



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

ANDREZA DIAS GARCIA CARNEIRO

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO E OPINIÃO DOS ACADÊMICOS DE
ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA FRENTE ÀS
RECESSÕES GENGIVAIS**

**CAMPINA GRANDE / PB
2016**

ANDREZA DIAS GARCIA CARNEIRO

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO E OPINIÃO DOS ACADÊMICOS DE
ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA FRENTE ÀS
RECESSÕES GENGIVAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia pelo curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba.

Orientador: Prof.^a Dra. Raquel Christina Barboza Gomes.

**CAMPINA GRANDE / PB
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C289a Carneiro, Andreza Dias Garcia.

Análise do conhecimento e opinião dos acadêmicos de odontologia da Universidade Estadual da Paraíba frente às recessões gengivais [manuscrito] / Andreza Dias Garcia Carneiro. - 2016.

40 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Raquel Christina Barboza Gomes, Departamento de Odontologia".

1. Periodontia. 2. Recessão gengival. 3. Odontologia. I.

Título.

21. ed. CDD 617.632

ANDREZA DIAS GARCIA CARNEIRO

ANÁLISE DO CONHECIMENTO E OPINIÃO DOS ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA
DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA FRENTE ÀS RECESSÕES
GENGIVAIS

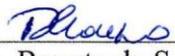
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Odontologia pelo curso de
graduação em Odontologia da Universidade
Estadual da Paraíba.

Aprovada em: 20/10/2016.

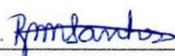
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dra. Raquel Christina Barbosa Gomes (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dra. Renata de Souza Coelho Soares
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dra. Bruna Rafaela Martins dos Santos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus acima de tudo, refúgio, centro e fundamento de tudo, por renovar a cada dia minha fé, força, coragem e disposição em toda a minha jornada.

Aos meus amados pais, pelo amor incondicional, dedicação, incentivo, apoio e sacrifício, dedico esta conquista e toda a minha vida!

AGRADECIMENTOS

Ao meu amor, **Bráulio Alves**, por acreditar mais em mim do que eu mesma. Obrigada pela paciência, apoio, motivação e por incentivar a realização de todos os meus sonhos e objetivos. Essa conquista é parte da construção do nosso futuro!

Aos meus amigos e companheiros do “Grupo da Wal”, **Waleska Ohana**, **Andrezza Souto**, **Breno Marinho**, **Letícia Lima** e **Thayse Milena**, pelas alegrias, sorrisos, superações e momentos inesquecíveis compartilhados ao longo da nossa graduação. Que a nossa amizade perdure e que a nossa sintonia se fortaleça, mesmo com a distância.

Em especial, à minha dupla pura sintonia, **Waleska Ohana**, minha parceira, pelas experiências de crescimento acadêmico compartilhados, pela amizade, por toda ajuda e apoio; e à minha “colega” **Andrezza Souto**, pelo companheirismo e solicitude de sempre.

À minha orientadora **Prof. Dra. Raquel Christina Barbosa Gomes**, por toda compreensão, paciência, acolhimento, todos os ensinamentos e conselhos oportunos que me guiaram de forma sábia e oportunidade de conhecimento acadêmico e pessoal, meus sinceros agradecimentos.

À todos os pacientes que tive a oportunidade de atender nas clínicas, que me ensinaram importantes valores, os quais levarei por toda a minha vida.

RESUMO

A recessão gengival corresponde à perda de inserção da gengiva marginal livre, e resulta no deslocamento desta em direção apical, a partir da junção cimento-esmalte, com consequente exposição radicular ao meio bucal. É uma ocorrência comum e pode estar associada a problemas como hipersensibilidade dentinária, aumento da predisposição a abrasões e cáries radiculares, além da preocupação estética. Baseado no fato de que esse defeito mucogengival ainda é um enigma para os dentistas, devido à multiplicidade de fatores etiológicos e modalidades terapêuticas para o seu tratamento, o objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento dos acadêmicos de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB quanto às recessões gengivais. A pesquisa teve como instrumento de pesquisa um questionário estruturado, com 17 questões objetivas, que envolviam perguntas quanto à etiologia e classificação das recessões gengivais, bem como a indicação de procedimentos terapêuticos. Para o aperfeiçoamento do questionário foi realizado um estudo piloto com aproximadamente 15% da amostra a ser estudada. A amostragem desse estudo foi obtida por conveniência, composta pelos alunos regularmente matriculados do sétimo ao décimo períodos. Destes, um total de 94 alunos de 110 responderam ao questionário. Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva e analítica. Os resultados mostraram que entre os participantes, a maioria (54,26%) não tinha conhecimento sobre a classificação de recessão gengival de Miller. Entretanto, a maioria dos alunos obteve êxito ao afirmar que o tabagismo, a higiene bucal e o tratamento ortodôntico têm influência sobre as recessões gengivais. Além disso, no que diz respeito à escolha do tratamento, 93,6% dos estudantes afirmaram haver relação dependente com a etiologia da recessão. A partir da avaliação das respostas, observou-se que os alunos do 7º período apresentaram a maior média de acertos, seguidos dos alunos do 8º, 10º e 9º períodos. No entanto, o teste ANOVA revelou que as diferenças não foram estatisticamente significativas. A análise dos resultados ainda mostrou não haver consenso entre os acadêmicos à respeito de quais condutas seriam recomendadas para o tratamento e prevenção das recessões gengivais. Dentro dos limites do presente estudo, pode-se concluir que há necessidade de um melhor entendimento dos alunos, sugerindo-se uma melhor abordagem teórico-prática referente ao assunto.

Palavras-Chave: Periodontia. Recessão Gengival. Estudante de Odontologia

ABSTRACT

Gingival recession correspond to the insertion loss of the free gingival margin, and results in its apical displacement in the cement-enamel junction, with consequent exposure of the root surface to the oral environment. It is a common occurrence and may be associated with problems such as dentine hypersensitivity, increased susceptibility to root caries and abrasions, as well as aesthetic concern. Based on the fact that this mucogingival defect is still an enigma to dentists by the multiplicity of etiologic factors and infinity of current therapeutic modalities for the treatment, the aim of this study was to evaluate the knowledge of dental students at the Universidade Estadual da Paraíba - UEPB - about gingival recession. The research had as research instrument a structured questionnaire with 17 objective questions, involving questions about etiology and classification of gingival recession, and indication of therapeutic procedures. For the improvement of the questionnaire, was conducted a pilot study with approximately 15% of the sample to be studied. The sample of this study was obtained by convenience, composed by students regularly enrolled on seventh to tenth periods. Of these, a total of 94 students of 110 answered the questionnaire. The data were submitted to descriptive and analytical statistical analysis. The results showed that among the participants, the majority (54,26%) had no knowledge about Miller's classification of gingival recession. However, most of students succeeded by asserting that smoking, oral hygiene and orthodontic treatment have influence on gingival recession. Furthermore, as regards the selection of treatment, 93.6% of students reported having dependent relationship with the etiology of recession. From the evaluation of the responses, it was observed that the students of the 7th period had the highest mean score, followed by students from 8th, 10th and 9th periods. However, the ANOVA test showed that the differences were not statistically significant. The results also showed that there is no consensus among students regarding the conduct which would be recommended for the treatment and prevention of gingival recession. Within the limits of this study, it can be concluded that there is requirement for a better understanding of the students, suggesting a better theoretical and practical approach on the subject.

Keywords: Periodontics. Gingival Recession. Dental student

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	Erro! Indicador não definido. 2
3.1 CLASSIFICAÇÃO	Erro! Indicador não definido. 2
3.2 ETIOLOGIA	Erro! Indicador não definido. 3
3.3 TRATAMENTO.....	Erro! Indicador não definido. 4
4 METODOLOGIA	17
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	17
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	17
4.2 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA.....	17
4.3 COLETA DE DADOS	17
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	18
5 RESULTADOS	19
6 DISCUSSÃO	23
7 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE	3Erro! Indicador não definido.
ANEXO A	Erro! Indicador não definido. 38
ANEXO B	39

1. INTRODUÇÃO

Com a mudança de paradigmas na prática odontológica, a odontologia estética tem evoluído para uma abordagem interdisciplinar no tratamento de vários de problemas para atender às expectativas dos pacientes (TRIVEDI et al., 2014). A quantidade de novas informações referentes ao tratamento estético dental é cada vez maior, estendendo-se para além da substituição e alteração da cor e forma dos dentes, e passando a incluir o componente de tecido mole (GROVER et al., 2012).

Uma das preocupações estéticas mais comuns, associada com tecidos periodontais, é a recessão gengival. (GROVER et al., 2012). Esta é uma condição comum e indesejável que é frequentemente encontrada em consultórios odontológicos, e equivale à perda de inserção da gengiva marginal livre, resultando no deslocamento desta em direção apical, a partir da junção cimento-esmalte, permitindo a exposição da superfície radicular ao meio bucal. Ela pode acometer dentes isolados ou grupos de dentes e estar presente em ambos os arcos, nas faces vestibulares e linguais e em quaisquer dentes; ainda pode não estar associada bolsa periodontal, ou ao acúmulo expressivo de biofilme dental e cálculo, em áreas com pouca ou sem inflamação marginal. Ela descreve a condição do tecido periodontal e, por esta razão, não é considerada como uma doença em si (TUGNAIT, CLEREHUGH, 2001; KASSAB, COHEN, 2003; YARED et al., 2006; MONNET-CORTI, BORGHETTI, 2011; REPEKE et al., 2012).

A literatura apresenta vários fatores relacionados na etiologia da recessão gengival, além do processo inflamatório induzido pelo biofilme, os quais incluem fatores externos e anatômicos locais: estresse emocional, deiscência do osso alveolar, biótipo gengival fino, mau posicionamento do dente no arco, freios com inserção papilar ou na margem gengival, piercings orais, escovação traumática, oclusão traumática, tabagismo, procedimentos operatórios - restaurações mal adaptadas, desenho inadequado de uma prótese parcial removível e fatores iatrogênicos relacionados com o tratamento ortodôntico, por exemplo. (LÖE et al., 1965; LINDHE et al., 1973; TUGNAIT, CLEREHUGH, 2001; ALBANDAR, 2002; KASSAB, COHEN, 2003; YARED et al., 2006; SANTAMARIA et al., 2009; DILSIZ, AYDIN, 2010; LINDHE et al., 2010; PIRES et al., 2010; LACERDA et al., 2011; REPEKE et al., 2012)

Um dos aspectos que denotam a sua importância para a Odontologia é a sua alta prevalência. Estudos têm demonstrado que a prevalência das recessões gengivais parece aumentar conforme aumenta a idade dos indivíduos. Sua incidência varia de 8% em crianças chegando a acometer até 100% das pessoas que possuem mais de 50 anos de idade (LÖE et al., 1992; SERINO et al., 1994; CARRANZA, 2004), inclusive na população brasileira (SUSIN et al., 2004).

A presença da recessão gengival pode trazer diversos efeitos negativos aos indivíduos, como a hipersensibilidade dentinária. Com a migração apical da margem gengival e consequente exposição do cimento à cavidade oral, os elementos dentais ficam mais sensíveis às variações térmicas e osmóticas, provocando desconforto durante a alimentação e durante a escovação, o que pode dificultar o correto controle do biofilme dental resultando em impação alimentar, predisposição a cáries radiculares, gengivite, bem como periodontite na região (GOLDSTEIN et al., 2002; RODRIGUES et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2013; KINA et al., 2014).

Além da sensibilidade, a queixa estética é um outro efeito, já que com o posicionamento apical da margem gengival, cria-se a impressão de que o dente que possui a recessão gengival é um “dente alongado”, maior do que os outros, gerando um aspecto antiestético do sorriso. Outra consequência citada é a predisposição à formação de lesões cervicais não-cariosas (TOFFENETTI et al., 1998). Em consequência desses transtornos causados pela presença das recessões gengivais, existem na literatura mais de 700 ensaios clínicos, que apresentam diversas técnicas visando elucidar a melhor forma de tratamento das recessões (CAIRO et al., 2008; CHAMBRONE et al., 2010).

A terapêutica periodontal que pode ser aplicada baseia-se no diagnóstico de sua etiologia, e tem como indicações: impedir a evolução do defeito mucogengival quanto à exigência estética, reduzir a hipersensibilidade dentinária, tratar lesões cariosas radiculares ou abrasões cervicais, além de prevenir a progressão da doença periodontal em áreas em que o controle do biofilme for comprometido. A eliminação dos fatores etiológicos envolvidos pode estabilizar a progressão das recessões, mas estes nem sempre podem ser controlados em sua totalidade, e em alguns desses casos, a resolução da exposição radicular, pode ser tratada através da tentativa do recobrimento da superfície radicular exposta por procedimentos restauradores e/ou técnicas cirúrgicas mucogengivais (MILLER, 1993; GUSMÃO, 2005; SANTAMARIA et al., 2007; SANTAMARIA *et al.*, 2008)

Apesar disso, os tratamentos de recessões gengivais continuam a ser um desafio para dentistas e pacientes, devido às suas taxas de sucesso variáveis. Alguns tratamentos têm sido propostos e muitas técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas, mas ainda não há consenso sobre o protocolo clínico para o tratamento de recessão gengival. (CHAMBRONE et al., 2009)

Considerando as afirmações expostas, o presente estudo visou avaliar o conhecimento e práticas dos acadêmicos de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – quanto à etiologia, diagnóstico e tratamento das recessões gengivais.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Avaliar, o conhecimento sobre a etiologia, a classificação das recessões gengivais e a indicação geral de procedimentos terapêuticos, entre os acadêmicos devidamente matriculados no curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – do sétimo ao décimo período.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Detectar qual a conduta mais prevalente a ser adotada na terapia das recessões gengivais pelos acadêmicos de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB –, relacionando os resultados ao ano letivo em que estejam matriculados.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A recessão gengival tornou-se um problema comum para periodontia. Os pacientes tornaram-se cada vez mais conscientes dessa condição desagradável e suas características inestéticas. Mas ainda nos dias de hoje, esse defeito mucogengival é considerado um fenômeno intrigante e complexo. (KASSAB et al., 2010). É importante detectar a presença e o tipo de recessão gengival, e em seguida, diagnosticar a origem ou causa, a fim de removê-la, e assim tratar a recessão eficazmente (BELTRAN et al., 2013).

3.1 CLASSIFICAÇÃO

Em 1985, MILLER propôs uma classificação com finalidade terapêutica, onde também considerou os casos em que a recessão estava associada à periodontite, sendo esta a classificação mais utilizada atualmente. Essa categorização proposta, clinicamente útil, é baseada no grau de envolvimento (danos) dos tecidos periodontais (junção mucogengival e osso alveolar subjacente). (BHUSARI *et al*, 2014).

De acordo com esta classificação, as recessões gengivais podem ser divididas em quatro classes: Classe I – o defeito não atinge a linha mucogengival não havendo perda de tecido interdentário; Classe II – o defeito atinge ou ultrapassa a linha mucogengival e não há perda de tecido interdentário; Classe III – há perda de tecido ósseo interdentário (perda de papila e osso interproximal) e o tecido gengival proximal localiza-se apicalmente à junção cimento-esmalte e coronário ao defeito; e a Classe IV – o tecido gengival proximal localiza-se ao nível da base da recessão. Quanto à previsibilidade, segundo tal classificação, as classes I e II apresentam um melhor prognóstico para recobrimento total. São recessões em que não há perda de osso interproximal e em ambas as situações é possível recobrir a raiz a 100%, corrigindo na totalidade a recessão. A classe III pode apresentar uma previsibilidade de recobrimento parcial para raiz exposta. Neste caso, o recobrimento total da raiz não é previsível e a correção da recessão ficará aquém dos 100%. Já na classe IV de Miller, o osso interproximal está severamente afetado com perda horizontal extensa, e o recobrimento radicular, nestes casos, não é esperado e nem está indicado. O prognóstico nesses dois últimos casos é ruim. (MILLER, 1985; LUCENA et al., 2012).

3.2 ETIOLOGIA

Não se pode afirmar que a recessão gengival é decorrente de um único fator, mas sim de múltiplos fatores combinados, porém, não necessariamente de forma igual ou simultânea. Kassab, Cohen (2003) relacionaram os fatores etiológicos da recessão, e afirmaram não ser possível, muitas vezes, identificar cada fator que está causando a recessão de determinado elemento dental.

O fator higiene oral pode desempenhar um papel importante na etiologia das recessões, levando em consideração tanto o seu excesso - frequência e técnica de escovação e tipo de escova - causando trauma (CHRYSANTHAKOPOULOS et al., 2011), quanto a sua ausência o que levaria ao acúmulo de biofilme dental. Sendo assim, a recessão gengival ocorre tanto em populações com boa higiene oral quanto em populações com higiene bucal deficiente (LÖE et al., 1992).

Diversos estudos apontam a escovação traumática, a escovação praticada de forma incorreta e a inflamação provocada pelo biofilme dental como os fatores etiológicos dessa condição (LÖE et al., 1992; SERINO et al., 1994). Em populações que apresentam bons hábitos de higiene oral, as recessões gengivais aparecem como lesões em forma de cunha (KHOCHT et al., 1993) e são mais frequentes nas superfícies vestibulares (SERINO et al., 1994) e parece ser mais comum em dentes unirradiculares que em molares (LÖE et al., 1992). Em contrapartida, as recessões se apresentam em praticamente todas as superfícies dentárias em pacientes periodontalmente comprometidos.

O hábito de fumar é considerado um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de formas destrutivas de doença periodontal e um fator de risco associado a recessão gengival. Fumantes têm maior prevalência, extensão e severidade de recessões gengivais, quando comparados com os não-fumantes (SUSIN et al., 2004), o que pode ser devido aos efeitos adversos do fumo do tabaco na fisiologia, imunologia e microbiologia do ambiente oral (KAMATH et al., 2014).

A inter-relação periodontia-ortodontia também tem sido sujeita a uma série de investigações até hoje, e é uma questão ainda controversa. (SHIVAKUMAR et al., 2010). Recessão gengival é um efeito colateral indesejável comum que pode ocorrer durante o tratamento ortodôntico. A dimensão gengival pode ser alterada de acordo com a direção do movimento dentário. Movimentos vestibulares resultam na redução da dimensão gengival

vestibular que pode ficar mais susceptível a traumas de escovação e inflamações induzidas por biofilme dental, fatores que também poderiam influenciar nesses casos. Embora alguns estudos tenham mostrado também a associação entre a vestibularização dos incisivos, deiscências ósseas e da subsequente recessão gengival (CHAUSHU, STABHOLZ, 2013; YARED et al., 2006), é um assunto controverso com uma série de estudos que não foram capazes de encontrar tais associações (ARTUN & GROBETY, 2001; CLOSS et al., 2007; AFONSO & GUIMARÃES, 2012).

A ocorrência e a severidade da recessão gengival podem ser influenciadas também pelo fator idade. É uma condição que acomete os indivíduos de todas as idades em todo o mundo, mas vários estudos (TOKER, OZDEMIR, 2009; MINAYA-SÁNCHEZ et al., 2012; RIOS et al., 2014) mostraram que à medida que a idade avança, aumentam a prevalência e gravidade da recessão, afetando 79% dos adultos com mais 40 anos de idade em uma amostra representativa da população brasileira (SUSIN et al., 2004).

3.3 TRATAMENTO

As terapias mais comuns para essas lesões referem-se a prevenção dos fatores etiológicos, ajustes oclusais, reorientações na escovação e procedimentos restauradores, além das técnicas cirúrgicas para recobrimento radicular (GUIDA et al., 2010). Segundo NIERI et al. (2013), os indivíduos mais jovens se interessam em realizar o tratamento cirúrgico ou não-cirúrgico na esperança de alcançar resultados estéticos ideais.

A eficácia e previsibilidade de várias técnicas são considerações importantes para o paciente e cirurgião-dentista: Entre os fatores relacionados com o paciente, uma tentativa para reduzir o número de cirurgias, que satisfazem as exigências estéticas do paciente e fator de custos, devem ser levados em consideração (TRIVEDI et al., 2014). Com relação ao dente, deve-se considerar a dimensão da exposição da raiz, largura e profundidade da recessão, o número de recessões que afetam os dentes adjacentes e a presença ou ausência de tábua óssea vestibular. Dos tecidos moles adjacentes à recessão é importante analisar a qualidade (cor, espessura e profundidade de sondagem) e a quantidade de tecido ceratinizado apical e lateralmente a recessão, bem como a presença das papilas interdentais (VIEIRA et al., 2015).

Os procedimentos restauradores são frequentemente selecionados como terapia única no tratamento. A resina composta e o ionômero de vidro modificado por resina são os materiais estéticos mais frequentemente indicados e biocompatíveis quando utilizados

subgingivalmente (MARTINS et al., 2007; SANTOS et al., 2007). Nos casos de recessões gengivais, os tratamentos restauradores minimizam defeitos estéticos e a hipersensibilidade dentinária promovidos pelo recobrimento do defeito existente e pelo fechamento dos túbulos dentinários pela técnica restauradora convencional e/ou aplicação de sistemas adesivos bem como aplicação de verniz fluoretado (GUSMÃO, 2005).

A avaliação do tratamento para recessões gengivais localizadas classe I e II de Miller foi revisada sistematicamente de forma extensiva na literatura (CHAMBRONE et al., 2010). Entretanto, o tratamento para recessões múltiplas parece ser mais desafiador para o clínico, principalmente quando comparadas as recessões múltiplas classe III com classes I e II, devido a características anatômicas importantes presentes na primeira: perda de osso e tecidos moles interproximal, aumento da superfície avascular, aumento da exposição radicular, redução da camada periosteal e bolsas periodontais mais profundas (AROCA et al., 2010; HOFMEANNER et al., 2012).

De acordo com o tipo de recessão se determina a técnica cirúrgica a ser realizada e o prognóstico. Leva-se em conta que se justifica realizar um procedimento de cobertura de uma recessão marginal, desde que ela ocasione problemas estéticos, de sensibilidade ou de suscetibilidade à cáries radiculares; restabelecendo a estética através da obtenção de recobrimento radicular completo, a função do complexo dento-gengival e tratamento da sensibilidade radicular. (BHUSARI et al., 2014).

A seleção de uma técnica cirúrgica de recobrimento radicular sobre a outra, geralmente, relaciona-se com as características clínicas do caso, da classificação da recessão gengival (características anatômicas locais, extensão das áreas de coroa e raiz afetadas, altura da recessão gengival, presença de tecido ceratinizado apical ao defeito), dos objetivos cirúrgicos, exigências estéticas do paciente e habilidade manual no operador. (CORTELLINI et al., 2012; SANTAMARIA et al., 2013).

As técnicas de recobrimento radicular estão maioritariamente indicadas nos casos de classes I e II de Miller e dividem-se, sobretudo, em enxertos gengivais livres e enxertos gengivais pediculados. Estes últimos baseiam-se na utilização do tecido gengival apical ou lateral à recessão e à sua movimentação de forma a recobrir a raiz.

A técnica de posicionamento coronal é uma técnica de retalho pediculado em que se aproveita a banda de gengiva aderida presente apicalmente à recessão gengival, a qual se

desloca coronalmente recobrando a raiz exposta. Foi considerado como sendo um método simples (porque o tecido doador não precisa ser colhido) e previsível (uma cobertura de raiz relatada entre 70% e 99%) (MODICA et al., 2000), tanto em um como vários sítios de recessão, com resultados estéticos aparentemente satisfatório. (BERNIMOULIN et al., 1975).

Quando a banda de gengiva ceratinizada disponível é maior lateralmente à recessão do que apicalmente, o retalho pediculado de rotação lateral estará mais indicado. Isto acontece sobretudo na mandíbula, onde a gengiva apical é normalmente escassa e/ou demasiado fina. Esta técnica descrita por Grupe & Warren (1956) também é muito previsível, e relativamente fácil de realizar. O retalho deslocado lateralmente apresenta uma vantagem, porque a área doadora é próxima e adjacente à zona receptora, evitando a necessidade de duas áreas cirúrgicas.

Os enxertos gengivais pediculados em relação aos enxertos livres apresentam a vantagem de não terem um segundo sítio cirúrgico (zona doadora do enxerto livre – normalmente o palato), bem como de serem auto-irrigados pelo seu pedículo não dependendo do leito receptor para a sua irrigação. Desta forma, são menos dependentes da habilidade manual do operador e das condições de cicatrização de cada paciente comparativamente aos enxertos livres. Têm, no entanto, a desvantagem de não conseguirem aumentar a espessura gengival tanto quanto o conseguimos com um enxerto livre, pelo que, estes últimos, estarão mais indicados quando o objetivo é aumentar a espessura gengival para além do recobrimento radicular (ZUCHELLI et al., 2004).

Nos casos em que tecido do doador não está disponível ao lado da recessão gengival, auto-enxertos gengivais livres têm sido empregados como uma alternativa (SRINIVAS et al., 2015). O enxerto gengival livre é, na atualidade, uma técnica de eficácia provada em todo o mundo, que não requer recursos excessivamente caros, além de fornecer abundante tecido doador autólogo, colhido no palato, em espaços edêntulos e/ou retromolares entre outros. Suas principais desvantagens são a estética e gestão da área palatal (FERRAO et al., 2012).

Diante da prevalência e dos problemas clínicos associados com a recessão periodontal, justifica-se a importância do conhecimento dos resultados da literatura sobre fatores relacionados à etiologia e tratamento da mesma, que devem ser considerados durante o diagnóstico, planejamento e execução do tratamento (YARED et al., 2006)

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo onde a descrição dos fenômenos é apresentada em frequências, médias e percentagens; e analítico por fazer julgamentos acerca do objeto de estudo de forma sumativa e/ou formativa.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Em respeito à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, este estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e foi aprovado pelo parecer CAEE: 45729715.9.0000.5187 (ANEXO A).

Os participantes do estudo foram informados quanto ao tipo de questionário no qual seriam submetidos, e tiveram sua participação aceita mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B).

4.2 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

A amostragem desse estudo foi obtida por conveniência, composta pelos alunos regularmente matriculados nos 7º, 8º 9º e 10º períodos do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (Campus I).

Um total de 94 alunos de 110 responderam ao questionário

4.3 COLETA DE DADOS

O estudo foi fundamentado em uma coleta de dados por meio de um questionário estruturado (APÊNDICE), que envolveu informações pertinentes às recessões gengivais, tais como a sua etiologia e a conduta terapêutica, a partir de 17 questões objetivas, com algumas delas concedendo a possibilidade de múltiplas escolhas de resposta.

Para a elaboração do instrumento de coleta de dados do presente estudo, foram utilizados como referências os questionários utilizados nos estudos conduzidos por Grover et al. (2012) e Casusa et al. (2015)

Para o aperfeiçoamento do questionário, foi realizado um estudo piloto com aproximadamente 15% da amostra a ser estudada, o qual foi realizado no departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. A amostra do estudo piloto foi constituída por 16 acadêmicos de Odontologia, matriculados do sétimo ao décimo período (4 de cada período). Após a execução do estudo piloto, foram feitas as alterações necessárias no questionário, para evitar a dificuldade na interpretação das perguntas e qualquer ambiguidade nas respostas, e este foi aplicado com todos os alunos do sétimo ao décimo períodos do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, totalizando 94 questionários aplicados.

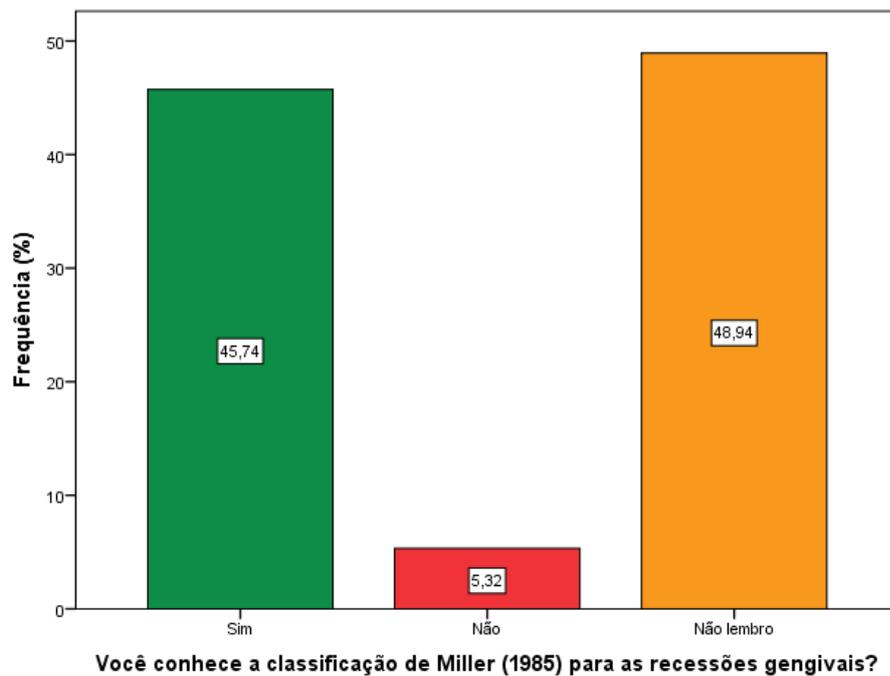
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos resultados, inicialmente, foi feita a análise estatística descritiva e verificou-se a distribuição dos alunos de cada período de acordo com as respostas assinaladas no questionário. Apenas as respostas corretas foram discriminadas nas tabelas, sendo que as demais respostas foram agrupadas na categoria “outras”. Definido o critério de correção para as questões, o número de acertos foi somado para cada aluno, sendo que esses valores poderiam oscilar entre 1 e 16. Por fim, empregou-se o teste ANOVA (dados paramétricos) para comparar o número de acerto dos alunos de cada período. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas usando o *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows)*, versão 20.0, IBM Inc, Amonk, NY, USA) e considerando um intervalo de confiança de 95%.

5. RESULTADOS

Participaram do estudo 94 acadêmicos do curso de Odontologia matriculados no 7º (n = 25; 26,6%), 8º (n = 22; 23,4%), 9º (n = 29; 30,9%) e 10º (n = 18; 19,1%) período. Destes, 45,7% (n = 43) afirmaram conhecer a classificação de Miller (1985) para as recessões gengivais. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Distribuição percentual dos acadêmicos de acordo com a resposta assinalada na pergunta sobre conhecer a classificação de Miller para recessões gengivais.



Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela 1 exibe a distribuição dos alunos de cada período de acordo com as respostas assinaladas no questionário. A maioria dos alunos assinalou que a classificação I de recessão gengival de Miller tem um melhor prognóstico (n = 75; 79,8%), bem como que a higiene oral (n = 92; 97,9%) e o tabagismo (n = 83; 88,3%) influenciam a progressão das recessões gengivais. Questionados sobre qual a conduta terapêutica frente a um paciente com uma recessão gengival no dente 45, Classe I, acrescido de sintomatologia dolorosa, apenas 3 (16,7%) alunos do 10º período assinalaram o recobrimento radicular com enxerto livre com mucosa do palato.

Tabela 1. Distribuição dos alunos de cada período de acordo com as respostas assinaladas no questionário.

Variáveis	Período			
	7 n (%)	8 n (%)	9 n (%)	10 n (%)
2. Qual o tipo de recessão de Miller tem um melhor prognóstico?				
Classificação I	18 (72,0)	20 (90,9)	24 (82,8)	13 (72,2)
Outras respostas	7 (28,0)	2 (9,1)	5 (17,2)	5 (27,8)
3. Ainda referente a questão anterior, qual motivo que o (a) leva a pensar assim?				
Maior quantidade de gengiva nas laterais / A recessão não atingiu a linha muco gengival / Existe preservação das papilas / Presença de osso e, conseqüentemente, periosteio subjacente	8 (32,0)	1 (4,5)	2 (6,9)	3 (16,7)
Outras respostas	17 (68,0)	21 (95,5)	27 (93,1)	15 (83,3)
4. A higiene oral influencia a progressão das recessões gengivais?				
Sim	24 (96,0)	22 (100,0)	28 (96,6)	18 (100,0)
Não	1 (4,0)	0 (0,0)	1 (3,4)	0 (0,0)
5. Existe associação do tipo de cerdas da escova dental (macia, média, dura) e/ou potência/força de escovação com a recessão gengival?				
Depende do biótipo periodontal do paciente	8 (32,0)	5 (22,7)	7 (24,1)	4 (22,2)
Outras respostas	17 (68,0)	17 (77,3)	22 (75,9)	14 (77,8)
6. O tabagismo influencia a progressão das recessões gengivais?				
Sim	21 (84,0)	21 (95,5)	24 (82,8)	17 (94,4)
Não	4 (16,0)	1 (4,5)	5 (17,2)	1 (5,6)
7. O tratamento ortodôntico causa recessão gengival?				
Em alguns casos	24 (96,0)	21 (95,5)	25 (86,2)	18 (100,0)
Outras respostas	1 (4,0)	1 (4,5)	4 (13,8)	0 (0,0)
8. Qual a causa mais comum para recessão gengival?				
Trauma mecânico (técnica de higiene oral inadequada)	4 (16,0)	8 (36,4)	13 (44,8)	8 (44,4)
Outras respostas	21 (84,0)	14 (63,6)	16 (55,2)	10 (55,6)
9. O que se deve fazer para prevenir as recessões gengivais?				
Consultas periódicas ao dentista para controle clínico das áreas de risco já detectadas	19 (76,0)	14 (63,6)	14 (48,3)	8 (44,4)
Outras respostas	6 (24,0)	8 (36,4)	15 (51,7)	10 (55,6)

10. Qual conduta clínica poderia ser utilizada de forma preventiva e/ou conservadora, nos casos de recessão gengival?

Raspagem e alisamento coronoradicular / Avaliação sistemática das inserções musculares e freios / Cirurgia de freio e inserções musculares hipertrófico	0 (0,0)	1 (4,5)	0 (0,0)	2 (11,1)
Outras respostas	25 (100,0)	21 (95,5)	29 (100,0)	16 (88,9)

11. Das alternativas abaixo, qual a sua principal indicação para a realização de um recobrimento radicular em virtude de uma recessão gengival?

Estética associada à sensibilidade dentinária	12 (48,0)	13 (59,1)	17 (58,6)	6 (33,3)
Outras respostas	13 (52,0)	9 (40,9)	12 (41,4)	12 (66,7)

12. Em que faixa etária você indica um tratamento para recessões gengivais?

Em qualquer idade, dependendo da queixa do paciente	17 (68,0)	16 (72,7)	21 (72,4)	14 (77,8)
Outras respostas	8 (32,0)	6 (27,3)	8 (27,6)	4 (22,2)

13. A etiologia das recessões gengivais influencia na tomada de decisão quanto à terapia a ser empregada em uma recessão gengival?

Sim	22 (88,0)	22 (100,0)	28 (96,6)	16 (88,9)
Não	3 (12,0)	0 (0,0)	1 (3,4)	2 (11,1)

14. Qual a sua conduta terapêutica frente a um paciente com uma recessão gengival no dente 22, Classe I de Miller e sem sintomatologia dolorosa e presença de mucosa inserida?

Recobrimento radicular a partir de retalhos pediculados	4 (16,0)	1 (4,5)	2 (6,9)	1 (5,6)
Outras respostas	21 (84,0)	21 (95,5)	27 (93,1)	17 (94,4)

15. Qual a sua conduta terapêutica frente a um paciente com uma recessão gengival no dente 22, Classe I, acrescido de sintomatologia dolorosa e presença de gengiva inserida?

Recobrimento radicular a partir de retalhos pediculados	7 (28,0)	2 (9,1)	5 (17,2)	3 (16,7)
Outras respostas	18 (72,0)	20 (90,9)	24 (82,8)	15 (83,3)

16. Qual a sua conduta terapêutica frente a um paciente com uma recessão gengival no dente 45, Classe I, sem sintomatologia dolorosa?

Recobrimento radicular com enxerto livre com mucosa do palato	4 (16,0)	0 (0,0)	3 (10,3)	0 (0,0)
Outras respostas	21 (84,0)	22 (100,0)	26 (89,7)	18 (100,0)

17. Qual a sua conduta terapêutica frente a um paciente com uma recessão gengival no dente 45, Classe I, acrescido de sintomatologia dolorosa?

Recobrimento radicular com enxerto livre com mucosa do palato	10 (40,0)	1 (4,5)	2 (6,9)	3 (16,7)
Outras respostas	15 (60,0)	21 (95,5)	27 (93,1)	15 (83,3)

A partir do Gráfico 2 é possível visualizar a distribuição da pontuação média dos alunos de acordo com cada período. Após avaliar todas as respostas e somar a pontuação de cada aluno, observou-se que a média (\pm desvio padrão) das notas dos alunos do 7º, 8º, 9º e 10º período, foram, respectivamente: 8,38 (\pm 2,10), 8,29 (\pm 1,23), 7,83 (\pm 2,08) e 7,85 (\pm 1,83). Portanto, os alunos do 7º período apresentaram a maior média de acertos, seguidos dos alunos do 8º, 10º e 9º. No entanto, o teste ANOVA revelou que as diferenças não foram estatisticamente significativas ao nível de $p < 0,05$ ($p = 0,638$).

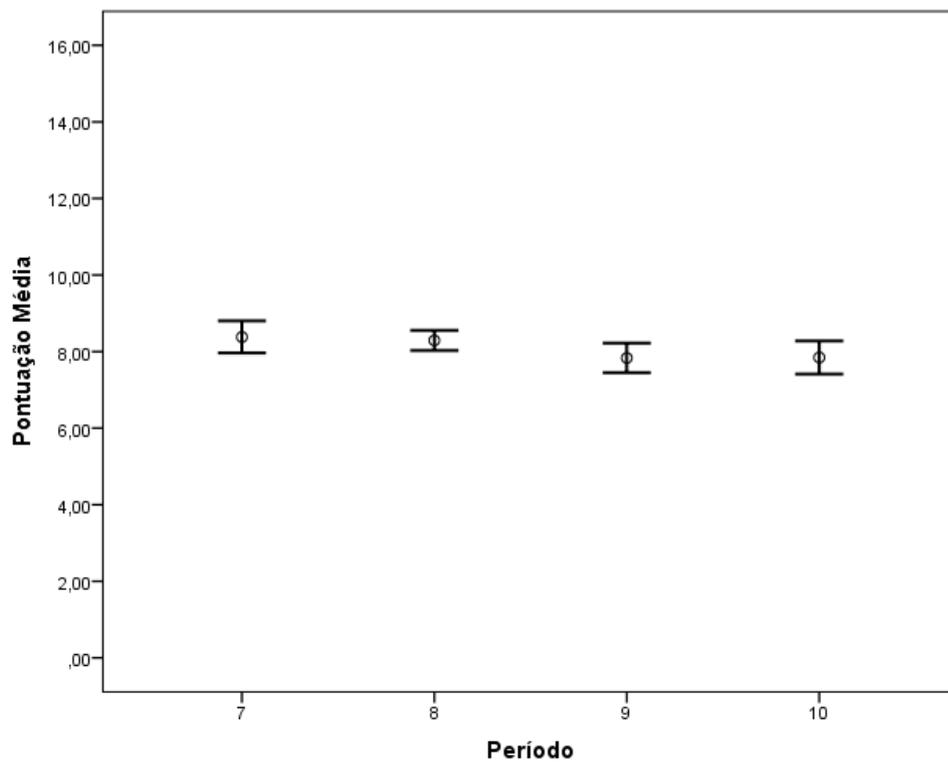


Gráfico 2. Distribuição da pontuação média dos alunos de acordo com cada período ($p = 0,638$, obtido por meio do teste ANOVA).

6. DISCUSSÃO

Ao longo dos últimos anos a Odontologia evoluiu de tal modo que os clínicos não são apenas necessários para tratar a doença e melhorar a função, mas também para lidar com as crescentes exigências estéticas dos nossos pacientes. Entre os procedimentos estéticos, a cobertura da raiz por cirurgia plástica periodontal atraiu o maior interesse. (BHUSARI et al., 2014). A importância de qualquer recessão gengival pode variar consideravelmente dependendo da etiologia, extensão e sintomas associados em cada caso (PATEL et al., 2011).

Com base nessa necessidade crescente da estética vermelha, desenvolve-se esse estudo, cuja finalidade foi avaliar o conhecimento e opinião dos acadêmicos de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, frente às etiologias e classificação das recessões gengivais, bem como a indicação de procedimentos terapêuticos.

Entre os entrevistados componentes da amostra, a maioria não tinha conhecimento sobre a classificação de recessão gengival de Miller. Outras classificações surgiram ao longo do tempo para categorizar esse defeito mucogengival (GROVER *et. al.*, 2012), entretanto a classificação de Miller constitui uma base importante na decisão da terapêutica a ser empregada em determinada situação, visto que ela é fundamentada na avaliação do prognóstico com relação à cobertura radicular.

Observou-se que o conhecimento da maioria dos entrevistados não condiz, em mais da metade das assertivas, com as atuais evidências científicas relacionadas à recessão gengival.

Em se tratando do melhor prognóstico frente às classificações de Miller, muitos estudantes foram exitosos ao responder Classe I, corroborando com os achados de Vergara (2004) que observou em seu ensaio clínico um maior sucesso no recobrimento radicular completo em 85% dos casos de Classe I, 65% Classe II e 16% Classe IV. Entretanto no item subsequente, que abordava o motivo pelo qual a classificação assinalada teria o melhor prognóstico, observa-se uma interessante contradição, tendo apenas 14,9% (n=14) de acerto.

Em relação à progressão das recessões gengivais, foi questionada a influência de hábitos de higiene oral e tabagismo. Nestas assertivas a maioria dos estudantes responderam positivamente em ambas. De acordo com Andrade et al. (2014), o controle de biofilme desempenha um papel essencial na prevenção da inflamação gengival, o que poderia desencadear ou acelerar a progressão da recessão. Adicionalmente, (2010) observou que os seus achados indicavam claramente uma associação entre tabagismo crônico e recessão gengival e mostrou um papel causal do tabagismo na doença periodontal. O papel do tabagismo como um fator causador de recessão gengival pode ser, possivelmente, explicado

através de alterações na resposta imune e mudanças locais, tais como diminuição da circulação gengival. No entanto, os efeitos do tabagismo sobre a progressão da doença periodontal são reversíveis com a cessação do hábito de fumar, tais achados confirmam a veracidade de tais influências.

Segundo Rafiuddin et al. (2015), apesar dos benefícios do tratamento ortodôntico, como melhoria na saúde geral e oral, função, aparência e auto-estima, os riscos a ele associados são uma realidade. E a recessão gengival pode se desenvolver em pacientes que se submetem a movimentação ortodôntica. Vários fatores foram sugeridos para modular a incidência de recessões gengivais após tratamento ortodôntico, como: a movimentação ortodôntica como um todo, a qualidade da higiene bucal e o biótipo gengival. (JOSS-VASSALLI et al., 2010; VASCONCELOS et al., 2012), neste sentido, a prevalência dos acertos dos estudantes foi elevada quando afirmaram que o tratamento ortodôntico em alguns casos pode causar a recessão gengival.

De acordo com Orrico et al. (2003), o tratamento de recessão gengival pode ser curativo ou preventivo. Métodos curativos são baseados em técnicas de cirurgia mucogengivais, ao passo que as medidas preventivas consistem de eliminação de fatores etiológicos, por meio de controle de biofilme e correção ortodôntica, entre outros. Sendo assim, a resposta mais indicada para melhor conduta clínica, como forma preventiva e/ou conservadora, nos casos de recessão gengival seria a junção de técnicas como avaliação das inserções musculares, raspagem e alisamento coronaradicular e cirurgia de freio hipertrófico, entretanto, apenas 3 estudantes optaram pelas condutas corretas, resultando em uma porcentagem muito baixa de acerto.

7. CONCLUSÃO

A análise dos resultados evidenciam que não há consenso entre os acadêmicos à respeito de quais condutas seriam recomendadas para o tratamento e prevenção das recessões gengivais . Pode-se sugerir que esta falta de consenso seja devido à ausência de estudos conclusivos à respeito de quais fatores são determinantes e/ou modificadores; desconhecimento das modalidades e condutas terapêuticas; ou mesmo à multiplicidade de fatores etiológicos. Conclui-se ainda que há necessidade de um melhor entendimento dos alunos, sugerindo-se a elaboração de protocolos clínicos baseados em práticas já consagradas pela literatura para adequação de práticas de atendimento.

REFERÊNCIAS

1. AFONSO PH, GUIMARÃES G. **Avaliação dos níveis de recessão gengival presente em estudantes de Odontologia da Faculdade São Lucas – Porto Velho – RO.** SABER CIENTÍFICO ODONTOLÓGICO, Porto Velho, 2 (1): 01 - 11, jan/jun., 2012.
2. ALBANDAR JM. **Global risk factor and risk indicators for periodontal diseases.** Periodontol 2000 2002;29:177-206.
3. ANDRADE et al., **Treatment of anterior crossbite and its influence on gingival recession.** RGO, Rev. Gaúch. Odontol. vol.62 no.4 Campinas Oct./Dec. 2014
4. AROCA S et al. **Treatment of class III multiple gingival recessions: a randomized-clinical trial.** JoClinPeriodontol 2010; 37(1):88–97.
5. ARTUN J, GROBETY D. **Peridontal status of mandibular incisors after pronounced orthodontic advancement during adolescence: A follow-up evaluation.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2001;119:1-10.
6. BELTRÁN, V. et al., **Morphological Patterns of Gingival Recession in Adult Chilean Population.** Int. J. Morphol., 31(4):1365-70, 2013.
7. BERNIMOULIN JP, LÜSCHER B, MÜHLEMANN HR. **Coronally repositioned flap. Clinical evaluation after one year.** J Clin Periodontol. 1975;2:1–13
8. BHUSARI P et al., **Classification & prevalence of dental surface defects in areas of gingival recession- a clinical study.** J Clin Diagn Res. 2014 Jul;8(7):ZF01-4. doi: 10.7860/JCDR/2014/8499.4577. Epub 2014 Jul 20.
9. BITTENCOURT S, et al., **Surgical microscope may enhance root coverage with subepithelial connective tissue graft: A randomized-controlled clinical trial.** J Periodontol. 2012;83:721–30
10. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012.

11. CAIRO F, PAGLIARO U, NIERI M. **Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review.** J Clin Periodontol 2008;35:136-162.
12. CARRANZA F, NEWMAN M, TAKEI H. **Periodontia clínica.** 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. -77.
13. CASUSA AAL. et al., **Percepção dos acadêmicos de odontologia quanto à conduta clínica frente às recessões gengivais.** Perionews; 9(4):335-340, jul.-ago. 2015. tab
14. CHAMBRONE L et al., **Root coverage procedures for the treatment of localised recession-type defects.** Cochrane Database Syst Rev 2009:CD007161.
15. CHAMBRONE L. et al., “**Root-coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: a Cochrane systematic review,**” Journal of Periodontology, vol. 81, no. 4, pp. 452–478, 2010.
16. CHAUSHU S, STABHOLZ A. **Orthodontic-associated localized gingival recession of lower incisors: who should treat it?** Compend Contin Educ Dent 2013;34 Spec No.:6-12; quiz 13.
17. CHRYSANTHAKOPOULOS, N. A. **Aetiology and severity of gingival recession in an adult population sample in Greece.** Dent. Res. J. (Isfahan), 8(2):64-70, 2011.
18. CHRYSANTHAKOPOULOS, N. A. **Gingival Recession and Smoking in Young Adults: A Crosssectional Survey.** J Periodontol Implant Dent 2010; 2(2):77-82.
19. CLOSS L et al., **Lower intercanine width and gingival margin changes. A retrospective study.** Aust Orthod J 2007;23:1-5
20. CORTELLINI P, PINI PRATO G. **Coronally advanced flap and combination therapy for root coverage. Clinical strategies based on scientific evidence and clinical experience.** Periodontol 2000 2012;59:158-184.
21. DILSIZ A, AYDIN T. **Gingival recession associated with orthodontic treatment and root coverage.** J Clin Exp Dent. 2010;2:e30–3.
22. FERRAO J, KALIFE A, PARMA A. **Aumento de faja gingival insertada a través de injerto gingival libre en áreas de recesión originada por el uso de piercing: reporte de caso.** Full Dent. Sci.2012, 4(13): 72-77.

23. GOLDTEIN M et al., **Coverage of previously carious roots is as predictable a procedure as coverage of intact roots.** *J Periodontol.* 2002;73:1419-26.
24. GROVER et al., **Interest and satisfaction of dentists in practicing periodontics: A survey based on treatment of gingival recession** *Dent Res J (Isfahan).* 2012 Jul-Aug; 9(4): 404–413
25. GRUPE J, WARREN R. **Repair of gingival defects by a sliding flap operation.** *J Periodontol.* 1956;27:290-295.
26. GUIDA B et al., **Recobrimento radicular de recessões gengivais associados a Lesões Cervicais não Cariosas – Revisão da Literatura.** *R. Periodontia* 2010; 20(2): 14-21.
27. GUSMÃO, E.S. **Manual ilustrativo para prática cirúrgica laboratorial.** 1. Ed. Recife: EDUPE, 2005. 105p.
28. HOFMEANNER, P. et al. **Predictability of surgical techniques used for coverage of multiple adjacent gingival recessions: a systematic review.** *QuintessenceInternational* 2012; 43(7):545–554
29. JOSS-VASSALLI, C. et al., **“Orthodontic therapy and gingival recession: a systematic review,”** *Orthodontics & Craniofacial Research*, vol. 13, no. 3, pp. 127–141, 2010.
30. KAMATH KP, MISHRA S, ANAND PS **Smokeless tobacco use as a risk factor for periodontal disease.** *Front. Public Health.*2014; 2: 195.
31. KASSAB MM, BADAWI H, DENTINO AR. **Treatment of gingival recession.** *Dent Clin North Am.*2010; 54:129–40
32. KASSAB, M. M. & COHEN, R. E. **The etiology and prevalence of gingival recession.** *J. Am. Dent. Assoc.*, 134(2):220-5, 2003.
33. KHOCHT A, et al., **Gingival recession in relation to history of hard tooth-brush use.** *J Periodontol.* 1993;64:900–5.

34. KINA JR, SUZUKI TYU, KINA EFU. **Recobrimento de múltiplas recessões com enxerto subepitelial: tratamento de descontaminação da superfície radicular com laser de Erbium YAG.** Arch. Health Invest. 2014; 3(2):40-47.
35. LACERDA ACQ et al., **Recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli e De Sanctis.** RGO 2011; 59(2): 313-317.
36. LINDHE J, HAMP S, LÖE H. **Experimental periodontitis in the beagle dog.** J Periodontol Res 1973;8(1):1-10.
37. LINDHE J, KARRING T, LANG N. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral: conceitos básicos : conceitos clínicos.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 720
38. LOE H, THEILADE E, JENSEN SB. **Experimental gingivitis in man.** J Periodontol 1965;36:177-87.
39. LÖE, H.; ANERUD, A. & BOYSEN, H. **The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession.** J. Periodontol., 63(6):489-95, 1992
40. LUCENA, K.C.R.; GUSMÃO, E.S.; DONOS, N. **Técnicas para recobrimento radicular.** In: CIMÕES, R.; GUSMÃO, E.S.; DONOS, N. **Manual prático de cirurgias periodontais.** 1. ed.São Paulo: Napoleão, 2012. 270p.
41. MARTINS, IM; PEREIRA, PZ; DE-CARLI, AD; **Cariologia Baseada em Evidências eo Processo EnsinoAprendizagem.** Revista Brasileira de Educação Médica, 39 (1) : 50 – 59 ; 2015
42. MARTINS, RC et al., **Dental Students' Perceptions about the Endodontic Treatments Performed Using NiTi Rotary Instruments and Hand Stainless Steel Files.** Braz Dent J 23(6): 729-736, 2012
43. MARTINS TM et al., **Periodontal tissue response to coverage of root cavities restored with resin materials: a histomorphometric study in dogs.** J Periodontol 2007; 78: 1075-1082.
44. MILLER JUNIOR PD. **A Classification of marginal tissue recession.** *Int J Periodont Rest Dent.* 1985;5(2):9.

45. MILLER JUNIOR PD. **Root coverage grafting for regeneration and aesthetics.** Periodontol 2000. 1993;1:118-27.
46. MINAYA-SANCHEZ M, et al., **Gingival recession and associated factors in a homogeneous Mexican adult male population: A cross-sectional study.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012;17:807–13.
47. MODICA F, et al., **Coronally advanced flap for the treatment of buccal gingival recessions with and without enamel matrix derivative. A split-mouth study.** J Periodontol.2000;71:1693–8.
48. MONNET-CORTI, M.; BORGHETTI, A. **Enxerto gingivalepitelioconjuntivo.** In.BORGHETTI, A. et al. **Cirurgia plástica periodontal.** 2 ed.. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 7, p.137-155.
49. NIERI M et al.,. **Patient perceptions of buccal gingival recessions and requests for treatment.** J ClinPeriodontol 2013; 40(7):707-12.
50. OLIVEIRA DWD et al., **Effect of surgical defect. Coverage on cervical dentin hypersensitivity and quality of life.** J Periodontol. 2013;84:768-75.
51. ORRICO SRP, et al., **Recessão gengival na dentição decídua: relato de caso clínico.** R Ci Med Biol. 2003 jul/dez; 2(2):276-82.
52. PATEL M, NIXON PJ, CHAN MF. **Gingival recession: Part 1. Aetiology and non-surgical management.** Br Dent J. 2011a;211:251–4.
53. PATEL M, NIXON PJ, CHAN MF. **Gingival recession: Part 2. Surgical management using pedicle grafts.** Br Dent J. 2011b;211:251–4.
54. PIRES IL, et al., **Association between perio dontal condition and use of tongue piercing:a case-control study.** J Clinical Periodontol. 2010;37:712–8.
55. RAFIUDDIN S, et al., **Iatrogenic Damage to the Periodontium Caused by Orthodontic Treatment Procedures: An Overview.** Open Dent J. 2015; 9: 228–234.
56. RASTELLI, MCS et al., **Avaliação dos selantes de fossas e fissuras aplicados por estudantes de Odontologia.** Rev. Odontol. UNESP vol.41 no.5 Araraquara Sept./Oct. 2012

57. REPEKE CP et al., **Noninflammatory destructive periodontal disease: a clinical, microbiological, immunological and genetic investigation.** J Appl Oral Sci 2012;20(1):113-21
58. RIOS FS et al., **Estimates and multivariable risk assessment of gingival recession in the population of adults from Porto Alegre, Brazil.** J Clin Periodontol. 2014;41(11):1098-107.
59. RODRIGUES DC, ALVES R, SEGUNDO TK. **Emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no recobrimento radicular.** RGO 2010; 58(1):115-118.
60. SANTAMARIA MP et al., **Cervical restoration and the amount of soft tissue coverage achieved by coronally advanced flap: A 2-year follow-up randomized-controlled clinical trial.** J Clin Periodontol. 2009a;36:434–41.
61. SANTAMARIA MP et al., **Connective tissue graft plus resin-modified glass ionomer restoration for the treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesion: A randomized controlled clinical trial.** J Clin Periodontol. 2009b;36(9):791–98
62. SANTAMARIA MP et al., **Coronally positioned flap plus resin-modified glass ionomer restoration for the treatment of gingival recession associated with noncarious cervical lesions: A randomized controlled clinical trial.** J Periodontol. 2008;79:621–28.
63. SANTAMARIA MP et al., **Periodontal surgery and glass ionomer restoration in the treatment of gingival recession associated with a non-carious cervical lesion: Report of three cases.** J Periodontol. 2007;78:1146–53.
64. SANTAMARIA MP et al., **Randomized Controlled Clinical Trial Evaluating Connective Tissue Graft Plus Resin-Modified Glass Ionomer Restoration for the Treatment of Gingival Recession Associated With Non-Carious Cervical Lesion: 2-Year Follow-Up.** Journal of Periodontology 2013; 84(9):1-8.
65. SANTOS VR et al., **Effects of glass ionomer and microfilled composite subgingival restorations on periodontal tissue and subgingival biofilm: A 6-month evaluation.** J Periodontol 2007; 78: 1522-1528.

66. SERINO G et al., **The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with high standard of oral hygiene.** Journal of Clinical Periodontology. 1994;21:57–63.
67. SHIVAKUMAR K, CHANDU G, SHAFIULLA M. **Severity of malocclusion and orthodontic treatment needs among 12- to 15-year-old school children of Davangere District, Karnataka, India.** Eur J Dent 2010;4:298-307
68. SRINIVAS B. V. V. *et al.*, **Treatment of gingival recession using free gingival graft with fibrin fibronectin sealing system: A novel approach.** J Pharm Bioallied Sci. 2015 Aug; 7(Suppl 2): S734–S739. doi: 10.4103/0975-7406.163524
69. SUSIN C et al., **Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population.** J Periodontol 2004;75:1377-1386
70. THOMA DS et al., **Soft tissue volume augmentation by the use of collagen-based matrices in the dog mandible: a histological analysis.** J Clin Periodontol 2011;38:1063-1070
71. TOFFENETTI F, VANINI L, TAMMARO S. **Gingival recessions and noncarious cervical lesions: a soft and hard tissue challenge.** J Esthet Dent. 1998;10(4):208-20.
72. TOKER H, OZDEMIR H. **Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a university dental hospital in Turkey.** Intern J Dent Hyg. 2009;7:115–20
73. TRIVEDI SR, et al., **Clinical evaluation of subepithelial connective tissue graft and guided tissue regeneration for treatment of Miller's class 1 gingival recession (comparative, split mouth, six months study).** J Clin Exp Dent. 2014;6:e218–24
74. TUGNAIT A, CLEREHUGH V. **Gingival recession its significance and management.** J Dent. 2001;29:381–94.
75. VASCONCELOS G., et al., **“Prevalence and severity of vestibular recession in mandibular incisors after orthodontic treatment: a case-control retrospective study,”** The Angle Orthodontist, vol. 82, no. 1, pp. 42–47, 2012.
76. VERGARA et al., **Localized Gingival Recessions Treated With the Original Envelope Technique: A report of 50 Consecutive Patients.**, J Periodontol, October 2004

77. VIEIRA GHA et al., **Porcine collagen matrix for treatment of gingival retractions.** Braz J Periodontol - September 2015 - volume 25 - issue 03 - 25(3):41-46
78. YARED KF, ZENOBIO EG, PACHECO W. **Periodontal status of mandibular central incisors after orthodontic proclination in adults.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 2006;130:1-8.
79. ZIMMER S, et al., **Cleaning efficacy and soft tissue trauma after use of manual toothbrushes with different bristle stiffness.** J Periodontol 2011;82:267-71.
80. ZUCCHELLI G, et al. **Laterally moved coronally advanced flap: A modified surgical approach for isolated recession type defects.** J Periodontol 2004; 75 : 1734-1741.

APÊNDICE – QUESTIONÁRIO

Período:

1- Você conhece a classificação de Miller (1985) para as recessões gengivais?

- Sim
- Não
- Não lembro
- Conheço outra classificação

2- Qual o tipo de recessão de Miller tem um melhor prognóstico?

- Classificação I
- Classificação II
- Classificação III
- Classificação IV

3 – Ainda referente a questão anterior, qual o motivo que o (a) leva a pensar assim? (Pode ser assinalado mais de um item).

- Maior quantidade de gengiva nas laterais
- A recessão não atingiu a linha muco gengival
- Existe preservação das papilas
- Presença de osso e, conseqüentemente, periósteo subjacente.
- Por ter uma pior estética
- Por apresentar uma perda de inserção mais severa.
- Nenhuma das respostas
- Todas as respostas

4- A higiene oral influencia a progressão das recessões gengivais?

- SIM NÃO

5- Existe associação do tipo de cerdas da escova dental (macia, média, dura) e/ou potência/força de escovação com a recessão gengival?

- Sempre
- Nunca
- Depende do biótipo periodontal do paciente
- _____

6- O tabagismo influencia a progressão das recessões gengivais?

() SIM () NÃO

7- O tratamento ortodôntico causa recessão gengival?

() Sempre

() Nunca

() Em alguns casos

8- Qual a **causa mais comum** para recessão gengival? (Assinalar apenas 1 item)

() Trauma mecânico (técnica de higiene oral inadequada)

() Inserção alta dos freios

() Doença periodontal

() Posição dentária anormal

() Altura ápico-incisal da gengiva

() Espessura da gengiva

() Acúmulo de biofilme (dificuldade de remoção)

() Fatores iatrogênicos

() Oclusão traumática

() Hábitos nocivos

() Presença de doença sistêmica

() Fumo

9- O que se deve fazer para prevenir as recessões gengivais? (Assinalar apenas 1 item)

() Consultas periódicas ao dentista para controle clínico das áreas de risco já detectadas.

() Auto exame da boca

() Enxertos preventivos em região de gengiva com biótipo delgado

() Uso de escovas específicas (macias)

10- Qual conduta clínica poderia ser utilizada de forma preventiva e/ou conservadora, nos casos de recessão gengival? (Pode ser assinalado mais de um item).

() Profilaxia com escova de Robson e pasta profilática;

() Profilaxia com jato de bicarbonato;

() Aplicação tópica de flúor acidulado

() Aplicação de antimicrobianos tópicos

- () Raspagem e alisamento coronoradicular
- () Avaliação sistemática das inserções musculares e freios, seguidos de diagnóstico precoce das alterações de normalidade.
- () Cirurgia de freio e inserções musculares hipertróficas, logo após os seu diagnóstico.

11- Das alternativas abaixo, qual a sua principal indicação para a realização de um recobrimento radicular em virtude de uma recessão gengival?

- (A) Hiperensibilidade dentinária
- (B) Cárie radicular
- (C) Abfração (lesão não cariiosa)
- (D) Estética
- (E) Estética associada à sensibilidade dentinária
- (F) Prevenção da progressão de uma recessão gengival
- (G) Estabilidade oclusal

12- Em que faixa etária você indica um tratamento para recessões gengivais?

- (A) Entre 20 e 25 anos de idade
- (B) Entre 25 e 40 anos de idade
- (C) Entre 40 e 60 anos de idade
- (D) Apenas a partir dos 60 anos de idade
- (E) Em qualquer idade, dependendo da queixa do paciente

13- A etiologia das recessões gengivais influencia na tomada de decisão quanto à terapia a ser empregada em uma recessão gengival?

- () SIM () NÃO

14- Qual a sua conduta terapêutica frente a um paciente com uma recessão gengival no dente 22, Classe I de Miller e sem sintomatologia dolorosa e presença de mucosa inserida?

- (A) Recobrimento radicular com resina fotopolimerizável
- (B) Recobrimento radicular com ionômero de vidro resinoso
- (C) Recobrimento radicular a partir de retalhos pediculados
- (D) Recobrimento radicular com enxerto livre com mucosa do palato.
- (E) Fluorterapia/ Aplicação de verniz fluoretado

15- Qual a sua conduta terapêutica frente a um paciente com uma recessão gengival no dente 22, Classe I, acrescido de sintomatologia dolorosa e presença de gengiva inserida?

- (A) Recobrimento radicular com resina fotopolimerizável
- (B) Recobrimento radicular com ionômero de vidro resinoso
- (C) Recobrimento radicular a partir de retalhos pediculados
- (D) Recobrimento radicular com enxerto livre com mucosa do palato.
- (E) Fluorterapia/ Aplicação de verniz fluoretado

16- Qual a sua conduta terapêutica frente a um paciente com uma recessão gengival no dente 45, Classe I, sem sintomatologia dolorosa?

- (A) (Recobrimento radicular com resina fotopolimerizável
- (B) Recobrimento radicular com ionômero de vidro resinoso
- (C) Recobrimento radicular a partir de retalhos pediculados
- (D) Recobrimento radicular com enxerto livre com mucosa do palato.
- (E) Fluorterapia/ Aplicação de verniz fluoretado

17- Qual a sua conduta terapêutica frente a um paciente com uma recessão gengival no dente 45, Classe I, acrescido de sintomatologia dolorosa?

- (A) Recobrimento radicular com resina fotopolimerizável
- (B) Recobrimento radicular com ionômero de vidro resinoso
- (C) Recobrimento radicular a partir de retalhos pediculados
- (D) Recobrimento radicular com enxerto livre com mucosa do palato
- (E) Fluorterapia/ Aplicação de verniz fluoretado

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doraciça Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR 04

Número do Protocolo: 45729715.9.0000.5187

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 11/06/2015

Pesquisador(a) Responsável: Raquel Christina Barboza Gomes

Situação do parecer: Aprovado

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: Avaliação do conhecimento dos acadêmicos de Odontologia da UEPB frente as recessões gengivais. A recessão gengival é a localização apical do tecido marginal em relação à junção amelocementária com exposição da superfície radicular. Baseado no fato de que a recessão gengival é um enigma para os dentistas por causa da multiplicidade de fatores etiológicos e infinidade de modalidades de tratamento atuais para o seu tratamento, a presente pesquisa tem como objetivo avaliar, sob forma de questionário, o conhecimento dos acadêmicos de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – frente às etiologias e classificação das recessões gengivais, bem como a indicação de procedimentos terapêuticos, tendo em vista a importante contribuição desse segmento da Odontologia para o estabelecimento da saúde bucal da população.

Objetivo da Pesquisa: A pesquisa tem como Objetivo Geral: Avaliar o conhecimento dos acadêmicos de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – frente às etiologias e classificação das recessões gengivais, bem como os tratamentos mais indicados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos sujeitos a serem pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, de caráter transversal com uma abordagem indutiva. A pesquisa será realizada na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, localizada em Campina Grande-PB.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador: Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo.

Recomendações: Não há o que se recomendar. O Termo de Autorização Institucional foi acrescentado em 11/06/2015.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: A pesquisa seguirá de acordo com o previsto.

Situação do parecer: Aprovado

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitula-se: **“Análise do conhecimento e opinião dos acadêmicos de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba em relação ao tratamento das recessões gengivais”**, e será desenvolvida por Andreza Dias Garcia Carneiro (aluno pesquisador), sob a orientação da Professora Dr^a. Raquel Christina Barbosa Gomes (pesquisadora responsável), os quais fazem parte da Universidade Estadual da Paraíba. O objetivo geral da pesquisa é avaliar o conhecimento dos acadêmicos de odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB - frente ao tratamento das recessões gengivais.

A referida pesquisa será realizada na Clínica-Escola de Odontologia desta instituição de ensino, com os acadêmicos devidamente matriculados do sétimo ao décimo períodos e professores.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não está obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores, não recebendo qualquer incentivo financeiro para esse fim. A sua participação será sigilosa respeitando a sua privacidade.

Para o desenvolvimento desta pesquisa será utilizado um questionário elaborado para este fim constando de 17 perguntas objetivas. Solicitamos sua permissão para participar da pesquisa, como também para a utilização das informações fornecidas para fins científicos de pesquisa e/ou publicações, resguardando sua identidade anônima. Além disso, há a garantia do recebimento de uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ainda ressarcimento e indenização quando aplicáveis. Os participantes serão acompanhados e assistidos pelo aluno pesquisador e/ou pelo pesquisador responsável, através do esclarecimento de dúvidas a respeito das recessões gengivais, logo após a aplicação do questionário e até a publicação dos dados finais da presente pesquisa.

Ao participante desta pesquisa, há o risco de constrangimento diante da aplicação do questionário sem, no entanto, comprometer a sua participação no estudo, ou ainda, a interrupção da

pesquisa por parte do pesquisador responsável. Por se tratar de uma participação voluntária, a interrupção do questionário ou mesmo a não participação na pesquisa, não acarretará prejuízos ao participante no decorrer do seu curso acadêmico. Ainda aos participantes, há o benefício de aprofundar seus conhecimentos sobre as recessões gengivais além de relembrar as principais formas de tratamento para esta condição. Tal fato mostra-se importante uma vez que a recessão gengival representa um defeito estético que pode ser solucionado a partir de um adequado diagnóstico e plano de tratamento levando à comunidade acadêmica a possibilidade de despertar novos olhares, clínicos e críticos, na busca de evidências científicas para a abordagem desta condição mucogengival. Tendo em vista tal assertiva, a sociedade como um todo terá como benefício um diagnóstico mais preciso e coerente de acordo com a sua necessidade funcional, estética e financeira.

O uso de suas informações está legalmente submetido às normas éticas destinadas a pesquisas envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que faz parte do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

O pesquisador responsável e o aluno pesquisador declaram estar cientes das exigências impostas pela Resolução 466/12 CNS no que consta o item IV.3 e estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa, através dos telefones: 96001339/88042617, ou emails: andrezadgc@gmail.com ou rcbgomes@hotmail.com.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável