

# RECURSOS DIAGNÓSTICOS DE DOENÇAS PERIODONTAIS UTILIZADOS POR CIRURGIÕES DENTISTAS DE TRÊS CIDADES DO RIO GRANDE DO SUL

Diagnosis tools of periodontal disease used by dentists from 3 cities in Rio Grande do Sul

Carlos Heitor Cunha Moreira<sup>1</sup>, Tiago Fernandes<sup>2</sup>, Raquel Antoniazzi<sup>3</sup>, Cassiano Kuchenbecker Rösing<sup>4</sup>

## RESUMO

O objetivo do presente estudo foi através de uma entrevista realizada com cirurgiões-dentistas (CDs), com diferentes tempos de graduação, avaliar os instrumentos utilizados na consulta inicial, bem como avaliar os critérios diagnósticos utilizados na avaliação do periodonto. Os CDs foram entrevistados em seus consultórios privados em três cidades do Rio Grande do Sul. As alternativas na avaliação do periodonto foram: cor e textura do tecido gengival, presença de placa bacteriana, presença de sangramento após sondagem, exame do nível de inserção, presença de mobilidade, presença de contatos dentários prematuros, presença de áreas com envolvimento de furca, determinação de vitalidade pulpar, presença de sulcos com profundidade entre 2-3 mm, presença de supuração, dentre outros. 42,1% dos CDs relataram o uso de sonda milimetrada na consulta inicial. Quando os CDs foram entrevistados com relação aos parâmetros utilizados na avaliação do periodonto, a resposta com o maior percentual foi a avaliação da cor e textura do tecido gengival (67,1%), seguidos da presença de sangramento a sondagem (63,2%) e presença de placa bacteriana (53,9%). Conclusões: Uma parcela significativa de CDs relata não utilizar sonda periodontal na consulta inicial e pode não estar examinando e diagnosticando doenças periodontais. Existe a necessidade de programas de educação continuada que possibilitem ao clínico, acesso aos novos conhecimentos teóricos que possibilitem uma conduta clínica de acordo com o conhecimento vigente.

**UNITERMOS:** Diagnóstico periodontal, diagnóstico bucal, sonda periodontal. R Periodontia 2006; 17:00-00.

## INTRODUÇÃO

O cirurgião-dentista necessita na sua prática clínica diária tomar decisões tanto relacionadas ao diagnóstico quanto em relação ao plano de tratamento dos pacientes aos quais presta atendimento. O processo diagnóstico é realizado rotineiramente, desde diferenciar processos de saúde de doença, até determinar o estágio/severidade de doença para poder escolher a melhor alternativa terapêutica e determinar de maneira a mais acurada possível, o prognóstico para o caso (AAP, 2003 ; ARMITAGE, 2004).

Os descritores do processo saúde-doença periodontal vêm sendo modificados, grande parte em função de um melhor entendimento dos eventos relacionados a etiopatogenia dessas doenças. Dentro desse novo processo diagnóstico, descritores puramente anatômicos vêm sendo questionados, crescendo em importância descritores diretamente associados ao modelo etiopatogênico vigente (OPPERMANN & RÖSING, 2001).

Exames avaliando quantidade de gengiva inserida, contatos oclusais, mobilidade dental e a simples quantificação da profundidade de sondagem, vêm sendo substituídos por critérios de nível de inserção clínico, nível ósseo radiográfico, presença de sinais clínicos inflamatórios associados à sondagem, determinação de pre-

<sup>1</sup> Professor assistente de periodontia da Universidade Federal de Santa Maria, doutorando em periodontia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>2</sup> Aluno de graduação da Universidade Federal de Santa Maria

<sup>3</sup> Professora substituta de periodontia da Universidade Federal de Santa Maria, mestranda em periodontia da Universidade Luterana do Brasil

<sup>4</sup> Professor adjunto de periodontia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Luterana do Brasil

sença de placa supragengival e sinais inflamatórios na região supragengival (OPPERMANN & RÖSING, 2001). Dentro desse novo modelo etiopatogênico, a entrevista individualizada do paciente assume um papel determinante no diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico. Fatores de risco podem ser identificados na entrevista, assim como condições de saúde geral, hábitos dos pacientes, tratamentos odontológicos previamente recebidos, uso de medicamentos e expectativas com relação ao tratamento (AAP, 2000 ; PIHLSTROM, 2001 ; ALBANDAR, 2002)

Diante a essas mudanças nas bases teóricas que devem fundamentar a prática clínica, o cirurgião-dentista deve ter acesso a esses novos conhecimentos e interpretar de maneira adequada o impacto que essas mudanças representam nas tomadas de decisões clínicas.

Várias fontes de educação continuada são possíveis após a graduação de um cirurgião-dentista, tais como, cursos de atualização, especialização, aperfeiçoamento, jornadas, congressos, leitura de livros textos e artigos científicos, e mais atualmente as pesquisas em bancos de dados na internet (MERIJOHN, 2005).

Dentro desse processo de educação continuada, a mudança na prática clínica embasada pela melhor evidência científica disponível possibilita uma prática odontológica dentro dos melhores padrões vigentes.

O objetivo do presente estudo foi, através de uma entrevista realizada com cirurgiões-dentistas, com diferentes tempos de graduação, avaliar os instrumentos utilizados na consulta inicial, bem como, avaliar os critérios diagnósticos utilizados na avaliação do periodonto.

## METODOLOGIA

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas com uma amostra representativa de Cirurgiões-Dentistas (CDs) das cidades de Santa Maria, Cruz Alta e Rosário do Sul, todas no Rio Grande do Sul. Tomou-se como base as listas fornecidas pelo Conselho Regional de Odontologia (CRO) do RS. Para a estratificação das entrevistas na cidade de Santa Maria, foram criados estratos, por ano de formatura e localização do consultório. A partir da relação dos CDs dos dados do CRO, foram sorteados os que seriam entrevistados. Após três tentativas de contato, caso não fosse possível a realização da entrevista, o próximo CD da relação do CRO com as mesmas características foi entrevistado. Nas demais cidades (Cruz Alta e Rosário do Sul), em função do número reduzido de profissionais, todos os profissionais foram buscados. Todas as entrevistas foram realizadas com os CDs em seus consultórios privados.

Previamente à entrevista, os objetivos da pesquisa foram informados, assim como o compromisso de que os dados seriam sigilosos. Posteriormente, os CDs que aceitaram participar do es-

tudo assinaram o consentimento livre e esclarecido. Esse estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Maria.

A **tabela 1** descreve a amostra de cirurgiões dentistas entrevistados, de acordo com a cidade e o número de anos de formado. Foram entrevistados 152 cirurgiões: 108 em Santa Maria, 29 em Cruz Alta e 15 em Rosário do Sul. A amplitude do ano de formatura foi de 1960-2005, tendo como mediana o ano de 1982. A maioria dos CDs foi clínico geral: 52,8% em Santa Maria, 75,9% em Cruz Alta e 93,3% em Rosário do Sul.

Foi realizado um projeto piloto com dez CDs para avaliação das questões utilizadas nas entrevistas, assim como o tempo necessário para a realização das mesmas. As informações obtidas nessas entrevistas foram utilizadas adequação das perguntas realizadas.

Os CDs foram entrevistados com relação aos objetivos da consulta inicial, tempo médio e instrumentos clínicos utilizados na mesma e quais parâmetros clínicos utiliza na avaliação do periodonto. Foram utilizadas perguntas abertas e fechadas nas entrevistas. Para cada pergunta era possível o entrevistado responder com mais de uma alternativa.. As alternativas na avaliação do periodonto foram: cor e textura do tecido gengival, presença de placa bacteriana, presença de sangramento após sondagem, exame do nível de inserção, presença de mobilidade, presença de contatos dentários prematuros, presença de áreas com envolvimento de furca, determinação de vitalidade pulpar, presença de sulcos com profundidade entre 2-3 mm, presença de supuração, dentre outros.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados do presente estudo foram analisados por distribuição de frequência das respostas avaliadas das entrevistas, sendo que essas distribuições foram estratificadas com relação ao ano de formatura nas análises referentes a: utilização de sonda periodontal, objetivos da consulta inicial e parâmetros utilizados pelos C.D para a avaliação dos tecidos periodontais.

## RESULTADOS

A **figura 1** descreve o tempo utilizado para a consulta inicial pelos cirurgiões-dentistas entrevistados. Este variou entre 10 minutos e 1 hora, sendo que o maior percentual de CDs realiza a consulta inicial em 30 minutos (45,3%).

Com relação aos objetivos da consulta inicial, a anamnese (66,4%) e a realização do diagnóstico (65,8%), foram os objetivos mais relatados, seguidos por realizar o orçamento (37,5%), plano de tratamento (34,2%) e controle da dor em (27,6%) (**tabela 2**). Os CDs formados entre os anos de 1991-2000 foram

**Tabela 1**

NÚMERO E PERCENTUAL DE CIRURGIÕES-DENTISTAS ENTREVISTADOS SEGUNDO A CIDADE			
	Santa Maria n(%)	Cruz Alta n(%)	Rosário do Sul n(%)
Nº total de C.Ds	592	68	22
C.Ds entrevistados	108 (18,24)	29(42,64)	15(68,18)
1960-1970	11(10,18)	6(20,68)	4(26,66)
1971-1980	34(31,48)	7(24,13)	4(26,66)
1981-1990	23(21,29)	7(24,13)	2(13,33)
1991-2000	34(31,48)	9(31,03)	4(26,66)
2001-2005	6(5,55)	0(0)	1(6,66)

**Tabela 2**

OBJETIVOS DA CONSULTA INICIAL RELATADOS PELOS CDS (PERCENTUAIS ESTRATIFICADOS POR ANO DE FORMATURA)						
	Anamnese	Diagnóstico	Plano Tratamento	Orçamento	Controle Dor	Outros
1960-1970	57,0	81,0	43,0	43,0	28,5	24,0
1971-1980	64,5	64,5	31,0	33,0	29,5	20,0
1981-1990	69,0	69,0	31,0	37,5	22,0	37,5
1991-2000	72,0	59,5	36,0	38,0	30,0	47,0
2001-2005	57,0	57,0	28,5	43,0	28,5	71,5
Total	66,4	65,8	34,2	37,5	27,6	34,9

os que mais relataram como objetivo da consulta inicial a anamnese. O diagnóstico foi um dos objetivos mais relatados entre os C.D formados entre 1960-1970.

Dentre os instrumentos clínicos utilizados na consulta inicial os CDs entrevistados utilizam sonda exploradora (96,7%), espelho bucal em 100% e sonda periodontal milimetrada (42,1%). A **figura 2** reflete o percentual de uso de sonda periodontal, por estrato de anos de formatura.

CDs formados entre 1960-1990 relataram uma menor utilização da sonda periodontal no exame clínico. O percentual total de CDs que utilizam a sonda periodontal foi de 42,1.

Quando os CDs foram entrevistados com relação aos parâmetros utilizados na avaliação do periodonto, a resposta com o maior percentual foi a avaliação da cor e textura do tecido gengival (67,1%), seguidos da presença de sangramento à sondagem (63,2%) e presença de placa bacteriana (53,9%). CDs formados mais recentemente relataram avaliar mais freqüentemente sangramento à sondagem e nível de inserção. Envolvimento de furca freqüentemente não é um parâmetro avaliado (**figura 3**).

**DISCUSSÃO**

Na amostra do presente estudo, o cirurgião-dentista teve como principal objetivo da sua consulta inicial a realização da

anamnese e a realização do diagnóstico. O tempo médio utilizado nessa consulta foi de 30 minutos.

Não foi objetivo principal desse estudo avaliar o tempo necessário em uma consulta clínica para a realização de todos os procedimentos associados a anamnese e exames clínicos necessários para o estabelecimento de um correto diagnóstico. Todavia, o tempo de 30 minutos parece ser o mínimo necessário para que esses procedimentos sejam adequadamente executados. CDs que relatam utilizar um tempo menor na sua consulta inicial podem ter dificuldades em obter os dados relacionados a

**Figura 1**

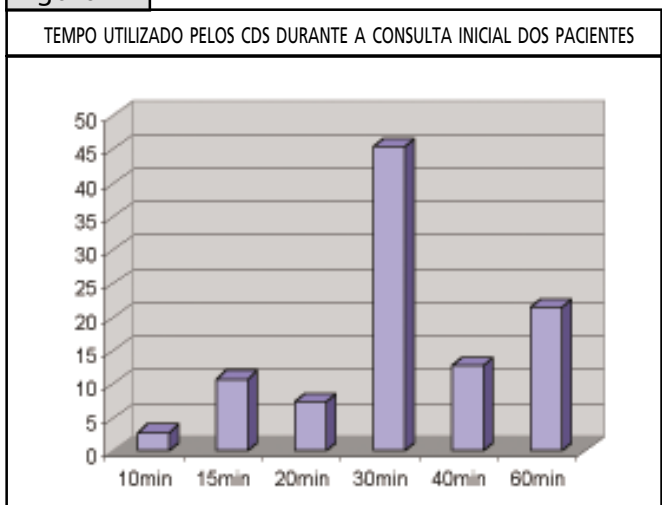
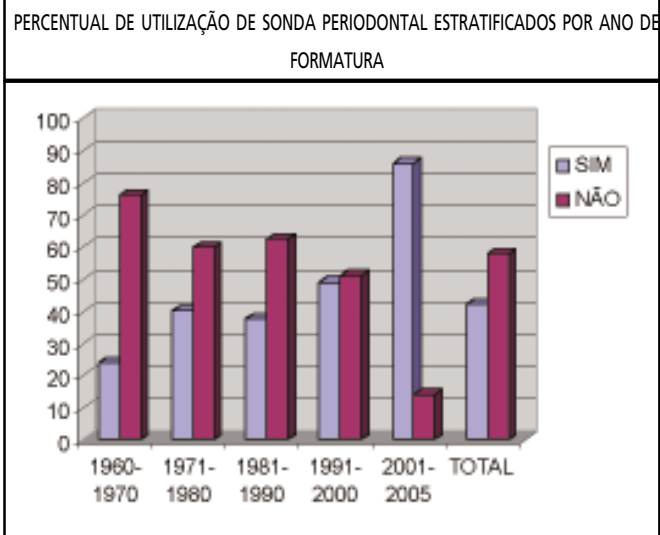


Figura 2

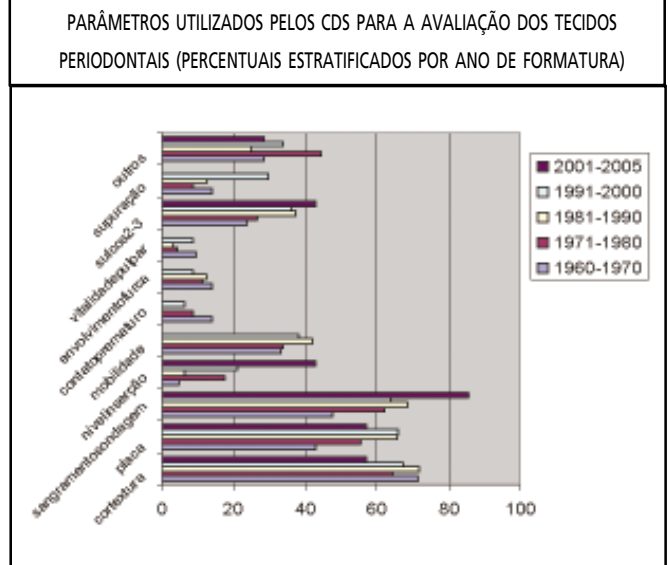


anamnese e executar um exame clínico acurado (MACLEOD, 2000). O tempo utilizado na consulta inicial e a anamnese como objetivo da mesma estiveram associados. CDs que utilizam menos que 30 minutos relatam menos freqüentemente a anamnese como objetivo da consulta inicial (dados não mostrados).

Um dos principais objetivos associados à consulta inicial foi a realização da anamnese. A realização de uma anamnese individualizada é fundamental para conhecermos aspectos importantes do paciente que podem ter implicações tanto no diagnóstico, quanto no plano de tratamento e no prognóstico. Na anamnese são obtidos dados relativos às condições gerais de saúde, problemas crônicos existentes, uso de medicamentos e reações alérgicas prévias aos mesmos que podem necessitar de condutas específicas por parte do CD. A presença de fatores de risco associados às doenças periodontais como o fumo e a diabetes devem receber atenção especial na anamnese, assim como o uso de medicamentos que podem levar a xerostomia e aumentar o potencial de hiperplasia gengival. Também são obtidos dados referentes aos tratamentos odontológicos recebidos anteriormente, bem como hábitos de higiene bucal, hábitos comportamentais e perspectivas do paciente com relação a sua condição de saúde bucal. Além de realizar de maneira correta a anamnese é importante que o CD avalie os dados obtidos com a mesma, personalizando dessa maneira os procedimentos para seus pacientes. Não existiram diferenças significativas entre os estratos de ano de formatura nos percentuais de CDs que responderam como objetivo da consulta inicial a realização da anamnese. Entretanto, entre os estratos um percentual entre 30-40% não relatam a anamnese como objetivo. Esses CDs podem ficar sem dados importantes para estabelecerem um diagnóstico e plano de tratamento adequados as condições sistêmicas, bucais e comportamentais dos pacientes. (AAP,2000)

Para um diagnóstico acurado e preciso das doenças

Figura 3



periodontais o exame clínico está centrado na sondagem periodontal, a qual no exame inicial tem por principal finalidade diferenciar entre a presença de saúde ou a presença de doença periodontal (MOMBELLI, 2005). Em um segundo momento, a sondagem juntamente com exames complementares como o radiográfico determina a severidade de doença (ARMITAGE, 2004). A diferenciação entre as condições periodontais supra e subgengival permite o diagnóstico diferencial entre gengivites e periodontites, assim como estabelece a necessidade de procedimentos terapêuticos nesses ambientes (OPPERMANN & RÖSING, 2001). Nesse sentido, uma parcela significativa de cirurgiões-dentistas parece não utilizar o principal instrumento de avaliação do periodonto, a sonda periodontal. Quando entrevistados a respeito de quais parâmetros clínicos são utilizados na avaliação do periodonto, a cor e textura do tecido gengival foram as que tiveram o maior percentual de respostas, seguida por presença de sangramento à sondagem e presença de placa bacteriana. Parâmetros associados à severidade de doença periodontal tais como, nível de inserção e presença de envolvimento de furca apresentaram um percentual muito baixo de resposta que relatasse a sua avaliação dos tecidos periodontais. CDs formados mais recentemente (2001-2005) relataram um percentual maior de avaliação de nível de inserção, entretanto mesmo estrato uma parcela significativa de CDs não avaliam esse parâmetro clínico. Nesse aspecto, algumas contradições podem ser observadas. O percentual de CDs que relatam a utilização de sonda periodontal é menor dos que relataram utilizar o parâmetro clínico de sangramento a sondagem na avaliação dos tecidos periodontais. As possíveis interpretações são a utilização de outro instrumento clínico tal como a sonda exploradora para avaliar a presença de sangramento à sondagem, ou

que o mesmo reconhece a importância de avaliar os tecidos periodontais através da sondagem, mas que na prática clínica diária esse procedimento diagnóstico não é utilizado frequentemente. Interessantemente, um parâmetro clínico que historicamente foi associado à saúde periodontal como a presença de sulcos com 2-3 mm de profundidade, não foi relatado frequentemente na avaliação do periodonto (GREENSTEIN, 1997). Novamente, a falta de utilização da sonda periodontal, pode ter um impacto na não utilização desse parâmetro. Entretanto, a avaliação de sinais clínicos associados ao processo saúde/doença, como sangramento à sondagem pode já estar sendo mais utilizado na avaliação dos tecidos periodontais do que meramente a extensão da sondagem em milímetros. Deve-se observar que o percentual de CD que utilizam rotineiramente a sonda periodontal é menor que 50%, portanto, um número significativo de pacientes provavelmente não tem sua condição periodontal examinada de maneira adequada e considerada com relação a possíveis necessidades de tratamento. Além disso, a não utilização dos parâmetros associados à severidade de doença parece refletir as dificuldades que o clínico possui na utilização desses descritores, tanto na determinação do diagnóstico quando no significado desses parâmetros na determinação do prognóstico associado aos tecidos periodontais (AAP, 2003). A determinação da condição clínica periodontal somente levando em consideração a cor e textura do tecido gengival, pode deixar de diagnosticar doenças periodontais que não expressam alterações significativas nesses parâmetros. Pacientes que receberam previamente terapia periodontal somente no ambiente supragengival, mas que persistem descritores de doença no ambiente subgengival, assim como casos de periodontites agressivas são exemplos de pacientes que podem não expressar alterações significativas de cor e textura gengival (NAGY & NOVAK, 2004).

A utilização da presença de placa bacteriana na avaliação clínica dos tecidos periodontais pode refletir mais a capacidade de remoção da mesma, e isolada de outros parâmetros como sinais inflamatórios periodontais, não refletem o status de saúde/doença periodontal, nem os hábitos de controle de placa diários (CORTELLI *et al.*, 2005)

Existiu uma associação entre ano de formatura e utilização de sonda periodontal. Profissionais formados mais recentemente relataram uma maior utilização desse instrumento. Isso parece refletir uma formação acadêmica com uma maior ênfase no diagnóstico do periodonto.

As doenças periodontais são muito prevalentes, e, sem um diagnóstico adequado, esses pacientes podem ter desfechos irreversíveis tais como perda de inserção, podendo levar a perdas dentárias (SUSIN *et al.*, 2004). Recentemente, a associação entre as presenças de doenças periodontais e condições sistêmicas têm sido relatados (WILLIAMS & OFFENBACHER, 2000). Isso reforça a necessidade de um diagnóstico e estabelecimento de saúde nos tecidos periodontais para diminuir a possibilidade da presença de doenças periodontais aumentarem o risco para a saúde geral dos pacientes.

Dentro das limitações do presente estudo, pode-se concluir que existe a necessidade de programas de educação continuada que possibilitem ao clínico, acesso aos novos conhecimentos teóricos que levem à uma conduta clínica de acordo com o conhecimento vigente. Uma parcela significativa de CDs relata não utilizar sonda periodontal na consulta inicial e pode não estar examinando e diagnosticando doenças periodontais.

#### **ABSTRACT**

The aim of the present study was, by means of an interview with dentists with different after-graduation timing, to evaluate the instruments used in the initial appointment, as well as to evaluate the diagnostic criteria used in periodontal evaluation. Dentists were interviewed in their private offices in 3 towns in Rio Grande do Sul. The alternatives to describe periodontal evaluation were: color and texture of the gingival tissue, presence of bacterial plaque, presence of bleeding upon probing, attachment level, mobility, premature dental contacts, furcation involvements, determination of tooth vitality, probing depth of 2-3mm, suppuration, and etc. 42.1% of the dentists reported to use periodontal probe in the initial appointment. When asked about the parameters used in periodontal evaluation, the most frequent answer was color and texture of the gingival tissue (67.1%), followed by the presence of bleeding upon probing (63.2%) and presence of bacterial plaque (53.9%). Conclusions: A significant number of dentists reports not to use periodontal probing in the initial appointment and may not be examining and diagnosing periodontal diseases. There is a need of continuing education programs that may enable the clinician to have access to new theoretical knowledge under the current knowledge paradigms.

**UNITERMS:** periodontal diagnosis, buccal diagnosis, periodontal probe.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- Albandar JM. Global risk factors and risk indicators for periodontal disease. *Periodontology* 2000 2002; 29:177-206.
  - 2- AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Parameter on comprehensive periodontal examination, *J Periodontol* 2000;71:847-848.
  - 3- AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Diagnosis of Periodontal Disease (position paper). *J Periodontol* 2003;74(8):1237-1247.
  - 4- Armitage GC. Periodontol disease: diagnoses. *Ann Periodontol* 1996;1:37-215.
  - 5- Armitage, GC. Periodontal diagnoses and classification of periodontal diseases. *Periodontol.* 2000 2004;34:9-21.
  - 6- Armitage, CG. The complete periodontal examination. *Periodontol.* 2000 2004;34:22-33.
  - 7- Cortelli, JR et al. Diagnóstico em periodontia. *Revista Periodontia*, 2005;15:78-99.
  - 8- Greenstein G. Contemporary Interpretation of Probing Depth Assessments: Diagnostic and Therapeutic Implications. A Literature Review *J Periodontol* 1997; :1194-1205.
  - 9- McLeod DE. A practical approach to the diagnosis and treatment of periodontal disease. *JADA* 2000; 131: 483-491.
  - 10- Merijohn, GK. Advances in clinical practice and continuing education "The precautionary context clinical practice model: a means to implement the evidence-bases approach". *J Evid Base Dent Pract.* 2005;5:115-124.
  - 11- Mombelli, A. Critical issues in periodontal diagnosis. *Periodontol* 2000 2005; 39:9-12.
  - 12- Nagy, RJ & Novak, KF. Periodontite agressiva. In Carranza *Periodontia Clínica*. Newman, M, G; Takei, H, H ; Carranza, F, A. 9ª ed. 2004. p 363-368.
  - 13- Oppermann, RV. & Rösing, CK. Fundamentos da prática clínica periodontal: tratamento da patologia - quais os limites, riscos e previsibilidade ao longo do tempo. In: *Periodontia Ciência e Clínica*, Porto Alegre, unidade 4, 4.1;2001, p121-131.
  - 14- Pihlstrom BL. Periodontal risk assessment, diagnosis and treatment planning. *Periodontology* 2000 2001; 25:37-58.
  - 15- Susin, C et al., Periodontal attachment loss in an urban population of brazilian adults: Effect of demographic, behavioral, and environmental risk indicators. *J Periodontol* 2004;75:1033-1041.
  - 16- Williams, RC. & Offenbacher, S. Periodontal medicine: the emergence of a new branch of periodontology. *Periodontol* 2000 2000;23:9-12.
- Endereço para correspondência:  
Carlos Heitor Cunha Moreira  
Rua Santa Teresinha, 620 - Apto. 301  
CEP: 90040-180 - Porto Alegre - RS  
E-mail: carlosheitor@rosulonline.com.br