

Comparação da prevalência das doenças periodontais de acordo com as classificações de 1999 e 2017: Estudo epidemiológico observacional transversal

Maria Luís Machado Martins

Dissertação conducente ao Grau de Mestre em Medicina Dentária
(Ciclo Integrado)

Gandra, 29 de agosto de 2021



CESPU

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Maria Luís Machado Martins

Dissertação conducente ao Grau de Mestre em Medicina Dentária (Ciclo Integrado)

Comparação da prevalência das doenças periodontais de acordo com as classificações de 1999 e 2017: Estudo epidemiológico observacional transversal

Trabalho realizado sob a Orientação da Professora Doutora Filomena da Glória Barros Alves Salazar

Declaração de Integridade

Eu, acima identificado, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Dedicatória

Hoje termino uma etapa que me diz muito, mas com a certeza de que este dia não é só meu, mas NOSSO.

Do meu pai herdei o altruísmo, a resistência e claro a cor dos olhos, da minha mãe a ternura e o brilho no olhar.

Neles vejo os meus objetivos de vida, as grandes conquistas e o exemplo que quero seguir, com eles recebi e aprendi a coisa mais importante da vida, amor. Deram-me uma das pessoas mais importantes da minha vida a minha irmã.

Sem eles nunca teria conseguido chegar até aqui por isso para eles o meu muito obrigada.

Dedico-lhes esta tese pois marca o fim de uma etapa importante, mas também o início de algo que ainda é incerto e que para lá caminho apenas com uma certeza de que seja para onde for, eles estarão sempre lá do meu lado.

"Os momentos especiais de hoje, são as memórias do amanhã"

Alladin Disney



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Agradecimentos

Agradeço à minha grande família, que sempre me apoiou, motivou e por vezes teve de me "aturar" nesta jornada da vida, em especial à minha Irmã, à Ninão, ao Nuno e Tiago, aos meus Padrinhos, Primas e Avós.

Ao meu namorado que me acompanhou, acalmou e que me disse todos os dias que eu ia ser a melhor Médica Dentista de sempre. Ensinou-me a acreditar e a evoluir e me demonstrou que uma vida a dois têm um brilho especial.

Às minhas amigas e afilhada da Faculdade que são amigas que levo comigo para a vida e pelo aconchego ao longo destes 5 anos.

Agradeço aos meus avós que já partiram e a quem não consigo agradecer hoje pessoalmente, pois apesar de toda a distância durante este percurso, neles encontrei a força, a garra e o objetivo de os deixar orgulhosos. Como várias vezes disse, eles usaram todas as "estrelinhas" que tinham no céu para me ajudar. Espero que neles brilhe o orgulho que eu hoje sinto por terminar esta etapa e a eles lhes deixo um muito obrigada do tamanho do mundo no local do costume, onde eles estão sempre presentes, no meu coração.

À minha Orientadora Doutora Filomena Salazar por quem possuo uma grande admiração, pela excelente profissional e pelo grande apoio que demonstrou ser para mim todo este ano letivo, pois para além do privilégio de ser a minha orientadora tive ainda o privilégio de a ter como, minha professora.

À minha querida Santa Rita, a que muitas vezes pedi ajuda e iluminação para conseguir conquistar os meus objetivos.

"Aqueles que passaram por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós."

Antoine de Saint- Exupéry

Resumo

No ano 2017 o "*World Workshop on The Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions*", resultou da necessidade até então sentida pelos profissionais. A classificação das doenças periodontais sofreu mudanças paradigmáticas, evoluindo de um diagnóstico baseado na perda de inserção e na profundidade de sondagem para um diagnóstico sustentado no sangramento à sondagem, na perda de inserção considerando o espaço interproximal a uma zona comum adjacente, nos fatores sistémicos e comportamentais.

O objetivo do nosso estudo foi diagnosticar e avaliar a prevalência das doenças periodontais, entre as diferentes classificações de 1999 e 2017, nos anos 2014 e 2015 afim de comparar os seus predomínios.

Com base na amostra de 926 pacientes que tinham sido diagnosticados na cadeira de CCP III, foram selecionados 910 processos que reuniam todos os nossos critérios de inclusão. Os parâmetros gerais utilizados para caracterização da amostra foram os seguintes: idade, gênero, doenças sistémicas e hábitos tabágicos. Para a formulação do diagnóstico utilizamos os parâmetros clínicos: índice de sangramento e a perda de aderência.

Os resultados deste estudo demonstraram que na classificação de 1999, 410 pacientes foram diagnosticados com periodontite crónica, 75 (18,3 %) com periodontite leve, 76 (18,5%) com periodontite moderada e, 259 (63,2%) apresentavam periodontite severa. Na classificação de 2017, dos 397 pacientes diagnosticados com periodontite, 63 (15,9%) periodontite leve (estadio I), 74 (18,6%) periodontite moderada (estadio II), 188 (47,4%) apresentavam periodontite severa (estadio III), e 72 (18,1%) muito severa (estadio IV).

Abstract

In 2017 the "*World Workshop on The Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions*", was the result of the need so far felt by professionals. The classification of periodontal diseases has undergone paradigmatic changes, evolving, from a diagnosis based on loss of insertion and depth of probing to a sustained diagnosis in bleeding to probing, loss of insertion, considering the interproximal space an adjacent common zone, in systemic and behavioral factors.

The purpose of our study was to analyze and evaluate the prevalence of periodontal diseases, between the different classifications 1999 and 2017, in the years 2014 and 2015 to compare their pre-domains.

Based on the samples of 926 patients who had been diagnosed in the CCPIII class, 910 processes were selected that had all our inclusion standards. The general parameters used to evaluate the samples were: age, gender, systemic diseases, and smoking habits. For the formulation of the diagnosis, we used the clinical parameters: bleeding index and clinical attachment loss.

The results of this study showed that in the 1999 classification, 410 patients were diagnosed with chronic periodontitis, 75 (18.3 %) with mild periodontitis, 76 (18.5%) with moderate periodontitis and 259 (63.2%) had severe periodontitis. In the 2017 classification, of the 397 patients diagnosed with periodontitis, 63 (15.9%) mild periodontitis (stage I), 74 (18.6%) moderate periodontitis (stage II), 188 (47.4%) had severe periodontitis (stage III), and 72 (18.1%) very severe (stage IV).

Índice Geral

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	4
2.1	Objetivos Principais:	4
2.2	Objetivos Secundários:.....	4
3	MATERIAIS E MÉTODOS	5
3.1	Seleção da amostra	5
3.2	Caracterização da Amostra	5
3.3	Extração de dados	5
3.4	Parametrização dos dados clínicos extraídos.....	6
3.5	Análise Estatística	9
4	RESULTADOS	10
4.1	Caraterização demográfica da população em estudo.....	10
4.2	Prevalência das doenças periodontais	12
4.3	Prevalência das doenças periodontais de acordo com a faixa etária.....	13
4.4	Comparação da severidade da periodontite de acordo com o diagnóstico atribuído pela classificação de 1999 e pela de 2017	15
4.5	Relação das doenças periodontais com os diferentes fatores de risco.....	15
4.5.1	Relação das doenças periodontais com a idade.....	15
4.5.2	Relação das doenças periodontais com os hábitos tabágicos de acordo com a classificação de 2017	17
4.5.3	Relação das doenças periodontais com a diabetes de acordo com a classificação de 2017	17
4.5.4	Impacto dos fatores modificadores Hábitos tabágicos e Diabetes Mellitus no risco de progressão da periodontite.....	18
5	DISCUSSÃO	20
6	CONCLUSÃO.....	25
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
8	ANEXOS.....	28

Índice de figuras

Figura 1-Gráfico de distribuição da população em estudo pela variável gênero	10
Figura 2-Gráfico de distribuição da população em estudo pela variável por faixa etária ...	10
Figura 3- Gráfico de distribuição da população em estudo pela variável hábitos tabágicos	11
Figura 4- Gráfico de distribuição da população em estudo pela variável Diabetes	11
Figura 5- Gráfico da Prevalência das doenças periodontais pela classificação de 1999	12
Figura 6- Gráfico da Prevalência das doenças periodontais pela classificação de 2017.....	12
Figura 7- Gráfico de comparação de Prevalência das doenças periodontais entre a classificação de 1999 e 2017	13
Figura 8- Gráfico de Prevalência das doenças periodontais 1999 por faixa etária.....	14
Figura 9- Gráfico de Prevalência das doenças periodontais por faixa etária	14
Figura 10- Gráfico de comparação da severidade da periodontite entre 1999 e 2017	15

Índice de tabelas

Tabela 1- Parametrização do sangramento à sondagem.....	6
Tabela 2- Parametrização da Profundidade de Sulco	7
Tabela 3- Parametrização da Perda de aderência Clínica.....	7
Tabela 4-Parametrização da perda de dentes	8
Tabela 5- Parametrização dos diagnósticos por casos 2017	8
Tabela 6- Comparação das doenças periodontais de acordo com a faixa etária com o teste de Qui- quadrado.....	16
Tabela 7- Comparação das doenças periodontais de acordo com a faixa etária com o teste de Qui- quadrado.....	16
Tabela 8- Comparação das doenças periodontais com os hábitos tabágicos com o teste de Qui-quadrado	17
Tabela 9- Comparação das doenças periodontais com a diabetes Mellitus (DM) com o teste Qui- quadrado.....	17
Tabela 10- Comparação da progressão da periodontite em fumadores e não fumadores .	18
Tabela 11- Comparação da progressão da periodontite em diabéticos e não diabéticos com teste de Qui- quadrado.....	19

Lista de Abreviaturas

Academia Americana de Periodontologia - "American Academy of Periodontology" - **AAP**;

Federação Portuguesa Europeia - "European Federation of Periodontology"- **EFP**;

Instituto Universitário Ciências da Saúde - **IUCS**;

Clínica Cirúrgica Periodontal III -**CCP III**;

Género Masculino -**M**;

Género Feminino- **F**;

Diabetes *Mellitus* - **DM**;

Índice de sangramento à sondagem- "Bleeding on probing"- **BoP**;

Profundidade de sulco - **PS**;

Perda de aderência clínica - **PAC**;

Dentes perdidos - **DP**;

Disto- Vestibular- **DV**;

Vestibular- **V**;

Mésio- Vestibular- **MV**;

Lingual- **L**;

Disto- Lingual - **DL**;

Mésio- Lingual- **ML**;

Reconstrução cirúrgica maxilar devido osteonecrose relacionada com medicamentos -
Surgical reconstruction of maxillary medication-related osteonecrosis- **Mronj**

1 INTRODUÇÃO

Desde o início do século XX que a ciência procura classificar as doenças periodontais, mas só a partir de 1942, através da Academia Americana de Periodontologia (*AAP*) é reconhecida a 1ª classificação que teve como principal objetivo definir uma nomenclatura universal. A mesma, a *AAP*, em 1966 e 1977 faz uma atualização para termos de periodontite. Em 1986 surge uma 2ª classificação seguida de duas atualizações, uma em 1989 e outra em 1993, todas sempre desenvolvidas pela *AAP*. Qualquer uma destas classificações e atualizações, só desenvolveram nomenclaturas para os estados de periodontite não existindo qualquer referência às doenças gengivais.⁽¹⁾

Em 1999, no "*International Workshop for a classification of periodontal diseases and conditions*", num esforço conjunto entre a Federação Europeia de Periodontologia (*EFP*) e a Academia Americana de Periodontologia (*AAP*), surge uma classificação de consenso global que abrangia todas as doenças periodontais que viria a perdurar por cerca de duas décadas até ser atualizada pela nova classificação de 2017.

O sistema de classificação de 1999 foi o primeiro a reconhecer a necessidade de classificar as doenças gengivais, mas apresentava muitas lacunas que foram aumentando ao longo dos anos. Não existiu nenhuma tentativa de neste sistema definir "saúde", o que é claramente um fator crítico ao se tentar estabelecer definições de casos para doenças. E a descrição da gengivite era desnecessariamente complexa, pois incluía fatores predisponentes e modificadores no diagnóstico.⁽²⁾

Desde o workshop de 1999, foram surgindo ao longo de 18 anos novas informações substanciais advindas de estudos populacionais, evidências científicas básicas e evidências de estudos prospetivos avaliando fatores de risco ambientais e sistémicos. A análise desta evidência levou a um workshop mundial em 2017 para desenvolver uma nova estrutura de classificação para as doenças e condições periodontais.⁽³⁾

O "*World Workshop on The Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions*" consertado entre *AAP* e a *EFP*, abordou questões não resolvidas com a classificação anterior identificando a diferença entre a presença de inflamação gengival em

um ou mais locais e a definição de um caso de gengivite. Os grupos de trabalho concordaram que o sangramento à sondagem deveria ser o parâmetro primário para definir os limiares para um caso de gengivite. ⁽⁴⁾

Também foram acordadas definições específicas e claras em relação aos casos de saúde periodontal e até a inclusão de saúde ou inflamação gengival após a conclusão de um tratamento de periodontite com base no sangramento à sondagem versus bolsa periodontal. Já estava bem definido que um paciente com gengivite pode reverter a um estado de saúde, mas não estava definido para um paciente com periodontite, que permanece um paciente com periodontite para toda a vida e esta nova classificação define o conceito de saúde e inflamação gengival para um paciente com periodontite estável. ⁽⁵⁾

Na revisão desta nova classificação, o *workshop* chegou a uma estrutura para os casos de periodontite com uma caracterização muito própria com base num estadiamento multidimensional que pode ser adaptado ao longo do tempo conforme surgirem novas evidências. ⁽⁶⁾

O estadiamento é amplamente dependente da gravidade da doença na apresentação, bem como da complexidade do manuseamento da doença. O estadiamento envolve quatro categorias (estágios I a IV) e é determinado depois de considerar várias variáveis, incluindo perda de inserção clínica, quantidade e percentagem de perda óssea, profundidade de sondagem, presença e extensão de defeitos ósseos angulares e envolvimento de furca, mobilidade dentária e perda dentária devido à periodontite. A classificação também inclui três níveis de progressão designados por grau (grau A - baixo risco, grau B - risco moderado, grau C - alto risco de progressão) e abrange, para além dos aspetos relacionados à progressão da periodontite, o estado geral de saúde e outras exposições, como os hábitos tabágicos ou o nível de controle metabólico em diabetes. Assim, a classificação permite que o clínico incorpore fatores individuais do paciente ao diagnóstico que são cruciais para um manuseamento abrangente do caso de periodontite. ^{(3) (6)}

A implementação do sistema de classificação das doenças periodontais é essencial para a formulação do diagnóstico e assim, encontrar as melhores opções de tratamento uma vez que as doenças periodontais no seu estadio mais avançado requerem uma terapia interdisciplinar.

Em suma, foram estabelecidas definições de caso que tem como principal objetivo nortear o clínico no correto diagnóstico e plano de tratamento.

Neste sentido, a justificação do nosso estudo prende-se com a compreensão destas alterações e se estas, interferiram nos diagnósticos anteriormente formulados pela classificação de 1999. Para constatação deste facto propusemo-nos a utilizar uma população avaliada entre o ano de 2014 e 2015 na Clínica Universitária Filinto Batista reformulando todos os diagnósticos à luz da nova classificação de 2017.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Principais:

- Determinar a prevalência das doenças periodontais pela classificação de 1999 e pela classificação de 2017;
- Comparar a prevalência das doenças periodontais entre a classificação de 1999 e 2017.

2.2 Objetivos Secundários:

- Caracterização da amostra da população em estudo;
- Determinar a prevalência das doenças periodontais por faixas etárias de progressão para classificação de 1999 e para classificação 2017;
- Comparar a prevalência das doenças periodontais por faixas etárias entre a classificação de 1999 e 2017;
- Avaliar o impacto dos fatores modificadores: hábitos tabágicos e da diabetes *Mellitus*, no risco de progressão da periodontite pela classificação de 2017.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Seleção da amostra

Este estudo observacional transversal retrospectivo foi desenvolvido de fevereiro de 2021 até maio de 2021, na Clínica Universitária Filinto Batista, no âmbito do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário Ciências da Saúde (IUCS).

O estudo envolveu o número de processos clínicos abertos nos anos 2014 e 2015, de registo manual e foram consultados 3 546 processos clínicos, cumprindo o protocolo de consulta de arquivo clínico com a autorização do Diretor Clínico da Unidade Clínica.

Foram critérios de exclusão todos os processos clínicos que não apresentassem no seu interior a ficha clínica da unidade curricular Clínica Cirúrgica Periodontal III (CCPIII).

3.2 Caracterização da Amostra

A amostra estudada foi constituída por 926 processos clínicos que representavam os indivíduos que tinham sido referenciados para a consulta de periodontologia através da CCPIII e com ficha clínica periodontal. Após avaliação e validação do registo clínico dos dados periodontais que constam da ficha clínica da CCPIII, a nossa amostra resultou em 910 processos clínicos, ou seja, todos os que obedeciam ao registo completo do exame clínico periodontal (periodontograma) e respetiva formulação de diagnóstico.

3.3 Extração de dados

Os dados clínicos foram extraídos da ficha clínica por dois avaliadores devidamente calibrados (ML, FS) para a seleção que era necessária há realização do nosso estudo, obedecendo à seguinte *checklist*.

Dados demográficos: idade (numérico) e género (M, F).

Doenças Sistêmicas: diabetes *mellitus*, DM (ausente, presente (controlado/não, controlado)).

Fatores comportamentais: hábitos tabágicos (ausente, < 10 cigarros/dia e ≥ 10 cigarros/dia).

Parâmetros Clínicos: índice de sangramento sondagem (BoP), Profundidade de sulco (PS), perda de aderência clínica (PAC) e dentes perdidos (DP).

Diagnóstico Formulado: Foram registados os diagnósticos de cada processo clínico atribuído pela classificação de 1999 e reformulado um novo diagnóstico pela classificação de 2017.

3.4 Parametrização dos dados clínicos extraídos

A parametrização dos dados clínicos extraídos da ficha clínica de periodontologia suportaram o diagnóstico com base na classificação das doenças periodontais de 1999 e foram utilizados para a formulação de um novo diagnóstico com base na classificação de 2017. A necessidade que o nosso estudo teve de reclassificar as doenças periodontais pela classificação de 2017 com os dados pré-existentes levou a quantificar todos os parâmetros clínicos existentes, para 1999, transpondo-os para serem utilizados com as premissas que se impõem para a nova classificação de 2017.

Quantificação do Sangramento à sondagem

O sangramento à sondagem quantifica a inflamação presente na mucosa gengival. Realiza-se por sondagem sulcular e avalia percentualmente 6 sítios à volta do dente (dv, v, mv, l, dl, ml) que quando apresenta ponto sangrante diz-se, presente, e quando não sangra diz-se ausente, cujo resultado final é o cálculo do ((nº sítios sangrantes / nº total de sítios) x 100)) expresso em percentagem de sítios sangrantes em conformidade com:

Sangramento Sondagem	Parametrização		
Classificação 1999	6 sítios /dente/pontos sangrantes (%)	≤ 0% - Ausência Inflamação	-
		> 0% - Presença inflamação	0% - ≤ 33,3% -inflamação leve ≥ 33,3% - ≤ 66,6% -inflamação moderada > 66,6% - Inflamação grave
Classificação 2017	6 sítios /dente /pontos sangrantes (%)	< 0% - < 10% - Ausência de inflamação	-
		≥ 10% - Presença de inflamação	-

Tabela 1- Parametrização do sangramento à sondagem

Quantificação da profundidade do sulco

A medição do sulco gengival é a distância desde a margem gengival até ao fundo do sulco e faz-se com uma sonda periodontal graduada em todos os seis sítios do dente (dv, v, mv, l, dl, ml) em toda a dentição e quantificada em milímetros em conformidade com:

Profundidade Sulco	Parametrização		
Classificação 1999	6 sítios /dente (mm)	≤ 3 mm - Sulco periodontal	-
		≥ 4 mm - Bolsa periodontal	Avaliação pela média profundidade de bolsas periodontais
Classificação 2017	6 sítios /dente (mm)	≤ 3 mm - Sulco periodontal	-
		≥ 4 mm - Bolsa periodontal	Avaliação pelo pior sitio com bolsa periodontal interproximal

Tabela 2- Parametrização da Profundidade de Sulco

Quantificação da Perda de aderência

A quantificação da perda de aderência é dada pela profundidade da bolsa quando não existe migração apical da gengiva visível. Se esta existe, denomina-se por recessão gengival, o valor da perda de aderência da bolsa é registado adicionada quando existe à adicionada à medida da recessão gengival, distância que vai desde a junção esmalte-cimento até à margem gengival, registada para todas os seis sítios onde esteja presente em cada dente em conformidade com:

Perda de aderência Clínica	Parametrização		
Classificação 1999	6 sítios /dente (mm)	Média em mm das perdas de aderência dos sítios com bolsa periodontal suprimindo a cada 2 mm para as margens gengivais acima do JEC	PAC = 1-2mm - leve PAC = 3-4mm - moderada PAC = ≥ 5mm - severa
Classificação 2017	6 sítios /dente (mm)	Quantifica a perda de aderência clínica em mm do pior sitio com bolsa periodontal suprimindo 2 mm se a margem gengival está acima do JEC	PAC = 1-2mm - leve PAC = 3-4mm - moderada PAC = ≥ 5mm – severa perda de 3-4 dentes) ou muito severa (perda de > 5 dentes

Tabela 3- Parametrização da Perda de aderência Clínica

Quantificação da Perda de dentes

A contagem de dentes perdidos inclui apenas dentes cujo principal motivo de perda seja periodontal e tem como objetivo a modificação do estadio III para estadio IV na classificação das doenças periodontais de 2017

Perda de dentes	Parametrização		
Classificação 1999	NA	NA	
Classificação 2017	Nº dentes perdidos por periodontite	Dentes perdidos = 0	PAC = 1-2 mm - leve, estadio I
			PAC = 3-4 mm – moderada, estadio II
		Dentes perdidos = 3-4	PAC ≥ 5 mm - severa, estadio III
		Dentes perdidos > 4	PAC ≥ 5 mm – muito severa, estadio IV

Tabela 4-Parametrização da perda de dentes

Parametrização dos diagnósticos pela nova classificação 2017

A parametrização dos diagnósticos foi realizada com base no novo consenso "World Workshop on The Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions" em novembro de 2017 em Chicago publicado, pela EFP (European Federation of Periodontology) e AAP (American Academy of Periodontology) em junho de 2018. Os casos de saúde periodontal, gengivite e periodontite foram definidos de acordo com o novo consenso.

Diagnósticos por casos (2017)	Parametrização						
Caso de Saúde Periodontal	ausência de rubor, edema e inflamação clinicamente detetável que consiste no valor total de sangramento a sondagem < 10% e com profundidade de sondagem ≤ 3 mm.						
Caso de Gengivite	caracteriza-se pelo rubor, edema e com inflamação clinicamente detetável que consiste no valor total de sangramento à sondagem ≥ 10% e com profundidade de sondagem ≤ 3 mm.						
Caso de Periodontite	perda de aderência clínica interproximal é detetável em ≥ 2 dentes não adjacentes com profundidade de sulco ≥ 4mm.						
	Severidade: Estadio				Progressão: Grau		
	I	II	III	IV	A	B	C
	PAC -1 a 2mm PO - < 15% PD - 0 PB - ≤ 4mm	PAC -3 a 4 mm PO - < 15% -33% PD - 0 PB - ≤ 5mm	PAC - ≥ 5mm PO - > 33% PD - ≤ 4 PB - > 6 mm	PAC - ≥ 5mm PO - > 33% PD - ≤ 5 PB - > 6 mm	PAC - ausente 5 anos PO/I - < 0.25 Não fumador Não diabético	PAC - ausente 5 anos PO/I - 0.25 - 1 Fumador - < 10 cigarros dia Diabético controlado	PAC - ausente 5 anos PO/I - > 1 Fumador - ≥ 10 cigarros dia Diabético não controlado

Tabela 5- Parametrização dos diagnósticos por casos 2017

A perda óssea não pode ser calculada por falta de *status* radiográfico em inúmeros processos clínicos. Se com a ausência da perda óssea se consegue obter o estadio da periodontite porque a quantificação principal é a perda de aderência clínica, atribuir o grau

não é possível, o que nos levou a classificar o grau em conformidade com o consenso mundial de que todos os pacientes com periodontite estariam inseridos antes de qualquer outra avaliação no grau B. No nosso estudo e partindo desta premissa foram todos colocados no grau B e o grau só variou afetado aos fatores modificadores diabetes e hábitos tabágicos.

3.5 Análise Estatística

Os dados foram processados utilizando o software SPSS versão 27.0 para Windows. Foi feito um estudo descritivo dos dados, avaliando as variáveis quantitativas e qualitativas através de gráficos de barras, circulares e tabelas de frequências. Além disso, foi realizado o Teste de Qui-Quadrado, para avaliar a relação entre as doenças periodontais e os diferentes fatores de risco, como idade, hábitos de escovagem, uso de escovilhão, uso de fio dentário, hábitos tabágicos e diabetes *Mellitus* (DM), com um nível de significância adotado de 5%.

4 RESULTADOS

4.1 Caraterização demográfica da população em estudo

A amostra deste estudo é constituída por 910 pacientes, cuja distribuição por género são 416 (45,7%) do género masculino e 494 (54,3%) do género feminino (figura 1).

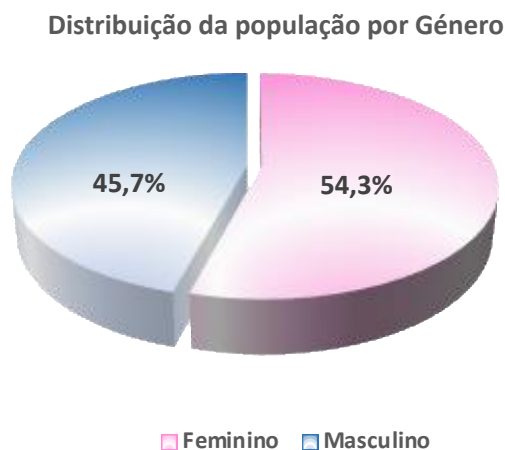


Figura 1-Gráfico de distribuição da população em estudo pela variável género

As idades da população estão compreendidas entre os 14 e 87 anos ($43,65 \pm 15,48$), e quando dividida por faixas etárias sendo que 263 (28,9%) tem idades compreendidas entre os 14 e 34 anos, 421 (46,3%) tem idades compreendidas entre os 35 e os 54 anos e 226 (24,8%) tem mais de 55 anos de idade.

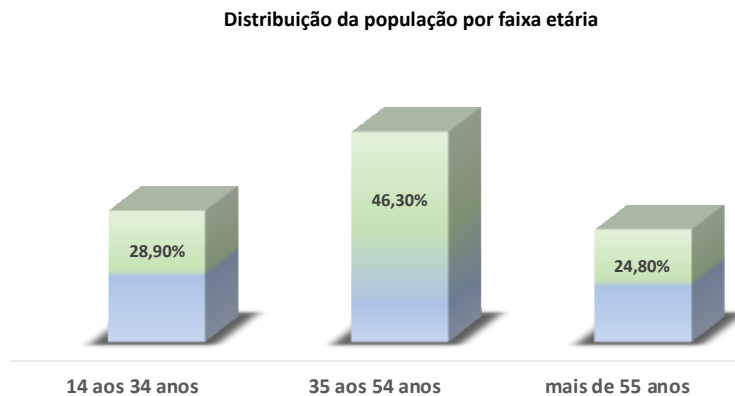


Figura 2-Gráfico de distribuição da população em estudo pela variável por faixa etária

No que diz respeito aos fatores comportamentais da nossa amostra populacional foram analisados os hábitos tabágicos, e constatou-se que 662 (72,7%) dos pacientes são não fumadores, 200 (22%) fumam mais de 10 cigarros dia e 48 (5,3%) fumam menos de 10 cigarros dia.

Distribuição da população por hábitos tabágicos

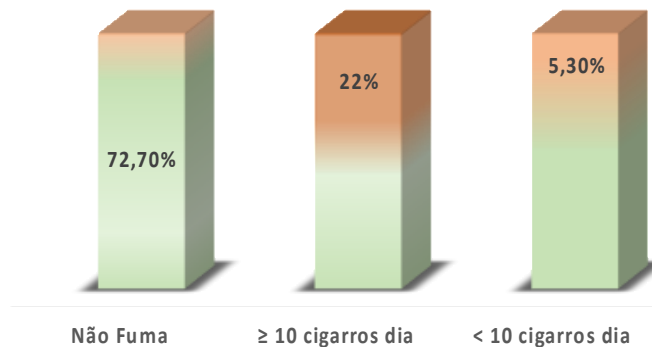


Figura 3- Gráfico de distribuição da população em estudo pela variável hábitos tabágicos

No que concerne às doenças sistêmicas, o nosso estudo só avaliou a variável presença ou ausência de diabetes e verificou-se que dos 910 participantes, 837 (92%) não têm diabetes, sendo que apenas 73 (8%) indivíduos têm diabetes.

Distribuição da população pela presença ou ausência da Diabetes

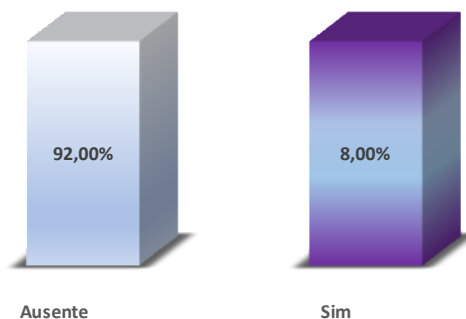


Figura 4- Gráfico de distribuição da população em estudo pela variável Diabetes

4.2 Prevalência das doenças periodontais

Quando analisamos a prevalência das doenças periodontais de acordo com a classificação de 1999, verificamos que dos 910 pacientes incluídos neste estudo apresentavam, 49 (5,4%) ausência de diagnóstico, 451 (49,6%) diagnóstico de gengivite, e 410 (45,1%) diagnóstico de periodontite crônica (Figura 5).

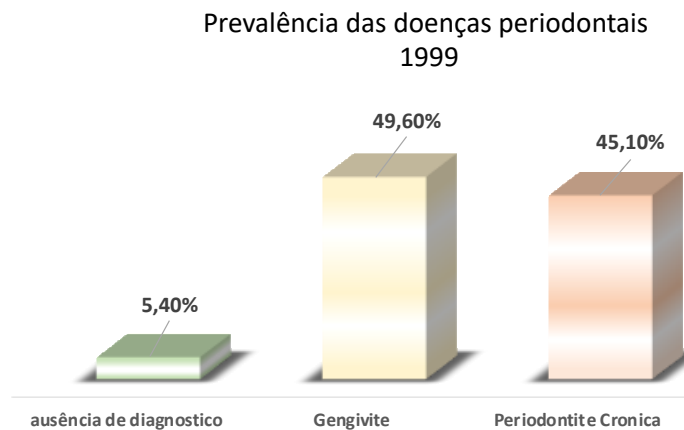


Figura 5- Gráfico da Prevalência das doenças periodontais pela classificação de 1999

A prevalência das doenças periodontais sofre alteração, quando analisada de acordo com a classificação de 2017, sendo que dos 910 pacientes apresentavam, 226 (24,8%) diagnóstico de saúde periodontal, 287 (31,5%) diagnóstico de gengivite e 397 (43,6%) diagnóstico de periodontite (Figura 6).

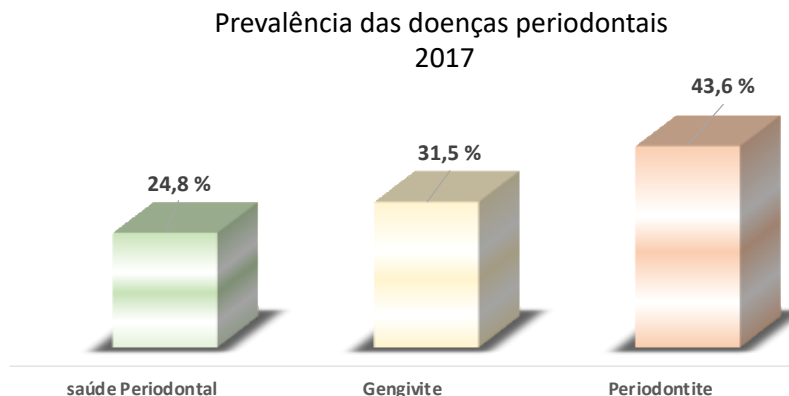


Figura 6- Gráfico da Prevalência das doenças periodontais pela classificação de 2017

Quando comparamos a distribuição da prevalência das doenças periodontais pelas duas classificações, 1999 e 2017, verificamos uma diminuição de diagnóstico para o estado de gengivite e um aumento substancial de diagnóstico para o estado de saúde periodontal anulando a ausência de diagnóstico na classificação de 2017.

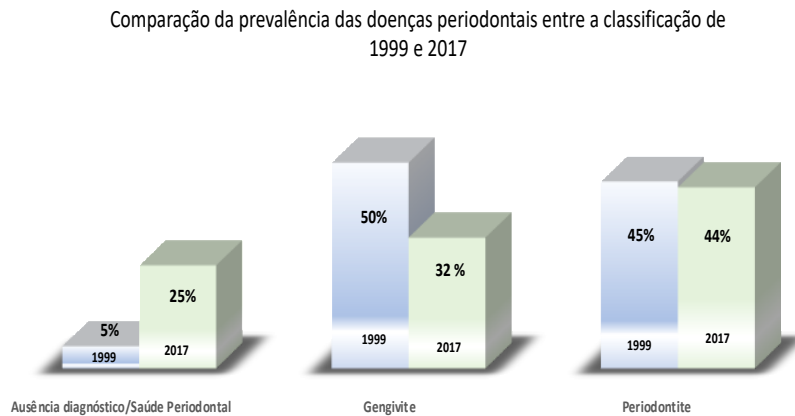


Figura 7- Gráfico de comparação de Prevalência das doenças periodontais entre a classificação de 1999 e 2017

4.3 Prevalência das doenças periodontais de acordo com a faixa etária

Quando analisamos a prevalência das doenças periodontais de acordo com a idade, tendo por base a classificação de 1999, verificamos que dos 410 pacientes que apresentavam periodontite crônica, a faixa etária mais prevalente foi dos 35 aos 54 anos de idade (53,4%), seguida dos mais de 55 anos (35,1%) e dos 14 aos 34 anos (11,5%). Contrariamente a gengivite apresenta uma maior prevalência na faixa etária dos 14 aos 34 anos (43,5%), seguida dos 35 aos 54 anos (40,4%) e da faixa etária dos mais de 55 anos (16,2%).

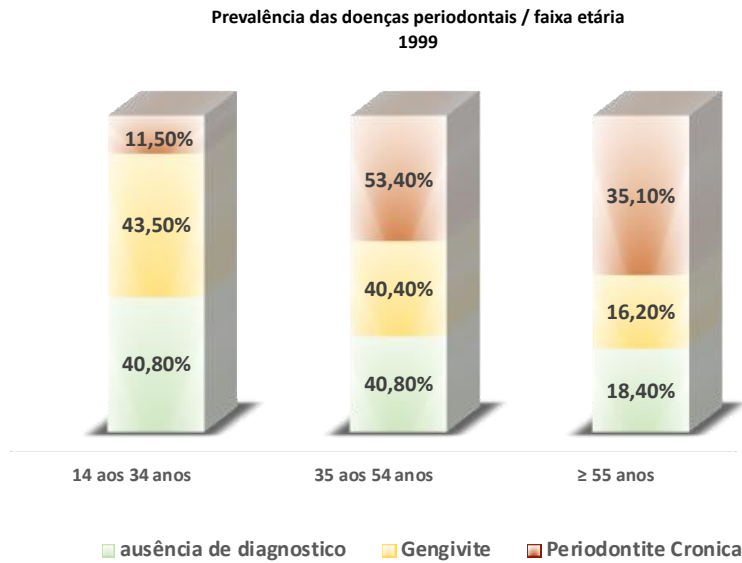


Figura 8- Gráfico de Prevalência das doenças periodontais 1999 por faixa etária

De acordo com a classificação de 2017, a periodontite atinge uma prevalência superior na faixa etária dos 35 aos 54 anos (52,9%), seguida dos mais de 55 anos (32,7%) e da faixa etária dos 14 aos 34 anos (14,4%). No que diz respeito à gengivite, esta apresenta uma prevalência muito similar nas faixas etárias dos 14 aos 34 anos (38,3%) e dos 35 aos 54 anos (38,7%) mas também, é a faixa etária dos 14-34 anos que apresenta uma maior prevalência de (42,5%) de saúde periodontal.

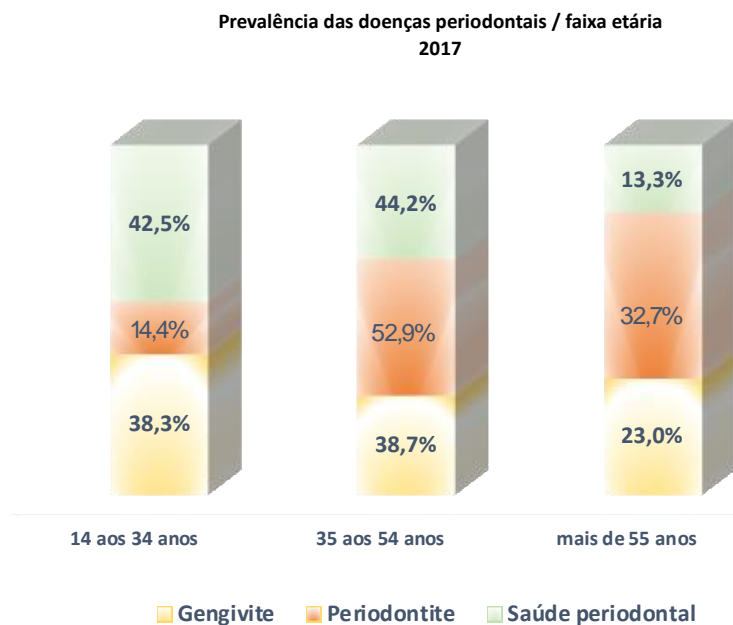


Figura 9- Gráfico de Prevalência das doenças periodontais por faixa etária

4.4 Comparação da severidade da periodontite de acordo com o diagnóstico atribuído pela classificação de 1999 e pela de 2017

Com base a classificação de 1999, verificamos que dos 410 pacientes diagnosticados com periodontite crónica 75 (18,3 %) periodontite leve, 76 (18,5) periodontite moderada e 259 (63,2%) apresentavam periodontite severa.

E de acordo com a classificação de 2017, dos 397 pacientes diagnosticados com periodontite, 63 (15,9%) periodontite leve (estadio I), 74 (18,6%) periodontite moderada (estadio II), 188 (47,4%) apresentavam periodontite severa (estadio III), e 72 (18,1%) muito severa (estadio IV).

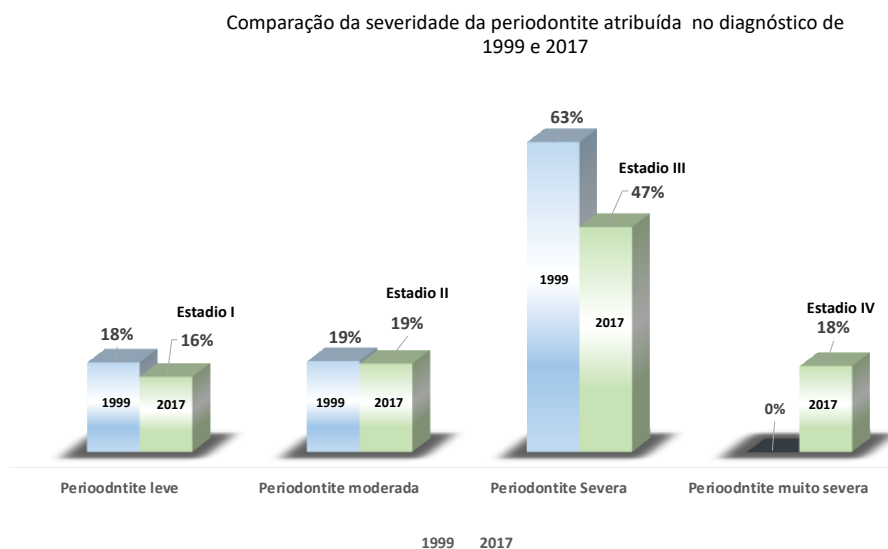


Figura 10- Gráfico de comparação da severidade da periodontite entre 1999 e 2017

4.5 Relação das doenças periodontais com os diferentes fatores de risco

4.5.1 Relação das doenças periodontais com a idade

De acordo com a classificação de 1999

Pela análise da tabela 6, verifica-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre as doenças periodontais e a faixa etária ($\chi^2 = 119,0$; $p < 0,001$), sendo que

periodontite crónica está associada à faixa etária dos 35 aos 54 anos. A gengivite apresenta valores muito similares nas faixas etárias dos 14 aos 34 anos e dos 35 aos 54 anos.

Idade		Ausência de diagnóstico	Gengivite	Periodontite Crónica	Total	
14 aos 34 anos	N	20	196	47	263	
	%	40,8%	43,5%	11,5%	28,9%	
35 aos 54 anos	N	20	182	219	421	$\chi^2 = 119,0$ $p < 0,001$
	%	40,8%	40,4%	53,4%	46,3%	
mais de 55 anos	N	9	73	144	226	
	%	18,4%	16,2%	35,1%	24,8%	
Total	N	49	451	410	910	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 6- Comparação das doenças periodontais de acordo com a faixa etária com o teste de Qui- quadrado

De acordo com a classificação de 2017

Pela análise da tabela 7, verifica-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a ocorrência da periodontite ($\chi^2 = 82,39$; $p < 0,001$), sendo que a periodontite está associada à faixa etária dos 35 aos 54 anos, seguindo-se os pacientes com mais de 55 anos. A gengivite apresenta valores muito similares nas faixas etárias dos 14 aos 34 anos e dos 35 aos 54 anos.

Idade		Gengivite	Periodontite	Saúde periodontal	Total	
14 aos 34 anos	N	110	57	96	263	
	%	38,3%	14,4%	42,5%	28,9%	
35 aos 54 anos	N	111	210	100	421	$\chi^2 = 82,39$ $p < 0,001$
	%	38,7%	52,9%	44,2%	46,3%	
mais de 55 anos	N	66	130	30	226	
	%	23,0%	32,7%	13,3%	24,8%	
Total	N	287	397	226	910	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 7- Comparação das doenças periodontais de acordo com a faixa etária com o teste de Qui- quadrado

4.5.2 Relação das doenças periodontais com os hábitos tabágicos de acordo com a classificação de 2017

Pela análise da tabela 8, verificamos que apesar da periodontite ser nitidamente superior nos fumadores comparativamente com os não fumadores, esta relação entre fumadores e não fumadores e doença periodontal não é estatisticamente significativa. Dos 200 indivíduos que fumam mais de 10 cigarros dia, 94 (47,0%) apresentam periodontite, sendo que dos 114 que fumam até 10 cigarros dia, 15 (31,3%) apresentam igualmente periodontite.

Hábitos Tabágicos		Gengivite	Periodontite	Saúde periodontal	Total	
< 10 cigarros dia	N	17	15	16	48	
	%	35,4%	31,3%	33,3%	100,0%	
≥ 10 cigarros dia	N	52	94	54	200	$\chi^2 = 6,99$ $p=0,136$
	%	26,0%	47,0%	27,0%	100,0%	
Não Fumador	N	218	288	156	662	
	%	32,9%	43,5%	23,6%	100,0%	
Total	N	287	397	226	910	

Tabela 8- Comparação das doenças periodontais com os hábitos tabágicos com o teste de Qui-quadrado

4.5.3 Relação das doenças periodontais com a diabetes de acordo com a classificação de 2017

Pela análise da tabela 9, verificamos a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a doença periodontal e a diabetes ($\chi^2 = 8,06$ $p=0,018$) sendo que dos 73 indivíduos que apresentam diabetes a grande maioria (58,9%) tem doença periodontal.

			Gengivite	Periodontite	Saúde periodontal	Total	
Diabetes	Ausente	N	268	354	215	837	
		%	32,0%	42,3%	25,7%	100,0%	$\chi^2 = 8,06$ $p=0,018$
	Sim	N	19	43	11	73	
		%	26,0%	58,9%	15,1%	100,0%	
	Total	N	287	397	226	910	

Tabela 9- Comparação das doenças periodontais com a diabetes Mellitus (DM) com o teste Qui- quadrado

4.5.4 Impacto dos fatores modificadores Hábitos tabágicos e Diabetes Mellitus no risco de progressão da periodontite

Hábitos tabágicos

Pela análise da tabela 10, verifica-se que apesar de não existir uma relação estatisticamente significativa entre a progressão da periodontite e ser ou não fumador, na população total com hábitos tabágicos dos 200 pacientes que fumam 10 ou mais cigarros por dia, 93 (46,5%) diagnosticados com periodontite apresentam um risco de progressão rápido e somente 1 (0,5%) com risco de progressão moderado, sendo que dos 662 não fumadores da amostra apenas 25 (3,8%) apresentam risco de progressão rápido mas 256 (38,7%) diagnosticados com periodontite apresentam risco de progressão moderada.

		Grau de Progressão da Periodontite				Total	
		Outros diagnósticos Ausente	Grau A Risco Lento	Grau B Risco moderado	Grau C Risco rápido		
Hábitos tabágicos	< 10 cigarros dia	N	33	0	14	1	48
		%	68,8%		29,2%	2,1%	100,0%
	≥ 10 cigarros dia	N	106	0	1	93	200
		%	53,0%		0,5%	46,5%	100,0%
	Não Fumador	N	374	7	256	25	662
		%	56,5%	1,1%	38,7%	3,8%	100,0%
Total	N	513	7	271	119	910	

Tabela 10- Comparação da progressão da periodontite em fumadores e não fumadores

Diabetes Mellitus

A progressão da periodontite relaciona-se de forma estatisticamente significativa com a diabetes Mellitus ($\chi^2 = 13,2$; $p=0,001$). Dos 73 pacientes com diabetes, 43 estão diagnosticados com periodontite, 35 (47,9%) apresentam risco progressão moderado e 7 (9,6%) risco de progressão rápido. (tabela 11).

		Grau Progressão da periodontite							
		Outros diagnósticos	Grau A	Grau B	Grau C	Total			
		Ausente	Risco Lento	Risco moderado	Risco rápido				
Diabetes	Ausente	N	483	6	236	112	837	$\chi^2 = 13,4$	
		%	57,7%	0,7%	28,2%	13,4%	100,0%		
	Sim	N	30	1	35	7	73	$p=0,004$	
		%	41,1%	1,4%	47,9%	9,6%	100,0%		
	Total		N	513	7	271	119	910	

Tabela 11- Comparação da progressão da periodontite em diabéticos e não diabéticos com teste de Qui- quadrado

5 DISCUSSÃO

A classificação das doenças e condições periodontais recentemente introduzida visa identificar entidades clínicas bem identificadas através de critérios claros capazes de vincular o diagnóstico à prevenção e ao tratamento.

Este conceito é uma mudança muito importante se o relacionarmos com o sistema de classificação que antecedeu este, o de 1999, que não reconhecia o estado de saúde periodontal e apresentava diferentes formas de periodontite que criavam dificuldades na implementação do diagnóstico e muita imprecisão devido há sobreposição de muitas entidades e parâmetros clínicos.⁽⁷⁾

A melhoria mais significativa deste novo sistema de classificação está focada na definição de casos específicos e assim, define três grandes novas formas de diagnóstico de caso: 1) a saúde periodontal; 2) periodonto reduzido mas saudável e 3) Inflamação gengival em paciente com periodontite (periodontite tratada com inflamação persistente).⁽⁸⁾⁽⁵⁾⁽⁹⁾

Também reconhece três diagnósticos de periodontite: doenças periodontais necrosantes; periodontite e periodontite como manifestação de doença sistémica.⁽³⁾⁽⁶⁾

Os casos que forem diagnosticados com periodontite necessitam de ser caracterizados por um processo de estadiamento e grau. Os estadios da periodontite são uma descrição simples da gravidade e complexidade de manuseamento de cada caso individual, enquanto o grau da periodontite representa o risco de progressão e o perfil do fator de risco presente que pode modificar o prognóstico e todo o manuseamento do caso.⁽³⁾⁽⁶⁾

O nosso estudo experimental utilizou uma população diagnosticada em 2014 e 2015 com base na classificação de 1999 e utilizando os mesmos parâmetros clínicos, formulou um novo diagnóstico com base nova classificação de doenças periodontais de 2017.

Quando comparamos a prevalência das doenças periodontais 1999/2017 verificamos que pela classificação de 1999, a maior prevalência era para um diagnóstico de gengivite (49,6%) seguido de um diagnóstico de periodontite (45,10%) e em 2017, pela introdução na classificação do diagnóstico de saúde periodontal que no nosso estudo resultou em 24,8% da amostra populacional, a prevalência de gengivite baixa para 31,5% enquanto a

periodontite praticamente não sofre variação na prevalência (43,6%). Esta variação deve-se por um lado há implementação do diagnóstico de saúde periodontal e a uma parametrização do estado inflamatório que é mesurado pelo sangramento à sondagem com valorização diferente do aplicado pela classificação de 1999.

A classificação de 1999 supervalorizava o sangramento à sondagem e definia como ausência de inflamação gengival a ausência de sangramento o que incrementava o diagnóstico de gengivite e não existia um diagnóstico para saúde periodontal. A classificação de 2017, para além de estabelecer critérios aceitáveis para definir saúde periodontal, incidiu na busca de um limiar entre saúde e doença gengival e encontrou uma resposta positiva de que na verdade existe uma resposta imunológica que se manifesta, essencialmente, por um infiltrado neutrófilo que é compatível com saúde gengival clínica. Esta alteração foi crucial para deixar de classificar saúde periodontal como uma ausência absoluta de inflamação gengival. ⁽⁵⁾

Quando comparamos as prevalências das doenças periodontais pelas três faixas etárias na qual dividimos a nossa amostra populacional (14-34; 35-54; e ≥ 55 anos) de uma forma geral, quer 1999 ou 2017, a doença periodontal quando diagnosticada com gengivite encontra-se na faixa etária dos mais jovens enquanto a periodontite está nas faixas etárias mais altas. No entanto, há uma maior prevalência da periodontite em 1999 e 2017 na faixa etária dos 35-54 anos do que nos ≥ 55 anos, correspondendo a quase metade da amostra total sendo predominante o sexo feminino.

Em suma, a prevalência das doenças periodontais entre as duas classificações diz-nos que em 1999 era mais predominante a gengivite 49,60% e em 2017 a periodontite 43,60%. E quando comparamos com outros estudos, que são muito poucos, podemos constatar que em Portugal, até à data, existe apenas um estudo epidemiológico nacional, em 2015, de prevalência da doença periodontal, os resultados obtidos estimaram uma prevalência de 10,8% de doenças periodontais em adultos e 15,3% para a população mais idosa⁽¹⁰⁾ que não pode ser comparado com o presente estudo porque utilizou a metodologia do CPITN e esta metodologia de registo parcial e não total, subestima a prevalência e a extensão periodontal em quase 50%.⁽¹¹⁾

Mas existe um outro estudo recente nacional (2019) que aplica a nova classificação, mas não corrobora os nossos resultados na totalidade porque a prevalência da periodontite é mais elevada, 59,9%. No entanto, este resultado pode ser justificado pela diferença cronológica dos dois estudos, o nosso é observacional retrospectivo aos anos de 2014 e 2015 e o estudo de Botelho J. e col. é um estudo observacional prospetivo realizado em 2018 onde também constatamos que a doença periodontal tem vindo aumentar globalmente.⁽¹²⁾

Quando avaliamos a severidade das periodontites que têm parametrizações diferentes para a perda de aderência clínica nas duas classificações, ou seja, em 1999 a severidade da periodontite estava na média da perda de aderência clínica de todos os sítios com bolsa periodontal e classificava-se como leve (1-2 mm), moderada (3-4 mm) e severa (≥ 5 mm) e em 2017, a perda de aderência é parametrizada pelo maior valor interproximal e com bolsa periodontal em pelo menos dois dentes não adjacentes e classifica-se por estadios com mais um parâmetro: estadio I- leve (1-2 mm), estadio II- moderada (3-4 mm), estadio III- severa (≥ 5 mm) com 3-4 dentes perdidos por periodontite e estadio IV- muito severa com mais de 4 dentes perdidos por periodontite.⁽³⁾

Com base na classificação de 1999 o nosso estudo conclui uma maior prevalência para uma severidade severa (63,2%) da periodontite e com base na classificação de 2017 também uma maior prevalência para o estadio III- severidade severa (47%) mas, com 18% de prevalência no estadio IV- muito severa (parâmetro que não existia anteriormente) ou seja com maior grau complexidade para o tratamento. Estes resultados corroboram a única evidência científica até aos dias de hoje de Graetz C. e col. de 2019 que compararam pacientes com periodontite com a classificação de 1999 versus 2017, e os resultados obtidos neste estudo revelam que os pacientes estavam diagnosticados pela classificação 1999 maioritariamente com periodontite crónica severa generalizada e que pela classificação de 2017 os mesmos pacientes foram diagnosticados entre o estadio III- severa e estadio IV- muito severa.⁽¹³⁾

O nosso estudo também avaliou a relação das doenças com três fatores de risco a idade, os hábitos tabágicos e a diabetes, estes dois últimos de extrema importância para os pacientes com periodontite pois são os dois fatores *major* capazes de modificar a progressão da doença após a imputação do grau.

O grau adiciona uma nova dimensão de análise que permite que a taxa de progressão seja avaliada, usando informações que possibilitem supor que a progressão da doença em um determinado caso, será superior ao que se observa na maioria dos pacientes. Os graus A, B e C referem-se a taxas de progressão gradativamente mais rápidas, (lento, moderado e rápido) e são considerados os seguintes: perda dentária nos últimos anos por periodontite, percentual de perda óssea em relação à faixa etária, fenótipo periodontal, associação com fatores de risco como o fumo, impacto da inflamação nos níveis sistêmicos de proteína C reativa e ainda, a possibilidade do uso de biomarcadores que possam vir a ser associados com o aumento de risco da progressão da doença.⁽⁶⁾

Assim, no nosso estudo existe uma relação estatisticamente significativa entre as doenças periodontais e a faixa etária ($\chi^2 = 119,0$; $p < 0,001$) na classificação de 1999. A gengivite apresenta valores muito semelhantes nas faixas etária dos 14 -34 anos e 35 -54 anos e a periodontite crónica está associada fortemente à faixa etária 35 - 54 anos. Na classificação de 2017 também existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a ocorrência de periodontite ($\chi^2 = 82,39$; $p < 0,001$) da mesma forma que na de 1999, a gengivite está mais associada há faixa etária 14-34 anos e 35-54 anos e a periodontite está mais associada há faixa etária 35-54-anos.

Quanto aos hábitos tabágicos apesar da periodontite ser nitidamente superior nos fumadores comparativamente com os não fumadores, esta relação entre fumadores e não fumadores e doença periodontal não é estatisticamente significativa, no entanto temos de ter em conta que os hábitos tabágicos afetam a incidência e a progressão da periodontite podendo mudar o estadio e o grau da periodontite.⁽⁶⁾

Quanto ao fator modificador Diabetes *Mellitus*, o nosso estudo revela uma relação estatisticamente significativa entre a doença periodontal e a DM ($\chi^2 = 13,2$; $p = 0,001$). Dos 73 pacientes com diabetes, 43 estão diagnosticados com periodontite, 35 (47,9%) apresentam risco progressão moderado e 7 (9,6%) risco de progressão rápido.

A DM, é caracterizada pelo excesso de glicose no sangue que é tóxico e leva a uma resposta mitocondrial de stress e a um sucessivo aumento da expulsão respiratória na fase inflamatória celular que pode ativar vários casos de mediadores pró-inflamatórios, assim a DM aumenta a incidência e a progressão da periodontite.⁽⁵⁾

O desenvolvimento de um sistema de classificação é importante para categorizar as doenças e facilitar a formulação de um diagnóstico, tratamento e prognóstico pelos clínicos, bem como permitir investigar a etiologia, a patogénese, e o tratamento⁽⁹⁾.

A doença periodontal foi reportada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das doenças mais prevalentes no mundo. ⁽¹⁴⁾

As limitações do nosso estudo impõem-se naturalmente pela introdução de um novo sistema de classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares que necessitam de um período de adaptação aos novos conceitos. Esta nova classificação apresenta um nível de complexidade elevado e implica muito tempo de trabalho para uma correta utilização. Para os estudantes é uma tarefa difícil porque necessita de uma grande curva de aprendizagem tendo em conta a quantidade de conceitos. Torna-se mais simples quando só há conhecimento de uma classificação, mas nada se sabe da anterior para poder comparar. Para os profissionais que tem vindo a utilizar uma classificação que advém de 1999 pode também ser difícil alterar hábitos adquiridos ao longo de anos.

As demais limitações são pouco conhecidas porque o sistema de classificação é muito recente com um maior tempo de aplicação pode ser desenvolvida a capacidade de avaliar as vantagens e as desvantagens da sua utilização e encontrar mais evidencia científica sobre o tema.

6 CONCLUSÃO

- Amostra populacional resultou no predomínio do género Feminino e facha etária do 35-54 anos, maioritariamente não fumadora e ausência de diabetes *Mellitus*;
- A doença periodontal de maior prevalência pela classificação de 1999 é gengivite seguida da periodontite;
- A doença periodontal de maior prevalência pela classificação de 2017 é a periodontite seguida da gengivite;
- Comparando a prevalência das doenças entre as duas classificações 1999/2017 a maior prevalência de gengivite (1999) para maior prevalência de periodontite (2017) deve-se ao conceito saúde periodontal na nova classificação;
- A prevalência das doenças periodontais por faixa etária é semelhante nas duas classificações 1999/2017 exceto na condição de saúde periodontal;
- Os hábitos tabágicos não revelaram impacto na taxa de progressão da periodontite;
- A diabetes *Mellitus* revelou ter impacto na taxa de progressão da periodontite;
- Devem ser desenvolvidos mais estudos experimentais que possam validar as vantagens e desvantagens deste novo sistema de classificação em comparação com o anterior.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rajesh KS, S AKM, Reshmi TS, Pooja M, Hedge S, Boloor V. An Overview on New Classification of Periodontal And Peri- Implant Diseases And Conditions 2017. 2020;19(7):52–5.
2. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999;4(1):1–6.
3. 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 Periodontol.* 2018;89(March):S173–82.
4. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. *J Clin Periodontol.* 2018;45(August 2016):S9–16.
5. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45(December 2017):S68–77.
6. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol.* 2018;89(January):S159–72.
7. Tonetti MS, Sanz M. Implementation of the new classification of periodontal diseases: Decision-making algorithms for clinical practice and education. *J Clin Periodontol.* 2019;46(4):398–405.
8. Jepsen S, Caton J, Albandar J, Bissada N, Douchard P, Cortellini P, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *wiley J Periodontol.*

2018;45(Suppl 2).

9. 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(S1):S1–8.
10. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo PR de. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraiso Title. *Direção-Geral da Saúde.* 2015;55.
11. Machado V, Botelho J, Mascarenhas P, Cavacas MA, Alves R, Mendes JJ. Partial recording protocols performance on the assessment of periodontitis severity and extent: Bias magnitudes, sensibility, and specificity. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac.* 2018;59(3):145–53.
12. Botelho J, Machado V, Proença L, Alves R, Cavacas MA, Amaro L, et al. Study of Periodontal Health in Almada-Seixal (SoPHiAS): a cross-sectional study in the Lisbon Metropolitan Area. *Sci Rep.* 2019;9(1):1–10.
13. Graetz C, Mann L, Krois J, Sälzer S, Kahl M, Springer C, et al. Comparison of periodontitis patients' classification in the 2018 versus 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2019;46(9):908–17.
14. Organization WH. Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* [Internet]. 2017;1:1–7. Available from:
http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf

8 ANEXOS

Diploma de apresentação da Comunicação Oral nas XXIX Jornadas Científicas denominado de " Diagnóstico e Prevalência das doenças Periodontais com implementação da nova classificação de 2017 numa amostra populacional de jovens da Clínica Universitária do IUCS".



Certificado de Apresentação do poster intitulado "Surgical reconstruction of maxillary medication-related osteonecrosis (mronj)" como co-autora no 25th Congress of the European Association for Cranio Maxillo Facial Surgery.

