17
1.5.	Fatores / indicadores de risco da doença periodontal.....	18
1.6.	Sinais e Sintomas da doença periodontal	19
1.7.	Diagnóstico da doença periodontal	20
1.8.	Classificação da doença periodontal	21
1.9.	Complicações sistêmicas da doença periodontal	29
1.10.	Prevenção da doença periodontal.....	29
1.11.	Tratamento da doença periodontal	30
2.	Índices Periodontais.....	32
2.1.	Índice de Placa	32
2.2.	Índice Gengival	34
3.	Qualidade de vida	35
3.1.	Definição	35
3.2.	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO)	36
3.3.	Impacto dos problemas orais na qualidade de vida.....	36
3.4.	<i>Child Perceptions Questionnaire</i> (CPQ).....	37
4.	Relação entre doença periodontal e qualidade de vida.....	38
5.	Cheque-dentista	38
II.	OBJETIVOS DO ESTUDO	41
III.	HIPÓTESES DE ESTUDO	43
IV.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	45
1.	Pesquisa Bibliográfica	45
2.	Considerações Éticas	45
3.	Tipo de Estudo.....	45
4.	Localização do Estudo.....	46
5.	CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão	46

6. Seleção da Amostra	46
7. Materiais Utilizados.....	47
8. Calibragem	47
9. Índices Utilizados	48
9.1. Índice de Placa de <i>Silness</i> e <i>Löe</i> Simplificado (IP6).....	48
9.2. Índice Gengival de <i>Silness</i> e <i>Löe</i> Reduzido (IG-r).....	48
10. Questionários Utilizados.....	49
11. Aplicação do Questionário.....	50
12. Variáveis Dependentes e Independentes.....	50
13. Análise Estatística.....	51
V. RESULTADOS	53
1. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas.....	53
2. Análise descritiva dos hábitos de higiene oral dos jovens	53
3. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos encarregados de educação.....	54
4. Análise descritiva do Índice de Placa de <i>Silness</i> e <i>Löe</i> Simplificado e do Índice Gengival de <i>Silness</i> e <i>Löe</i> Reduzido	57
5. Análise descritiva da autoperceção dos jovens sobre saúde oral geral, bem-estar geral, sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social (CPQ 11-14)	57
6. Análise da associação entre o IP e o IG com o género dos jovens.....	58
7. Análise comparativa do IP e do IG em função dos hábitos de higiene oral dos jovens.....	58
7.1. Análise comparativa do IP e do IG em função da escovagem de dentes dos jovens.....	58
7.2. Análise comparativa do IP e do IG em função da utilização de flúor dos jovens.....	59
7.3. Análise comparativa do IP e do IG em função da última visita ao dentista dos jovens.....	60
7.4. Análise comparativa do IP e do IG em função do motivo da última visita ao dentista dos jovens.....	60
7.5. Análise comparativa do IP e do IG em função da utilização do cheque-dentista por parte dos jovens.....	61

8. Análise comparativa do IP e do IG em função das variáveis sociodemográficas dos encarregados de educação	62
8.1. Análise comparativa do IP e do IG em função do género dos encarregados de educação	62
8.2. Análise comparativa do IP e do IG em função da etnia dos encarregados de educação	62
8.3. Análise comparativa do IP e do IG em função do grau de parentesco dos encarregados de educação	63
8.4. Análise comparativa do IP e do IG em função do estado civil dos encarregados de educação.....	63
8.5. Análise comparativa do IP e do IG em função do nível de escolaridade dos encarregados de educação	64
8.6. Análise comparativa do IP e do IG em função do rendimento familiar mensal dos encarregados de educação	65
8.7. Análise comparativa do IP e do IG em função da situação profissional dos encarregados de educação	66
9. Análise da correlação entre o IP e o IG	66
10. Análise da correlação entre o IP e o IG e as variáveis sociodemográficas	66
10.1. Análise da correlação entre o IP e o IG com a idade dos jovens	66
10.2. Análise da correlação entre o IP e o IG com a idade dos encarregados de educação	67
10.3. Análise da correlação entre o IP e o IG com o número de filhos dos encarregados de educação	67
11. Análise da correlação entre o IP e o IG com a autoperceção dos jovens sobre saúde oral geral, bem-estar geral, sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social (CPQ 11-14)	68
VI. DISCUSSÃO	71
VII. CONCLUSÃO	77
VIII.BIBLIOGRAFIA	79
IX. ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Materiais utilizados nas observações dos jovens	47
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Condições e Doenças Periodontais (Caton <i>et al.</i> , 2018; Steffens & Marcantonio, 2018).....	21
Tabela 2. Classificação de saúde periodontal e saúde gengival, segundo a nova classificação das doenças periodontais (Lang & Bartold, 2018).....	23
Tabela 3. Classificação de gengivite induzida por biofilme dentário, segundo a nova classificação das doenças periodontais (Caton <i>et al.</i> , 2018; Chapple <i>et al.</i> , 2018; Murakami <i>et al.</i> , 2018)	25
Tabela 4. Classificação da Periodontite com base no estágio (Papapanou <i>et al.</i> , 2018; Tonetti <i>et al.</i> , 2018)	27
Tabela 5. Classificação da Periodontite com base no grau de periodontite de acordo com a sua progressão (Papapanou <i>et al.</i> , 2018; Tonetti <i>et al.</i> , 2018).....	28
Tabela 6. Códigos e critérios do Índice de Placa de <i>Silness</i> e <i>Löe</i> (Aguilho <i>et al.</i> , 2003; Peter 2007).....	33
Tabela 7. Códigos e critérios do Índice Gengival de <i>Silness</i> e <i>Löe</i> (Aguilho <i>et al.</i> , 2003)	35
Tabela 8. Distribuição das frequências da amostra por idade dos jovens	53
Tabela 9. Distribuição das frequências da amostra por género dos jovens	53
Tabela 10. Distribuição das frequências da amostra por hábitos de higiene oral dos jovens	54
Tabela 11. Distribuição das frequências dos encarregados de educação	56
Tabela 12. Análise descritiva do índice de placa de <i>Silness</i> e <i>Löe</i> Simplificado e do índice gengival de <i>Silness</i> e <i>Löe</i> Reduzido	57
Tabela 13. Análise descritiva da autoperceção dos jovens sobre a sua saúde oral, bem-estar geral, sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social (CPQ ₁₁₋₁₄)	58
Tabela 14. Análise da associação entre o IP e o IG com o género dos jovens.....	58
Tabela 15. Análise comparativa do IP e do IG em função da escovagem dos dentes dos jovens.....	59
Tabela 16. Análise comparativa do IP e do IG em função da utilização de flúor dos jovens	59

Tabela 17. Análise comparativa do IP e do IG em função da última visita ao dentista dos jovens.....	60
Tabela 18. Análise comparativa do IP e do IG em função do motivo da última visita ao dentista dos jovens.....	61
Tabela 19. Análise comparativa do IP e do IG em função da utilização do cheque-dentista por parte dos jovens.....	61
Tabela 20. Análise comparativa do IP e do IG em função do género dos encarregados de educação	62
Tabela 21. Análise comparativa do IP e do IG em função da etnia dos encarregados de educação	62
Tabela 22. Análise comparativa do IP e do IG em função do grau de parentesco dos encarregados de educação	63
Tabela 23. Análise comparativa do IP e do IG em função do estado civil dos encarregados de educação.....	64
Tabela 24. Análise comparativa do IP e do IG em função do nível de escolaridade dos encarregados de educação	65
Tabela 25. Análise comparativa do IP e do IG em função do rendimento familiar mensal dos encarregados de educação.....	65
Tabela 26. Análise comparativa do IP e do IG em função da situação profissional dos encarregados de educação	66
Tabela 27. Análise da correlação entre o IP e o IG	66
Tabela 28. Análise da correlação entre o IP e o IG com a idade dos jovens.....	67
Tabela 29. Análise da correlação entre o IP e o IG com a idade dos encarregados de educação	67
Tabela 30. Análise da correlação entre o IP e o IG com o número de filhos dos encarregados de educação	68
Tabela 31. Análise da correlação entre o IP e o IG com a autoperceção dos jovens sobre saúde oral geral, bem-estar geral, sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social (CPQ 11-14)	69

LISTA DE ABREVIATURAS

AAP – Academia Americana de Periodontologia
AR – Alisamentos radiculares
CPQ – *Child Perceptions Questionnaire*
CPQ₁₁₋₁₄ – *Child Perceptions Questionnaire*₁₁₋₁₄
CPQ_{11-14 short form} – *Child Perceptions Questionnaire*_{11-14 short form}
DGS – Direção Geral de Saúde
EFP – Federação Europeia de Periodontologia
HS – Hemorragia à sondagem
IG – Índice Gengival
IGL - Índice Gengival de *Silness* e *Löe*
IG-r – Índice Gengival de *Silness* e *Löe* reduzido
III ENPDO – III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais
IP – Índice de Placa
IP6 – Índice de Placa de *Silness* e *Löe* simplificado
IPL – Índice de Placa de *Silness* e *Löe*
mm – Milímetros
N – *Newton*
OHRQoL – *Oral Health-Related Quality of Life*
OMD – Ordem dos Médicos Dentistas
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
PS – Profundidade de sondagem
QdVRSO – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral
SNS – Serviço Nacional de Saúde

I. INTRODUÇÃO

1. Doença Periodontal

1.1. Definição

As patologias orais encontram-se entre os problemas de saúde que causam mais incapacidade, destacando-se a doença periodontal, a cárie dentária e o cancro oral, uma vez que são as patologias orais mais prevalentes em todo o mundo (Peres *et al.*, 2019).

A doença periodontal é definida como uma doença imunológica crónica multifatorial e inflamatória, induzida por micróbios, que afeta o periodonto, responsável pela proteção e suporte dos dentes (Chen *et al.*, 2018; Delgado, 2016).

As patologias mais comuns que afetam o periodonto são a gengivite e a periodontite. A gengivite caracteriza-se por uma inflamação confinada aos tecidos gengivais, sem perda de tecido conjuntivo de inserção, sendo reversível quando removidos os fatores etiológicos (Lobato, 2016). A periodontite é definida como uma doença inflamatória multifatorial, resultado da destruição dos tecidos periodontais de suporte (Lobato, 2016; Murakami *et al.*, 2018). Atualmente, considera-se que a gengivite precede sempre a periodontite, embora nem todos os casos de gengivite evoluam necessariamente para periodontite (Antonini *et al.*, 2013; Delgado, 2016).

As doenças periodontais são provocadas, fundamentalmente, por bactérias anaeróbias *gram* negativas, que se encontram presentes na cavidade oral na forma de biofilme dentário (Antonini *et al.*, 2013).

Em 2018, foi estabelecida uma nova classificação da doença periodontal, a fim de melhorar a comunicação entre os médicos dentistas e ajustar o tratamento (Bourgeois *et al.*, 2019).

O início da doença periodontal pode ocorrer na infância ou adolescência e ir progredindo lentamente ao longo da vida, sendo que a forma mais comum e prevalente é a gengivite (Chen *et al.*, 2018). Diversos estudos epidemiológicos demonstraram que a gengivite, na sua forma simples e reversível, afeta a grande parte da população jovem (Califano, 2003).

Caso a gengivite não seja diagnosticada e tratada atempadamente, pode evoluir para periodontite, sucedendo uma progressão da inflamação nos tecidos de suporte do dente de forma contínua, perda óssea e, potencialmente, perda dentária (Antonini *et al.*, 2013; Eley *et al.*, 2012). A doença periodontal, para além de ser uma das principais causas de

perda dentária, afeta diretamente a qualidade de vida dos indivíduos (Papapanou *et al.*, 2018; Peterson & Ogawa, 2012), sendo que as repercussões orais, funcionais, emocionais e sociais tornam-se mais pronunciadas com o aumento da severidade e extensão da doença (Thomson & Broder, 2018).

1.2. Epidemiologia

A doença periodontal é considerada uma das doenças mais prevalentes no mundo e afeta cerca de 50% da população mundial (Chen *et al.*, 2018; Giacaman *et al.*, 2018; OMD, 2021), sendo, por isso, considerada um problema de saúde pública (Chen *et al.*, 2018; Lobato, 2016; Papapanou, 1996; Petersen & Ogawa, 2012). É também uma das principais causas de perda dentária precoce, afetando diretamente a qualidade de vida dos indivíduos (Papapanou, 1996; Petersen & Ogawa, 2012).

De acordo com a Federação Europeia de Periodontologia, na Europa, 8 em cada 10 pessoas, com idades superiores a 35 anos, sofre de problemas gengivais (EFP, 2020).

Num estudo elaborado com uma amostra populacional randomizada da área metropolitana de Lisboa, verificou-se que a prevalência de periodontite é de 59,9%, sendo que 24,0% e 22,2% dos participantes apresentava periodontite severa e moderada, respetivamente (Botelho *et al.*, 2019).

No III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (III ENPDO), realizado em 2015 pela Direção Geral de Saúde (DGS), na população portuguesa, evidenciou-se uma melhoria de saúde gengival nos jovens com 12 anos, passando de 29% dos jovens em 2006 para 52% dos jovens em 2013/14 que apresentavam saúde gengival. Verificou-se ainda que 42% dos jovens adultos com 18 anos, 37% dos adultos com idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos, e 30% dos adultos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos apresentavam saúde gengival. Em relação às crianças e jovens, que escovam os dentes à noite antes de se deitarem, verificou-se um aumento bastante significativo entre o ano de 2006 e 2013/2014 de 51% para 87%, levando a um aumento do número de crianças com saúde gengival (Céu *et al.*, 2019).

1.3. Constituição do Periodonto

O periodonto é constituído pelos tecidos de suporte e proteção do dente, e divide-se em dois compartimentos: o superior e o inferior. O compartimento superior é constituído pela gengiva, e o compartimento inferior pelo ligamento periodontal, cemento radicular

e osso alveolar. A gengivite afeta apenas o compartimento superior do periodonto, enquanto a periodontite caracteriza-se por uma inflamação com destruição do compartimento inferior, associado à perda de inserção periodontal. Esta é causada pela perda das fibras de colagénio, e consequentemente desenvolve recessões gengivais e leva à formação de bolsas periodontais. Para saber quanto mede uma bolsa periodontal, recorreremos à profundidade de sondagem, que consiste na distância entre a margem gengival e o fundo da bolsa periodontal (Antonini *et al.*, 2013; Stuari *et al.*, 2016).

1.4. Etiologia da doença periodontal

A doença periodontal é uma doença multifatorial, existindo vários fatores, como a resposta imune e inata do hospedeiro, o ambiente local e a suscetibilidade do hospedeiro, que afetam ou pioram o estado periodontal, e tem como fator etiológico principal o biofilme dentário. Porém, o início e a progressão da periodontite dependem de alterações ecológicas, e, consequentemente, do desequilíbrio da microbiota do biofilme oral. A formação do biofilme é um processo dinâmico que ocorre em várias etapas: formação da película salivar, fixação bacteriana inicial, crescimento e multiplicação, e, por último, adsorção sequencial para formar um biofilme complexo e maduro. Esta comunidade microbiana é incorporada numa matriz extracelular polimérica, que fornece proteção, estabilização e os nutrientes necessários para o desenvolvimento do biofilme (Dentino *et al.*, 2013; Slots, 2013).

É certo que existe um envolvimento de bactérias na etiologia da doença periodontal, sendo que as principais intervenientes são as anaeróbias *gram* negativas (Dentino *et al.*, 2013).

A placa bacteriana, considerada um biofilme dentário, causa inflamação gengival, sendo que a extensão e a gravidade desta são influenciadas por diversas patologias sistémicas, como doenças cardiovasculares e diabetes, e fatores orais, como a má higiene oral e restaurações debordantes. A presença de inflamação gengival, com o tempo, pode promover o aumento da acumulação do biofilme dentário mais rapidamente, criando desta forma uma complexa dinâmica entre o biofilme dentário e a resposta imunoinflamatória do hospedeiro. Contudo, não existe evidência científica que permite identificar quais as localizações de gengivite que são mais suscetíveis à progressão para a periodontite (Murakami *et al.*, 2018).

A suscetibilidade individual pode ser potenciada por fatores de risco, como doenças sistémicas, medicação, stress, tabaco, obesidade, deficiências nutricionais e álcool, como

aquando de uma higiene oral fraca ou deficiente (Antonini *et al.*, 2013; Dentino *et al.*, 2013; Genco & Borgnakke, 2013).

1.5. Fatores / indicadores de risco da doença periodontal

Existe uma diferença entre os fatores e os indicadores de risco. Os fatores de risco provocam efetivamente a doença periodontal e, por isso, diferem dos indicadores de risco, uma vez que estes potencializam o aparecimento da mesma (Antonini *et al.*, 2013; Eley *et al.*, 2012; Genco & Borgnakke, 2013).

A suscetibilidade do indivíduo à doença periodontal é influenciada pela interação de diversos fatores de risco, que podem ser divididos em genéticos ou adquiridos (Genco & Genco, 2014; Lindhe *et al.*, 2010).

Os fatores de risco genéticos como a idade, o género, a raça, a predisposição genética, o nível socioeconómico, as desordens hematológicas, doenças como a osteoporose e a resposta do hospedeiro, são considerados fatores não modificáveis (AlJehani, 2014).

Relativamente aos fatores de risco adquiridos, o tabagismo é considerado como o principal fator de risco associado (Genco & Genco, 2014; Lindhe *et al.*, 2010). Além deste, a diabetes *mellitus*, também desempenha um papel importante, a obesidade, dietas deficientes em vitamina C (Slots, 2013) e o alcoolismo que pode estar relacionado com a perda de inserção clínica periodontal (Genco & Borgnakke, 2013).

As doenças infecciosas, como é o caso da doença periodontal, apresentam um componente genético de predisposição individual. Atualmente, estão identificados polimorfismos genéticos no sistema imunológico do hospedeiro que atuam como genes modificadores da doença e, por essa razão, como fatores de risco para a doença periodontal (Couso, 2017).

Genco & Borgnakke (2013) consideram que existe uma predisposição do género masculino para a doença periodontal, não devido a uma maior suscetibilidade à doença por fatores genéticos, mas sim devido ao estilo de vida inerente a um homem, quando comparado ao da mulher, associado aos hábitos tabágicos e alcoólicos.

O nível socioeconómico está diretamente relacionado com os cuidados com a saúde oral. Numa generalidade, os indivíduos pertencentes a classes socioeconómicas mais elevadas apresentam uma melhor higiene oral e comparecem mais vezes às consultas de medicina dentária, investindo na prevenção da doença (Borba, 2017).

A osteoporose é uma doença osteometabólica, caracterizada pela redução da densidade mineral do osso, propiciando um elevado risco de fraturas devido ao aumento da fragilidade óssea. Esta doença afeta também a maxila e a mandíbula, podendo causar alterações periodontais ou até mesmo agravar problemas no periodonto já existentes, favorecendo mobilidades e perdas dentárias (Bezerra *et al.*, 2021).

O tabagismo altera a microbiota oral, o fluxo sanguíneo gengival e diminui a resposta imunológica dos indivíduos contra os organismos periodontopatogênicos, podendo causar perda de inserção periodontal e reabsorção óssea alveolar, aumentando o risco de perdas dentárias. O tabaco agrava a severidade e a incidência da doença periodontal e dificulta o seu tratamento (Medeiros & Dias, 2018).

A ingestão de álcool em excesso propicia o aparecimento da doença periodontal, visto que altera a resposta imunológica e inflamatória do hospedeiro, afeta a cicatrização dos tecidos, a coagulação sanguínea e pode causar interferências medicamentosas. O álcool atua também como uma droga depressora do sistema nervoso central e reduz a função dos neutrófilos e dos macrófagos (Spezzia, 2021).

A relação entre a obesidade e a doença periodontal deve-se a um processo imunoinflamatório, uma vez que o tecido adiposo secreta citocinas pró inflamatórias, proporcionais à massa corporal dos indivíduos, podendo originar um estado hiper inflamatório, aumentando assim o risco de desenvolver a doença periodontal ou progredir (Dias *et al.*, 2011). Estes mediadores inflamatórios ativam osteoclastos e colagenases, que promovem a destruição do osso e do tecido conjuntivo, aumentando a severidade e a evolução da doença periodontal (Alves *et al.*, 2007).

Relativamente aos indicadores de risco podemos enumerar alterações hormonais, determinados fármacos (imunossupressores, anti hipertensores, antidepressivos e antidiabéticos), uma higiene oral inadequada e agentes infecciosos (Antonini *et al.*, 2013; Eley *et al.*, 2012; Genco & Borgnakke, 2013; Slots, 2013).

A análise dos fatores e indicadores de risco apresenta um papel relevante para a prevenção e tratamento das doenças periodontais (Genco & Borgnakke, 2013).

1.6. Sinais e Sintomas da doença periodontal

A presença de inflamação é das primeiras alterações que ocorrem, provocando um aumento de volume gengival, rubor e edema, que muitas vezes se manifestam simultaneamente na margem gengival, seguidos de hemorragia à sondagem e exsudado purulento (Antonini *et al.*, 2013). Em alguns casos os indivíduos apresentam halitose

(Teeuw *et al.*, 2010). Numa fase mais avançada, para além do que já foi enumerado, a doença periodontal causa diversas manifestações clínicas como recessão gengival, perda de inserção clínica, perda óssea e presença de diastemas devido à migração patológica e mobilidade. Estas manifestações clínicas podem ser modificadas por fatores locais e sistémicos, e dependem da suscetibilidade do indivíduo e do compromisso das localizações, comprometendo a função do aparelho estomatognático e perda de dentes (Antonini *et al.*, 2013; Dentino *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2017; Teeuw *et al.*, 2010).

1.7. Diagnóstico da doença periodontal

As manifestações iniciais da doença periodontal são assintomáticas. Contudo, é uma doença que causa perda óssea e de tecidos moles de uma forma irreversível, sendo, por isso, o diagnóstico oportuno e preciso, considerado o primeiro desafio no tratamento da doença periodontal (Kinane *et al.*, 2017).

Para executar um correto diagnóstico, o médico dentista deve avaliar vários parâmetros: a anamnese (história da doença atual, história médica pregressa e histórico pessoal e familiar), acompanhada de uma observação da cavidade oral, explorando a profundidade de sondagem, a hemorragia à sondagem, o nível de inserção clínica, a linha muco-gengival, mobilidades e lesões de furca (Kinane *et al.*, 2017; Papapanou *et al.*, 2018).

O diagnóstico pode ser complementado com um exame, o *status* radiográfico, que consiste em avaliar a quantidade de suporte ósseo dos dentes, definir a situação atual da doença, se apresenta-se estável ou em remissão, e o perfil do fator de risco, caso seja um paciente fumador ou diabético. A partir de todos estes dados, é possível caracterizar a doença periodontal em estágio/extensão e grau. O estágio/extensão diz respeito à severidade da doença, enquanto o grau avalia o risco da sua progressão (Papapanou *et al.*, 2018).

Aquando da realização do exame clínico, é importante ter em atenção que as características de uma sonda periodontal ideal são fundamentais para uma futura determinação de saúde periodontal (Trombelli *et al.*, 2018). Vários fatores como a dimensão da sonda periodontal, a sua angulação e a pressão aplicada pelo médico dentista podem influenciar a avaliação da inflamação gengival. A pressão aplicada não deve exceder os 0,25 *Newton* (N) (Trombelli *et al.*, 2018).

1.8. Classificação da doença periodontal

Atualmente as doenças periodontais estão classificadas segundo o sistema definido no *workshop* mundial para a classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares, que ocorreu em Chicago, nos Estados Unidos da América, em 2017, tendo sido co-patrocinado pela Academia Americana de Periodontologia (AAP) e pela Federação Europeia de Periodontologia (EFP). O objetivo do *workshop* foi ordenar e atualizar o sistema de classificação, de acordo com a atual percepção das doenças e condições periodontais e peri-implantares (Caton *et al.*, 2018; Papapanou *et al.*, 2018).

As doenças periodontais são classificadas em 3 grandes grupos: (Tabela 1)

Tabela 1. Condições e Doenças Periodontais (Caton *et al.*, 2018; Steffens & Marcantonio, 2018)

Condições e Doenças Periodontais	
Saúde periodontal, condições e doenças gengivais	Saúde periodontal e saúde gengival
	Gengivite induzida por placa bacteriana
	Doenças gengivais não induzidas por placa bacteriana
Periodontite	Doenças periodontais necrosantes
	Periodontite
	Periodontite como manifestação de doenças sistêmicas
Outras condições que afetam o periodonto	Manifestações periodontais de doenças ou condições sistêmicas
	Abcessos periodontais e lesões endoperiodontais
	Condições e deformidades mucogengivais
	Forças oclusais traumáticas
	Fatores relacionados ao dente e às próteses

O diagnóstico diferencial de um paciente não é baseado meramente pelo sistema de classificação das doenças periodontais, mas complementado com uma anamnese, um exame clínico detalhado e exames complementares, a fim de diagnosticar efetivamente o estado periodontal de um paciente (Castro *et al.*, 2016).

1.8.1. Saúde do periodonto

A saúde periodontal caracteriza-se por ser um estado livre de doença periodontal inflamatória (Lang & Bartold, 2018).

Na condição de saúde periodontal, subsiste uma relação equilibrada entre os sistemas imunológico e metabólico, permitindo o equilíbrio do biofilme dentário. Desta forma, o epitélio gengival mantém-se íntegro e é impedida a entrada de patógenos para o tecido conjuntivo (Dentino *et al.*, 2013; Lang & Bartold, 2018).

A saúde periodontal pode ser avaliada tanto histologicamente como clinicamente, no início da doença ou na fase final de tratamento periodontal (Lang & Bartold, 2018).

A classificação de saúde periodontal e saúde gengival encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2. Classificação de saúde periodontal e saúde gengival, segundo a nova classificação das doenças periodontais (Lang & Bartold, 2018)

Saúde Periodontal e Saúde Gengival		
Saúde clínica em periodonto íntegro	▪ Ausência de perda de inserção; ▪ Profundidade de sondagem (PS) até 3 milímetros (mm); ▪ Hemorragia à sondagem (HS) em menos de 10% das localizações; ▪ Ausência de perda óssea observada radiologicamente.	
Saúde clínica gengival em periodonto reduzido	Paciente com periodontite estável	▪ Perda de inserção; ▪ PS até 4 mm; ▪ Ausência de localizações com PS ≥ 4 mm com HS; ▪ HS < 10% das localizações; ▪ Perda óssea observada radiologicamente.
	Paciente sem periodontite	▪ Perda de inserção; ▪ PS até 3 mm; ▪ HS < 10% das localizações; ▪ Possível perda óssea observada radiologicamente (em casos de recessão gengival e aumento de coroa clínica).

1.8.2. Gengivite induzida por biofilme dentário

Uma das patologias mais frequentes na medicina dentária, é a gengivite, sendo a forma mais prevalente, comum e tênue de doença periodontal na população jovem (Califano, 2003; Silva *et al.*, 2017).

É definida como uma lesão inflamatória inespecífica, como consequência da acumulação de biofilme dentário na margem gengival sem que se estenda além da junção mucogengival (cimento, ligamento periodontal e osso alveolar), estando confinado à gengiva (Chapple *et al.*, 2018; Murakami *et al.*, 2018). A lesão inflamatória pode manifestar-se clinicamente como edema, vermelhidão, hemorragia e desconforto à

sondagem (Chapple *et al.*, 2018). Normalmente, os sintomas são descritos pelos pacientes como: dor, halitose, dificuldade em mastigar, aumento do volume gengival e redução da qualidade de vida associada à saúde oral (Chapple *et al.*, 2018).

Esta é uma patologia reversível, uma vez que cede ao ser removido o fator etiológico (Chapple *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2017; Murakami *et al.*, 2018).

A gengivite induzida por biofilme dentário, segundo a nova classificação das doenças periodontais pode ser classificada como: (Caton *et al.*, 2018; Chapple *et al.*, 2018; Murakami *et al.*, 2018)

- Associada somente ao biofilme dentário;
- Mediada por fatores de risco locais ou sistémicos;
- Associada a fármacos que induzem o aumento do volume gengival.

A classificação de gengivite induzida por biofilme dentário encontra-se na Tabela

3.

Tabela 3. Classificação de gengivite induzida por biofilme dentário, segundo a nova classificação das doenças periodontais (Caton *et al.*, 2018; Chapple *et al.*, 2018; Murakami *et al.*, 2018)

Gengivite induzida por biofilme dentário		
Associada somente ao biofilme dentário	Gengivite em periodonto íntegro	▪ Ausência de perda de inserção; ▪ $PS \leq 3$ mm; ▪ $HS \geq 10\%$ das localizações; ▪ Sem perda óssea observada radiologicamente.
	Gengivite em periodonto reduzido	▪ Perda de inserção ▪ PS até 3 mm ▪ $HS \geq 10\%$ das localizações ▪ Possível perda óssea radiológica.
	Gengivite em periodonto reduzido tratado periodontalmente	▪ Paciente com historial de tratamento periodontal; ▪ Perda de inserção; ▪ Bolsas periodontais até 3 mm; ▪ $HS \geq 10\%$ das localizações; ▪ Perda óssea radiológica.
Mediada por fatores de risco locais ou sistêmicos	Fatores de risco locais (Fatores Predisponentes)	▪ Fatores de retenção de biofilme dentário (por exemplo, restaurações debordantes); ▪ Hipossalivação.
	Fatores de risco sistêmicos (Fatores Modificadores)	▪ Tabagismo; ▪ Hiperglicemia; ▪ Fatores nutricionais; ▪ Agentes farmacológicos (prescritos, não prescritos e recreacionais); ▪ Hormonas esteroides sexuais (puberdade, ciclo menstrual, gravidez e contraceptivos orais); ▪ Condições hematológicas.
Associada a fármacos que induzem o aumento do volume gengival		

Segundo Chapple *et al.* (2018), a definição de severidade da gengivite, de acordo com a sua extensão, pode ser feita em leve (inferior a 10% das localizações), moderada (entre 10% a 30% das localizações) e grave (superior a 30% das localizações). Mediante o intervalo da percentagem das localizações afetadas, é possível transmitir ao paciente a gravidade da sua doença. Para estudos epidemiológicos, a gengivite pode ser classificada como localizada (10% a 30% das localizações com HS) ou generalizada (superior a 30% das localizações com HS) (Chapple *et al.*, 2018).

1.8.3. Periodontite

A periodontite é definida como uma “doença inflamatória crónica multifatorial, associada ao biofilme disbiótico, e caracterizada pela destruição progressiva do periodonto” (Papapanou *et al.*, 2018, p.163). A manifestação clínica da doença periodontal é caracterizada por perda de inserção clínica detetada em duas ou mais localizações interproximais não adjacentes, ou por perda de inserção clínica superior ou igual a 3 mm, na região vestibular ou lingual/palatina, em pelo menos dois dentes (Papapanou *et al.*, 2018; Tonetti *et al.*, 2018).

O desenvolvimento da periodontite é gradual, não só devido ao aumento da inflamação gengival, como também pela presença de fatores intrínsecos (como alterações imunológicas) e extrínsecos (como fármacos) (Rojas & Fernández, 2009). Apesar de apresentar uma elevada prevalência em adultos, também afeta crianças e adolescentes (Antonini *et al.*, 2013).

Atualmente, a periodontite é classificada de acordo com a sua severidade, complexidade e extensão (estádio I, II, III, IV), assim como pelo seu potencial de progressão (grau A, B, C), o qual pode sofrer modificações com os fatores de risco, como o tabagismo e a diabetes *mellitus*. O estágio e o grau fornecem uma avaliação individual do paciente, identificando a complexidade de cada caso, de acordo com os fatores de risco envolvidos. Deste modo, é possível planear um tratamento individualizado, gerindo os fatores de risco e a previsibilidade do tratamento periodontal (Papapanou *et al.*, 2018; Tonetti *et al.*, 2018) (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4. Classificação da Periodontite com base no estágio (Papapanou *et al.*, 2018; Tonetti *et al.*, 2018)

Estádio de Periodontite		Estádio I	Estádio II	Estádio III	Estádio IV
Severidade	Perda de Inserção Interproximal	1 a 2 mm	3 a 4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Perda Óssea Radiográfica	1/3 coronal (< 15%)	1/3 coronal (15 – 33%)	Até 1/2 ou até 1/3 apical da raiz	Até 1/2 ou até 1/3 apical da raiz
	Perda Dentária	Ausência de 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 grau 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
Extensão e Distribuição		Para cada estágio, descrever a extensão como localizada (< 30% dos dentes envolvidos), generalizada ou padrão molar/incisivos			

Tabela 5. Classificação da Periodontite com base no grau de periodontite de acordo com a sua progressão (Papapanou *et al.*, 2018; Tonetti *et al.*, 2018)

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	Relação entre a percentagem de perda óssea e a idade	< 0,25 mm	0,25 a 1 mm	> 1 mm
		Fenótipo do caso	Depósitos densos de biofilme com níveis baixos 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	< 10 cigarros / dia	> 10 cigarros / dia
		Diabetes <i>mellitus</i>	Normoglicémico	Hemoglobina glicada < 7% em diabéticos	Hemoglobina glicada ≥ 7% em diabéticos

1.9. Complicações sistêmicas da doença periodontal

A doença periodontal tem vindo a demonstrar uma persistente associação com o risco acrescido de várias patologias sistêmicas, como doenças cardiovasculares, renais e respiratórias (Eley *et al.*, 2012; Negrato *et al.*, 2013).

Recentemente alguns estudos científicos relataram que determinadas bactérias presentes na cavidade oral, como precursor da doença periodontal, podem ser aspiradas para as vias aéreas, contaminando-as, sendo um potencial fator etiológico para doenças respiratórias, como é o caso de pneumonia (Libório-Lago *et al.*, 2018; Negrato & Tarzia, 2010).

A doença periodontal apresenta uma relação bidirecional com a diabetes *mellitus*. Um paciente diabético apresenta níveis de leucócitos e marcadores pró-inflamatórios imunológicos elevados, provocando uma inflamação sistémica crónica, que por sua vez pode alterar a fisiologia do periodonto, levando a uma exacerbação do quadro inflamatório. A natureza inflamatória da doença periodontal leva a um aumento da produção de mediadores pró-inflamatórios, antagonistas da insulina, responsáveis por um aumento dos níveis de glicémia do doente diabético, devido à interferência com a sinalização intracelular da insulina (Piecha *et al.*, 2020).

Existe também uma relação entre a doença periodontal e diversos tipos de cancro, nomeadamente da cabeça e pescoço. A saliva é considerada transmissora de citocinas inflamatórias, bactérias e vírus e, desempenha também um papel relevante na interação e mobilidade anatómica dos carcinogénicos, uma vez que atua como meio para a disseminação dos mesmos e ainda origina novos agentes agressores, através da metabolização de determinados alimentos, tabaco e álcool por intermédio de enzimas salivares, verificando-se que mais de 75% dos cancros da cabeça e pescoço ocorrem em zonas de drenagem salivar (Stuani *et al.*, 2016).

1.10. Prevenção da doença periodontal

A prevenção da doença periodontal inicia-se no controlo do biofilme dentário, através da remoção mecânica do mesmo por parte do indivíduo, associada a um controlo por profissionais de saúde, e na eliminação dos fatores de retenção do mesmo (Antonini *et al.*, 2013; Kinane *et al.*, 2017). Uma má técnica de escovagem dentária provoca interações químicas e amadurecimento do biofilme, tornando-se mais difícil a sua remoção. O biofilme dentário amadurecido contém bactérias, que são responsáveis pelo

desenvolvimento da gengivite e consequentemente da periodontite, surgindo por isso a necessidade de o remover (Antonini *et al.*, 2013; Borgnakke *et al.*, 2013).

Embora o biofilme dentário seja um fator de risco direto de desenvolver a doença periodontal, é responsável apenas em 20%, os outros 80% são referentes a fatores de risco indiretos, como o tabagismo, a diabetes *mellitus* (Eley *et al.*, 2012), a obesidade (Spezzia, 2020), entre outros, tornando-se imprescindível o controlo de hábitos deletérios e o tratamento de doenças sistémicas e potencializadoras da doença periodontal (Eley *et al.*, 2012).

Cabe aos profissionais de saúde promover a cessação tabágica, visto que um paciente fumador apresenta uma maior suscetibilidade de desenvolver a doença periodontal, uma vez que o tabagismo está diretamente relacionado com diversas alterações clínicas na cavidade oral, como a diminuição da secreção salivar, halitose, carcinomas orais, entre outros (Eley *et al.*, 2012).

A diabetes *mellitus* é também um fator de risco que deve ser prevenido, mantendo uma dieta adequada, praticando exercício físico e através do acompanhamento por especialistas (American Diabetes Association, 2016).

A obesidade é considerada uma doença inflamatória, crónica e multifatorial, caracterizada por um estilo de vida inadequado, nomeadamente uma dieta altamente calórica e sedentarismo. Esta pode atuar como fator de risco para a doença periodontal, podendo ocorrer exacerbação ou intensificação da inflamação presente nesta doença, visto que o tecido adiposo produz adipocinas. Algumas adipocinas, como a resistina e a leptina, estão relacionadas com a produção de citocinas pró-inflamatórias, sendo, desta forma, responsáveis pela alteração da resposta imunológica nos tecidos periodontais e pela promoção do processo inflamatório crónico. É importante salientar o papel do médico dentista na promoção da mudança de hábitos alimentares em pacientes obesos, alertando-os para as implicações que esses maus hábitos podem causar na saúde oral e encaminhá-los para um especialista (Spezzia, 2020).

1.11. Tratamento da doença periodontal

O tratamento da doença periodontal tem como objetivo reduzir ou erradicar os patógenos periodontais presentes no biofilme dentário mediante o controlo mecânico e/ou químico. O controlo mecânico consiste na realização de alisamentos radiculares (AR) e destartarizações regulares, juntamente com a escovagem dentária efetuada pelo paciente, diariamente. Já o controlo químico baseia-se essencialmente na utilização de colutórios

com clorohexidina, que apresentam uma alta substantividade e possuem um largo espectro sobre bactérias *gram* negativas e *gram* positivas. A clorohexidina apresenta uma ação bactericida, a elevadas concentrações, e bacteriostática, a baixas concentrações, capaz de diminuir a inflamação gengival, uma vez que inibe o desenvolvimento bacteriano e previne a adesão de novas bactérias na cavidade oral, sendo considerada um agente inibidor de formação de biofilme dentário. Tanto o controlo mecânico como o químico são fundamentais para controlar a formação de biofilme e manter a saúde periodontal, evitando a progressão da doença (Eley *et al.*, 2012; Menezes *et al.*, 2020; Negrato & Tarzia, 2010; Sala & García, 2013).

O tratamento consiste não só na remoção do biofilme dentário, mas também na promoção e motivação da higiene oral, adequando a necessidade de cada paciente, como a educação e a motivação do paciente para as técnicas de higiene oral (Simpson *et al.*, 2015). O biofilme dentário é caracterizado consoante a sua localização: supragengival e subgengival. O biofilme supragengival pode ser removido através de destartarizações, enquanto o subgengival é removido através de AR (Deas *et al.*, 2016).

Todavia, o tratamento mecânico (AR) por si só pode falhar em eliminar por completo a microbiota subgengival em áreas de difícil acesso aos instrumentos periodontais, como no caso de bolsas profundas e defeitos periodontais. A recolonização e reinfeção nos locais tratados é um achado comum. Adicionalmente, observa-se que alguns pacientes são incapazes de atingir um nível aceitável de higiene oral, por falta de destreza ou pela falta de motivação. Em situações mais avançadas, o tratamento inicial necessita de ser complementado com o tratamento cirúrgico. Este fornece melhor acessibilidade às superfícies radiculares, ajudando na redução ou eliminação de bolsas (Kawar *et al.*, 2011; Teeuw *et al.*, 2010). No entanto, certas condições sistémicas, como a diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, entre outras, não permitem o recurso a tais procedimentos invasivos. A utilização de coadjuvantes ao tratamento mecânico pode ajudar a ultrapassar algumas das suas limitações, contribuindo para uma melhoria dos resultados clínicos e evitar procedimentos cirúrgicos. Diversas estratégias coadjuvantes, como a utilização de antibióticos e antissépticos orais, para impedir a formação de biofilme, foram propostas nos últimos anos (Faria, 2015).

Segundo Lang & Bartold (2018), a evolução da doença periodontal considera-se estável quando a periodontite foi tratada com sucesso mediante o controlo de fatores locais e sistémicos, resultando numa hemorragia à sondagem mínima (< 10%), com

melhores níveis de inserção clínica, profundidade de sondagem até 4 mm e ausência de destruição progressiva.

Os pacientes devem comparecer às consultas de terapia periodontal de suporte, sendo, dessa forma, monitorizados e controlados atempadamente para prevenir a recorrência da doença (Chapple *et al.*, 2018; Kwar *et al.*, 2011). O intervalo destas consultas varia de acordo com as necessidades de cada paciente, em função do diagnóstico, do prognóstico, da presença ou ausência de fatores de risco e da resposta tecidual obtida aos tratamentos (Kwar *et al.*, 2011).

2. Índices Periodontais

Para proceder à quantificação da doença periodontal é necessário recorrer a instrumentos de medida, neste caso a índices, que nos traduzem para valores numéricos, através de uma escala graduada, a situação da patologia. Os índices periodontais, permitem trabalhar estatisticamente dados recolhidos em consultas, para estudos epidemiológicos, e ainda fornecem informações importantes de cada paciente, sendo possível prever a evolução periodontal, realizar um prognóstico e planear um tratamento adequado (Agulho *et al.*, 2003).

Estes índices são imprescindíveis para medir o estado de saúde periodontal, sendo fundamental examinar vários parâmetros, incluindo a inflamação dos tecidos periodontais, a profundidade de sondagem, o nível de inserção periodontal, entre outros (Agulho *et al.*, 2003; Lindhe & Lang, 2015).

2.1. Índice de Placa (IP)

O índice de placa mede a espessura da placa bacteriana, sem necessitar obrigatoriamente da utilização de revelador de placa bacteriana. Este índice avalia o nível de higiene oral do paciente.

2.1.1. Índice de Placa de Silness e Loe (IPL)

Este índice proposto em 1964 por Silness e Loe, é um dos instrumentos utilizados para a avaliação da higiene oral. Tem como objetivo medir a espessura do biofilme dentário, empregando uma sonda periodontal comunitária, em 4 localizações por dente (mesial, distal, vestibular e palatino/lingual), e posteriormente são registados os dados obtidos, que podem variar de 0 a 3 (Tabela 6) (Silness & Loe, 1964). O IPL de um dente

corresponde à soma dos valores das 4 localizações, divididos pelo número de localizações observadas, que neste caso são 4:

$$IPL_{Dente} = \frac{\text{Soma dos valores das 4 localizações}}{\text{Número de localizações observadas}}$$

O IPL do paciente corresponde à soma dos IPLs de todos os dentes, divididos pelo número de dentes observados, ou seja: (Agulho *et al.*, 2003; Peter, 2007)

$$IPL_{Paciente} = \frac{\text{Soma do IPL de cada dente}}{\text{Número de dentes observados}}$$

Tabela 6. Códigos e critérios do Índice de Placa de *Silness* e *Löe* (Agulho *et al.*, 2003; Peter 2007)

Índice de Placa de <i>Silness</i> e <i>Löe</i>	
Código	Critério
0	Ausência de placa na zona gengival
1	Ausência de placa bacteriana visível a olho nu, no entanto há presença de uma fina película de placa bacteriana aderida à margem gengival livre e à área adjacente do dente. Só é visível passando com a sonda na superfície do dente ou utilizando revelador de placa bacteriana
2	Acumulação moderada de placa visível a olho nu
3	Acumulação abundante de placa visível a olho nu, presente na margem gengival ou na superfície do dente, podendo haver presença de tártaro

2.1.2. Índice de Placa de *Silness* e *Löe* Simplificado (IP6)

A criação deste índice, em 1964, surgiu da necessidade de tornar mais simples e rápida a execução de estudos epidemiológicos. Assim, para obter o valor correspondente ao estado geral de higiene oral de um indivíduo utilizaram-se os dentes índice de *Ramjford*, isto é, os seis dentes representativos de cada sextante: o primeiro molar superior direito, o incisivo central superior esquerdo, o primeiro pré-molar superior

esquerdo, o primeiro molar inferior esquerdo, o incisivo central inferior direito e o primeiro pré-molar inferior direito. Este índice é empregue da mesma forma que o IPL, com a exceção do número de dentes observados (Agulho *et al.*, 2003; Aroapaza, 2019; Løe *et al.*, 1986; Ramfjord, 1959).

2.2. Índice Gengival (IG)

O índice gengival mede a saúde gengival, ou seja, reflete o grau de inflamação dos tecidos superficiais, uma vez que avalia a presença ou ausência de hemorragia, após a realização do IP.

2.2.1. Índice Gengival de Silness e Løe (IGL)

Este índice foi proposto em 1964, por Silness e Løe, tendo como objetivo medir a gravidade da resposta inflamatória, empregando uma sonda periodontal comunitária, em 4 localizações por dente (mesial, distal, vestibular e palatino/lingual), e posteriormente são registados os dados obtidos, que podem variar de 0 a 3 (Tabela 7) (Silness & Løe, 1964). O IGL de um dente corresponde à soma dos valores das 4 localizações, divididos pelo número de localizações observadas, que neste caso são 4:

$$IGL_{Dente} = \frac{\text{Soma dos valores das 4 localizações}}{\text{Número de localizações observadas}}$$

O IGL do paciente corresponde à soma dos IGLs de todos os dentes, divididos pelo número de dentes observados, ou seja: (Agulho *et al.*, 2003; Silness & Løe, 1964)

$$IGL_{paciente} = \frac{\text{Soma do IG de cada dente}}{\text{Número de dentes observados}}$$

Tabela 7. Códigos e critérios do Índice Gengival de *Silness e Løe* (Aguilho *et al.*, 2003)

Índice Gengival de <i>Silness e Løe</i> Reduzido	
Código	Critério
0	Gengiva sã. Não apresenta inchaço, alteração de cor nem hemorragia à sondagem
1	Ligeira inflamação. Apresenta ligeiro edema e ligeira alteração de cor, embora sem hemorragia à sondagem
2	Inflamação moderada. Apresenta edema e vermelhidão moderados, com hemorragia à sondagem
3	Inflamação acentuada. Apresenta edema, ulceração, vermelhidão acentuada e tendência a hemorragia espontânea

2.2.2. Índice Gengival de *Silness e Løe* Reduzido (IG-r)

Este índice, à semelhança do IP6, foi criado em 1967 com o objetivo de facilitar a realização de estudos epidemiológicos. É aplicado da mesma forma que o IGL contudo, ao invés de medir a gravidade da resposta inflamatória de todos os dentes, analisa apenas os dentes do índice de *Ramfjord*, ou seja, os seis dentes representativos de cada sextante: o primeiro molar superior direito, o incisivo central superior esquerdo, o primeiro pré-molar superior esquerdo, o primeiro molar inferior esquerdo, o incisivo central inferior direito e o primeiro pré-molar inferior direito (Aguilho *et al.*, 2003; Løe *et al.*, 1986; Ramfjord, 1959).

A hemorragia à sondagem é avaliada pela passagem da sonda periodontal comunitária ao longo da parede do tecido mole do sulco gengival (Lindhe & Lang, 2015; Løe, 1967).

3. Qualidade de vida

3.1. Definição

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida é definida pela percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de

valores, em que as pessoas vivem, e relacionada com os seus objetivos, expetativas, normas e preocupações (Abreu, 2012).

Na área da saúde, a qualidade de vida é determinada por vários fatores que se interrelacionam e é percecionada de forma pessoal e subjetiva. Trata-se de um conceito complexo que tem vindo a ser alterado devido à percepção inerente de cada indivíduo sobre o que é qualidade de vida. Este conceito é compreendido de formas diferentes não só entre culturas, como entre indivíduos, e até no mesmo indivíduo este conceito vai-se modificando ao longo da sua vida, devido a vários fatores condicionantes na aquisição de novos hábitos e estilos de vida, na valorização do bem-estar e da saúde, a evolução tecnológica, entre outros (Lopes, 2013).

O conceito qualidade de vida é alvo de pesquisas e práticas nas áreas da saúde e da medicina, sendo interpretado e definido de diferentes formas nestas áreas. Pode ser aplicado para identificar a diversidade de problemas que afetam os pacientes e para melhorar o alívio de sintomas, o cuidado e a reabilitação dos mesmos (Fayers & Machin, 2016).

3.2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO)

Atualmente, a definição de saúde deixou de estar relacionada apenas com a ausência de doença, para passar a englobar a qualidade de vida, incluindo o estado de completo bem-estar físico, psicológico e social (WHO, 2021). A saúde oral faz parte da saúde geral dos indivíduos, tendo repercussões multidimensionais, como na saúde oral, no bem-estar funcional e no bem-estar emocional, sendo influenciada pelas experiências, expetativas, percepções e capacidade de adaptação das circunstâncias (Ferreira, 2018).

O conceito de QdVRSO constitui uma área específica da qualidade de vida e envolve a quantificação do impacto das condições orais na qualidade de vida dos indivíduos (Jokovic *et al.*, 2002; Lopes, 2013). Estas condições podem também comprometer o seio familiar e, concomitantemente, causar impacto negativo na qualidade de vida dos familiares (dificuldades financeiras, conflitos familiares ou afetar as suas atividades diárias) (Locker *et al.*, 2002).

3.3. Impacto dos problemas orais na qualidade de vida

A elevada prevalência das doenças orais, constitui um problema de saúde pública à escala global, uma vez que uma fraca saúde oral pode causar efeitos severos na saúde geral dos indivíduos (DGS, 2005; Htun & Peltzer, 2019).

As modificações na cavidade oral podem prejudicar a alimentação, a comunicação, a interação social, o desempenho intelectual e o descanso dos indivíduos. Desta forma, a prestação de cuidados de saúde oral deve ser multidisciplinar, sendo que a falta destes pode ter impacto a nível funcional, psicológico e social na vida diária dos indivíduos e, consequentemente, na qualidade de vida dos mesmos (Echeverria *et al.*, 2019; Gaewkhiew *et al.*, 2017).

Dada a necessidade de avaliar a repercussão de alterações orais, desenvolveram-se instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionados com a saúde oral, nomeadamente o GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*) para medir a saúde oral em idosos, o OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*) em adultos, e o CPQ (*Child Perceptions Questionnaire*) em jovens (Carvalho *et al.*, 2013; Torres, 2008).

3.4. *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ)

São vários os instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionados com a saúde oral que existem para a população adulta e idosa. O CPQ foi o primeiro questionário de autoperceção desenvolvido e aplicado para a população jovem. Foi desenvolvido por investigadores canadianos (Jokovic *et al.*, 2002) na versão inglesa e posteriormente traduzido e validado em várias línguas, nomeadamente em português do Brasil (Barbosa & Gavião, 2011; Oliveira, 2007; Torres, 2008). Este questionário é composto por duas versões distintas para grupos etários específicos, o *Child Perceptions Questionnaire* 8-10 entre os 8 e os 10 anos, e o *Child Perceptions Questionnaire* 11-14 entre os 11 e os 14 anos (Barbosa & Gavião, 2011).

3.4.1. *Child Perceptions Questionnaire* 11-14 (CPQ 11-14)

Trata-se de um questionário sobre a autoperceção da QdVRSO dos jovens, com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos, e é constituído por duas questões gerais sobre saúde oral e bem-estar geral e por trinta e sete questões divididas em quatro domínios: sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social. As respostas a este questionário são avaliadas usando uma escala de *Likert* com pontuações entre 0 e 4 pontos, mediante a opção de resposta escolhida. Este questionário mede o impacto da saúde oral dos jovens nos quatro domínios (Barbosa & Gavião, 2011; Barbosa *et al.*, 2012), sendo que quanto maior for o valor do CPQ 11-14, maior o impacto percecionado pelo próprio jovem (Barbosa *et al.*, 2012).

3.4.2. *Child Perceptions Questionnaire* 11-14 short form (CPQ 11-14 short form)

Visto que o CPQ 11-14 foi considerado um questionário extenso para aplicação em ambientes clínicos e em estudos populacionais, Jokovic *et al.* (2006) desenvolveram versões curtas, o CPQ 11-14 *short form*, com 8 questões (*Impact Short Form*:8 – ISF:8) e 16 questões (*Impact Short Form*:16 – ISF:16) em vez das 37 questões do CPQ 11-14, sendo igualmente válido quando comparado com o original (Oliveira, 2007; Torres, 2008). Os questionários compostos por 8 questões (duas questões de cada domínio) são apropriados para estudos populacionais representativos e os questionários compostos por 16 questões (quatro questões de cada domínio) para estudos em ambientes clínicos (Torres, 2008).

4. Relação entre doença periodontal e qualidade de vida

A doença periodontal é considerada a sexta patologia mais prevalente no mundo, sendo a gengivite a forma que mais afeta os jovens (Chen *et al.*, 2018; Giacaman *et al.*, 2018; OMD, 2021). Caso haja uma prevenção adequada ou um tratamento precoce desta doença, haverá uma melhoria na saúde e qualidade de vida dos indivíduos e ainda uma redução dos custos envolvidos no tratamento (DGS, 2005; OMD, 2021). Porém se as doenças orais não forem tratadas convenientemente, surgirão consequências, por vezes graves, como a dor ininterrupta, diminuição da produtividade escolar ou no trabalho, diminuição da qualidade de vida dos indivíduos, entre outras (Peres *et al.*, 2019).

Apesar de ainda não ter sido estabelecido um nível de evidência científica forte, a doença periodontal pode criar impacto negativamente na qualidade de vida dos indivíduos, havendo evidências de quanto maior for a severidade da doença, maior será o impacto na qualidade de vida (Júnior *et al.*, 2021).

5. Cheque-dentista

O cheque-dentista foi criado em 2008, pelo Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), através do qual se pretende fundamentalmente promover com eficiência, equidade e universalidade, a saúde oral da população portuguesa. Tem como objetivos a capacitação crescente da população em literacia e promoção da saúde, a redução de doenças orais, o aumento e melhoramento da capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS) às necessidades da população, e a promoção da universalidade e equidade, priorizando os grupos mais vulneráveis (Azul *et al.*, 2021).

Este programa é destinado a grupos populacionais específicos: mulheres grávidas seguidas no SNS, beneficiários do Complemento Solidário, crianças e jovens até aos 18

anos independentemente da escola ou instituição que frequentem, utentes portadores de infeção por VIH/SIDA e utentes com lesão suspeita de cancro oral (SNS 24, 2021).

Segundo os dados obtidos no III ENPDO, é constatada uma significativa diminuição dos problemas de saúde oral nas populações abrangidas pelos programas, criando aos cidadãos, utentes do SNS, um melhor futuro (Calado *et al.*, 2015).

Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), entre o ano de 2008 e 2017, foram utilizados um total de 3 158 251 cheques-dentistas, para consultas de medicina dentária, nos mais de 8 mil consultórios e clínicas dos 4 491 médicos dentistas que aderiram ao programa, tendo sido beneficiados com este programa 2 609 560 utentes (OMD, 2017).

II. OBJETIVOS DO ESTUDO

Os objetivos do estudo são:

- Descrever a prevalência de gengivite numa população jovem que frequenta o Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto, em Almada.
- Relacionar a prevalência de gengivite com variáveis sociodemográficas.
- Relacionar a prevalência de gengivite com a autoperceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral numa população jovem que frequenta o Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto entre os 11 e os 14 anos.

III. HIPÓTESES DE ESTUDO

As hipóteses do estudo são:

- A prevalência de gengivite não está relacionada com variáveis sociodemográficas.
- A prevalência de gengivite não está relacionada com a autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

IV. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Pesquisa Bibliográfica

Para este estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica, entre janeiro de 2021 e outubro de 2021, recorrendo às palavras-chave: “*periodontal disease*”, “*gingivitis*”, “*plaque index*”, “*gingival index*”, “*periodontal epidemiology*”, “*quality of life*”, “*child perceptions questionnaire*”, “*dentist check*” em diversos motores de pesquisa e bases de dados, como b-On®, Cochrane Library®, Google Scholar®, MEDLINE®, PubMed®, SciELO®, Scopus® e Wiley® e em outras fontes secundárias. Foram inseridas equações booleanas, quando aplicadas algumas palavras-chave, a fim de restringir o número de artigos. Foram analisados artigos escritos em português, espanhol e inglês, publicados entre 1959 e 2021.

2. Considerações Éticas

O presente estudo foi submetido a uma análise criteriosa por parte da Comissão Científica do Instituto Universitário Egas Moniz, e posteriormente submetido a aprovação por parte da Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz, tendo sido aprovado em ambas as entidades.

A realização deste estudo foi também aceite por parte do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto, onde foi entregue um Consentimento Informado para os encarregados de educação dos participantes, uma vez que são menores, em que consta os objetivos do estudo e os benefícios esperados.

A participação neste estudo foi feita de forma livre e voluntária. No consentimento informado, fica assegurado o anonimato e a confidencialidade no tratamento dos dados facultados e a finalidade unicamente estatística dos mesmos.

3. Tipo de Estudo

O estudo efetuado tem carácter transversal, com uma amostra por conveniência de 53 jovens, com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos, que frequentam o Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto.

4. Localização do Estudo

O estudo desenvolveu-se no Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto, localizado na Rua do Lago nº1, R/C, 2825-004, Caparica, Almada. A recolha de dados sobre a prevalência de gengivite e autopercepção da saúde oral decorreu nas instalações do próprio centro, numa sala cedida para esse efeito.

5. Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão para este estudo:

- Indivíduos com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos, de ambos os sexos, com dentição mista ou permanente, que frequentam o Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto;
- Indivíduos e os responsáveis pelos indivíduos que tenham consentido a sua participação neste estudo.

Critérios de Exclusão para este estudo:

- Indivíduos com dentição decídua ou desdentado total;
- Indivíduos não abrangidos na faixa etária entre os 11 e os 14 anos;
- Indivíduos que recusam participar no estudo;
- Indivíduos com alterações psico-motoras;
- Indivíduos que não entregaram o Consentimento Informado devidamente assinado pelos encarregados de educação.

6. Seleção da Amostra

A amostra do estudo, inicialmente, era constituída por 80 jovens, dos quais 27 não entregaram o consentimento informado assinado/ não aceitaram participar no estudo. Por esta razão a amostra final do estudo é constituída por 53 jovens. Todos os jovens frequentavam o apoio escolar e formativo do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto entre o mês de abril e maio do ano de 2021. A amostra que integra o estudo corresponde a 66% dos jovens que satisfazem os critérios de inclusão e de exclusão, inscritos no Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto.

7. Materiais Utilizados

A recolha de dados para o estudo do Índice de Placa e do Índice Gengival nos jovens do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto, ocorreu por intermédio de observações da cavidade oral dos jovens pertencentes à amostra. Para tal, foram requeridos *kits* básicos descartáveis, compostos por uma sonda exploratória, espelho e pinça, uma sonda periodontal comunitária (CPI) esterilizável, compressas esterilizadas, luvas e máscaras, sendo que todos são substituídos após a observação de cada jovem. Utilizou-se também óculos de proteção e uma lanterna colocada na cabeça do observador para uma melhor visualização, ambos desinfetados com álcool a 97%, após a observação da cavidade oral de cada jovem.

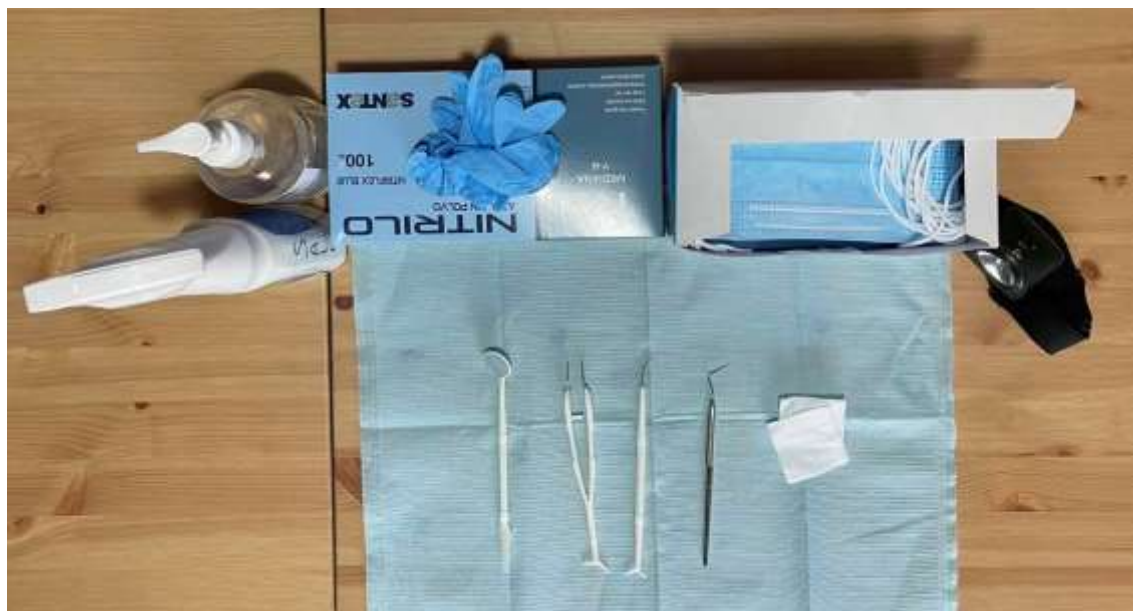


Figura 1. Materiais utilizados nas observações dos jovens

8. Calibragem

O estudo foi realizado por um único observador, que fez previamente uma calibragem interobservadores. Para a realização desta calibragem foram aleatoriamente escolhidos 10 pacientes da Clínica Universitária Egas Moniz, que se encontravam na consulta de Odontopediatria, com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos. Todos os pacientes foram examinados tanto por um observador experiente (*gold standard*), como por o observador em estudo, relativamente ao índice de placa e ao índice gengival. Os resultados obtidos pelo observador experiente foram comparados com o resultado obtido pelo observador em estudo. Esta comparação foi feita através do cálculo do coeficiente de concordância de *Kappa*, havendo um coeficiente de concordância de 0,62,

que corresponde a uma concordância substancial segundo os autores Landis e Koch (1977).

9. Índices Utilizados

Os índices utilizados, neste estudo, para a avaliação da prevalência de gengivite são o Índice de Placa de *Silness e Løe* Simplificado e o Índice Gengival de *Silness e Løe* Reduzido.

9.1. Índice de Placa de *Silness e Løe* Simplificado (IP6)

O Índice de Placa de *Silness e Løe* Simplificado, criado em 1964, avalia, numa escala de 0 a 3 (Tabela 6), o nível de placa bacteriana dos dentes do índice de *Ramfjord*: 16, 21, 24, 36, 41 e 44.

São avaliadas as superfícies mesial, distal, vestibular e lingual de cada um dos seis dentes. Caso se trate de dentes perdidos, estes não são substituídos. A média do índice de placa de cada dente consiste em somar o valor das quatro superfícies de um dente e dividir por 4. Realiza-se o mesmo procedimento para cada um dos 6 dentes. Por fim, obtemos o índice de placa do paciente ao somarmos o valor do índice de placa de cada dente e dividirmos pelo número de dentes observados, que idealmente serão 6 (Agulho *et al.*, 2003; Aroapaza, 2019; Løe *et al.*, 1986; Peter, 2007; Ramfjord, 1959).

9.2. Índice Gengival de *Silness e Løe* Reduzido (IG-r)

O Índice Gengival de *Silness e Løe* Reduzido, criado em 1967, avalia, numa escala de 0 a 3 (Tabela 7), a saúde gengival dos dentes do índice de *Ramfjord*: 16, 21, 24, 36, 41 e 44.

São avaliadas as superfícies mesial, distal, vestibular e lingual de cada um dos seis dentes. Caso se trate de dentes perdidos, estes não são substituídos. A média do índice gengival de cada dente consiste em somar o valor das quatro superfícies de um dente e dividir por 4. Realiza-se o mesmo procedimento para cada um dos 6 dentes. Por fim, obtemos o índice gengival do paciente ao somarmos o valor do índice gengival de cada dente e dividirmos pelo número de dentes observados, que idealmente serão 6 (Agulho *et al.*, 2003; Lindhe & Lang, 2015; Løe, 1967; Ramfjord, 1959).

10. Questionários Utilizados

O questionário aplicado é composto por três grupos designados por “Grupo A”, “Grupo B” e “Grupo C”.

O “Grupo A” é destinado aos encarregados de educação e compreende sete questões fechadas relacionadas com as variáveis sociodemográficas (idade, género, etnia, número de filhos, grau de parentesco, estado civil, nível de escolaridade, rendimento familiar mensal e situação profissional).

O “Grupo B” é destinado aos jovens e compreende sete questões fechadas relacionadas com variáveis sociodemográficas (idade e género) e hábitos de higiene oral (escovagem dos dentes, utilização de flúor, última visita ao dentista, motivo da última visita ao dentista e utilização de cheque-dentista).

O “Grupo C” é composto pelo questionário: *Child Perceptions Questionnaire*₁₁₋₁₄.

O CPQ₁₁₋₁₄ é composto por 18 questões fechadas de escolha múltipla, composto por duas questões de perceção global (“saúde oral” e “bem-estar geral”) e por quatro domínios (“sintomas orais”, “limitações funcionais”, “bem-estar emocional” e “bem-estar social”), com quatro questões cada (Abreu, 2012; Rozan, 2017; Torres, 2008).

A questão “Acha que a saúde dos seus dentes, lábios, maxilares e boca é”, apresenta cinco opções de resposta: “Excelente”, “Muito boa”, “Boa”, “Mais / Menos” e “Má”. As respostas foram avaliadas utilizando uma escala de *Likert* com pontuações entre 0 e 4 pontos mediante a opção de resposta escolhida (“Excelente” = 0 pontos, “Muito boa” = 1 ponto, “Boa” = 2 pontos, “Mais / Menos” = 3 pontos, “Má” = 4 pontos) (Abreu, 2012; Rozan, 2017; Torres, 2008).

A questão “Até que ponto a condição dos seus dentes, lábios, maxilares e boca afetam a sua vida em geral?”, apresenta cinco opções de resposta: “De forma nenhuma”, “Um pouco”, “Mais / Menos”, “Muito” e “Muitíssimo”. As respostas foram avaliadas utilizando uma escala de *Likert* com pontuações entre 0 e 4 pontos mediante a opção de resposta escolhida (“De forma nenhuma” = 0 pontos, “Um pouco” = 1 ponto, “Mais / Menos” = 2 pontos, “Muito” = 3 pontos, “Muitíssimo” = 4 pontos) (Abreu, 2012; Rozan, 2017; Torres, 2008).

Além destas opções, para ambas as questões, foram acrescentadas duas opções de resposta, avaliadas com 0 pontos e registadas com o código 98: “Não entendo / Não percebo” e “Não sabe / Não responde” (Abreu, 2012; Rozan, 2017; Torres, 2008).

No final obtém-se uma pontuação total através da soma das pontuações das duas primeiras questões, a qual pode ser de 0 a 8 pontos. Quanto maior for a pontuação total,

pior será a percepção do jovem relativamente à saúde oral e ao bem-estar geral (Abreu, 2012; Rozan, 2017; Torres, 2008).

As restantes 16 questões abrangem aspetos experienciais relativos aos dentes, lábios, boca e maxilares. Para cada uma das questões existem cinco opções de resposta: “Nunca”, “Uma ou duas vezes”, “Algumas vezes”, “Frequentemente” e “Todos os dias ou quase todos os dias”, correspondentes à frequência com que ocorreram nos últimos 3 meses. As respostas foram avaliadas utilizando uma escala de *Likert* com pontuações entre 0 e 4 pontos, mediante a opção de resposta escolhida (“Nunca” = 0 pontos, “Uma ou duas vezes” = 1 ponto, “Algumas vezes” = 2 pontos, “Frequentemente” = 3 pontos e “Todos os dias ou quase todos os dias” = 4 pontos). Além destas opções, para todas as questões, acrescentámos duas opções de resposta, avaliadas com 0 pontos e registadas com o código 98: “Não entendo / Não percebo” e “Não sabe / Não responde” (Abreu, 2012; Rozan, 2017; Torres, 2008).

A pontuação total é dada pela soma das pontuações das 16 questões, num intervalo de 0 a 64 pontos. Quanto maior for a pontuação total, pior será a saúde oral e o bem-estar geral do jovem (Abreu, 2012; Rozan, 2017; Torres, 2008).

11. Aplicação do Questionário

Os questionários foram aplicados aos jovens, com consentimento prévio dos encarregados de educação, em forma de entrevista, no Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto, pela examinadora deste estudo.

Os questionários foram numerados de 1 a 53, de forma a facilitar o tratamento de dados, mantendo o anonimato e confidencialidade dos participantes.

12. Variáveis Dependentes e Independentes

Variáveis Dependentes do estudo:

- Índice de Placa
- Índice Gengival
- Autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos jovens do

Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto

Variáveis Independentes do estudo:

- Variáveis Sociodemográficas

13. Análise Estatística

Inicialmente, os dados recolhidos foram registados num ficheiro do programa *Microsoft® Office Excel®* e, posteriormente, foram submetidos a análise estatística descritiva e inferencial através do software *IBM SPSS® Statistics*, na versão 24.0.

Analizou-se a correlação entre variáveis através do Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Um nível de significância inferior a 0,05 ($p < 0,05$), foi considerado estatisticamente significativo.

A análise descritiva das variáveis foi feita através dos valores de frequência absoluta, frequência relativa, média, mediana, desvio-padrão, máximo e mínimo.

V. RESULTADOS

1. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas

A faixa etária da amostra estende-se dos 11 aos 14 anos, sendo que 41,5% (n = 22) dos jovens têm 11 anos, 26,4% (n = 14) têm 12 anos, 15,1% (n = 8) têm 13 anos e 17,0% (n = 9) dos jovens têm 14 anos. A idade mais prevalente da amostra é 11 anos (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição das frequências da amostra por idade dos jovens

		Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Idade	11	22	41,5
	12	14	26,4
	13	8	15,1
	14	9	17,0
	Total	53	100,0

Relativamente ao género, a amostra é composta por 47,2% (n = 25) do sexo feminino e 52,8% (n = 28) do sexo masculino (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição das frequências da amostra por género dos jovens

		Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Género	Feminino	25	47,2
	Masculino	28	52,8
	Total	53	100,0

2. Análise descritiva dos hábitos de higiene oral dos jovens

Relativamente à escovagem dos dentes, 3,8% (n = 2) dos jovens afirmam escovar os dentes às vezes, 20,8% (n = 11) declaram que escovam uma vez por dia e 75,5% (n = 40) alegam escovar mais de duas vezes por dia (Tabela 10).

Em relação à utilização de flúor, 71,7% (n = 38) dos jovens referem que utilizam dentífrico, 26,4% (n = 14) dos jovens utilizam dentífrico e uma solução de bochecho e 1,9% (n = 1) dos jovens utilizam flúor de outra forma (Tabela 10).

Quanto à última visita ao dentista, 30,2% (n = 16) dos jovens referem que foram há menos de um ano e 69,8% (n = 37) dos jovens foram há mais de um ano (Tabela 10).

Em relação ao motivo da última visita ao dentista, 26,4% (n = 14) dos jovens referem que foram a uma consulta de rotina, 20,8% (n = 11) dos jovens realizaram uma limpeza, 26,4% (n = 14) dos jovens realizaram um tratamento dentário, 11,3% (n = 6) dos jovens realizaram uma extração e 15,1% (n = 8) dos jovens foram devido a outro motivo (Tabela 10).

41,5% (n = 22) dos jovens referem que utilizam o cheque-dentista e 58,5% (n = 31) dos jovens não utilizam o cheque-dentista (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição das frequências da amostra por hábitos de higiene oral dos jovens

		Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Escovagem dos Dentes	Nunca	0	0
	Às vezes	2	3,8
	1x / dia	11	20,8
	2 ou mais vezes / dia	40	75,5
	Total	53	100,0
Utilização de Flúor	Dentífrico	38	71,7
	Solução Bochecho	0	0
	Dentífrico + Solução Bochecho	14	26,4
	Outro	1	1,9
	Total	53	100,0
Última Visita ao Dentista	Há menos de 1 ano	16	30,2
	Há mais de 1 ano	37	69,8
	Total	53	100,0
Motivo da Última Visita ao Dentista	Rotina	14	26,4
	Limpeza	11	20,8
	Tratamento	14	26,4
	Extração	6	11,3
	Outro	8	15,1
	Total	53	100,0
Utilização do Cheque-dentista	Sim	22	41,5
	Não	31	58,5
	Total	53	100,0

3. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos encarregados de educação

A faixa etária dos encarregados de educação estende-se entre os 30 e os 63 anos, sendo dividida em 2 grupos, consoante as respostas obtidas: o primeiro grupo constituído por menores de 40 anos (< 40 anos) e o segundo grupo por maiores ou iguais a 40 anos

(≥ 40 anos). O primeiro grupo é constituído por 47,2% ($n = 25$) de encarregados de educação e o segundo grupo por 52,8% ($n = 28$) de encarregados de educação (Tabela 11).

Relativamente ao género, 83% ($n = 44$) dos encarregados de educação é do sexo feminino e 17% ($n = 9$) dos encarregados de educação é do sexo masculino (Tabela 11).

Em relação à etnia, 37,7% ($n = 20$) dos encarregados de educação são de etnia caucasiana, 45,3% ($n = 24$) são de etnia negra e 17% ($n = 9$) são de outra etnia (Tabela 11).

Relativamente ao número de filhos, 17% ($n = 9$) dos encarregados de educação referem ter apenas um filho, 47,1% ($n = 25$) refere ter dois ou três filhos e 35,9% ($n = 19$) refere ter quatro ou mais filhos (Tabela 11).

Relativamente ao grau de parentesco dos encarregados de educação, 84,9% ($n = 45$) são mães, 11,3% ($n = 6$) são pais, 1,9% ($n = 1$) são avós e 1,9% ($n = 1$) dos encarregados de educação apresentam outro grau de parentesco (Tabela 11).

Em relação ao estado civil, 58,5% ($n = 31$) dos encarregados de educação são solteiros, 37,7% ($n = 20$) são casados, 1,9% ($n = 1$) são divorciados, e 1,9% ($n = 1$) dos encarregados de educação são viúvos (Tabela 11).

Quanto ao nível de escolaridade, foi possível observar que 7,5% ($n = 4$) dos encarregados de educação sabem ler/escrever, 15,1% ($n = 8$) frequentaram até ao 1º ciclo, 11,3% ($n = 6$) até ao 2º ciclo, 35,8% ($n = 19$) até ao 3º ciclo, 24,5% ($n = 13$) até ao ensino secundário, 1,9% ($n = 1$) até ao ensino superior e 3,8% ($n = 2$) dos encarregados de educação frequentaram uma pós-graduação (Tabela 11).

Relativamente ao rendimento familiar mensal, 56,6% ($n = 30$) dos encarregados de educação ganham menos de um salário mínimo, 35,8% ($n = 19$) ganha entre um e dois salários mínimos, 1,9% ($n = 1$) ganha entre dois e quatro salários mínimos e 5,7% ($n = 3$) dos encarregados de educação não sabem ou não responderam (Tabela 11).

Em relação à situação profissional, 7,5% ($n = 4$) dos encarregados de educação são estudantes, 58,5% ($n = 31$) são empregados, 26,4% ($n = 14$) são desempregados, 1,9% ($n = 1$) são reformados e 5,7% ($n = 3$) dos encarregados de educação não sabem ou não responderam (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição das frequências dos encarregados de educação

		Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Idade	< 40 Anos	25	47,2
	≥ 40 Anos	28	52,8
	Total	53	100,0
Género	Feminino	44	83,0
	Masculino	9	17,0
	Total	53	100,0
Etnia	Caucasiana	20	37,7
	Negra	24	45,3
	Outra	9	17,0
	Total	53	100,0
Número de Filhos	1 Filho	9	17,0
	2-3 Filhos	25	47,1
	≥ 4 Filhos	19	35,9
	Total	53	100,0
Grau de Parentesco	Mãe	45	84,9
	Pai	6	11,3
	Avó(ô)	1	1,9
	Outro	1	1,9
	Total	53	100,0
Estado Civil	Solteiro(a)	31	58,5
	Casado(a)	20	37,7
	Divorciado(a)	1	1,9
	Viúvo(a)	1	1,9
	Total	53	100,0
Nível de Escolaridade	Sabe ler/escrever	4	7,5
	1º ciclo	8	15,1
	2º ciclo	6	11,3
	3º ciclo	19	35,8
	Ensino secundário	13	24,5
	Ensino superior	1	1,9
	Pós-graduação	2	3,8
	Não sabe / Não responde	0	0
	Total	53	100,0
Rendimento Familiar Mensal	< 1 salário mínimo	30	56,6
	1-2 salários mínimos	19	35,8
	2-4 salários mínimos	1	1,9
	Mais de 4 salários mínimos	0	0
	Não sabe / Não responde	3	5,7
	Total	53	100,0
Situação Profissional	Estudante	4	7,5
	Empregado(a)	31	58,5
	Desempregado(a)	14	26,4
	Reformado(a)	1	1,9

Não sabe / Não responde	3	5,7
Total	53	100,0

4. Análise descritiva do Índice de Placa de *Silness* e *Löe* Simplificado e do Índice Gengival de *Silness* e *Löe* Reduzido

A prevalência de gengivite da amostra foi 14%.

O IP foi aplicado em 6 dentes: 16, 21, 24, 36, 41, 44. Com os resultados obtidos, o valor do índice de placa total obteve uma média de $1,25 \pm 0,05$, uma mediana de 1,21, um valor mínimo de 0,50 e um valor máximo de 2,21 (Tabela 12).

O IG foi aplicado em 6 dentes: 16, 21, 24, 36, 41, 44. Com os resultados obtidos, o valor do índice gengival total obteve uma média de $0,42 \pm 0,05$, uma mediana de 0,33, um valor mínimo de 0 e um valor máximo de 1,50 (Tabela 12).

Tabela 12. Análise descritiva do índice de placa de *Silness* e *Löe* Simplificado e do índice gengival de *Silness* e *Löe* Reduzido

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	1,25	1,21	0,05	0,50	2,21
IG	0,42	0,33	0,05	0,00	1,50

5. Análise descritiva da autopercepção dos jovens sobre saúde oral geral, bem-estar geral, sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social (CPQ 11-14)

O CPQ 11-14 é composto por duas questões sobre saúde oral e bem-estar geral e por quatro domínios: sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social. A questão sobre saúde oral geral obteve uma média de $2,50 \pm 0,12$, e a questão sobre bem-estar geral obteve a média mais baixa de $0,54 \pm 0,14$. O domínio dos sintomas orais obteve a média mais elevada de $4,04 \pm 0,35$, o das limitações funcionais obteve uma média de $2,04 \pm 0,33$, o do bem-estar emocional obteve uma média de $2,50 \pm 0,65$, e o do bem-estar social obteve uma média de $1,81 \pm 0,39$ (Tabela 13).

Com os resultados obtidos, o valor do CPQ 11-14 total obteve uma média de $13,44 \pm 1,47$ (Tabela 13).

Tabela 13. Análise descritiva da autopercepção dos jovens sobre a sua saúde oral, bem-estar geral, sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social (CPQ₁₁₋₁₄)

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Saúde Oral Geral	2,50	3,00	0,12	0	4
Bem-estar Geral	0,54	0,00	0,14	0	4
Sintomas Orais	4,04	4,00	0,35	0	10
Limitações Funcionais	2,04	1,50	0,33	0	9
Bem-estar emocional	2,50	0,00	0,65	0	16
Bem-estar social	1,81	1,00	0,39	0	10
CPQ₁₁₋₁₄ Total	13,44	10,00	1,47	1	45

6. Análise da associação entre o IP e o IG com o género dos jovens

Os valores de IP e IG foram mais prevalentes no sexo masculino. A média do IP no sexo feminino foi $1,16 \pm 0,07$ e no sexo masculino foi $1,32 \pm 0,06$. A média do IG no sexo feminino foi $0,39 \pm 0,07$ e no sexo masculino foi $0,43 \pm 0,07$ (Tabela 14).

Tabela 14. Análise da associação entre o IP e o IG com o género dos jovens

	Género	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	Feminino	1,16	1,13	0,07	0,50	1,75
	Masculino	1,32	1,42	0,06	0,67	1,88
IG	Feminino	0,39	0,38	0,07	0,00	1,50
	Masculino	0,43	0,33	0,07	0,00	1,25

7. Análise comparativa do IP e do IG em função dos hábitos de higiene oral dos jovens

7.1. Análise comparativa do IP e do IG em função da escovagem de dentes dos jovens

Os valores de IP e IG foram mais prevalentes nos jovens que escovam os dentes às vezes. A média do IP nos que escovam os dentes às vezes foi $1,56 \pm 0,02$, nos que

escovam os dentes uma vez por dia foi $1,39 \pm 0,13$ e nos que escovam os dentes duas ou mais vezes por dia foi $1,19 \pm 0,05$. A média do IG nos que escovam os dentes às vezes foi $1,06 \pm 0,15$, nos que escovam os dentes uma vez por dia foi $0,34 \pm 0,13$ e nos que escovam os dentes duas ou mais vezes por dia foi $0,39 \pm 0,05$ (Tabela 15).

Tabela 15. Análise comparativa do IP e do IG em função da escovagem dos dentes dos jovens

	Escovagem dos dentes	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	Às vezes	1,56	1,56	0,02	1,54	1,58
	1x / dia	1,39	1,42	0,13	0,67	1,88
	2 ou mais vezes / dia	1,19	1,17	0,05	0,50	1,71
IG	Às vezes	1,06	1,06	0,15	0,92	1,21
	1x / dia	0,34	0,17	0,13	0,08	1,25
	2 ou mais vezes / dia	0,39	0,33	0,05	0,00	1,50

7.2. Análise comparativa do IP e do IG em função da utilização de flúor dos jovens

Os valores de IP e IG foram mais prevalentes nos jovens que utilizam um dentífrico. A média do IP nos que utilizam um dentífrico foi $1,25 \pm 0,05$ e nos que utilizam um dentífrico e uma solução bochecho foi $1,20 \pm 0,10$. A média do IG nos que utilizam um dentífrico foi $0,45 \pm 0,06$ e nos que utilizam um dentífrico e uma solução bochecho foi $0,30 \pm 0,06$ (Tabela 16).

Tabela 16. Análise comparativa do IP e do IG em função da utilização de flúor dos jovens

	Utilização de Flúor	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	Dentífrico	1,25	1,17	0,05	0,67	1,88
	Dentífrico + Solução Bochecho	1,20	1,15	0,10	0,50	1,67
IG	Dentífrico	0,45	0,38	0,06	0,00	1,50
	Dentífrico + Solução Bochecho	0,30	0,29	0,06	0,00	0,67

7.3. Análise comparativa do IP e do IG em função da última visita ao dentista dos jovens

Os valores de IP e IG foram mais prevalentes nos jovens que foram ao dentista há menos de um ano. A média do IP nos que foram ao dentista há menos de um ano foi $1,37 \pm 0,08$ e nos que foram ao dentista há mais de um ano foi $1,19 \pm 0,06$. A média do IG nos que foram ao dentista há menos de um ano foi $0,45 \pm 0,09$ e nos que foram ao dentista há mais de um ano foi $0,40 \pm 0,06$ (Tabela 17).

Tabela 17. Análise comparativa do IP e do IG em função da última visita ao dentista dos jovens

	Última visita ao dentista	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	Menos de 1 ano	1,37	1,46	0,08	0,96	1,71
	Mais de 1 ano	1,19	1,17	0,06	0,50	1,88
IG	Menos de 1 ano	0,45	0,42	0,09	0,08	0,92
	Mais de 1 ano	0,40	0,33	0,06	0,00	1,50

7.4. Análise comparativa do IP e do IG em função do motivo da última visita ao dentista dos jovens

Os valores de IP e IG foram mais prevalentes nos jovens que foram a uma consulta de rotina. A média do IP nos que foram a uma consulta de rotina foi $1,40 \pm 0,08$, nos que realizaram uma limpeza foi $1,20 \pm 0,08$, nos que realizaram um tratamento foi $1,14 \pm 0,09$, nos que realizaram uma extração foi $1,21 \pm 0,20$ e nos que foram ao dentista por outro motivo foi $1,22 \pm 0,12$. A média do IG nos que foram a uma consulta de rotina foi $0,48 \pm 0,10$, nos que realizaram uma limpeza foi $0,43 \pm 0,10$, nos que realizaram um tratamento foi $0,34 \pm 0,09$, nos que realizaram uma extração foi $0,30 \pm 0,11$ e nos que foram ao dentista por outro motivo foi $0,45 \pm 0,14$ (Tabela 18).

Tabela 18. Análise comparativa do IP e do IG em função do motivo da última visita ao dentista dos jovens

	Motivo da última visita ao dentista	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	Rotina	1,40	1,42	0,08	0,92	1,88
	Limpeza	1,20	1,17	0,08	0,83	1,58
	Tratamento	1,14	1,08	0,09	0,50	1,67
	Extração	1,21	1,21	0,20	0,67	1,75
	Outro	1,22	1,23	0,12	0,79	1,58
IG	Rotina	0,48	0,38	0,10	0,08	1,50
	Limpeza	0,43	0,50	0,10	0,08	0,92
	Tratamento	0,34	0,25	0,09	0,00	1,25
	Extração	0,30	0,25	0,11	0,08	0,67
	Outro	0,45	0,40	0,14	0,00	1,21

7.5. Análise comparativa do IP e do IG em função da utilização do cheque-dentista por parte dos jovens

Os valores de IP e IG foram mais prevalentes nos jovens que não utilizam o cheque-dentista. A média do IP nos que utilizam o cheque-dentista foi $1,21 \pm 0,09$ e nos que não utilizam o cheque-dentista foi $1,26 \pm 0,05$. A média do IG nos que utilizam o cheque-dentista foi $0,32 \pm 0,05$ e nos que não utilizam o cheque-dentista foi $0,46 \pm 0,07$ (Tabela 19).

Tabela 19. Análise comparativa do IP e do IG em função da utilização do cheque-dentista por parte dos jovens

	Utilização do cheque-dentista	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	Sim	1,21	1,19	0,09	0,50	1,88
	Não	1,26	1,19	0,05	0,79	1,67
IG	Sim	0,32	0,33	0,05	0,00	0,92
	Não	0,46	0,40	0,07	0,00	1,50

8. Análise comparativa do IP e do IG em função das variáveis sociodemográficas dos encarregados de educação

8.1. Análise comparativa do IP e do IG em função do género dos encarregados de educação

Os valores de IP e IG foram mais prevalentes no sexo feminino. A média do IP no sexo feminino foi $1,25 \pm 0,05$ e no sexo masculino foi $1,20 \pm 0,09$. A média do IG no sexo feminino foi $0,42 \pm 0,06$ e no sexo masculino foi $0,38 \pm 0,09$ (Tabela 20).

Tabela 20. Análise comparativa do IP e do IG em função do género dos encarregados de educação

	Género	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	Feminino	1,25	1,19	0,05	0,50	1,88
	Masculino	1,20	1,15	0,09	0,92	1,71
IG	Feminino	0,42	0,35	0,06	0,00	1,50
	Masculino	0,38	0,33	0,09	0,08	0,92

8.2. Análise comparativa do IP e do IG em função da etnia dos encarregados de educação

Os valores de IP e IG foram mais prevalentes na etnia caucasiana. A média do IP na etnia caucasiana foi $1,34 \pm 0,07$, na etnia negra foi $1,26 \pm 0,07$ e em outras etnias foi $1,01 \pm 0,10$. A média do IG na etnia caucasiana foi $0,44 \pm 0,10$, na etnia negra foi $0,42 \pm 0,06$ e em outras etnias foi $0,32 \pm 0,10$ (Tabela 21).

Tabela 21. Análise comparativa do IP e do IG em função da etnia dos encarregados de educação

	Etnia	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	Caucasiana	1,34	1,42	0,07	0,96	1,75
	Negra	1,26	1,17	0,07	0,67	1,88
	Outra	1,01	1,00	0,10	0,50	1,54
IG	Caucasiana	0,44	0,25	0,10	0,08	1,50
	Negra	0,42	0,33	0,06	0,08	1,25
	Outra	0,32	0,42	0,10	0,00	0,71

8.3. Análise comparativa do IP e do IG em função do grau de parentesco dos encarregados de educação

O valor de IP foi mais prevalente nos avós(ôs) e o valor de IG foi mais prevalente nos encarregados de educação com outro grau de parentesco. A média do IP nas mães foi $1,24 \pm 0,05$, nos pais foi $1,19 \pm 0,08$, nos avós(ôs) foi $2,21 \pm 0,00$ e nos encarregados de educação com outro grau de parentesco foi $1,71 \pm 0,00$. A média do IG nas mães foi $0,42 \pm 0,05$, nos pais foi $0,26 \pm 0,07$, nos avós(ôs) foi $0,67 \pm 0,00$ e nos encarregados de educação com outro grau de parentesco foi $0,92 \pm 0,00$ (Tabela 22).

Tabela 22. Análise comparativa do IP e do IG em função do grau de parentesco dos encarregados de educação

	Grau de Parentesco	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	Mãe	1,24	1,17	0,05	0,50	1,88
	Pai	1,19	1,15	0,08	1,00	1,42
	Avó(ô)	2,21	2,21	0,00	2,21	2,21
	Outro	1,71	1,71	0,00	1,71	1,71
IG	Mãe	0,42	0,33	0,05	0,00	1,50
	Pai	0,26	0,25	0,07	0,08	0,50
	Avó(ô)	0,67	0,67	0,00	0,67	0,67
	Outro	0,92	0,92	0,00	0,92	0,92

8.4. Análise comparativa do IP e do IG em função do estado civil dos encarregados de educação

Os valores de IP e IG foram mais prevalentes nos casados. A média do IP nos solteiros foi $1,22 \pm 0,06$ e nos casados foi $1,29 \pm 0,08$. A média do IG nos solteiros foi $0,41 \pm 0,07$ e nos casados foi $0,42 \pm 0,08$ (Tabela 23).

Tabela 23. Análise comparativa do IP e do IG em função do estado civil dos encarregados de educação

	Estado Civil	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	Solteiro(a)	1,22	1,17	0,06	0,50	1,88
	Casado(a)	1,29	1,33	0,08	0,67	1,75
IG	Solteiro(a)	0,41	0,33	0,07	0,00	1,50
	Casado(a)	0,42	0,42	0,08	0,00	1,25

8.5. Análise comparativa do IP e do IG em função do nível de escolaridade dos encarregados de educação

O valor de IP foi mais prevalente no ensino secundário e, o valor do IG foi mais foi mais prevalente tanto nos encarregados de educação que sabem ler e escrever, como nos que possuem o ensino secundário. A média do IP nos que sabem ler e escrever foi $1,24 \pm 0,19$, nos que possuem o 1º ciclo foi $1,21 \pm 0,14$, nos que possuem o 2º ciclo foi $1,11 \pm 0,13$, nos que possuem o 3º ciclo foi $1,20 \pm 0,08$, nos que possuem o ensino secundário foi $1,35 \pm 0,10$ e nos que possuem uma pós-graduação foi $1,21 \pm 0,21$. A média do IG nos que sabem ler e escrever foi $0,44 \pm 0,14$, nos que possuem o 1º ciclo foi $0,42 \pm 0,21$, nos que possuem o 2º ciclo foi $0,35 \pm 0,10$, nos que possuem o 3º ciclo foi $0,41 \pm 0,09$, nos que possuem o ensino secundário foi $0,44 \pm 0,09$ e nos que possuem uma pós-graduação foi $0,25 \pm 0,08$ (Tabela 24).

Tabela 24. Análise comparativa do IP e do IG em função do nível de escolaridade dos encarregados de educação

	Nível de Escolaridade	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	Sabe ler/escrever	1,24	1,35	0,19	0,71	1,54
	1º Ciclo	1,21	1,17	0,14	0,67	1,67
	2º Ciclo	1,11	1,19	0,13	0,50	1,42
	3º Ciclo	1,20	1,13	0,08	0,79	1,71
	Ensino Secundário	1,35	1,50	0,10	0,92	1,88
	Pós-graduação	1,21	1,21	0,21	1,00	1,42
IG	Sabe ler/escrever	0,44	0,38	0,14	0,17	0,83
	1º Ciclo	0,42	0,08	0,21	0,00	1,50
	2º Ciclo	0,35	0,33	0,10	0,00	0,71
	3º Ciclo	0,41	0,33	0,09	0,00	1,25
	Ensino Secundário	0,44	0,38	0,09	0,08	1,21
	Pós-graduação	0,25	0,25	0,08	0,17	0,33

8.6. Análise comparativa do IP e do IG em função do rendimento familiar mensal dos encarregados de educação

Os valores de IP e IG foram mais prevalentes nos encarregados de educação que ganham entre um e dois salários mínimos mensais. A média do IP nos que ganham menos de um salário mínimo foi $1,16 \pm 0,06$ e nos que ganham um a dois salários mínimos foi $1,34 \pm 0,07$. A média do IG nos que ganham menos de um salário mínimo foi $0,36 \pm 0,05$ e nos que ganham um a dois salários mínimos foi $0,50 \pm 0,09$ (Tabela 25).

Tabela 25. Análise comparativa do IP e do IG em função do rendimento familiar mensal dos encarregados de educação

	Rendimento familiar mensal	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	< 1 salário mínimo	1,16	1,13	0,06	0,50	1,88
	1-2 salários mínimos	1,34	1,33	0,07	0,67	1,71
IG	< 1 salário mínimo	0,36	0,33	0,05	0,00	1,21
	1-2 salários mínimos	0,50	0,42	0,09	0,08	1,50

8.7. Análise comparativa do IP e do IG em função da situação profissional dos encarregados de educação

Os valores de IP e IG foram mais prevalentes nos empregados. A média do IP nos estudantes foi $1,28 \pm 0,12$, nos empregados foi $1,34 \pm 0,06$ e nos desempregados foi $1,04 \pm 0,08$. A média do IG nos estudantes foi $0,31 \pm 0,05$, nos empregados foi $0,47 \pm 0,07$ e nos desempregados foi $0,34 \pm 0,09$ (Tabela 26).

Tabela 26. Análise comparativa do IP e do IG em função da situação profissional dos encarregados de educação

	Situação Profissional	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
IP	Estudante	1,28	1,29	0,12	1,00	1,54
	Empregado	1,34	1,33	0,06	0,67	1,88
	Desempregado	1,04	0,98	0,08	0,50	1,54
IG	Estudante	0,31	0,33	0,05	0,17	0,42
	Empregado	0,47	0,42	0,07	0,08	1,50
	Desempregado	0,34	0,25	0,09	0,00	1,21

9. Análise da correlação entre o IP e o IG

Analizada a possível correlação entre estas duas variáveis IP e IG, verifica-se que existe correlação significativa entre ambas ($p = 0,57$) ($p \leq 0,05$) (Tabela 27).

Tabela 27. Análise da correlação entre o IP e o IG

		IG
IP	Coefficiente de Correlação	0,57
	Sig. (2 extremidades)	0,00

10. Análise da correlação entre o IP e o IG e as variáveis sociodemográficas

10.1. Análise da correlação entre o IP e o IG com a idade dos jovens

Analizada a possível correlação entre estas duas variáveis IP e idade, verifica-se que não existe correlação significativa entre ambas ($p = - 0,03$) ($p > 0,05$) (Tabela 28).

Analisada a possível correlação entre estas duas variáveis IG e idade, verifica-se que não existe correlação significativa entre ambas ($\rho = 0,05$) ($p > 0,05$) (Tabela 28).

Tabela 28. Análise da correlação entre o IP e o IG com a idade dos jovens

		IP	IG
Idade	Coeficiente de Correlação	- 0,03	0,05
	Sig. (2 extremidades)	0,81	0,70

10.2. Análise da correlação entre o IP e o IG com a idade dos encarregados de educação

Analisada a possível correlação entre estas duas variáveis IP e idade, verifica-se que não existe correlação significativa entre ambas ($\rho = - 0,06$) ($p > 0,05$) (Tabela 29).

Analisada a possível correlação entre estas duas variáveis IG e idade, verifica-se que não existe correlação significativa entre ambas ($\rho = - 0,17$) ($p > 0,05$) (Tabela 29).

Tabela 29. Análise da correlação entre o IP e o IG com a idade dos encarregados de educação

		IP	IG
Idade	Coeficiente de Correlação	- 0,06	- 0,17
	Sig. (2 extremidades)	0,68	0,22

10.3. Análise da correlação entre o IP e o IG com o número de filhos dos encarregados de educação

Analisada a possível correlação entre estas duas variáveis IP e número de filhos, verifica-se que não existe correlação significativa entre ambas ($\rho = 0,12$) ($p > 0,05$) (Tabela 30).

Analisada a possível correlação entre estas duas variáveis IG e número de filhos, verifica-se que não existe correlação significativa entre ambas ($\rho = 0,11$) ($p > 0,05$) (Tabela 30).

Tabela 30. Análise da correlação entre o IP e o IG com o número de filhos dos encarregados de educação

		IP	IG
Idade	Coefficiente de Correlação	0,12	0,11
	Sig. (2 extremidades)	0,38	0,44

11. Análise da correlação entre o IP e o IG com a autopercepção dos jovens sobre saúde oral geral, bem-estar geral, sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social (CPQ₁₁₋₁₄)

Analizadas as possíveis correlações entre a variável IP e as variáveis: saúde oral geral ($\rho = 0,02$), bem-estar geral ($\rho = 0,16$), sintomas orais ($\rho = 0,03$), limitações funcionais ($\rho = 0,01$), bem-estar emocional ($\rho = 0,00$), bem-estar social ($\rho = -0,19$) e CPQ₁₁₋₁₄ total ($\rho = 0,02$), verifica-se que não existem correlações significativas entre elas ($p > 0,05$) (Tabela 31).

Analizadas as possíveis correlações entre a variável IG e as variáveis: saúde oral geral ($\rho = -0,09$), bem-estar geral ($\rho = -0,05$), sintomas orais ($\rho = -0,04$), limitações funcionais ($\rho = 0,10$), bem-estar emocional ($\rho = -0,02$), bem-estar social ($\rho = -0,08$) e CPQ₁₁₋₁₄ total ($\rho = -0,03$), verifica-se que não existem correlações significativas entre elas ($p > 0,05$) (Tabela 31).

Tabela 31. Análise da correlação entre o IP e o IG com a autopercepção dos jovens sobre saúde oral geral, bem-estar geral, sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social (CPQ₁₁₋₁₄)

		IP	IG
Saúde Oral Geral	Coefficiente de Correlação	0,02	- 0,09
	Sig. (2 extremidades)	0,92	0,52
Bem-estar Geral	Coefficiente de Correlação	0,16	- 0,05
	Sig. (2 extremidades)	0,26	0,74
Sintomas Orais	Coefficiente de Correlação	0,03	- 0,04
	Sig. (2 extremidades)	0,82	0,77
Limitações Funcionais	Coefficiente de Correlação	0,01	0,10
	Sig. (2 extremidades)	0,97	0,49
Bem-estar Emocional	Coefficiente de Correlação	0,00	- 0,02
	Sig. (2 extremidades)	0,99	0,90
Bem-estar Social	Coefficiente de Correlação	- 0,19	- 0,08
	Sig. (2 extremidades)	0,18	0,56
CPQ₁₁₋₁₄ Total	Coefficiente de Correlação	0,02	- 0,03
	Sig. (2 extremidades)	0,88	0,82

VI. DISCUSSÃO

O presente estudo tem como objetivos descrever a prevalência de gengivite numa população jovem, relacioná-la com variáveis sociodemográficas e com a autoperceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos jovens.

Este trabalho de investigação foi desenvolvido numa amostra de 53 jovens, com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos, que frequentam o apoio escolar e formativo do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto.

Neste estudo foram aplicados aos jovens dois índices: o IP e o IG, com o objetivo de descrever a prevalência de gengivite na população jovem (Agulho *et al.*, 2003). Foi também aplicado um questionário composto por três grupos. O primeiro grupo, destinado aos encarregados de educação, que incidiu sobre variáveis sociodemográficas, como a idade, o género, a etnia, o número de filhos, o grau de parentesco, o estado civil, o nível de escolaridade, o rendimento familiar mensal e a situação profissional. O segundo grupo, já destinado aos jovens, incidiu sobre a caracterização da amostra e os hábitos de higiene oral da mesma. Por fim, o terceiro grupo envolveu a aplicação de um questionário, aos jovens, validado em português do Brasil: o CPQ₁₁₋₁₄ *short form*, a fim de avaliar e descrever a autoperceção da QdVRSO dos próprios (Torres, 2008).

A linha desta investigação baseou-se na mesma que os seguintes estudos: o III ENPDO (Calado *et al.*, 2015), o PNPSO de 2021-2025 (Azul *et al.*, 2021), o PNPSO de 2019 (Céu *et al.*, 2019), e os estudos conduzidos por Abreu (2012), Amorim (2018), Cavacas (2017), Costa (2019), Duarte (2018), Page *et al.* (2008) e Torres (2008). Porém, foram ainda utilizados esporadicamente outras investigações de outros autores.

A média da faixa etária da amostra é 12,1 anos, o que revela ter importância, uma vez que é uma das idades preconizadas pela OMS para os estudos epidemiológicos da saúde oral, inclusive do III ENPDO, permitindo assim que os resultados da presente investigação possam ser extrapolados para a população-alvo (Calado *et al.*, 2015; Petersen *et al.*, 2013). Além disso, mais estudos apresentam como média de idades da amostra 12,9 e 12,5 anos (Amorim, 2018; Cavacas, 2017), respetivamente.

A maioria dos jovens, é do género masculino (52,8%), tal como noutro estudo populacional realizado em Torres Vedras, onde se evidenciou a mesma frequência relativa (52,8%) (Cavacas, 2017). Estes valores contrariam os dados observados no III

ENPDO, em que a maioria da amostra é do género feminino (54,6%) (Calado *et al.*, 2015).

Relativamente à escovagem dos dentes, 20,8% dos jovens escovam os dentes uma vez por dia, o que contraria os valores do PNPSO de 2019 (90%), efetuado entre o ano de 2013 e 2014 (Céu *et al.*, 2019). Contraria também os valores do estudo populacional realizado em Torres Vedras (37,7%) (Cavacas, 2017). No presente estudo 75,5% dos jovens referem que escovam os dentes duas ou mais vezes por dia, tal como no III ENPDO (69,6%) e no PNPSO de 2019 (70%) (Calado *et al.*, 2015; Céu *et al.*, 2019). Também em dois estudos verificaram-se valores similares de 74,4% e 79% (Barata *et al.*, 2013; Costa, 2019), respetivamente. Um dos objetivos do PNPSO de 2021-2025 é aumentar o número de utentes que escovam os dentes pelo menos duas vezes por dia (Azul *et al.*, 2021).

No que diz respeito à utilização de flúor, 71,1% dos jovens inquiridos utilizam um dentífrico com flúor, tal como em outros estudos populacionais em que foram evidenciados valores de 75,2% e 89,6% (Amorim, 2018; Cavacas, 2017), respetivamente, revelando assim que a maioria dos jovens estão devidamente expostos à ação preventiva do flúor. A escovagem de dentes, com um dentífrico fluoretado (1000 – 1500 ppm), é considerada uma medida fundamental para a promoção de saúde oral e prevenção das doenças orais, devendo ser realizada com a dose adequada e, pelo menos duas vezes por dia (Azul *et al.*, 2021). Verificou-se ainda que 26,4% dos jovens utiliza um dentífrico com flúor em conjunto com uma solução de bochecho, também fluoretada, ao contrário do que é evidenciado noutro estudo, que demonstra que apenas 3,5% da amostra utiliza essa mesma combinação de produtos fluoretados (Bizarra, 2015).

Quanto à última visita ao dentista, 69,8% dos jovens referem ter ido há mais de 1 ano, enquanto 30,2% referem ter ido há menos de 1 ano ao médico dentista. Este último valor é bastante inferior quando comparado com outros estudos populacionais: 71,5%, 77,4% e 65% (Amorim, 2018; Cavacas, 2017; Costa, 2019), respetivamente. Esta diferença de valores pode ser justificada pela situação pandémica vivida neste último ano.

Verificou-se que, relativamente ao motivo da última visita ao dentista, as consultas de rotina e de tratamento dentário são as mais comuns tanto neste estudo (26,4% e 26,4%, respetivamente) como no estudo realizado em Torres Vedras no ano de 2017 (34% e 22,6%, respetivamente) e no III ENPDO (43% e 31,4%, respetivamente) (Calado *et al.*, 2015; Cavacas, 2017). Dos jovens, 20,8% referiu que o motivo da sua última visita foi uma limpeza e, comparando este valor ao que é citado por Amorim (2018) (25,7%), conclui-se que os valores são similares. Quando se trata de uma extração 11,3% dos

jovens afirma ser esse o motivo da sua última visita ao dentista, sendo este um valor semelhante ao do III ENPDO (15%) (Calado *et al.*, 2015).

No que diz respeito à utilização do cheque-dentista, que todos os jovens podem ter acesso, porém nem todos têm o conhecimento da sua existência, a maioria refere que não utiliza o cheque-dentista, contudo 41,5% dos jovens utilizam-no. Desta forma, é possível verificar uma diminuição do número de jovens que utiliza o cheque dentista, ao comparar este valor com o de outras investigações 58,7% e 50,9% (Amorim, 2018; Cavacas, 2017), respetivamente. Apesar destes números, o valor de referência da percentagem de utilização dos cheques-dentista (cheques utilizados / cheques emitidos), em 2018, foi 70% e, prevê-se que este valor aumente para 72% até 2025 (Azul *et al.*, 2021).

A prevalência de gengivite neste estudo foi 14%, o que permite concluir que 86% da amostra apresenta saúde gengival. Este último valor é significativamente superior quando analisado o PNPSO de 2019, onde se verificou um aumento da percentagem da amostra com saúde gengival entre o ano de 2006 e 2013/2014, passando de 29% para 52%, representando uma melhoria da condição gengival (Céu *et al.*, 2019).

Acerca dos resultados obtidos no IP, o valor médio da nossa amostra foi 1,25. Este valor é bastante superior quando comparado com o estudo de Amorim (2018), composto por 109 jovens, cujo valor médio de IP foi 0,5, e com o estudo realizado por Cavacas (2017), composto por 53 jovens, em que a média do IP foi 0,27. Um baixo valor de IP é indicador de uma boa higiene oral (Bica *et al.*, 2012).

Em relação aos resultados obtidos no IG, o valor médio da nossa amostra foi 0,42, o que é bastante positivo, uma vez que se trata de um valor relativamente baixo.

Quando comparadas as variáveis IP e IG, verifica-se uma correlação entre ambas ($p \leq 0,05$). A presença de placa bacteriana potencia o aparecimento de inflamação gengival, e esta, por sua vez, potencia a acumulação de placa bacteriana, surgindo assim uma complexa dinâmica que pode causar gengivite. Segundo estudos epidemiológicos, muitas crianças apresentam gengivite na sua forma simples e reversível, podendo causar, durante a escovagem dentária, hemorragia gengival, representando um risco acrescido para outras doenças orais, razões pelas quais deve ser diagnosticada, prevenida e controlada precocemente, com o principal objetivo de não evoluir para periodontite (Califano, 2003).

Relativamente à associação entre o IP e o IG em função da idade dos jovens, em termos estatísticos, não se verifica uma associação significativa entre o IP e a idade ($p > 0,05$), nem entre o IG e a idade ($p > 0,05$). Também num estudo realizado em Viseu, não

se verifica uma associação significativa relativamente ao IP quando relacionado com a idade (Duarte, 2018).

Em concordância com o estudo realizado em Viseu, o género masculino apresenta um IP superior (Duarte, 2018). Tais valores são contrários ao que é citado por Esteves *et al.* (2017), onde o valor de IP é superior no género feminino. No presente estudo, o género masculino apresenta também um valor de IG superior.

Ao comparar a frequência de escovagem dos dentes dos jovens com o IP e o IG, verifica-se que quanto menos escovam os dentes, mais elevado é o valor de IP e IG, ou seja, os jovens que escovam os dentes somente às vezes, apresentam um valor médio de IP e IG superior, comparativamente àqueles que escovam os dentes duas ou mais vezes por dia. Estes dados vão ao encontro de outro estudo que afirma que os indivíduos que escovam os dentes menos de duas vezes por dia têm menos saúde periodontal (Duarte, 2018).

Relativamente à comparação entre a última visita ao dentista e o valor de IP e IG, apesar dos valores estarem próximos entre si, ao contrário do que seria expectável, o valor médio de IP e IG é superior nos jovens que visitaram o dentista há menos de um ano, o que corrobora o estudo realizado em Viseu, em que se verifica que os indivíduos que realizaram pelo menos uma consulta no último ano, apresentam um valor de IP mais baixo (Duarte, 2018).

O valor médio de IP e IG é superior nos jovens que utilizam apenas um dentífrico fluoretado, nos jovens cujo motivo da última visita ao dentista foi rotina e nos jovens que não utilizam o cheque-dentista.

Verificou-se que neste estudo existe um maior número de encarregados de educação do sexo feminino (83%), nomeadamente mães (84,9%). A etnia mais comum é a negra (45,3%), o estado civil é solteiro(a) (58,5%), o rendimento familiar mensal mais comum é inferior a um salário mínimo (56,6%) e a situação profissional é empregado(a) (58,5%).

Neste estudo, verifica-se que os níveis de escolaridade mais comuns são o 3º ciclo (35,8%) e o ensino secundário (24,5%), demonstrando que os encarregados de educação devem ter um bom conhecimento geral sobre saúde oral, o que vai ao encontro do que foi evidenciado no estudo de Costa (2019) e na revisão de literatura realizada por Szatkho *et al.* (2004), em que verificaram uma interdependência entre o nível de escolaridade das mães e o nível de conhecimento em saúde oral. Genericamente, mães com um menor nível de escolaridade, possuem menos conhecimentos sobre saúde oral (Szatkho *et al.*, 2004).

Relativamente à associação entre o IP e o IG em função da idade dos encarregados de educação, apesar de existirem mais indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos (52,8%), em termos estatísticos, não se verifica uma associação significativa entre o IP e a idade ($p > 0,05$), nem entre o IG e a idade ($p > 0,05$). No que concerne à associação entre o IP e o IG em função do número de filhos dos encarregados de educação, também não se verifica uma associação significativa entre o IP e o número de filhos ($p > 0,05$), nem entre o IG e o número de filhos ($p > 0,05$), contudo existem mais indivíduos com dois ou três filhos (47,1%).

O valor médio de IP e IG é superior em indivíduos cujos encarregados de educação são do género feminino, etnia caucasiana, estado civil casado(a), o rendimento familiar mensal é entre um e dois salários mínimos e cuja situação profissional é empregado. Verifica-se que o valor médio de IP é superior quando os encarregados de educação são avós(ôs) e quando possuem o ensino secundário. O valor médio de IG é superior quando os encarregados de educação têm outro grau de parentesco e é o mesmo tanto para os encarregados de educação que sabem ler/escrever como para os que têm o ensino secundário.

Segundo o PNPSO de 2021-2025, é crucial ter cuidados com a saúde oral, desde cedo. Para melhores resultados e mais duradouros, é importante o envolvimento dos encarregados de educação e dos profissionais de saúde e de educação, que intercedem na promoção da saúde oral (Azul *et al.*, 2021).

Ao analisar o valor médio total do CPQ₁₁₋₁₄ *short form* deste estudo ($13,44 \pm 1,47$), verifica-se que é similar ao estudo de Abreu (2012) ($11,85 \pm 6,63$) e de Torres (2008) ($11,9 \pm 7,6$). O valor médio é também semelhante ao do estudo de Rozan (2017) ($14,39 \pm 14,71$), embora tenha sido aplicada a versão completa do CPQ₁₁₋₁₄. Contudo, estes valores são ligeiramente inferiores aos resultados dos estudos de Oliveira (2007) ($16,23 \pm 14,40$) e de Page *et al.* (2008) ($17,3 \pm 14,2$), que também aplicaram a versão completa do CPQ₁₁₋₁₄.

No presente estudo, o valor médio da questão relativamente à saúde oral geral, é de 2,50, o que traduz uma autoperceção satisfatória relativamente ao estado de saúde oral, tal como em outro estudo realizado por Costa (2019). O valor médio relativamente ao bem-estar geral, é de 0,54, o que demonstra que a condição da cavidade oral dos jovens pouco ou nada afeta a sua vida em geral.

Relativamente aos valores médios de cada domínio, no presente estudo, verificou-se que relativamente a sintomas orais, apresenta a média mais elevada de $4,04 \pm 0,35$, no

que concerne às limitações funcionais, apresenta uma média de $2,04 \pm 0,33$, no que diz respeito ao bem-estar emocional, apresenta uma média de $2,50 \pm 0,65$, e, por fim, o bem-estar social, apresenta a média mais baixa de $1,81 \pm 0,39$. Estes valores são concordantes com o estudo de Abreu (2012), contudo são bastante díspares dos valores do estudo de Page *et al.* (2008).

Relativamente à associação entre o IP e o IG em função do CPQ₁₁₋₁₄ *short form*, incluindo as duas primeiras perguntas, todos os domínios e o CPQ₁₁₋₁₄ total, em termos estatísticos, não se verifica nenhuma associação significativa ($p > 0,05$).

Como limitações desta investigação, é de realçar a reduzida dimensão da amostra ($N = 53$), tal facto deveu-se aos jovens recusarem participar no estudo e à reduzida entrega de consentimentos informados por parte dos mesmos. Outras limitações prendem-se com a falta de estudos nesta faixa etária (entre os 11 e os 14 anos), as diferentes variáveis em estudo e as diferentes metodologias aplicadas, que permitam a comparação e a validação dos resultados obtidos.

É importante referir que devem ser realizadas novas investigações não só no Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto, como também noutras instituições e, idealmente, com amostras maiores, a fim de avaliar a prevalência de gengivite dos jovens.

Os jovens que apresentam sinais da doença periodontal desde cedo, possuem um elevado risco para o desenvolvimento da mesma, incluindo perda de inserção clínica e óssea. Posto isto, os programas preventivos de saúde oral, direccionados para os indivíduos jovens, revelam uma extrema importância para a saúde pública (Costa *et al.*, 2007).

VII. CONCLUSÃO

- A população jovem que frequenta o Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto apresenta uma prevalência de gengivite baixa.
- A prevalência de gengivite não está relacionada com variáveis sociodemográficas.
- A prevalência de gengivite não está relacionada com a autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- Abreu, L. G. (2012). *Impacto do tratamento ortodôntico na qualidade de vida de adolescentes* [Master's thesis, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório institucional da Universidade Federal de Minas Gerais. https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ZMRO-8XGHMC/1/disserta_o_mestrado_lucas_g_abreu.pdf
- Agulho, M. J., Sanchis, M. V., Cabanell, P. I., & Loscos, F. G. (2003). Periodoncia para el higienista dental. *Periodoncia*, 13(3), 233-244. http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/13-3_05.pdf
- AlJehani, Y. A. (2014). Risk Factors of Periodontal Disease: Review of the Literature. *International Journal of Dentistry*, 20(9), 1-9. <https://doi.org/10.1155/2014/182513>
- Alves, C., Andion, J., Brandão, M., & Menezes, R. (2007). Mecanismos patogénicos da doença periodontal associada ao diabetes melito. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 51(7) <https://doi.org/10.1590/S0004-27302007000700005>, 1050-1057.
- American Diabetes Association (2016). Foundations of Care and Comprehensive Medical Evaluation. *Diabetes Care*, 39(1), 23-35. <https://doi.org/10.2337/dc16-S006>
- Amorim, L. R. G. (2018). *A prevalência e a gravidade da cárie dentária numa população de 2º e 3º ciclo, em maxial* [Master's thesis, Instituto Universitário Egas Moniz]. Repositório Comum do Instituto Universitário Egas Moniz. <http://hdl.handle.net/10400.26/25573>
- Antonini, R., Cancellier, K., Ferreira, G. K., Scaini, G., & Streck, E. L. (2013). Fisiopatologia da doença periodontal. *Revista Inova Saúde*, 2(2), 90–107. <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1240/1606>
- Aroapaza, B. B. S. P. (2019). *Nivel de conocimiento sobre la gingivitis en gestantes atendidas en los establecimientos de salud del distrito gregorio albarracín lanchipa. Tacna 2018* [Master's thesis, Universidad Latinoamericana Cima]. CORE. <https://core.ac.uk/download/pdf/249330748.pdf>
- Azul, A., Céu, A., Ferreira, C. S., & Jordão, M. (2021, maio). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025*. Normas de Orientação Clínica. <https://nocs.pt/wp-content/uploads/2021/06/PNPSO-MAIO2021.pdf>

- Barata, C., Veiga, N., Mendes, C., Araújo, F., Ribeiro, O., & Coelho, I. (2013). Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 54(1), 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2012.12.001>
- Barbosa, T. S., & Gavião, M. B. D. (2011). Qualidade de vida e saúde bucal em crianças – parte II: versão brasileira do *Child Perceptions Questionnaire* 11-14. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(7), 3267-3276. <https://www.scielo.br/j/csc/a/SKPnYkPXnDX6byJdkbxcMKN/?lang=pt&format=pdf>
- Barbosa, T. S., Castelo, P. M., Leme, M. S., & Gavião, M. B. D. (2012). Associations between oral health-related quality of life and emotional statuses in children and preadolescents. *Oral Diseases*, 18(7), 639-47. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1601-0825.2012.01914.x>
- Bezerra, A. C. R., Silva, J. S., Farias, N. K. M., Freire, N. S. M., Fonseca, N. T. S., Beiriz, R. K. A., Santos, W. J., & Cota, A. L. S. (2021). Consequências da osteoporose na cavidade bucal. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 15(21), 67-79. <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1124/792>
- Bica, I., Cunha, M., Marinho, C., Cordinhã, P., Rodrigues, V., & Reis-Santos, M. (2012). Indicadores de saúde oral em adolescentes. *Millenium – Journal of Education Technologies and Health*, 43(17), 95-105. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8182>
- Bizarra, M. F. P. (2015). *Estado de Saúde Oral das Pessoas com Paralisia Cerebral no Distrito de Lisboa* [Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/22510/1/ulsd071942_td_Maria_Bizarra.pdf
- Borba, T. T. (2017). *Frequência de micronúcleos e de outras alterações nucleares como marcadores da estabilidade genómica em indivíduos com doença periodontal: associação com características do estilo de vida e nível socioeconómico* [Master's thesis, Universidade de Santa Cruz do Sul]. Repositório Institucional da Universidade de Santa Cruz do Sul.

- <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1664/1/Tatiana%20Thier%20de%20Borba.pdf>
- Botelho, J., Machado, V., Proença, L., Alves, R., Cavacas, M. A., Amaro, L., & Mendes, J. J. (2019). Study of Periodontal Health in Almada-Seixal (SoPHiAS): a cross-sectional study in the Lisbon Metropolitan Area. *Scientific Reports*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-52116-6>
- Bourgeois, D., Inquimbert, C., Ottolenghi, L., & Carrouel, F. (2019). Periodontal Pathogens as Risk Factors of Cardiovascular Diseases, Diabetes, Rheumatoid Arthritis, Cancer, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Is There Cause for Consideration? *Microorganisms*, 7(10), 1–17. <https://doi.org/10.3390/microorganisms7100424>
- Calado, R., Ferreira, C. S., Nogueira, P., & Melo, P. (2015, Novembro 18). *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. Academia da Saúde. <http://academiadasaude.pt/wp-content/uploads/2018/03/estudo-nacional-de-preval%C3%Aancia-das-doen%C3%A7as-orais-2015.pdf>
- Califano, J. V. (2003). *Position Paper: Periodontal Diseases of Children and Adolescents*. *Journal of Periodontology*, 74 (11), 1696-1704. <https://doi.org/10.1902/jop.2003.74.11.1696>
- Carvalho, C., Manso, A. C., Escoval, A., Salvado, F., & Nunes, C. (2013). Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista portuguesa de saúde pública*, 31(2), 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.10.002>
- Castro, M. L., Trevisan, G. L., & Junior, M. T. (2016). O estado atual e os avanços no diagnóstico da doença periodontal e da cárie dentária. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 70(4), 358-362. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v70n4/a02v70n4.pdf>
- Caton, J. G., Armitage, G., Berglundh, T., Chapple, I. L. C., Jepsen, S., Kornman, K. S., Mealey, B. L., Papapanou, P. N., Sanz, M., & 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(1), 1–8. <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0157>
- Cavacas, A. R. P. M. (2017). *Associação entre a experiência de cárie e o consumo de açúcar numa população adolescente, em Portugal* [Master's thesis, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz]. Repositório Comum do Instituto

Universitário

Egas

Moniz.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19823/1/Cavacas_Ana_Rita_Prim_Moreira.pdf

Céu, A., Ferreira, C. S., & Jordão, M. (2019, julho). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Ordem dos Médicos Dentistas. <https://www.ond.pt/content/uploads/2019/07/pnp-saude-oral-2019.pdf>

Chapple, I. L. C., Mealey, B. L., Dyke, T. E. V., Bartold, P. M., Dommisch, H., Eickholz, P., Geisinger, M. L., Genco, R. J., Glogauer, M., Goldstein, M., Griffin, T. J., Holmstrup, P., Johnson, G. K., Kapila, Y., Lang, N. P., Meyle, J., Murakami, S., Plemons, J., Romito, G. A., ... & Yoshie, H. (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 Clinical Periodontology*, 45(20), 68-77. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12940>

Chen, X., Ye, W., Zhan, J., Wang, X., Tai, B. J., Hu, D. Y., Lin, H. C., Wang, B., Si, Y., Wang, C. X., Zheng, S. G., Liu, X. N., Rong, W. S., Wang, W. J., & Feng, X. P. (2018). Periodontal Status of Chinese Adolescents: Findings from the 4th National Oral Health Survey. *Chinese Journal of Dental Research*, 21(3), 195-203. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30255170/>

Costa, F. O., Cota, L. O. M., Costa, J. E., Pordeus, I. A. (2007). Periodontal Disease Progression Among Young Subjects With No Preventive Dental Care: A 52-Month Follow-Up Study. *Journal of Periodontology*, 78(2), 198-203. <http://dx.doi.org/10.1902/jop.2007.060150>

Costa, J. F. (2019). *Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral na População de 18 anos da Região de Lisboa e Vale do Tejo* [Master's thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/41289/1/ulfmd_08806_tm_Joana_Costa.pdf

Couso, M. L. C. (2017). *A genética na doença periodontal* [Master's thesis, Instituto Universitário de Ciências da Saúde]. Repositório científico da CESPU. https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/2901/MIMD_RE_22186_libertadcruz.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Deas, D. E., Moritz, A. J., Jr., R. S. S., Gruwell, S. F., & Powell, C. A. (2016). Scaling and root planing vs. Conservative surgery in the treatment of chronic periodontitis. *Periodontology 2000*, 71(1), 128-139. <https://doi.org/10.1111/prd.12114>
- Delgado, R. N. R. C. (2016). *Relação entre doença periodontal e obesidade* [Master's thesis, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz]. Repositório Comum do Instituto Universitário Egas Moniz. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15179/1/Delgado_Rute_Neves_Rodrigues_da_Costa.pdf
- 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>
- Despacho n.º 153/2005 do Ministério da Saúde. (2005). Diário da República: II série, n.º 3. https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Despacho_Ministerial_153_2005_de_5_Janeiro.pdf
- Dias, R. B., Almeida, M. O. S., Ribeiro, E. D. P., & Naves, R. C. (2011). Estudo da obesidade como indicador de risco para a doença periodontal. *Brazilian Journal of Periodontology*, 21(2), 70-78. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-642358>
- Duarte, S. A. S. (2018). *Avaliação da saúde oral nos utentes da associação de paralisia cerebral de viseu (APCV)* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/26134/1/Tese%20PDFA.pdf>
- Echeverria, M. S., Wünsch, I. S., Langlois, C. O., Cascaes, A. M., & Silva, A. E. R. (2019). Oral health-related quality of life in older adults – Longitudinal study. *Gerodontology*, 36(2), 118–124. <https://doi.org/10.1111/ger.12387>
- Eley, B. M., Soory, M., & Manson, J. D. (2012). *Periodoncia* (6ª ed.). Elsevier Limited. <https://www.yumpu.com/es/document/read/62781645/periodonciaeley6aed>
- Esteves, M. G., Mendes, S., & Bernardo, M. (2017). Estado de saúde oral numa população institucionalizada com deficiência profunda. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 58(3), 146-152. http://administracao.spemd.pt/app/assets/images/files_img/1_19_5a156d07a40f5.pdf
- European Federation of Periodontology. (2020, maio 12). *Dossier on Periodontal Disease*.

https://www.efp.org/fileadmin/uploads/efp/Documents/Campaigns/Gum_health_day/Publications/EFP_Dossier_on_Periodontal_Disease_2020.pdf

- Faria, F. M. L. F. M. (2015). *Tratamento periodontal de acesso cirúrgico Vs Tratamento periodontal não-cirúrgico* [Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5271/1/PPG_23577.pdf
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2016). *Quality of life: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes* (3^a ed.). Wiley Blackwell. <https://www.wiley.com/en-ar/Quality+of+Life%3A+The+Assessment%2C+Analysis+and+Reporting+of+Patient+reported+Outcomes%2C+3rd+Edition-p-9781444337952>
- Ferreira, M. L. F. (2018). *Importância da saúde oral na qualidade de vida adaptada às características de saúde oral dos Portugueses* [Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7293/1/PPG_29573.pdf
- Gaewkhiew, P., Bernabé, E., Gallagher, J. E., Klass, C., & Delgado-Angulo, E. K. (2017). Oral impacts on quality of life and problem-oriented attendance among South East London adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1-7. <https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12955-017-0663-3.pdf>
- 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>
- Genco, R. J., & Genco, F. D. (2014). Common Risk Factors in the Management of Periodontal and Associated Systemic Siseases: The Dental Setting and Interprofessional Collaboration. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 14(1), 4–16. <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2014.03.003>
- Giacaman, R. A., Bustos, I. P., Bazán, P., & Mariño, R. J. (2018). Oral health disparities among adolescents from urban and rural communities of central Chile. *Rural and Remote Health*, 18(2), 1-11. <https://www.rrh.org.au/journal/article/4312>
- Htun, K. C. S. S., & Peltzer, K. (2019). Oral health-related quality of life among community dwelling middle-aged and older adults in an urban area in Magway region, Myanmar. *Nagoya Journal of Medical Science*, 81(1), 103–112. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6433634/pdf/2186-3326-81-0103.pdf>

- Jokovic, A., Locker, D., & Guyatt, G. (2006). Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ₁₁₋₁₄): Development and initial evaluation. *Health and quality of life outcomes*, 4(4), 1-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1368964/pdf/1477-7525-4-4.pdf>
- Jokovic, A., Locker, D., Stephens, M., Kenny, D., Tompson, B., & Guyatt, G. (2002). Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *Journal of Dental Research*, 81(7), 459-463. <https://doi.org/10.1177/154405910208100705>
- Júnior, M. B. N., Nóbrega, F. J. O., Fernandes, E. C., Andrade, M. F., Oliveira, C. C. A., Filho, A. E. F., & Santos, P. B. D. (2021). Impacto da doença periodontal na qualidade de vida: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(3), 1-15. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13160/11881/173569>
- Kawar, N., Gajendrareddy, P. K., Hart, T. C., Nouneh, R., Maniar, N., & Alrayyes, S. (2011). Periodontal Disease for the Primary Care Physician. *Disease-a-Month*, 57(4), 174-183. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2011.03.003>
- Kinane, D. F., Stathopoulou, P. G., & Papapanou, P. N. (2017). Periodontal diseases. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 1-14. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.38>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Lang, N. P., & Bartold, P. M. (2018). Periodontal health. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(20), 9-16. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12936>
- Libório-Lago, C. C., Camelier, F. W. R., Santos, C. O., Coutinho, M. R., Bittencourt, S., & Camelier, A. A. (2018). Associação entre a doença periodontal e a doença pulmonar obstrutiva crônica: uma revisão de literatura. *Journal of Dentistry & Public Health*, 9(2), 121-134. <https://doi.org/10.17267/2596-3368dentistry.v9i2.1845>
- Lindhe, J., & Lang, N. P. (2015). *Clinical Periodontology and Implant Dentistry* (6^a ed.). Wiley-Blackwell. <https://www.wiley.com/en-cg/Clinical+Periodontology+and+Implant+Dentistry%2C+2+Volume+Set%2C+6th+Edition-p-9780470672488>
- Lindhe, J., Lang, N. P., & Karring, T. (2010). *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral* (5^a ed.). Guanabara Koogan LTDA. <https://docero.com.br/doc/exxvxx>

- Lobato, J. C. R. F. (2016). *Aplicação de ácido hialurónico no tratamento não cirúrgico da periodontite* [Master's thesis, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz]. Repositório Comum do Instituto Universitário Egas Moniz. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17492/1/Lobato_Joana_Cristina_Rico_Farto.pdf
- Locker, D., Jokovic, A., Stephens, M., Kenny, D., Tompson, B., Guyatt, G. (2002). Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30(6), 438-448. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2002.00015.x>
- Löe, H. (1967). The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems. *The Journal of Periodontology*, 38(6), 610-616. <https://doi.org/10.1902/jop.1967.38.6.610>
- Löe, H., Anerud, A., Boysen, H., & Morrison, E. (1986). Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *Journal of Clinical Periodontology*, 13(5), 431-445. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.1986.tb01487.x>
- Lopes, P. C. L. (2013). *Qualidade de vida em saúde: Evidência para Portugal* [Master's thesis, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Institucional do Instituto Universitário de Lisboa. <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6984/1/Disserta%20a7%20a3o%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20EM%20SA%20aDE%20%20evid%20aancia%20para%20Portugal.pdf>
- Medeiros, G. V. P., & Dias, K. S. P. A. (2018). A influência do tabagismo na doença periodontal: uma revisão de literatura. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(40), 470-479. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1136/1639>
- Menezes, M. L. F. V., Macedo, Y. V. G., Ferraz, N. M. P., Matos, K. F., Pereira, R. O., Fontes, N. M., Batista, M. I. H. M., & Paulino, M. R. (2020). A importância do controle do biofilme dentário: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (55), 1-12. <https://doi.org/10.25248/reas.e3698.2020>
- Murakami, S., Mealey, B. L., Mariotti, A., & Chapple, I. L. C. (2018). Dental plaque-induced gingival conditions. *Journal of Periodontology*, 89(1), 17-27. <https://doi.org/10.1002/JPER.17-0095>
- Negrato, C. A., & Tarzia, O. (2010). Buccal alterations in diabetes mellitus. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2(3), 1-11. <http://doi.org/10.1186/1758-5996-2-3>

- Negrato, C. A., Tarzia, O., Jovanović, L., & Chinellato, L. E. M. (2013). Periodontal disease and diabetes mellitus. *Journal of Applied Oral Science*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1590/1678-7757201302106>
- Oliveira, D. G. (2007). *Tradução, adaptação transcultural e validação do Child Perceptions Questionnaire 11-14, instrumento de qualidade de vida direcionado a adolescentes de 11 a 14 anos com alterações bucais* [Master's thesis, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Minas Gerais. https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ZMRO-78HHDY/1/disserta_o_final_entreguecpgo.pdf
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2017, março 20). *Programa cheque dentista já beneficiou mais de dois milhões e meio de utentes*. <https://www.ond.pt/2017/03/cheque-dentista-utentes/>
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2021, maio 12). *As doenças periodontais podem ser prevenidas*. <https://www.ond.pt/2021/05/doencas-periodontais-prevencao/>
- Page, L. A. F., Thomson, W. M., Jokovic, A., & Locker, D. (2008). Epidemiological evaluation of short-form versions of the Child Perception Questionnaire. *European Journal of Oral Sciences*, 116(6), 538-544. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2008.00579.x>
- Papapanou, P. N. (1996). Periodontal diseases: epidemiology. *Annals of Periodontology*, 1(1), 1-36. <https://doi.org/10.1902/annals.1996.1.1.1>
- Papapanou, P. N., Sanz, M., Buduneli, N., Dietrich, T., Feres, M., Fine, D. H., Flemmig, T. F., Garcia, R., Giannobile, W. V., Graziani, F., Greenwell, H., Herrera, D., Kao, R. T., Kebschull, M., Kinane, D. F., Kirkwood, K. L., Kocher, T., Kornman, K. S., Kumar, P. S., ... & Tonetti, M. S. (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 Clinical Periodontology*, 45(20), 162-170. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12946>
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R.G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249-260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
- Peter, S. (2007). *Essentials Of Preventive and Community Dentistry* (3ª ed.). Arya Medi Publishing House Pvt. Ltd.

- Petersen, P. E., & Ogawa, H. (2012). The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontology* 2000, 60(1), 15–39. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2011.00425.x>
- Petersen, P. E., Baez, R. J., & World Health Organization. (2013). Oral Health Surveys: Basic Methods (5^a ed.). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97035>
- Piecha, M. C. R., Silva, C. F., Silveira, T. M., & Pola, N. M. (2020). Relação bidirecional entre doença periodontal e o diabetes mellitus – revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (48), 1-8. <https://doi.org/10.25248/reas.e3263.2020>
- Ramfjord, S. P. (1959). Indices for Prevalence and Incidence of Periodontal Disease. *The Journal of Periodontology*, 30(1), 51-59. <https://doi.org/10.1902/jop.1959.30.1.51>
- Rojas, F. E., & Fernández, V. F. (2009). *Manual de Higiene Bucal* (1^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Rozan, C. (2017). *La gravedad de la maloclusión y la calidad de vida en la salud oral en una población adolescente* [Doctoral dissertation, Universidad de Sevilla]. Repositório Institucional da Universidade de Sevilha. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/76580/Tesis%20doctoral%20Cecilia%20Roz%20c3%a1n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sala, E. C. & García, P. B. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones* (4^a ed.). Elviesier España. https://www.academia.edu/26941287/Odontologia_Preventiva_y_Comunitaria_Principios_booksmedicos
- Serviço Nacional de Saúde 24. (2021, setembro 14). *Pedir cheques-dentista*. <https://www.sns24.gov.pt/servico/boletim-de-saude-oral/#sec-1>
- Silness, J., & Løe, H. (1964). Periodontal Disease in Pregnancy II. Correlation between Oral Hygiene and Periodontal Condition. *Acta Odontologica Scandinavica*, 22(1) 121-135. <https://doi.org/10.3109/00016356408993968>
- Silva, M. C. L., Diz-Iglesias, P., Seoane-Romero, J. M., Quintas, V., Méndez-Brea, F., & Varela-Centelles, P. (2017). Update in family medicine: Periodontal disease. *Semergen – Medicina de Família*, 43(2), 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.02.005>
- Simpson, T. C., Weldon, J. C., Worthington, H. V., Needleman, I., Wild, S. H., Moles, D. R., Stevenson, B., Furness, S., & Iheozor-Ejiofor, Z. (2015). Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes mellitus.

- Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), 1-138.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004714.pub3>
- Slots, J. (2013). Periodontology: past, present, perspectives. *Periodontology 2000*, 62(1), 7-19. <https://doi.org/10.1111/prd.12011>
- Spezzia, S. (2020). Obesidade e doenças periodontais. *Brazilian Journal of Periodontology*, 30(3), 180-188.
http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2020/marco_junho/REVPE RIO%20MARCH-JUN-2020%20-%20COMPLETO%20ALTA%20RESOLU%C3%87%C3%83O%20-%2006-10-2020-178-186.pdf
- Spezzia, S. (2021). Doenças periodontais relacionadas com o consumo do álcool. *Revista Ciências e Odontologia*, 5(2), 83-91.
<http://revistas.icesp.br/index.php/RCO/article/download/1353/1258>
- Steffens, J. P., & Marcantonio, R. A. C. (2018). Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. *Revista de Odontologia Da UNESP*, 47(4), 189-197. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.04704>
- Stuani, V. T., Sant’Ana, A. C. P., Junior, L. A. V. S., & Santos, P. S. S. (2016). A relação entre doença periodontal e o câncer oral. *Revista Brasileira de Odontologia*, 73(3), 218-222. <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v73n3.p.218>
- Szatkho, F., Wierzbicka, M., Dybizbanska, E., Struzycha, I. & Iwanicha-Frannkowska, E., (2004). Oral health of Polish three-year-olds and mothers’ oral health-related knowledge. *Community Dental Health*, 21(2), 175-180.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15228208/>
- Teeuw, W. J., Gerdes, V. E. A., & Loos, B. G. (2010). Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 33(2), 421-427. <http://doi.org/10.2337/dc09-1378>
- 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. (2018). Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(20), 149-161.
<https://doi.org/10.1111/jcpe.12945>

- Torres, C. S. (2008). *Validação das formas curtas da versão brasileira do Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ 11-14)* [Marter's thesis, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Minas Gerais. https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ZMRO-7LKGAW/1/disserta_o_c_ntia_silva_torres.pdf
- Trombelli, L., Farina, R., Silva, C. O., & Tatakis, D. N. (2018). Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(20), 44-67. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12939>
- World Health Organization. (2021). *WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

IX. ANEXOS

Anexo 1 – Carta de Aprovação da Comissão de Ética da Egas Moniz

Comissão de Ética EGAS MONIZ



Proc. Interno nº 944

Ex.ma Senhora
Nadine Vieira Guerreiro

Monte de Caparica, 28 de janeiro de 2021.

Ex.ma Senhora,

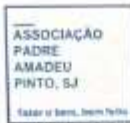
Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado **"A prevalência de gengivite e autoperceção da saúde oral numa população jovem do Centro juvenil e comunitário Padre Amadeu Pinto"**, foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Prof.ª Doutora Maria Fernanda de Mesquita

Anexo 2 – Carta de Aprovação do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto



Documento de Autorização

A Associação Padre Amadeu Pinto autoriza os investigadores do Instituto Universitário Egas Moniz, Campus Universitário (IUEM), a realizar o estudo Tutorial do Projeto Final do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, intitulado "A Prevalência de Gengivite e Autoperceção da Saúde Oral numa População Jovem do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto" nas suas instalações.

Autoriza a recolha de dados em adolescentes que frequentam a Associação Padre Amadeu Pinto, cuja faixa etária está compreendida entre 11-14 anos, consentidos pelos encarregados de educação.

Almada, 08 de Janeiro de 2020

ASSOCIAÇÃO PADRE AMADEU PINTO, SJ
Rua do Lago, nº 1 P/C - 1.º, 2.º, 3.º, 4.º, 5.º, 6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º, 11.º, 12.º, 13.º, 14.º, 15.º, 16.º, 17.º, 18.º, 19.º, 20.º, 21.º, 22.º, 23.º, 24.º, 25.º, 26.º, 27.º, 28.º, 29.º, 30.º, 31.º, 32.º, 33.º, 34.º, 35.º, 36.º, 37.º, 38.º, 39.º, 40.º, 41.º, 42.º, 43.º, 44.º, 45.º, 46.º, 47.º, 48.º, 49.º, 50.º, 51.º, 52.º, 53.º, 54.º, 55.º, 56.º, 57.º, 58.º, 59.º, 60.º, 61.º, 62.º, 63.º, 64.º, 65.º, 66.º, 67.º, 68.º, 69.º, 70.º, 71.º, 72.º, 73.º, 74.º, 75.º, 76.º, 77.º, 78.º, 79.º, 80.º, 81.º, 82.º, 83.º, 84.º, 85.º, 86.º, 87.º, 88.º, 89.º, 90.º, 91.º, 92.º, 93.º, 94.º, 95.º, 96.º, 97.º, 98.º, 99.º, 100.º
2825-011 Alcaniça Caparica
NIPC: 515 146 404

Gonçalo Machado, SJ
Presidente da Direção

Anexo 3 – Carta de Apresentação aos Encarregados de Educação

A Prevalência de Gengivite e Autoperceção da Saúde Oral numa População Jovem do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto

Carta de apresentação para Sr. (Sr.ª) Encarregado de Educação

Fevereiro, 2021

Prezada mãe, pai e/ou responsável encarregado de educação,

Temos como objetivo avaliar a prevalência de gengivite na população que frequenta o Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto, com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos, incidindo sobre a sua autoperceção relativamente à qualidade de vida.

Este estudo consiste na seguinte participação:

- Participar no estudo "A Prevalência de Gengivite e Autoperceção da Saúde Oral numa População Jovem do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto"
- Responder a um questionário pelos encarregados de educação, que permite avaliar as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça, nível educacional, rendimento familiar, entre outros).
- Responder a um questionário pela população que frequenta o Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto, que permite avaliar a autoperceção da qualidade de vida (CPQ).
- Ser observado na cavidade oral da população que frequenta o Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto, com recurso a material básico de observação (sonda periodontal comunitária, espelho e pinça).

Poderá se o desejar, ficar a saber qual o estado da saúde oral do seu filho (a), no que diz respeito à gengivite.

O exame clínico, oral, dos jovens, será realizado no próprio Centro Comunitário e Juvenil, assim como o questionário a aplicar aos jovens, sendo a observação feita individualmente com duração de 15 minutos, não afetando o funcionamento e em estrita colaboração com a Direção do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto.

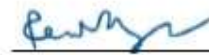
Junto enviamos um consentimento de participação e um questionário (aos pais ou aos responsáveis) que responderão, e que posteriormente será recolhido através do seu filho (a).

Não haverá ónus e nenhuma despesa financeira para a instituição ou para os responsáveis dos jovens.

Muito Obrigada pela sua colaboração. Ela é imprescindível.

Cecília Rozan

Investigadora Principal



Anexo 4 – Consentimento Informado



Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_03

Monte de Caparica, 20 de Janeiro de 2021

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projeto Final do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Cecília Rozan, solicita-se autorização para a participação no "A Prevalência de Gengivite e Autoperceção da Saúde Oral numa População Jovem do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto" à população do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto com o objetivo de avaliar o estado de higiene oral e a prevalência de gengivite na população que frequenta a instituição em estudo, incidindo sobre a sua autoperceção relativamente à qualidade de vida, que consiste na seguinte participação:

- Participar no estudo "A Prevalência de Gengivite e Autoperceção da Saúde Oral numa População Jovem do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto"
- Responder a um questionário pelos encarregados de educação, que permite avaliar as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça, nível educacional, rendimento familiar, entre outros).
- Responder a um questionário pela população que frequenta o Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto, que permite avaliar a autoperceção da qualidade de vida (CPQ).
- Ser observado na cavidade oral da população que frequenta o Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto, com recurso a material básico de observação (sonda periodontal comunitária, espelho e pinça).

O estudo tem dois momentos de avaliação. O primeiro momento consiste no preenchimento do questionário pelos encarregados de educação, cuja duração é de 7 minutos. O segundo momento, é destinado à população que frequenta a instituição Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto e tem uma duração de aproximadamente 15 minutos, distribuídos da seguinte forma: 5 minutos para o preenchimento do questionário e 10 minutos para a observação da cavidade oral.



Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_03

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

Este estudo pode trazer benefícios tais como perceber o impacto da gengivite no quotidiano da população jovem em estudo ao progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(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)

Anexo 5 – Questionário



Questionário nº: _____

Data: ____/____/____

Questionário:

A Prevalência de Gengivite e Autoperceção da Saúde Oral numa População Jovem do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto

No âmbito do Projeto Final do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, do Instituto Universitário Egas Moniz, solicito a sua participação no estudo “A Prevalência de Gengivite e Autoperceção da Saúde Oral numa População Jovem do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto” através da realização do seguinte questionário.

Obrigada pela sua colaboração.

Grupo A - Variáveis Sociodemográficas

(A ser respondido pelo encarregado de educação)

1. Idade do responsável (anos): _____

2. Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

3. Etnia: ☐ Caucasiana ☐ Negra ☐ Outra

4. Número de filhos: _____

5. Qual é o grau de parentesco:

☐ Mãe

☐ Pai

☐ Irmão (ã)

☐ Avós

☐ Outro _____

6. Estado Civil

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a) / União de facto

☐ Divorciado(a) / Separado(a) de facto

☐ Viúvo(a)

7. Nível de Escolaridade:

☐ Não sabe ler nem escrever

☐ Sabe ler e escrever

☐ 1º Ciclo (4º ano)

☐ 2º Ciclo (6º ano)

☐ 3º Ciclo (9º ano)

☐ Ensino Secundário (12º ano)

☐ Ensino Superior

☐ Pós-Graduação

☐ Não sabe / Não responde

8. Rendimento Familiar Mensal:

☐ Menos de 1 salário mínimo nacional

☐ Entre 1 e 2 salários mínimos nacionais

☐ Entre 2 e 4 salários mínimos nacionais

☐ Mais de 4 salários mínimos nacionais

☐ Não sabe / Não responde

9. Situação Profissional:

☐ Estudante

☐ Empregado(a)

☐ Desempregado(a)

☐ Reformado(a)

☐ Não sabe / Não responde

Questionário:

A Prevalência de Gengivite e Autoperceção da Saúde Oral numa População Jovem do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto

No âmbito do Projeto Final do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, do Instituto Universitário Egas Moniz, solicito a sua participação no estudo "A Prevalência de Gengivite e Autoperceção da Saúde Oral numa População Jovem do Centro Juvenil e Comunitário Padre Amadeu Pinto" através da realização do seguinte questionário. Obrigada pela sua colaboração.

Grupo B - Hábitos de Higiene Oral

1. Idade (anos): _____
2. Género: ☐ Feminino ☐ Masculino
3. Escovagem dos dentes
 - ☐ Nunca
 - ☐ Às vezes
 - ☐ Uma vez por dia
 - ☐ Duas ou mais vezes por dia
4. Uso de flúor
 - ☐ Dentífrico ☐ Solução bochecho
 - ☐ Outro. Qual? _____
5. Última visita ao dentista
 - ☐ Há menos de um ano
 - ☐ Há mais de um ano
6. Motivo da última visita ao dentista
 - ☐ Rotina
 - ☐ Limpeza
 - ☐ Tratar um dente
 - ☐ Tirar um dente
 - ☐ Outro. Qual? _____
7. Usa o Cheque-dentista ☐ Sim ☐ Não

Questionário de Saúde Oral

Olá. Obrigada por nos ajudar no nosso estudo.
Este estudo está a ser realizado para compreender melhor os problemas que as crianças podem ter causados pelos seus dentes, boca, lábios e maxilares. Respondendo às perguntas, pode ajudar-nos a aprender mais sobre as experiências de pessoas jovens.

POR FAVOR, LEMBRE-SE:

- Não escreva o seu nome no questionário;
- Isto não é um teste e não existem respostas certas ou erradas;
- Responda sinceramente no que puder. Não fale com ninguém sobre as perguntas enquanto estiver a respondê-las. As suas respostas são sigilosas, ninguém irá vê-las;
- Leia cada questão cuidadosamente e pense nas suas experiências nos últimos 3 meses quando for respondê-las.
- Antes de responder, pergunte a si mesmo: "Isto acontece comigo devido a problemas com os meus dentes, lábios, boca ou maxilares?"
- Coloque um (X) no espaço da resposta que corresponde melhor à sua experiência.

Secção 1: Saúde Oral e Bem-Estar Geral

1. Acha que a saúde dos seus dentes, lábios, maxilares e boca é:
☐ Excelente
☐ Muito boa
☐ Boa
☐ Mais / Menos
☐ Má
☐ Não entendo/Não percebo
☐ Não sabe / Não responde
2. Até que ponto a condição dos seus dentes, lábios, maxilares e boca afetam a sua vida em geral?
☐ De forma nenhuma
☐ Um pouco
☐ Mais / Menos
☐ Muito
☐ Muitíssimo
☐ Não entendo/Não percebo
☐ Não sabe / Não responde

Secção 2: As perguntas seguintes tratam os sintomas e desconforto que pode apresentar devido às condições dos seus dentes, lábios, boca e maxilares.

Nos últimos 3 meses, com que frequência teve?

3. Dor nos dentes, lábios, maxilares ou boca?
☐ Nunca
☐ Uma ou duas vezes
☐ Algumas vezes
☐ Frequentemente
☐ Todos os dias ou quase todos os dias
☐ Não entendo/Não percebo
☐ Não sabe / Não responde
4. Feridas na boca?
☐ Nunca
☐ Uma ou duas vezes
☐ Algumas vezes
☐ Frequentemente
☐ Todos os dias ou quase todos os dias
☐ Não entendo/Não percebo
☐ Não sabe / Não responde
5. Mau hálito?
☐ Nunca
☐ Uma ou duas vezes
☐ Algumas vezes
☐ Frequentemente
☐ Todos os dias ou quase todos os dias
☐ Não entendo/Não percebo
☐ Não sabe / Não responde
6. Restos de alimentos presos dentro ou entre os dentes?
☐ Nunca
☐ Uma ou duas vezes
☐ Algumas vezes
☐ Frequentemente
☐ Todos os dias ou quase todos os dias
☐ Não entendo/Não percebo
☐ Não sabe / Não responde

Nos últimos 3 meses, com que frequência isso aconteceu por causa dos seus dentes, lábios, maxilares e boca?

7. Demorou mais que os outros para terminar a sua refeição?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma ou duas vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐ Não entendo/Não percebo
- ☐ Não sabe / Não responde

8. Dificuldade em morder ou mastigar alimentos como maçãs, maçaroca de milho ou carne?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma ou duas vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐ Não entendo/Não percebo
- ☐ Não sabe / Não responde

9. Dificuldades para dizer algumas palavras?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma ou duas vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐ Não entendo/Não percebo
- ☐ Não sabe / Não responde

10. Dificuldades para beber ou comer alimentos quentes ou frios?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma ou duas vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐ Não entendo/Não percebo
- ☐ Não sabe / Não responde

Secção 3: As perguntas seguintes tratam os efeitos que as condições dos dentes, lábios, boca e maxilares podem ter sobre os seus sentimentos e as suas atividades diárias.

Já experienciou esse sentimento por causa dos seus dentes, lábios, maxilares ou boca nos últimos 3 meses?

Se já se sentiu desta forma por outro motivo, responda "Nunca".

11. Ficou irritado(a) ou frustrado(a)?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma ou duas vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐ Não entendo/Não percebo
- ☐ Não sabe / Não responde

12. Ficou tímido, constrangido ou com vergonha?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma ou duas vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐ Não entendo/Não percebo
- ☐ Não sabe / Não responde

13. Ficou chateado?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma ou duas vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐ Não entendo/Não percebo
- ☐ Não sabe / Não responde

14. Ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre os seus dentes, lábios, boca ou maxilares?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma ou duas vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐ Não entendo/Não percebo
- ☐ Não sabe / Não responde

15. Evitou sorrir ou dar gargalhadas quando está com outras crianças?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma ou duas vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐ Não entendo/Não percebo
- ☐ Não sabe / Não responde

16. Discutiu com outras crianças ou pessoas da sua família?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma ou duas vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐ Não entendo/Não percebo
- ☐ Não sabe / Não responde

Nos últimos 3 meses, por causa dos seus dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:

17. Outras crianças aborreceram-lhe ou chamaram-lhe apelidos?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma ou duas vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐ Não entendo/Não percebo
- ☐ Não sabe / Não responde

18. Outras crianças fizeram-lhe perguntas sobre os seus dentes, lábios, maxilares e boca?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma ou duas vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐ Não entendo/Não percebo
- ☐ Não sabe / Não responde

Obrigada por nos ajudar!

Anexo 6 - Índice de Placa e Índice Gengival



Número: _____

Data: ____/____/____

Anexo 1 - Índice de Placa e Índice Gengival

Índice de Placa de Silness e Loë Simplificado (IP6)

18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28
D															
V															
M															
P															
L															
D															
M															
V															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

Código	Critério
0	Ausência de placa na zona gengival
1	Ausência de placa bacteriana visível a olho nu, no entanto há presença de uma fina película de placa bacteriana aderida à margem gengival livre e à área adjacente do dente. Só é visível passando com a sonda na superfície do dente ou utilizando revelador de placa bacteriana
2	Acumulação moderada de placa visível a olho nu
3	Acumulação abundante de placa visível a olho nu, presente na margem gengival ou na superfície do dente, podendo haver presença de tártaro

Índice Gengival de Silness e Loë Reduzido (IG-r)

18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28
D															
V															
M															
P															
L															
D															
M															
V															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

Código	Critério
0	Gengiva sã. Não apresenta inchaço, alteração de cor nem hemorragia à sondagem
1	Ligeira inflamação. Apresenta ligeiro edema e ligeira alteração de cor, embora sem hemorragia à sondagem
2	Inflamação moderada. Apresenta edema e vermelhidão moderados, com hemorragia à sondagem
3	Inflamação acentuada. Apresenta edema, ulceração, vermelhidão acentuada e tendência a hemorragia espontânea