

AVALIAÇÃO DO PERFIL PERIODONTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EM CLÍNICA ESCOLA ENTRE OS ANOS DE 2014 A 2017

EVALUATION OF THE PERIODONTAL PROFILE OF PATIENTS ATTENDED IN SCHOOL CLINIC BETWEEN THE YEARS 2014 TO 2017

Pedro Henrique Rodrigues de Vasconcelos¹, Camilla Karoline de Carvalho Beckman², Liana Linhares Lima Serra³

Resumo

Introdução: Infecções ocasionadas por diversos tipos de microrganismos e com etiologia variável, as patologias periodontais são consideradas as principais causas da perda dentária e exercem influência significativa na qualidade de vida dos indivíduos. **Objetivo:** Traçar um perfil periodontal dos pacientes atendidos em clínica escola. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo por meio da análise de fichas clínicas do arquivo de prontuários do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão. Foram incluídas 359 fichas, que formaram a amostra do presente estudo. **Resultados:** Durante a caracterização da amostra, observou-se que a maioria era do gênero feminino; encontravam-se na faixa etária entre 20 - 49 anos (66,6%); e nunca haviam fumado. Além disso, foram verificados os hábitos de higiene; a presença de comorbidades e o diagnóstico periodontal, encontrando-se que a maioria dos pacientes relatava realizar a escovação dental três ou mais vezes ao dia; uso do fio dental pelo menos uma vez ao dia; uma alta frequência da hipertensão arterial (12,5%) e diabetes mellitus (7,5%); e a maior parcela dos pacientes apresentava a gengivite (40,1%). **Conclusão:** O perfil periodontal dos pacientes foi marcado pela prevalência da doença periodontal gengivite.

Palavras-chave: Doenças Periodontais. Perfil de Saúde. Periodontia.

Abstract

Introduction: Infections caused by different types of microorganisms and with variable etiology, periodontal pathologies are considered the main causes of tooth loss and have a significant influence on the quality of life of individuals. **Objective:** to do a periodontal profile of the patients seen at school clinic. **Methods:** Retrospective observational study through the analysis of clinical files from the medical records file of the Dentistry Course at the Federal University of Maranhão. 359 records were included, which formed the sample of the present study. **Result:** During the characterization of the sample, it was observed that the majority were female; were in the age group between 20 - 49 years (66.6%); and had never smoked. In addition, hygiene habits were checked; the presence of comorbidities and periodontal diagnosis, finding that most patients reported performing tooth brushing three or more times a day; flossing at least once a day; a high frequency of arterial hypertension (12.5%) and diabetes mellitus (7.5%); and most patients had gingivitis (40.1%). **Conclusion:** The periodontal profile of patients seen at the UFMA Dentistry course was marked by the prevalence of gingivitis periodontal disease.

Keywords: Periodontal Diseases. Health Profile. Periodontics.

Introdução

Patologias periodontais são infecções com diversos tipos de microrganismos deletérios. Sua etiologia se baseia em um conjunto de fatores correlacionados, que podem ser agrupados em: determinante (biofilme dental); predisponentes (fatores que facilitam o acúmulo de bactérias); modificadores (tabaco, alcoolismo, entre outros); iatrogênicos e a condição sistêmica do paciente, ao considerar a presença de doenças e o estado do organismo¹.

A periodontite entre diferentes populações, é descrita com uma taxa de 50% dentre os cidadãos europeus²; 98% dentre a população chilena adulta, com idade superior a 65 anos; e de 47% e 70%, nos indivíduos acima de 30 anos e acima de 65 anos, respectivamente, nos Estados Unidos. Expondo como condições de risco a raça; o sexo; a renda e o nível educacional³.

As patologias relacionadas aos tecidos periodontais ocorrem devido ao acúmulo de microrganismos patogênicos colonizadores das superfícies dentais, os quais são altamente prejudiciais à saúde gengi-

val e, ao serem mantidos na cavidade bucal, progredem a um quadro de inflamação tecidual⁴. Sendo eles a *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Actinomycesactino cetomicomitans* e *Prevotella intermédia*, todos gram-negativos⁵. Estes microrganismos acometem a gengiva; cemento radicular; ligamento periodontal e osso alveolar, os quais correspondem aos tecidos de proteção e sustentação dentária, através da dispersão de citotoxinas, endotoxinas e enzimas, que originam a inflamação e induzem à destruição do ligamento periodontal e a perda do osso alveolar, com consequente mobilidade e perda do elemento dentário⁶.

Contudo, os danos causados pela doença estão relacionados à própria resposta protetora do paciente, tendo em vista que linfócitos, macrófagos e neutrófilos (células constituintes do sistema imunológico) são observados. Essa resposta imunológica determinará o grau de destruição tecidual⁷, havendo uma relação entre os níveis da Proteína C reativa e da Interleucina - 6 com as doenças periodontais, as quais ocasionam um aumento nos níveis desses marcadores inflamató-

¹ Curso de Odontologia. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria. Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP-UNICAMP.

³ Docente do Curso de Odontologia. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Contato: Liana Linhares Lima Serra. E-mail: lianall@hotmail.com

rios. No entanto, após o tratamento periodontal uma redução pode ser observada⁸.

As doenças periodontais, juntamente com a cárie dentária, são tidas como as principais causas da perda dentária, sendo classificadas como as doenças de maior influência na qualidade de vida do indivíduo. Entretanto, essa influência está diretamente relacionada à gravidade da doença⁹. Além da influência na qualidade de vida, as desordens na cavidade oral também apresentam um prejuízo físico e psicossocial, devido à presença de sensação dolorosa; pelo incômodo e consequente prejuízo na alimentação; e pela redução do rendimento e/ou qualidade das atividades diárias¹⁰.

Dessa forma, a identificação da frequência de ocorrência das doenças periodontais nesse meio é importante, pois facilita o atendimento do paciente, desde o acolhimento até a finalização do tratamento proposto, e auxilia os gestores das instituições educacionais a aprimorarem os programas de graduação, tornando-os mais qualificados e personalizados, de acordo com o perfil observado nos pacientes¹¹.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi traçar o perfil periodontal dos pacientes atendidos na clínica escola de periodontia do curso de odontologia da Universidade Federal do Maranhão, considerando-se que a condição periodontal pode ser um fator de risco e/ou de agravamento de diversas condições sistêmicas.

Métodos

Estudo observacional retrospectivo por meio da análise de ficha clínicas pertencentes ao arquivo de prontuários do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão.

A amostra do estudo incluiu 356 fichas de pacientes de ambos os sexos, maiores de 10 anos que foram atendidos nas Clínicas II e III do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão no período de 2014 a 2017. A coleta de dados foi realizada por meio de investigação em fichas dos exames periodontais com questões referentes ao periograma, índices de placa visível e sangramento gengival.

As fichas foram preenchidas pelos discentes durante o exame clínico de rotina das disciplinas da graduação, utilizando espelho clínico e sonda milimetrada, sendo registados os maiores valores obtido em cada uma das seguintes regiões: disto-vestibular, centro-vestibular, méso-vestibular, disto-lingual, centro-lingual e méso-lingual, de todos os dentes presentes. O exame periodontal incluiu os seguintes parâmetros clínicos e índices: Profundidade de sondagem (PS): distância em milímetros da margem gengival ao fundo da bolsa periodontal; Nível de inserção clínico (NIC): distância em milímetros da junção amelocementária ao fundo da bolsa periodontal; Índice de sangramento gengival (ISG): percentual de sítios com presença de sangramento gengival, considerando os seis sítios por dente; Índice de placa visível (IPV): percentual de faces dentais com presença de placa dental, considerando vestibular, lingual, mesial e distal. O diagnóstico de Doença Periodontal foi estabelecido de acordo com a presença e a gravidade da doença periodontal, seguindo os critérios clínicos estabelecidos pela American Academy of Periodontology¹² em saúde, gengivite,

periodontite leve, moderada e avançada.

As principais variáveis de exposição foram extraídas das fichas clínicas e do exame físico bucal. Sendo elas: faixa etária, sexo, presença de comorbidades (hipertensão, diabetes, alterações respiratórias, e etc.); o tabagismo; os hábitos de higiene bucal (escovação, fio dental, solução antisséptica); os hábitos para-funcionais; os fatores retentivos de biofilme e o histórico odontológico.

Os dados foram analisados pelo software SPSS versão 18.0 (IBM, Chicago, IL). O desfecho foi representado pela condição periodontal, processada como variável categórica ordinal (saúde, gengivite, periodontite leve, periodontite moderada e periodontite avançada) ou como variável nominal dicotômica (ausência ou presença de periodontite). As variáveis de exposição englobaram os fatores demográficos; a presença de hábitos e comorbidades; o padrão de higiene bucal e algumas variáveis coletadas durante o exame físico bucal.

Inicialmente foi realizada a estatística descritiva utilizando medidas de frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio-padrão. Gráficos de barras foram utilizados para representar os dados categóricos. Os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher utilizados na análise comparativa entre categorias de exposições e desfecho. A medida OR (odds ratio) foi utilizada para estimar a associação com a presença de periodontite. O coeficiente de correlação de Spearman (rs) foi utilizado para estimar a relação da faixa etária, IPV e ISG com o grau de comprometimento periodontal.

Além disso, três modelos de regressão linear múltiplo foram construídos para estimar o coeficiente de determinação múltiplo (R²) e coeficiente de regressão de cada fator (β) para a variação do grau de comprometimento periodontal. Foram incluídas neste modelo apenas as variáveis que apresentaram valor de probabilidade (P) menor que 0,20 na análise bruta não ajustada em cada nível de forma hierarquizada. Os fatores gerais (nível distal) foram ajustados apenas o mesmo nível; os fatores de higiene bucal (nível médio) foram ajustados pelos fatores do mesmo nível e nível distal; enquanto que os fatores inflamatórios (nível proximal) foram ajustados para todos os fatores. O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (parecer nº 2.290.047).

Resultados

Neste estudo foram analisados 356 prontuários de pacientes com média de idade de 37,3 \pm 14,9 anos. A maioria era do gênero feminino, na faixa etária entre 20 a 49 anos (66,6%) e relataram não ser fumantes (77,4%). Em relação às comorbidades, as com maiores frequências foram a hipertensão arterial (12,5%) e a diabetes mellitus (7,5%) (Tabela 1).

Em relação aos hábitos bucais, a maioria dos pacientes relatava escovar os dentes três (3) ou mais vezes ao dia e usar o fio dental, pelo menos, uma (1) vez ao dia. No entanto, quando questionados sobre o uso de solução antisséptica, apenas pouco mais de 30% faziam uso. A presença de fatores retentivos de

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes atendidos em clínica escola. Curso de Odontologia. Universidade Federal do Maranhão. São Luís. 2014-2017.

Variáveis	n	%
Gênero		
Feminino	245	68,2
Masculino	114	31,8
Faixa etária		
10 a 19 anos	42	11,7
20 a 29 anos	86	24,0
30 a 39 anos	73	20,3
40 a 49 anos	80	22,3
50 a 59 anos	47	13,1
60 anos ou mais	31	08,6
Tabagismo		
Não fumante	278	77,4
Ex-fumante	52	14,5
Atual fumante	29	08,1
Relato de comorbidades		
Hipertensão arterial	45	12,5
Diabetes mellitus	27	07,5
Doenças respiratórias	8	02,2
Osteoporose	6	01,7
Portador de VHB ou VHC	5	01,4
Portador de HIV	4	01,1
Doença renal crônica	1	00,3
Epilepsia	1	00,3

VHB = vírus da hepatite B. VHC = vírus da hepatite C. HIV = vírus da imunodeficiência humana.

placa e de hábitos parafuncionais, demonstraram como mais detectados: raiz residual; cavidade de cárie; cálculo dental; roer unha e apertar e/ou ranger os dentes (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos hábitos e das condições bucais dos pacientes atendidos em clínica escola. Universidade Federal do Maranhão. São Luís. 2014-2017.

Variáveis	n	%
Frequência diária da escovação dental		
1 vez ao dia	12	03,3
2 vezes ao dia	111	31,0
3 ou mais vezes ao dia	236	65,7
Frequência diária do uso do fio dental		
Não usa	121	33,7
1 vez ao dia	154	42,9
2 vezes ao dia	50	13,9
3 vezes ao dia	34	09,5
Uso de solução antisséptica bucal		
Não	241	67,1
Sim	118	32,9
Relato de halitose		
Não	240	66,8
Sim	119	33,2
Presença de fatores retentivos de biofilme dental		
Raiz residual/ cavidade de cárie	65	18,1
Cálculo dentário	44	12,3
Prótese ou restauração mal adaptada	24	06,7
Apinhamento dental	9	02,5
Aparelho ortodôntico	1	00,3
Relato de hábitos parafuncionais		
Roer unhas	61	17,0
Apertar e/ou ranger os dentes	60	16,7
Morder lápis ou caneta	15	04,2
Chupar o dedo	2	00,6
Outros	22	06,1

Ao verificar os fatores relacionados a saúde periodontal relatada pelos pacientes, pode-se observar baixa prevalência de sangramento gengival de rotina (35,9%); tratamentos periodontais prévios (76,0%) e mobilidade dentária (17,3%). Ademais, em relação ao exame clínico, pode-se observar que a maior parcela dos pacientes (49,9%) se encontrava com elevado índice de placa visível (na faixa de 51 a 80%), porém 42,9% dos pacientes apresentavam moderado sangramento gengival (na faixa de 11-30%). E por fim, a análise do grau de comprometimento periodontal, principal variável do estudo, observou que as categorias com maiores frequências foram gengivite, periodontite avançada e periodontite leve (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da condição periodontal dos pacientes atendidos em clínica escola. Universidade Federal do Maranhão. São Luís. 2014-2017.

Variáveis	n	%
Relato de sangramento gengival		
Não	230	64,1
Sim	129	35,9
Já realizou tratamento periodontal anteriormente		
Sim	86	24,0
Não	273	76,0
Mobilidade dental		
Ausência	297	82,7
Presente	62	17,3
Índice de placa visível (IPV)		
Até 25%	18	05,0
26 a 50%	52	14,5
51 a 80%	179	49,9
Maior que 80%	110	30,6
Índice de sangramento gengival (ISG)		
Até 10%	91	25,4
11 a 30%	154	42,9
31 a 60%	89	24,8
Maior que 60%	25	06,9
Diagnóstico periodontal		
Saúde periodontal	25	07,0
Gengivite	144	40,1
Periodontite leve	60	16,7
Periodontite moderada	57	15,9
Periodontite avançada	73	20,3

A hipertensão arterial (OR = 2,15; IC95% = 1,10-4,21) e sangramento gengival (OR = 2,55; IC95% = 1,62-4,00) apresentaram uma associação de risco para a presença de periodontite, enquanto que o uso de fio dental uma (1) vez (OR = 0,43; IC95% = 0,26-0,71) e a escovação, pelo menos, três (3) vezes ao dia (OR = 0,41; IC95% = 0,20-0,84) apresentaram uma associação de proteção contra a periodontite (Tabela 4).

Por fim, com intuito da redução de viés de confundimento, verificou-se por meio de análise multivariada a relação entre os fatores etiológicos e o comprometimento periodontal, encontrando-se uma forte associação com relação a faixa etária; o índice de placa visível (IPV); presença de sangramento rotineiro e o índice de sangramento gengival (ISG). Estimando-se que, no modelo completo, 35,89% do grau de comprometimento periodontal pôde ser determinado pela variação dos fatores incluídos no modelo (Tabela 5).

Tabela 4 - Análise de associação entre variáveis de exposição e a presença de periodontite em pacientes atendidos em clínica escola. Universidade Federal do Maranhão. São Luís. 2014-2017.

Variáveis de exposição	%**	OR [IC 95%]	p
Gênero			
Feminino	52,65	Ref.	
Masculino	53,51	1,03 [0,66-1,61]	0,969
Tabagismo			
Não fumante	51,44	Ref.	
Ex-fumante	63,46	1,23 [0,97-1,56]	0,149
Atual fumante	48,28	0,88 [0,40-1,89]	0,887
Hipertensão arterial			
Sim	68,89	2,15 [1,10-4,21]	0,032*
Não	50,64	Ref.	
Diabetes mellitus			
Sim	66,67	1,86 [0,81-4,26]	0,198
Não	51,81	Ref.	
Frequência da escovação dental			
1 vez ao dia	58,33	Ref.	
2 vezes ao dia	59,46	1,04 [0,31-3,50]	0,823
3 ou mais vezes ao dia	49,58	0,70 [0,21-2,27]	0,764
Frequência do uso do fio dental			
Não usa	64,46	Ref.	
1 vez ao dia	44,16	0,43 [0,26-0,71]	0,001*
2 vezes ao dia	50,00	0,55 [0,28-1,07]	0,112
3 vezes ao dia	55,88	0,41 [0,20-0,84]	0,022*
Uso de antisséptico bucal			
Sim	51,69	0,92 [0,59-1,44]	0,830
Não	53,53	Ref.	
Relato de halitose			
Sim	59,66	1,50 [0,96-2,34]	0,091
Não	49,58	Ref.	
Sangramento gengival			
Ausente	67,44	Ref.	
Presente	44,78	2,55 [1,62-4,00]	<0,001*

**Percentual de periodontite. OR = Odds ratio. IC95% = Intervalo de confiança a 95%. *Diferença estatisticamente significante pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher ($p < 0,05$)

Tabela 5 - Análise de regressão linear múltipla para o desfecho diagnóstico periodontal em pacientes atendidos em clínica escola. Universidade Federal do Maranhão. São Luís. 2014-2017.

Variáveis	Medida do modelo			
	R ²	p	β	p
Modelo 1 (gerais)	14,03%	<0,001*		
Faixa etária	-		0,34	<0,001*
Hipertensão arterial	-		0,04	0,834
Diabetes mellitus	-		-0,19	0,467
Tabagismo	-		-0,03	0,529
Modelo 2 (higiene bucal)	19,15%	<0,001*		
Uso de fio dental	-		-0,07	0,258
IPV	-		0,25	0,001*
Modelo 3 (inflamação)	35,89%	<0,001*		
Sangramento rotineiro fácil	-		0,39	0,001*
ISG	-		0,56	<0,001*

R² = coeficiente de determinação. β = coeficiente de regressão. *Medida estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

Discussão

A interrelação entre a presença de sangramento gengival, o aumento da profundidade de sondagem e a perda de inserção¹³ pôde ser corroborada pelo presente estudo a presença de sangramento gengival reconhecida como um fator de risco para o desenvolvimento da periodontite.

A avaliação das condições periodontais é necessária, pois as doenças periodontais apesar de estarem associadas à perda dentária, podem não ser facilmente reconhecidas pelos pacientes devido a ausência de dor¹⁴.

Além disso, durante análise do perfil dos pacientes pertencentes ao presente estudo, percebeu-se um predomínio do sexo feminino; sem histórico de fumo; na faixa etária entre 20 a 49 anos, semelhante a estudo anterior o qual observou uma maior prevalência na busca por atendimentos de serviços de saúde por indivíduos do sexo feminino¹⁵. Tal fato pode ser explicado devido à cultura de vínculo, ainda existente, entre o cuidado com a saúde e a fragilidade associada a mulheres, idosos e crianças. No entanto, a ausência de histórico de fumo, pode estar relacionada a exposição tardia ao tabaco e ao alto índice de mortalidade feminina devido ao câncer de pulmão^{16,17}.

As comorbidades mais frequentes relatadas neste estudo foram a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, podendo-se observar uma semelhança a estudo o qual relatou a prevalência de Hipertensão arterial e o maior comprometimento do sexo feminino¹⁸. Sendo necessária uma atenção redobrada a associação das doenças periodontais com as doenças sistêmicas, tais como a hipertensão arterial, visto que os patógenos podem migrar do sítio infeccionado para outras regiões do organismo através da corrente sanguínea e ocasionar o desprendimento das placas de ateroma¹⁹.

Quanto aos métodos de higiene oral, a maioria dos pacientes avaliados relatou o conhecimento de uma higienização bucal correta. Porém, o efeito desse conhecimento na condição clínica e os seus efeitos a longo prazo ainda são questionáveis²⁰. Isto fica evidente no presente estudo, pois ao verificarmos o Índice de Placa Visível (IPV) e o Índice de Sangramento Gengival (ISG) pode-se observar a maior prevalência de Gengivite, com inflamação da gengiva marginal, semelhante à relatada em um estudo com escolares que apresentavam uma má higiene oral²¹.

O tratamento proposto e necessário para as doenças periodontais, inicialmente, é a orientação de higiene bucal, que deve ser posta para todo e qualquer paciente; a raspagem supragengival e subgengival, onde nesta será realizado o alisamento da raiz do elemento dental; e o polimento da coroa do dente, visando remover a placa bacteriana contida nos elementos afetados²². Com indispensável realização da terapia longitudinal de controle do biofilme dental, por meio de consultas periódicas para avaliação e controle, constituindo a fase do tratamento de Manutenção Periódica Preventiva (MPP)²³.

Diante disso, observou-se que os pacientes atendidos na clínica escola da Universidade Federal do Maranhão apresentavam conhecimento das formas corretas de higienização bucal, porém com inadequada aplicação, ao se ter a gengivite como característica principal do perfil periodontal.

Como considerações, ressalta-se a importância da aplicação do conhecimento da higiene bucal à longo

prazo, como forma de prevenção da disseminação dos patógenos.

Referências

1. Matos GRM, Godoy MF. Influência do tabagismo no tratamento e prognóstico da doença periodontal. *Arq ciênc saúde*, 2011; 18(1): 55-58.
2. Román-Malo L, Bullon P. Influence of the periodontal disease, the most prevalent inflammatory event, in peroxisome proliferator-activated receptors linking nutrition and energy metabolism. *Int J Mol Sci*, 2017; 18(7): 1438-1451.
3. Michaud DS, Fu Z, Shi J, Chung M. Periodontal disease, tooth loss, and cancer risk. *Epidemiol Rev*, 2017; 39(1): 49-58.
4. Sreenivasan PK, Prasad KVV. Distribution of dental plaque and gingivitis within the dental arches. *J Int Med Res*, 2017; 45(5): 1585-1596.
5. Kim YJ, Moura LM, Caldas CP, Perozini C, Ruivo GF, Pallos D. Avaliação da condição e risco periodontal em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Einstein (Sao Paulo)*, 2017; 15(2): 173-177.
6. Oliveira CL, Santos KS, Fernandes Neto JA, Batista ALA, Medeiros CLSG, Catão MHCV. A eficácia da terapia fotodinâmica no tratamento periodontal não cirúrgico. *Arch Heal Investig*, 2017; 6(6): 275-279.
7. Silveira VRS, Alves APNN. Perfil celular e mediadores químicos na doença periodontal associada ao biofilme dental: revisão de literatura. *Periodontia*, 2009; 19(3): 73-79.
8. Vilela EM, Bastos JA, Fernandes N, Ferreira AP, Chaoubah A, Bastos MG. Treatment of chronic periodontitis decreases serum prohepcidin levels in patients with chronic kidney disease. *Clinics*, 2011; 66(4): 657-662.
9. Lopes MWF, Gusmão ES, Alves RV, Cimões R. Impacto das doenças periodontais na qualidade de vida. *RGO Revista Gaúcha Odontol*, 2011; 59: 39-44.
10. Liberatti GA, Mello BZF, Silva TC, Franco RM, Valarelli FP, Oliveira TM. Percepção dos pais no impacto da educação em saúde bucal na qualidade de vida de crianças pré-escolares. *Rev UNINGÁ*, 2016; 48(1): 84-89.
11. Silva BLR, Silva Neto MS, França DCC, Aguiar SMHCÁ. Perfil dos participantes do programa permanente de prevenção e diagnóstico precoce das doenças bucais, com ênfase no câncer de boca, no município de Curitiba-MT. *Arch Heal Investig*, 2017; 6(3): 141-144.
12. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS *et al.* A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Periodontol*, 2018; 89(Suppl 1): 1-8.
13. Lang NP, Joss A, Orsanic T, Gusberti FA, Siegrist BE. Bleeding on probing. A predictor for the progression of periodontal disease? *J Clin Periodontol*, 1986; 13(6): 590-596.
14. Lazzari GB, Moura CC, Jardim LC, Moraes CMB, Antoniazzi RP. Autopercepção e gravidade das doenças periodontais. *Discip Sci/Saúde*, 2017; 18(3): 501-509.
15. Costa CHM, Forte FDS, Sampaio FC. Motivos para consulta e perfil socioeconômico de usuários de uma clínica infantil. *Rev odontol UNESP*, 2010; 39(5): 285-289.
16. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Cienc e Saude Coletiva*, 2014; 19(4): 1263-1274.
17. Borges MTT, Barbosa RHS. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Cien Saude Colet*, 2009; 14(4): 1129-1139.
18. Boaventura GA. Prevalência de hipertensão arterial e presença de excesso de peso em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de Nutrição na cidade de São Carlos-SP. *Alim. Nutr., Araraquara*, 2007; 18(4): 381-385.
19. Oliveira FJ, Vieira RW, Coelho OR, Petrucci O, Oliveira PPM, Antunes N *et al.* Inflamação sistêmica causada pela periodontite crônica em pacientes vítimas de ataque cardíaco isquêmico agudo. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, 2010; 25(1): 51-58.
20. Watt RG, Marinho VC. Does oral health promotion improve oral hygiene and gingival health? *Periodontol* 2000, 2005; 37(1): 35-47.
21. Chambrone L, Macedo SB, Ramalho FC, Filho ET, Chambrone LA. Prevalência e severidade de gengivite em escolares de 7 a 14 anos: condições locais associadas ao sangramento à sondagem. *Cienc e Saude Coletiva*, 2010; 15(2): 337-343.
22. Angst PDM, Gomes SC, Oppermann RV. Do controle de placa ao controle do biofilme supragengival: o que aprendemos ao longo dos anos? *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 2015; 69(3): 252-259.
23. Costa DC, Saldanha KFD, Sousa AS, Gaetti-Jardim EC. Perfil de saúde bucal dos pacientes internados no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Campo Grande (MS). *Arch Heal Investig*, 2016; 5(2): 70-77.