

AUTOPERCEÇÃO DA CONDIÇÃO PERIODONTAL E SUA IMPORTÂNCIA NA QUALIDADE DE VIDA

SELF-PERCEPTION OF PERIODONTAL STATUS AND THE IMPORTANCE ON QUALITY OF LIFE

Alinelda Neres Braga¹, Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira²

Resumo

Introdução: As alterações da condição periodontal interferem negativamente na qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a importância da autopercepção dos pacientes quanto à condição periodontal, correlacionando aos achados clínicos. **Métodos:** O estudo transversal contou com 30 pacientes de ambos os sexos, com idade mínima de 20 anos, que foram atendidos nas clínicas do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão. Foram abordadas perguntas relacionadas aos dados pessoais (idade, gênero), grau de escolaridade, hábitos de higiene bucal (recursos usados e frequência) e hábitos de vida (tabagismo). Um exame clínico periodontal completo foi realizado nos indivíduos. Foram aplicados 2 questionários sobre autopercepção da condição periodontal e o OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*) para avaliação do impacto na qualidade de vida. **Resultados:** Periodontite foi o diagnóstico de maior frequência (66,6%) e apenas 2% de pacientes apresentaram saúde periodontal. Um total de 16 (53,3%) avaliou como boa condição de saúde bucal e o impacto do OHIP-14 variou de fraco a médio. Apenas 2 pacientes (6,6%) consideraram ter saúde bucal excelente, cujo impacto também variou de fraco a médio. Contudo, para 3 pacientes (10%) que consideraram suas condições bucais péssimas, o impacto foi descrito como fraco. **Conclusões:** Pode-se concluir que a autopercepção da condição periodontal foi positiva mesmo com achados clínicos insatisfatórios.

Palavras-chave: Doenças periodontais. Autopercepção. Qualidade de vida.

Abstract

Introduction: The alterations in periodontal condition negatively affect the quality of life. **Objective:** To evaluate the importance of patients' self-perception regarding periodontal status in association with clinical findings. **Methods:** The cross-sectional study included 30 male and female patients, with a minimum age of 20 years, who were assisted at the Dentistry Clinics at Federal University of Maranhão. Questions were related to personal data (age, gender), educational level, oral hygiene habits (methods used and frequency), lifestyle habits (smoking) and periodontal status. A full clinical periodontal examination was performed on individuals. There were filled two questionnaires, one about self-perception of periodontal condition and OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*) to assess the impact on quality of life. **Results:** Periodontitis was the most frequent diagnosis (66.6%) and only 2% of patients had periodontal health. A total of 16 (53.3%) assessed as good oral health and weak to medium impact from OHIP-14. Only 2 (6.6%) considered as excellent oral health whose impact also varied from weak to medium. However, 3 patients (10.0%) who considered poor oral condition, the impact was weak. **Conclusions:** It can be concluded that the self-perception regarding to the periodontal status was positive even though unsatisfactory clinical findings.

Keywords: Periodontal diseases. Self-perception. Quality of life.

Introdução

Grande importância tem sido dada à percepção do indivíduo sobre sua condição bucal, pois a avaliação subjetiva proporciona informações que complementam o exame clínico feito pelo profissional¹.

A autopercepção é importante para proporcionar mudança no comportamento, porque a pessoa sentir-se motivada e ter consciência de sua própria condição, conseqüentemente o interesse em cuidar da saúde irá transformar-se em bem-estar. Dessa forma, é essencial entender como uma pessoa percebe sua condição bucal e o grau de importância dado a ela².

Apesar das concepções de saúde bucal terem sofrido mudança ao longo do tempo, pode-se assegurar que não existe qualidade de vida quando a saúde bucal está comprometida³. Estudos têm mostrado que alguns fatores relacionados à saúde bucal causam danos à qualidade de vida das pessoas^{3,4}. E a autopercepção das condições bucais tende a influenciar a procura por tratamento e pela melhora da qualidade de vida¹. Com relação à doença periodontal, há aspectos

que podem influenciar negativamente no dia a dia do indivíduo como sangramento gengival, mobilidade e perda dentária^{5,6}, mas também a doença pode interferir desde a função mastigatória, aparência e até nas relações interpessoais⁷.

Com o crescente reconhecimento de que a qualidade de vida é um fator importante para o atendimento odontológico, criou-se a necessidade de desenvolver instrumentos para essa finalidade^{2,8,9}.

Dentre esses instrumentos, destaca-se o índice OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*) que utiliza questões agrupadas em sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social e deficiência na realização das atividades cotidianas⁸. Essas informações são relevantes para os profissionais, pois ampliam seus conhecimentos sobre as pessoas avaliadas e melhoram sua capacidade de lidar com elas¹⁰.

Pesquisas envolvendo avaliação periodontal clínica associada aos questionários de qualidade de vida dos indivíduos têm sido propostos¹⁰⁻¹⁵, os quais podem captar a maneira que os pacientes enxergam a

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

² Professora Associada. Departamento de Odontologia II. Curso de Odontologia. Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Contato: Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira. E-mail: adriana.vasconcelos@ufma.br

si mesmos e seus conhecimentos a respeito da própria condição bucal^{8,15}.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a importância da autopercepção de pacientes quanto à condição periodontal em associação aos achados clínicos.

Método

O estudo transversal foi realizado em uma amostra de conveniência com 30 pacientes de ambos os sexos, idade mínima de 20 anos, que foram examinados nas clínicas do curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Foram abordadas perguntas relacionadas aos dados pessoais (idade, gênero), grau de escolaridade, motivo da consulta, hábitos de higiene bucal (recursos usados e frequência), hábitos de vida (tabagismo) e questionário adaptado sobre autopercepção da condição periodontal como prevenção, sinais clínicos e características das doenças periodontais.

Foi utilizado o OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*) que mede a percepção do impacto social das condições bucais sobre o seu bem-estar por meio de um questionário estruturado em 14 perguntas agrupadas em sete dimensões: Limitação Funcional (1 e 2), Dor Física (3 e 4), Desconforto Psicológico (5 e 6), Incapacidade Física (7 e 8), Incapacidade Psicológica (9 e 10), Incapacidade Social (11 e 12) e Desvantagem (13 e 14).

Para calcular o valor individual do OHIP-14, foi utilizado o método ponderado padronizado. Este método leva em conta o peso de cada questão e multiplica pela codificação da pergunta, conforme a escala do tipo *Likert* (Nunca = 0; raramente = 1; às vezes = 2; frequentemente = 3; sempre = 4; não sabe = exclusão de todo o formulário). O peso de cada item foi gerado pelo método de comparação pareada de *Thurstone*, sendo multiplicado pelo valor de cada resposta: Pergunta 1 (0,51), Pergunta 2 (0,49), Pergunta 3 (0,34), Pergunta 4 (0,66), Pergunta 5 (0,45), Pergunta 6 (0,55), Pergunta 7 (0,52), Pergunta 8 (0,48), Pergunta 9 (0,60), Pergunta 10 (0,40); Pergunta 11 (0,62), Pergunta 12 (0,38), Pergunta 13 (0,59), Pergunta 14 (0,41). O somatório de todas as perguntas para cada indivíduo variou entre 0 e 28, obtendo-se a classificação do impacto em: fraco (0 a 9), médio (10 a 18) e forte (19 a 28).

Foram avaliados os parâmetros clínicos periodontais de profundidade de sondagem, recessão gengival e nível de inserção clínica medidos em 6 sítios de todos os dentes. A mobilidade dentária foi classificada em graus, variando de 1 a 3 conforme movimentação horizontal e/ou vertical. O envolvimento de furca foi considerado em graus de I a III de acordo com a perda horizontal dos tecidos de suporte compreendendo a largura do dente. Com relação à perda dentária, esta foi categorizada em ≤ 4 dentes, de 5 a 8 dentes e > 8 dentes.

O índice de sangramento gengival foi codificado em 0 para ausência e 1 para presença em 6 sítios, considerando de baixo risco menos de 10% dos sítios. O Índice de placa foi realizado por meio da evidência nos sítios mesial, distal, vestibular e lingual/palatina,

cujo resultado foi expresso em: 0 a 25% (satisfatório); $> 25\%$ até 40% (Irregular) e $> 40\%$ (Insatisfatório).

Todas essas informações foram importantes para estabelecer o diagnóstico periodontal em saúde periodontal e saúde gengival, gengivite induzida pelo biofilme e periodontite.

Os achados foram tabulados usando os programas Microsoft Office Word 2016 e Microsoft Excel 2016. A análise estatística descritiva foi realizada por meio do programa Epi Info[®] v7.0.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão - UFMA sob o parecer nº 275.507.

Resultados

A amostra foi constituída, em sua maioria, por pessoas do sexo feminino (66,6%), na faixa etária de 20 a 59 anos (70,0%), que cursaram até o ensino médio (53,3%), não fumantes (90,0%) e que apresentavam alguma condição ou doença sistêmica (43,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização de usuários de clínica escola. Curso de Odontologia. São Luís-MA. 2019.

Variáveis		n	%
Sexo	Masculino	10	33,3
	Feminino	20	66,6
Idade	20 a 59 anos	21	70,0
	≥ 60 anos	09	30,0
Fumante	Sim	03	10,0
	Não	27	90,0
Quantidade de Cigarros por dia	Até 10 cigarros	02	66,6
	$>$ de 10 cigarros	01	33,3
Tempo do hábito	Até 10 anos	-	-
	$>$ de 10 anos	03	100,0
Ex-Fumante	Sim	09	30,0
	Não	21	70,0
Quantidade de cigarros que fumavam por dia	Até 10 cigarros	07	77,7
	$>$ de 10 cigarros	02	22,2
Tempo do hábito	Até 10 anos	06	66,6
	$>$ de 10 anos	03	33,3
Condição ou doença sistêmica	Sim	13	43,3
	Não	17	56,6
Perda dentária	≤ 4	01	03,3
	5 a 8	06	20,0
	> 8	23	76,6

Ao relacionar as médias do OHIP-14 aos dados de diagnóstico, foi observado que 66,6% dos pacientes com periodontite, 43,3% tiveram impacto fraco e nenhum obteve impacto forte. Com relação aos pacientes que apresentavam saúde periodontal (6,6%), nenhum obteve impacto forte. Nos pacientes com gengivite associada ao biofilme (26,6%), os impactos variaram de fraco a forte (Tabela 2).

Considerando a correlação das médias dos impactos do OHIP-14 aos critérios de autopercepção de saúde bucal, 53,3% dos participantes avaliaram sua condição boa. Apenas 6,6% analisaram como excelente, cujo impacto na qualidade de vida variou de fraco a médio. E 10,0% dos pacientes responderam condição péssima, contudo, o impacto foi descrito como fraco (Tabela 3).

Um total de 70,0% dos participantes acreditava ter problema com seus dentes, em contrapartida

Tabela 2 - Variações dos impactos do OHIP-14 de acordo com o diagnóstico periodontal.

Diagnóstico Periodontal*	Impacto Fraco		Impacto médio		Impacto Forte	
	n	%	n	%	n	%
Saúde Periodontal e Saúde Gingival	1	03,3	1	03,3	-	-
Gengivite Induzida pelo Biofilme	4	13,3	3	09,9	1	3,3
Periodontite	13	43,3	7	23,3	-	-

*Classificação da Academia Americana de Periodontologia (CATON *et al.*, 2018).

Tabela 3 - Média da variação do impacto do OHIP-14 para cada critério de autopercepção de saúde bucal.

Critério	Impacto Fraco	Impacto Médio	Impacto Forte
Excelente	7,78	13,50	-
Boa	7,00	11,60	-
Regular	6,92	15,32	-
Ruim	6,40	-	19,35
Péssima	7,74	-	-
Total	7,16	08,08	19,35

Tabela 4 - Autopercepção referente ao conhecimento de saúde bucal de usuários de clínica escola. Curso de Odontologia. São Luís-MA. 2019.

Variáveis		n	%	
1. Problema com seus dentes?	Sim	21	70,0	
	Não	09	30,0	
2. Problema com suas gengivas?	Sim	08	36,6	
	Não	22	73,3	
3. Uso de prótese?	Sim	Fixa	01	03,3
		Removível	11	36,6
	Não		18	06,0
			17	56,6
4. Você sabe o que é placa bacteriana?	Sim	17	56,6	
	Não	13	43,3	
	O mesmo que placa bacteriana	06	20,0	
5. Você sabe o que é cálculo (ou tártaro)?	Placa bacteriana endurecida	13	43,3	
	Restos de alimentos	09	30,0	
	Não sabe	02	06,6	
	Escovação, fio dental e auxílio do dentista	17	56,6	
6. Como pode ser removida a placa bacteriana?	Não sabe	13	43,3	
	Devido à inflamação na gengiva	14	46,6	
	Devido ao dente estar cariado	07	23,3	
	Pela mobilidade do dente	01	03,3	
7. Por que ocorre o sangramento na gengiva?	Não sabe	08	26,6	
	Sim	Ao escovar os dentes	07	23,3
		Durante o uso do fio dental	05	16,6
	Não	18	26,0	
9. Quais características da doença periodontal você conhece?	Inflamação da gengiva	25	83,3	
	Sangramento da gengiva	20	66,6	
	Mobilidade dental	17	56,6	
	Inchaço da gengiva	27	90,0	
	Presença de pus na gengiva	22	73,3	
	Mudança da posição do dente	12	40,0	
	Aparência de dente maior que os outros	20	66,6	
10. O que você usa para sua higiene bucal?	Escova de dentes	2x/dia	04	13,3
		3x/dia	26	86,6
		1x/dia	07	23,3
	Fio dental	2x/dia	10	33,3
		3x/dia	08	26,6
		Não usa	05	16,6
Bochechos	1x/dia	11	36,6	
	2x/dia	03	10,0	
	3x/dia	01	03,3	
	Não usa	15	50,0	

73,3% reportaram não ter problemas com a gengiva. A maioria da amostra (60,0%) não utilizavam prótese; destes, 53,0% consideraram a necessidade de fazer uso de prótese. Foram citados como aspectos clínicos mais conhecidos da doença periodontal: inchaço gengival (90,0%), inflamação na gengiva (83,3%) e presença de pus (73,3%). Os hábitos de escovar os dentes 3 vezes ou mais por dia (86,6%) e usar fio dental 2 vezes ao dia (33,3%) foram os mais relatados (Tabela 4).

A resposta “sempre” do OHIP-14 foi a mais pontuada para a dimensão “desconforto psicológico”, seguida da “limitação psicológica”. A pergunta que obteve maior pontuação foi: “você ficou preocupado?” da dimensão “desconforto psicológico”, sendo também a questão com o maior número de respostas “sempre”, totalizando 12 pacientes (40,0%). A maioria dos pacientes relatou não ter enfrentado problemas com a dimensão “incapacidade”, cujas perguntas foram: “você sentiu que sua vida, em geral, ficou pior?” (40,0%) e “você ficou totalmente incapaz de realizar suas atividades?” (66,6%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Dimensões e autopercepção de usuários de clínica escola. Curso de Odontologia. São Luís-MA. 2019.

Dimensões e percepções OHIP-14		Respostas									
		Nunca		Raramente		Às vezes		Rapidamente		Sempre	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Limitação Funcional	1. Você teve problemas para falar alguma palavra?	14	46,6	03	10,0	11	36,6	2	06,6	-	-
	2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	15	50,0	07	23,3	02	06,6	6	20,0	-	-
Dor física	3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	05	16,6	15	50,0	04	13,3	6	20,0	-	-
	4. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?	07	23,3	12	40,0	08	26,6	6	20,0	01	03,3
Desconforto Psicológico	5. Você ficou preocupada?	02	06,6	04	13,3	06	20,0	6	20,0	12	40,0
	6. Você se sentiu estressada?	04	13,3	11	36,6	04	13,3	8	26,6	03	10,0
Incapacidade física	7. Sua alimentação ficou prejudicada?		26,6	12	40,0	03	10,0	7	23,3	-	-
	8. Você teve que parar suas refeições?	14	46,6	12	40,0	03	10,0	1	03,3	-	-
Incapacidade Psicológica	9. Você encontrou dificuldade para relaxar?	01	03,3	09	30,0	12	40,0	6	20,0	02	06,6
	10. Você se sentiu envergonhada?	02	06,6	07	23,3	06	20,0	4	13,3	11	36,6
Incapacidade Social	11. Você ficou irritada com outras pessoas?	11	36,6	11	36,6	01	03,3	7	23,3	-	-
	12. Você teve dificuldade para realizar suas atividades de vida diárias?	10	33,3	13	43,3	03	10,0	4	13,3	-	-
Desvantagem	13. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?	12	40,0	09	30,0	04	13,3	5	16,6	-	-
	14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?	20	66,6	06	20,0	03	10,0	1	03,3	-	-

Discussão

O diagnóstico periodontal mais prevalente foi o de periodontite e, ao mesmo tempo, a condição de saúde bucal foi considerada “boa”. Este dado condiz com estudos que obtiveram resultados semelhantes quando comparadas às alterações inflamatórias mais encontradas que afetam o periodonto e a autopercepção^{10,16}. A percepção distorcida que a população tem quanto à condição bucal por não identificar facilmente a doença pode ser explicada talvez pelo fato de ser assintomática e de caráter crônico^{17,18}, pois é sabido que os sintomas dolorosos são as necessidades odontológicas mais reconhecidas¹⁹. Em acréscimo, na maioria das vezes a razão para as pessoas não procurarem o atendimento odontológico é a ausência de percepção a respeito de suas necessidades²⁰ até que interfira negativamente na qualidade de vida dos pacientes como, por exemplo, na mastigação¹³.

Para os pacientes com diagnóstico de gengivite associada ao biofilme, os impactos variaram de fraco a forte. Esse achado difere dos dados de uma revisão sistemática com 25 estudos que demonstraram que a doença periodontal esteve associada a um impacto negativo na qualidade de vida, onde a maior gravidade da doença estava relacionada ao impacto forte²¹.

A autoavaliação da condição bucal aparentemente contrasta com a condição clínica, pois o indivíduo teve visão positiva (condição “boa” foi a mais respondida), mesmo com seus achados clínicos insatisfatórios. Essa diferença pode estar relacionada ao fato de que os pacientes avaliam sua condição bucal com critérios diferentes do profissional demonstrando a falta de conhecimento mais apurado que deve ser incorporado aos saberes desses indivíduos²²⁻²⁴. Resultados semelhantes foram observados em um estudo sobre as concepções dos pacientes quanto à qualidade de vida, condição periodontal, perda dentária e uso ou não de prótese dentária²⁵.

O impacto do OHIP-14 variou de fraco a forte nesta pesquisa. No entanto, o impacto forte foi observa-

do apenas em 10% da amostra. Em todas as categorias da autoavaliação da condição bucal, houve respostas que levaram ao impacto fraco. Esse achado não está de acordo com o estudo realizado por Oliveira *et al.*,⁹ demonstrou que pacientes consideraram péssima condição bucal e que houve impacto forte na qualidade de vida.

Ao considerar as dimensões mais bem pontuadas do OHIP-14, destacaram-se “desconforto psicológico” e “incapacidade psicológica”, o que contrasta com os resultados do estudo de Guerra *et al.*,²⁶ em que houve uma diferença discreta com maiores valores para “desconforto psicológico” e “dor física” e com a pesquisa de Wasacz *et al.*,¹⁵ que encontrou como dimensões mais pontuadas: limitação funcional, incapacidades física, psicológica e social.

A proporção de pacientes que afirmaram ter problemas com os dentes foi similar àquela que disse não ter problemas com a gengiva, mostrando uma desconexão das informações, onde os indivíduos foram capazes de identificar inchaço gengival, inflamação na gengiva e mudança na posição dos dentes como sinais clínicos de doença periodontal. Esses achados mostraram que, de certa forma, conseguem fazer uma autoavaliação a respeito de saúde bucal. Entretanto, há necessidade de se estabelecer uma relação comunicativa, por meio de linguagem clara, entre profissional e paciente para maiores esclarecimentos sobre saúde bucal²³.

Neste trabalho, foi observada perda de mais de 8 dentes ao longo da vida dos pacientes. Esses dados assemelham-se com a pesquisa de Pinheiro *et al.*,²⁷ mostrando perda de mais de 8 dentes, as quais estavam relacionadas à periodontite, perda de inserção clínica, higiene bucal deficitária em pacientes com pouca informação sobre prevenção da saúde bucal. De acordo com Abbood *et al.*,²⁵ de 11 estudos incluídos na revisão sistemática e metanálise, 9 estudos mostraram que os pacientes reconheceram que a necessidade de tratamento odontológico devido às perdas dentárias.

Em sua maioria, os pacientes afirmaram escovar três vezes ao dia e usar o fio dental duas vezes ao dia.

Mesmo com o grande número de pessoas afirmando que mantinham higienização bucal diariamente, apenas um número reduzido apresentava saúde periodontal, reforçando que a forma como se realiza a higienização é fundamental nesse processo. Portanto, incentivo e orientação de higiene bucal devem ser constantes para que haja um correto cuidado e manutenção da saúde bucal²². A autoavaliação proporciona um aporte rico para identificar pessoas ou grupos em situação de

vulnerabilidade que precisam de intervenções específicas, tanto clínica como informacional²⁵.

O questionário utilizado se mostrou um excelente auxiliar para coletar dados sobre a percepção das pessoas na qualidade de vida, que podem fomentar estratégias para promoção e prevenção de saúde bucal.

Diante do exposto, pode-se concluir que a autoavaliação da condição periodontal foi positiva mesmo com achados clínicos insatisfatórios.

Referências

1. Leão RS, Maior JR, Pereira FC, Monteiro GQ, Moraes SL. Impact of Oral Health and Sociodemographic Factors on Quality of Life: A Cross-sectional Study. *J Contemp Dent Pract*, 2018; 19(4): 438-442.
2. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*, 1999; 21(1): 19-28.
3. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2001; 39(2): 105-114.
4. Melo ACS. *Analysis of the Impact of Oral Conditions Self Perceived in Quality of Life Servers in the Metropolitan Region of the Regional Labor Court of Pernambuco* [Dissertação de Mestrado]. Recife: Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation; 2013. 141p.
5. Bassani D; Lunardelli A. N. *Epidemiologia da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
6. Nibali L; Pelekos G; D'aiuto F; Chaudhary N; Habeeb R; Ready D, et al. Influence of IL-6 haplotypes on clinical and inflammatory response in aggressive periodontitis. *Clin Oral Invest*, 2013; 17(4): 1235-1242.
7. Okunseri C, Chattopadhyaya A, Lugo RI, Mcgrath C. Pilot survey oral health-related quality of life: a cross-sectional study of adults in Benin City, Edo State, Nigeria. *BMC Oral Health*, 2005; 5(7): 1-8.
8. SLADE, GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Comm Dent Oral Epidemiol*, 1997; 25(4): 284-290.
9. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Comm Dent Oral Epidemiol*, 2005; 33(4): 307-314.
10. Silva SRC, Fernandes RAC. Self-perception of oral health status by the elderly. *Rev Saúde Públ*, 2001; 35(4): 349-355.
11. Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Comm Dent Oral Epidemiol*, 2008; 36(4): 305-316.
12. Miotto MHMB, Almeida CS, Barcellos LA. Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2014; 19(9):3931-3940.
13. Silva Neto MC, Freitas SAS, Duailibe CI, Serra LLL, Pereira ALA, Pereira AFV. Avaliação do nível de cooperação de pacientes em terapia periodontal de suporte. *Rev Saúde Pesq*, 2015; 8(3): 439-450.
14. Chaves CO, Alves CMC, Lima LL, Fátima A, Pereira V. Auto percepção e condição periodontal de pacientes com periodontite agressiva. *Rev Pesq Saúde*, 2017; 18(2): 71-75.
15. Wasacz K, Pac A, Darczuk D, Chomyszyn-Gajewska M. Validation of a modified Oral Health Impact Profile scale (OHIP-14) in patients with oral mucosa lesions or periodontal disease. *Dent Med Probl*, 2019; 56(3): 231-237.
16. Santos CMI, Gomes Filho IS, Cruz SS, Passos JS, Goes CSB, Cerqueira EMM. Fatores associados à doença periodontal em indivíduos atendidos em um hospital público de Feira de Santana, Bahia. *Rev. Baiana Saúde Públ*, 2011; 35(1): 87-102.
17. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple LLC, 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 Clin Periodontol*, 2018; 45 (suppl 20): S1-S8.
18. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*, 2018; 45: S162-S170.
19. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*, 1990; 54(11): 680-687.
20. Nascimento MC, Barbosa LA, Nobre C, Novaes MR, Bittencour S. Avaliação da auto percepção em pacientes com periodontite crônica-Estudo Piloto. *Int J Dent*, 2011; 10(3): 154-160.
21. Ferreira MC, Dias-Pereira AC, Branco-de-Almeida LS, Martins CC, Paiva SM. Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. *J Periodontol Res*, 2017; 52(4): 651-665.
22. Chou TTA, Ferreira NS, Kubo CH, Silva EG, Huhtala MFRL, Gonçalves SEP, et al. Avaliação do conhecimento e comportamento dos pacientes em tratamento odontológico em relação à cárie, doença periodontal e higiene bucal. *RPG Rev Pós Grad*, 2011; 18(3): 140-147.
23. Nuto SAS, Nations MK, Costa ICC. Aspectos culturais na compreensão da periodontite crônica: um estudo qualitativo. *Cad Saúde Públ*, 2007; 23(3): 681-690.
24. Marin C, Holderied FS, Salvati G, Bottan ER. Nível de informação sobre doenças periodontais dos pacientes em tratamento em uma clínica universitária de periodontia. *Salusvita*, 2012; 31(1): 19-28.
25. Abbood HM, Hinz J, Cherukara G, Macfarlane TV. Validity of Self-Reported Periodontal Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Periodontol*, 2016; 87(12): 1474-1483.
26. Guerra MJC, Greco RM, Leite ICG, Ferreira EF, Paula MVQ. Impact of oral health conditions on the quality of life of workers. *Ciêns Saúde Col*, 2014; 19(12): 4777-4786.
27. Pinheiro LMM, Silva AB, Sousa NB, Feitosa MAL, Lopes FF, Pereira AFV. Condição periodontal em população idosa do curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão no período de 2010 a 2013. *Rev Pesq Saúde*, 2015; 16(2): 80-84.