

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**LUCIANE BOEIRA PEREIRA  
LIVIA MENEZES XAVIER**

**DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DE PERIODONTITES EM  
PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA DE ODONTOLOGIA EM UMA  
UNIVERSIDADE DE SANTA CATARINA**

**LAGES  
2026**

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**LUCIANE BOEIRA PEREIRA  
LIVIA MENEZES XAVIER**

**DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DE PERIODONTITES EM  
PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA DE ODONTOLOGIA EM UMA  
UNIVERSIDADE DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Curso apresentado para a disciplina de  
Trabalho de Curso do 9º semestre do Curso de  
Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense,  
como pré-requisito para a conclusão do curso.

Orientador: Fabrício Ramos Martins.

**LAGES  
2026**

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**LUCIANE BOEIRA PEREIRA  
LIVIA MENEZES XAVIER**

**DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DE PERIODONTITES EM  
PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA DE ODONTOLOGIA EM UMA  
UNIVERSIDADE DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Curso apresentado para a disciplina de  
Trabalho de Curso do 9º semestre do Curso de  
Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense,  
como pré-requisito para a conclusão do curso.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Fabrício Ramos Martins (orientador) \_\_\_\_\_

Prof. Gustavo Brentano \_\_\_\_\_

Prof. Paulo Roberto Alves Falk \_\_\_\_\_

**LAGES  
2026**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos em primeiro lugar a Deus, por estar ao nosso lado em cada momento, nos dando determinação para prosseguir, coragem para enfrentar cada desafio, dedicação para darmos o nosso melhor sempre, foco para ir até o fim.

A nossa família que sempre nos apoiou nos estudos e nas escolhas tomadas, nos incentivou e ajudou para que o nosso sonho se tornasse realidade.

Agradecemos, de forma especial, aos nossos companheiros, Ronaldo Vieira Gomes e Luiz Fernando Refosco, pelo amor, apoio incondicional e pela paciência. Sem o incentivo e o suporte emocional de vocês, esta jornada teria sido muito mais difícil.

Ao nosso orientador Fabrício Ramos Martins, que teve papel fundamental na elaboração desse trabalho, nos deu todo o apoio e ajuda necessários, esteve sempre disponível para auxiliar e foi compreensivo e paciente conosco.

A professora Ana Emília pelo auxílio na metodologia e a professora Natália Veronez da Cunha pelo auxílio na análise estatística.

A todos os nossos colegas e amigos pela companhia e por tornarem mais leve cada dia, isso tornou os momentos muito mais significativos.

Agradecemos a todos que acreditaram e contribuíram de alguma forma na concretização desta nossa jornada.

“Não fui eu que lhe ordenei? Seja forte e corajoso! Não se apavore, nem se desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.”

Bíblia, 2001, JS 1:9.

## RESUMO

A periodontite é uma doença inflamatória que afeta os tecidos de suporte dos dentes, podendo resultar em perda dentária se não for diagnosticada e tratada adequadamente. Este estudo teve como objetivo realizar o diagnóstico e a classificação dos casos de periodontite nos pacientes atendidos na Clínica de Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), utilizando os critérios da nova classificação de 2017. Trata-se de um levantamento observacional transversal, com abordagem quantitativa, que analisou os dados clínicos, radiográficos e de prontuários de indivíduos com a doença, entre setembro e dezembro de 2025. Os participantes da pesquisa foram 33 pacientes. No diagnóstico da condição, observou-se prevalência de casos generalizados (84,8%), estágio III (81,2%) e grau B (51,5%). Em menor escala, foram identificados casos de periodontite localizada (15,2%), estágios II (3%) e IV (15,2%), além de variações nos perfis de progressão entre os graus A (30,3%) e C (18,2%). Conclui-se que a alta prevalência de formas avançadas da doença com potencial de progressão moderada evidencia um diagnóstico tardio. O que ressalta a necessidade de fortalecer o exame periodontal inicial e as estratégias de educação em saúde bucal, medidas essenciais para a interceptação precoce da patologia, preservando a dentição natural e reduzindo a complexidade do manejo clínico.

Palavras-chave: Periodontite, Doença periodontal, Classificação das doenças periodontais, Prevalência de periodontite.

## SUMÁRIO

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO                                          | 07 |
| 2 PROPOSIÇÃO                                          | 09 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA                               | 10 |
| 3.1 Doença periodontal: periodontite                  | 10 |
| 3.2 Classificação da periodontite                     | 11 |
| 3.3 Diagnóstico de periodontite                       | 14 |
| 3.4 Fatores de risco e estilo de vida                 | 15 |
| 3.5 Prevalência da doença                             | 21 |
| 4 METODOLOGIA                                         | 24 |
| 4.1 Tipo de estudo                                    | 24 |
| 4.2 Local                                             | 24 |
| 4.3 Participantes                                     | 25 |
| 4.4 Critérios de inclusão                             | 25 |
| 4.4.1 Critérios de exclusão                           | 25 |
| 4.5 Obtenção de dados                                 | 25 |
| 4.6 Análise estatística                               | 26 |
| 4.7 Análise de riscos e benefícios                    | 27 |
| 4.8 Medidas para a proteção ou minimização dos riscos | 27 |
| 4.9 Medidas para a proteção à confidencialidade       | 27 |
| 4.10 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa  | 28 |
| 5 RESULTADOS                                          | 29 |
| 6 DISCUSSÃO                                           | 35 |
| 7 CONCLUSÃO                                           | 40 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS                            | 41 |
| APÊNDICE                                              | 45 |
| ANEXO                                                 | 47 |

## 1 INTRODUÇÃO

Na doença periodontal há uma interação complexa entre o biofilme subgengival e a resposta imunoinflamatória do indivíduo que ocorrem no tecido gengival e periodontal. O dano ao tecido é conhecido como periodontite. A gengivite antecede essa condição, porém não significa que sempre ela evoluirá para periodontite. Na gengivite a gengiva é afetada, enquanto na periodontite é o ligamento periodontal e o osso alveolar (Newman *et al.*, 2020).

A gengivite inclui sinais clínicos de inflamação que estão apenas na gengiva, não afetando os tecidos de suporte do dente. O paciente pode apresentar como sintoma: gengivas sangrando com gosto metálico ou alterado, dor, halitose, dificuldade de alimentação e aparência das gengivas vermelhas e edemaciadas (Berglundh *et al.*, 2024).

Por outro lado, a periodontite é uma doença inflamatória dos tecidos de suporte dos dentes (ligamento periodontal e osso alveolar) causada por microrganismos específicos que resulta em rompimento do ligamento periodontal e reabsorção do osso alveolar de maneira gradual. Clinicamente a diferença entre a gengivite e periodontite é que a segunda apresenta perda de inserção por conta da destruição inflamatória. Pode ocorrer a formação de bolsas, alteração do osso alveolar, como a sua densidade ou altura (Newman *et al.*, 2020).

Mais do que um comprometimento estritamente local, as doenças periodontais representam um importante problema de saúde pública global, acometendo cerca de 20 a 50% da população em diferentes faixas etárias e contextos socioeconômicos, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Há evidências consistentes que apontam para uma estreita relação entre essas doenças e condições sistêmicas, como enfermidades cardiovasculares, diabetes *mellitus* e complicações gestacionais (Nazir, 2017).

Diante desse impacto e da complexidade dessas condições, torna-se essencial um diagnóstico preciso. Para tanto, realiza-se a anamnese, uma análise da saúde geral, história médica e odontológica do paciente, além da avaliação dos sintomas, sinais e exames extra e intraoral. Ao examinar a cavidade oral, o cirurgião-dentista avalia a higiene bucal, a presença de halitose, e todas as estruturas presentes (Newman *et al.*, 2020).

A precisão desse processo diagnóstico foi modificada atualmente para acompanhar a evolução científica da área. Em novembro de 2017, ocorreu em Chicago um *workshop* mundial pela Academia Americana de Periodontia e a Federação Europeia de Periodontia. Esse evento reuniu estudiosos de todo o mundo com o objetivo de alinhar e atualizar o esquema de classificação de 1999 para melhorar a compreensão atual das doenças e condições periodontais e peri-implantares (Caton *et al.*, 2018).



Sob essa perspectiva, o estudo do diagnóstico e estadiamento da periodontite, segundo a nova classificação tem extrema importância, pois proporciona um panorama atualizado dos casos diagnosticados com periodontite entre os pacientes atendidos na Clínica de Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), contribuindo para a formação de dados que poderão orientar condutas clínicas, estratégias de prevenção e programas educativos voltados à saúde periodontal. A aplicação da nova classificação em um ambiente de ensino permite que os acadêmicos de Odontologia se familiarizem com os critérios contemporâneos de diagnóstico periodontal.

Diante desse cenário, estabeleceu-se o seguinte problema de pesquisa: qual é o diagnóstico e a classificação das periodontites, segundo a atual classificação de doenças e condições periodontais de 2018, entre os pacientes atendidos na Clínica de Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense? Para responder a esse questionamento, o objetivo central deste trabalho foi descrever o diagnóstico e a classificação dos casos de periodontite nos pacientes da clínica de odontologia da UNIPLAC, utilizando os critérios da atual classificação de 2018. Para alcançar esse resultado, dividiu-se a atuação em três objetivos específicos: primeiro buscou-se descrever o perfil sociodemográfico (sexo, idade e condições de saúde) dos pacientes diagnosticados com periodontite, em seguida, identificaram-se os casos da doença com base nos critérios diagnósticos estabelecidos na atual classificação das doenças periodontais e, por fim, classificaram-se os pacientes segundo os Estágios (I a IV) e o Grau de progressão da doença (A, B e C).

## **2 PROPOSIÇÃO**

A proposição deste trabalho foi descrever o diagnóstico e a classificação dos pacientes com periodontite atendidos na clínica-escola de Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Doença periodontal: periodontite

Chapple *et al.* (2018) relataram que a definição de saúde periodontal é a ausência de inflamação clinicamente detectável. É importante notar que a saúde gengival clínica pode ser observada tanto em um periodonto íntegro (sem perda de inserção clínica ou óssea) quanto em um periodonto reduzido, em pacientes com periodontite estável ou em pacientes sem periodontite, como exemplo nos casos de recessão gengival e após cirurgia de aumento de coroa clínica. As características clínicas da saúde gengival em um periodonto íntegro é ausência de perda óssea e de inserção, ausência de eritema, edema e sintomas do paciente, profundidade de sondagem  $\leq 3$  mm, sangramento à sondagem em  $<10\%$  dos sítios e sem perda óssea radiográfica. Os níveis ósseos fisiológicos variam de 1,0 a 3,0 mm apicalmente à junção cimento-esmalte. Por outro lado, em um periodonto reduzido em casos de periodontite após o tratamento bem-sucedido, a saúde é caracterizada pela ausência de eritema, edema e sintomas do paciente, mas perda de inserção, profundidade de sondagem  $\leq 4$  mm (sem sítios com profundidade de sondagem  $\geq 4$  mm com sangramento à sondagem), sangramento à sondagem em  $<10\%$  dos sítios e com perda óssea radiográfica. Ainda há pacientes sem periodontite, mas com periodonto reduzido, nesses casos apresenta-se perda de inserção, profundidade de sondagem  $\leq 3$  mm, sangramento à sondagem em  $<10\%$  dos sítios e possível perda óssea radiográfica.

Segundo Kinane, Stathopoulou e Papapanou (2017) as doenças periodontais correspondem a um conjunto de condições inflamatórias que acometem os tecidos de suporte dos dentes: gengiva, osso alveolar e ligamento periodontal, podendo resultar em perda dentária e contribuir para inflamação no corpo. Os autores destacam que essas doenças estão associadas a um desequilíbrio da microbiota oral normal (placa bacteriana), que o organismo do hospedeiro interage com elas por meio da resposta imunológica, apresentando períodos de atividade e remissão, até o momento em que o biofilme microbiano seja removido por um cirurgião-dentista e a inflamação diminua ou que o dente afetado seja extraído. Ainda de acordo com o estudo, fatores de risco ambientais e individuais influenciam a severidade do quadro, incluindo aspectos modificáveis, como o tabagismo, e não modificáveis, como a predisposição genética. Por fim, a pesquisa aponta que a prevenção se baseia na adequada higiene bucal diária realizada pelo paciente e na remoção profissional do biofilme microbiano, com frequência a cada 3 ou 6 meses, dependendo da necessidade individual do paciente.

Joseph e Curtis (2021) abordaram que a cavidade oral é composta por comunidades microbianas com alta diversidade que vivem de maneira estável em condições de saúde, elas possuem uma complexa rede de interdependências nutricionais e estão em equilíbrio com o hospedeiro. Alterações nessa relação podem ocorrer quando há aumento da microbiota ou falhas nos mecanismos imunológicos e inflamatórios do hospedeiro levando a um estado semidisbiótico associado ao desenvolvimento de gengivite. Quando o desequilíbrio persiste, o microbioma pode evoluir para disbiose, caracterizada por maior diversidade microbiana, resistência à resposta imune do hospedeiro e ao sistema inflamatório.

Em relação ao desenvolvimento da periodontite, Meuric *et al.* (2017) apresentaram que ela é promovida por uma falha na interação entre as respostas imunes inflamatórias do hospedeiro e a sua microbiota oral. Essas respostas imunes inflamatórias desproporcionais são induzidas pelo desequilíbrio bacteriano (disbiose), o que impede o término da inflamação e perpetua o processo destrutivo crônico.

A compreensão sobre a patogênese da periodontite tem se transformado ao longo do tempo, Sahingur (2020) abordou que ela deixou de ser entendida como apenas uma doença infecciosa de origem bacteriana para ser reconhecida como um processo inflamatório crônico associado a um desequilíbrio microbiano, influenciado por fatores genéticos, ambientais, locais e sistêmicos.

### **3.2 Classificação da periodontite**

Papapanou *et al.* (2018) apresentaram que as características clínicas de periodontite são perda de inserção clínica interproximal em  $\geq 2$  dentes não adjacentes, ou perda de inserção  $\geq 3$  mm, na vestibular ou lingual/palatina, com bolsa periodontal  $\geq 3$  mm em  $\geq 2$  dentes. Contudo, é fundamental que a causa da perda observada não seja atribuída a condições como: 1) recessão gengival de origem traumática; 2) cárie dental estendendo até a área cervical do dente; 3) presença da perda de inserção na face distal de um segundo molar associado ao mau posicionamento ou à extração de terceiro molar; 4) lesão endoperiodontal drenando por meio do periodonto marginal; 5) ocorrência de fratura radicular vertical.

Papapanou *et al.* (2018) também relataram que segundo a atual classificação as formas de periodontite são: periodontite necrosante, periodontite como manifestação direta de doença sistêmica e periodontite (propriamente dita). Nessa perspectiva, os autores apontam que o diagnóstico diferencial da periodontite exige a análise da história clínica e a observação de

sinais e sintomas específicos de periodontite necrosante, ou a presença de doenças sistêmicas incomuns que modulam a resposta imune. Ainda de acordo com os pesquisadores, os casos que não se enquadram nessas categorias específicas devem ser diagnosticados como “periodontite” e, posteriormente, caracterizados por meio de um sistema de estadiamento e classificação que afetam o manejo clínico, o prognóstico e a saúde bucal e sistêmica.

Tonetti, Greenwell e Kornman (2018) abordaram que a periodontite foi classificada em estadiamento (estágio de I a IV) e graduação (grau A, B e C). O estágio é definido com base na gravidade da doença (principalmente degradação periodontal com referência ao comprimento da raiz e à perda dentária associada à periodontite), complexidade de gerenciamento (profundidade da bolsa, defeitos infraósseos, envolvimento de furca, hipermobilidade dentária, disfunção mastigatória), além de descrito a extensão (localizada ou generalizado), que para todos os estágios, pode ser: localizada (até 30% dos dentes afetados), generalizada (30% dos dentes ou mais) ou padrão molar/incisivo. Em relação ao grau, refere-se a taxa de progressão, podendo ser lenta, moderada ou rápida e os fatores de risco podem o modificar, como ser fumante ou ter diabetes mellitus. O sistema de definição tem o objetivo de facilitar a identificação da doença, o tratamento e a prevenção da periodontite personalizado para cada paciente.

Tonetti, Greenwell e Kornman (2018) apresentaram que segundo essa classificação o Estágio I representa o início da perda de inserção, desenvolvendo-se como resposta à persistente inflamação gengival e à disbiose do biofilme. Além de consistir em um diagnóstico precoce, os autores apontam que esse estágio pode definir pacientes com idade precoce que tem maior suscetibilidade ao aparecimento da doença. Dando continuidade ao diagnóstico, os pesquisadores caracterizam o Estágio II como a periodontite já estabelecida, na qual os danos causados aos tecidos de suporte do dente são identificados por meio de um exame periodontal clínico cuidadoso. Já no Estágio III, segundo o estudo, há danos significativos no aparelho de sustentação e se não for realizado o tratamento adequado, pode ocorrer a perda de elementos dentários. Observam-se lesões periodontais profundas que se estendem até a porção média da raiz e cuja abordagem terapêutica é complexa devido a defeitos intraósseos profundos, áreas de furca expostas, histórico de perda dentária periodontal e presença de defeitos na crista alveolar, embora a função mastigatória ainda esteja preservada. Por fim, os autores descrevem o Estágio IV é o mais avançado, caracterizado por danos consideráveis ao suporte periodontal que se estendem até a porção apical da raiz, resultando em perdas dentárias significativas e, consequentemente, na perda da função mastigatória.

Para classificação do Estágio, Tonetti, Greenwell e Kornman (2018) explicaram que o Estágio I tem como característica determinante a perda de inserção interproximal de 1 a 2 mm no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal (<15%). Como características secundárias, os autores apontam a profundidade de sondagem de até 4 mm, ausência de perda dental devido à periodontite e padrão de perda óssea horizontal. No Estágio II, segundo os pesquisadores, a característica determinante é a perda de inserção interproximal de 3 a 4 mm no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal (15 a 33%), sendo os fatores de complexidade representados por profundidade de sondagem de até 5 mm, ausência de perda dental pela patologia e padrão de perda óssea horizontal. Dando continuidade, o estudo aponta que no Estágio III, a característica determinante é a perda de inserção interproximal igual ou superior a 5 mm no pior sítio ou perda óssea radiográfica se estendendo à metade ou ao terço apical da raiz. Nesse nível, os fatores de complexidade acrescentam-se aos do Estágio II e incluem profundidade de sondagem igual ou maior a 6 mm e perda dental devido à periodontite em até 4 dentes. Podendo associar-se a uma perda óssea vertical maior ou igual a 3 mm, lesões de furca grau II ou III e defeito de rebordo moderado. Por fim, os autores descrevem que no Estágio IV, a característica determinante permanece com a perda de inserção interproximal em 5 mm ou mais no pior sítio ou perda óssea radiográfica se estendendo à metade ou ao terço apical da raiz. Além dos fatores de complexidade listados do Estágio III, acrescenta-se a perda dental de 5 ou mais dentes devido à periodontite, podendo ocorrer disfunção mastigatória, trauma oclusal secundário (mobilidade 2 ou 3), defeito de rebordo grave, problemas mastigatórios e menos de 20 dentes remanescentes (10 pares de antagonistas).

Tonetti, Greenwell e Kornman (2018) mostraram que, independentemente do Estágio no diagnóstico, cada indivíduo terá um Grau diferente de periodontite, que determinará o progresso da doença, a resposta ao tratamento e poderá influenciar a saúde geral. Os Graus são classificados por critérios primários, como evidência direta de progressão (perda óssea radiográfica ou de nível clínico de inserção) e indireta (como porcentagem de perda óssea/idade e fenótipo do caso) e por fatores modificadores, que são os fatores de risco. O Grau A corresponde à taxa lenta de progressão, como evidência direta os autores apontam a ausência de evidência de perda óssea nos últimos 5 anos, como evidência indireta, a relação de porcentagem de perda óssea/idade é <0,25 mm, no fenótipo do caso ocorre intenso acúmulo de biofilme com baixos níveis de destruição. Em paciente não fumante e normoglicêmico. Dando continuidade, os pesquisadores descrevem que o Grau B corresponde à taxa moderada de progressão, como evidência direta, observa-se uma perda óssea <2 mm

nos últimos 5 anos, na evidência indireta, a relação da porcentagem de perda óssea/idade varia de 0,25 a 1,0 e no fenótipo do caso a destruição é compatível com o acúmulo de biofilme, associando-se a fatores de risco como paciente fumante, <10 cigarros/dia e indivíduos diabéticos com hemoglobina glicada: HbA1c <7%. Por fim, segundo o estudo, o Grau C corresponde à taxa rápida de progressão, como evidência direta  $\geq 2$  mm nos últimos 5 anos, na indireta a relação entre a porcentagem de perda óssea/idade é  $>1,0$ , e no fenótipo do caso a destruição excede a expectativa pelo acúmulo de biofilme, há padrões clínicos específicos sugestivo de rápidos períodos de progressão e/ou início precoce da doença, como fatores de risco são paciente fumante,  $\geq 10$  cigarros/dia e pacientes diabéticos com hemoglobina glicada: HbA1c  $\geq 7\%$ .

### 3.3 Diagnóstico de periodontite

Newman *et al.* (2020) explicam que para a realização do diagnóstico periodontal, são efetuadas a anamnese, a análise da saúde geral do paciente, e a investigação das histórias médica e odontológica, além da avaliação de sinais, sintomas e exames extra e intraoral. Durante o exame da cavidade oral, os autores apontam que o cirurgião-dentista deve avaliar a higiene bucal, a presença de halitose e todas as demais estruturas presentes. Ao examinar o periodonto, o estudo ressalta que se deve, primeiramente, ponderar o acúmulo de biofilme e cálculo, bem como as modificações inflamatórias nos tecidos moles, a exemplo de eritema, edema e retrações. Na sequência, os pesquisadores descrevem que deve ser realizada cuidadosamente a sondagem no sulco gengival, com uma sonda milimetrada inserida verticalmente com a ponta tocando e deslizando ao longo da superfície dentária até o fundo do sulco. De acordo com a obra, esse procedimento fornece as medidas de profundidade, além de permitir a detecção tátil de alterações como crateras interdentárias, envolvimento de furca (com o uso de sonda de Nabers), cálculo e inflamação nos tecidos moles. Podendo manifestar sangramento à sondagem caso a gengiva esteja inflamada e o epitélio da bolsa atrófico ou ulcerado.

Além de examinar o periodonto, Newman *et al.* (2020) acrescentaram o exame dos dentes e implantes, o qual deve ser realizado de forma minuciosa para a observação de todos os detalhes clínicos. Nessa avaliação, os autores destacam que o paciente pode apresentar perda de estruturas dentárias, manchas, hipersensibilidade, pontos de contato proximal abertos, mobilidade, trauma de oclusão, migração patológica e sensibilidade à percussão. De acordo com o livro, é necessário examinar também as arcadas com a boca fechada para

verificar desalinhamentos, extrusões, contatos proximais deficientes e áreas de impactação alimentar, além de analisar as relações oclusais funcionais. Por fim, os pesquisadores apontam que podem ser adotados ainda, procedimentos complementares de diagnóstico, tais como radiografias, exames de sangue e biópsias.

### **3.4 Fatores de risco e estilo de vida**

No que tange à influência dietética, Wright *et al.* (2020) ressaltam que a periodontite é uma das principais causas de perda dentária mundial, tendo como fatores de risco a idade, o tabagismo e o diabetes. Os autores investigaram associações entre a dieta e a periodontite utilizando dados do estudo transversal NHANES (EUA, 2009–2014), com uma amostra de 10.010 indivíduos. Diferente de estudos focados em nutrientes isolados, a metodologia adotada considerou a dieta como um todo, identificando oito padrões alimentares distintos por meio de uma abordagem baseada em dados. A principal descoberta revelou que um padrão específico composto por uma dieta variada, rica em saladas, frutas, verduras, aves, frutos do mar e consumo de água ou chá, associou-se a uma menor extensão de perda de inserção clínica (PIC). Notavelmente, o grupo com maior adesão a esse perfil apresentou menos da metade da extensão de PIC em comparação ao grupo de menor adesão. Embora o delineamento transversal impossibilite a inferência de causalidade direta, os autores sugerem que os benefícios da dieta em associação com a periodontite dependem tanto dos nutrientes ingeridos quanto dos evitados. Sugerem ainda, ser improvável a ocorrência de causalidade reversa, visto que a periodontite é assintomática em estágios iniciais, não motivando mudanças dietéticas precoces. Contudo, vale a ressalva de que os registros alimentares de 24 horas utilizados nesse estudo podem não representar com precisão a dieta habitual ao longo do extenso período em que a doença pode se desenvolver. Esses achados indicam a necessidade de estudos prospectivos para investigar mais a fundo o papel da dieta na periodontite e em que medida ela influencia as relações já estabelecidas entre idade, nível socioeconômico e periodontite.

Lieske *et al.* (2023) realizaram um estudo transversal com 5.642 participantes (45 a 75 anos) em Hamburgo, Alemanha, para avaliar a associação entre um escore dietético anti-inflamatório e a periodontite. A condição periodontal foi avaliada por meio de exames clínicos completos (profundidade de sondagem, recessão e sangramento), enquanto a dieta foi mensurada via questionário de frequência alimentar. Os resultados demonstraram uma associação inversa significativa: pontuações dietéticas anti-inflamatórias mais altas estiveram



associadas a menores chances de ocorrência da doença, mesmo após o ajuste para variáveis como idade, tabagismo, diabetes e atividade física. Como pontos fortes, destacam-se o amplo tamanho amostral representativo e a calibração dos examinadores, conferindo alta validade aos resultados, contudo, os autores apontam que a natureza transversal do estudo impede a inferência de causalidade, a ingestão alimentar foi autorrelatada, e que os achados podem não ser generalizáveis para populações mais jovens ou de outras etnias. Sugere-se que o consumo de uma dieta pró-inflamatória pode agravar os sintomas clínicos da periodontite, sugerindo-se que a nutrição seja incorporada à formação dos profissionais de saúde bucal como uma abordagem custo-efetiva para o manejo da saúde periodontal. Ressalta-se, por fim, que a confirmação da possibilidade de uma dieta anti-inflamatória auxiliar na regressão da doença requer a realização de ensaios clínicos randomizados controlados.

Ainda sobre os hábitos alimentares, Cassiano *et al.* (2022) investigaram a associação entre a periodontite e o consumo alimentar em uma amostra de 537 participantes da Coorte de Nascimentos de 1982, em Pelotas/RS, Brasil. A periodontite foi mensurada clinicamente e classificada pelo sistema CDC/AAP em níveis "inicial" e "moderada/grave", enquanto o consumo de alimentos (*in natura*, processados e ultraprocessados) foi avaliado via questionário de frequência alimentar. Os resultados sugerem que a gravidade da patologia está associada ao nível de processamento dos alimentos: a periodontite "moderada/grave" correlacionou-se ao maior consumo de processados e ultraprocessados, enquanto a forma "inicial" associou-se à alimentos *in natura*. Os autores levantam a hipótese de que a periodontite possa prejudicar o paladar, levando os indivíduos a buscarem alimentos altamente palatáveis (ultraprocessados). Como ponto forte, destaca-se ser esta a mais longa coorte com dados de saúde bucal em países de baixa e média renda, com alta confiabilidade interexaminadores, embora apresente como limitação uma taxa de perda de 40% dos participantes ao longo dos 31 anos de acompanhamento. Conclui-se que a relação entre saúde periodontal e escolhas alimentares, possivelmente mediada por distúrbios do paladar, reforça a necessidade de uma abordagem terapêutica multidisciplinar.

Sobre a atividade física, Cao *et al.* (2023) realizaram uma revisão abrangente com meta-análise de 30 estudos observacionais e de intervenção para investigar a relação entre o exercício físico e a periodontite. Os resultados demonstraram uma associação inversa significativa entre a atividade física e a prevalência e a gravidade da doença, apresentando uma razão de risco de 0,84 ao comparar grupos ativos e inativos. Dos artigos analisados, 20 relataram benefícios claros do exercício, enquanto nenhum estudo apontou efeitos negativos, sugerindo que a prática esportiva pode ser uma abordagem potencial que contribui para a

melhora da doença e para a redução da incidência da patologia. Além do exercício, a revisão identificou outros determinantes influentes para a saúde periodontal: quatro estudos sugeriram que a manutenção de um peso corporal normal é importante para a prevenção da doença, visto que a inflamação relacionada à obesidade pode induzir a proliferação bacteriana e produzir marcadores inflamatórios no tecido adiposo, o que pode exacerbar a periodontite. Adicionalmente, observou-se que um maior comportamento sedentário foi associado a uma maior probabilidade da doença, enquanto uma dieta nutritiva (citada em sete estudos) e a abstinência do tabagismo, que afeta a saúde periodontal por meio da atividade antioxidante salivar total (três estudos), favorecem a melhora do quadro clínico. Apesar das limitações apontadas, concluiu-se que o exercício físico pode ser uma abordagem potencial para melhora da periodontite. Ressalta-se, contudo, a necessidade de futuras pesquisas de intervenção, com amostras maiores e maior tempo de acompanhamento, para estabelecer uma possível relação de causa e efeito entre exercícios físicos e o manejo da periodontite auxiliando os profissionais de saúde bucal na tomada de decisões clínicas.

Nesse sentido, Şen *et al.* (2024) avaliaram a correlação entre padrões alimentares, níveis de atividade física (AF) e a ocorrência de doença periodontal em 185 indivíduos. Os autores observaram que pacientes com periodontite apresentavam maiores índices de dentes cariados, perdidos e obturados, piores características periodontais e menor frequência de escovação dentária. A análise estatística revelou que a prática de atividade física, tanto no tempo livre quanto na rotina geral e menos comportamento sedentário atuou como um fator protetor contra a periodontite, enquanto o sedentarismo elevou o risco da doença. Mesmo a atividade mínima apresentou o benefício protetor comparadas a não realizar nenhum exercício. Além disso, o estudo destacou que a escovação dentária realizada duas vezes ao dia reduziu significativamente as chances de desenvolvimento de gengivite e periodontite. Os resultados sugerem que modificações no estilo de vida podem representar novas abordagens no combate à patologia, embora os autores ressaltem a necessidade de novos ensaios clínicos para avaliar a possível contribuição da dieta e das escolhas de estilo de vida no início e na progressão da doença.

Ainda sobre este ponto, Marruganti *et al.* (2023) avaliaram a associação entre a periodontite e os diferentes tipos de atividade física (lazer e ocupacional) em uma amostra de 10.679 adultos dos EUA (2009–2014). Os participantes foram classificados quanto ao nível de atividade via Questionário Global de Atividade Física, enquanto a condição periodontal foi avaliada por exame clínico completo seguindo os critérios CDC/AAP (ausente, leve, moderada ou grave). Os resultados indicaram que a atividade física de lazer atua como um

indicador de proteção, ao passo que a atividade física ocupacional se associou a um maior risco para a periodontite e suas formas graves. Como pontos fortes, destaca-se a novidade na diferenciação dos tipos de esforço físico e o uso de exames periodontais completos em uma amostra nacional representativa. Contudo, os autores recomendam cautela na interpretação dos achados devido ao delineamento transversal, ao risco de viés no autorrelato da atividade física, uso de sondas PCP2 e a possíveis fatores de confusão residuais, como idade, sexo, tabagismo, condições socioeconômicas, estado civil, consumo de álcool e hábitos de higiene. Conclui-se que ensaios clínicos randomizados são necessários para investigar o impacto do aconselhamento sobre atividade física tanto na prevenção primária quanto como parte da primeira etapa do tratamento periodontal.

Sobre o estresse, Corridore *et al.* (2023) realizaram uma revisão sistemática abrangendo 27 estudos clínicos e observacionais para avaliar a relação entre o estresse psicológico e a doença periodontal. Na metodologia dos artigos analisados, o estresse foi mensurado por meio de questionários, enquanto a periodontite foi avaliada por critérios radiográficos e parâmetros clínicos com medições periodontais. A análise evidenciou que o estresse crônico afeta negativamente os tecidos periodontais por duas vias principais: uma indireta, mediante alterações comportamentais e de estilo de vida, como amplificando o consumo e o abuso de tabaco e álcool, dieta inadequada, negligência na higiene bucal e baixa adesão ao tratamento odontológico, e uma direta, de impacto biológico, mediada por alterações na saliva, na circulação sanguínea gengival e na resposta imune do hospedeiro. Os autores ressaltam que condições socioeconômicas adversas frequentemente desencadeiam essa resposta de estresse, o que pode provocar inflamação periodontal. Diante disso, destaca-se a importância de os profissionais de odontologia considerarem os fatores estressantes como riscos associados à gravidade da doença e à redução na eficácia dos tratamentos, recomendando-se uma atuação preventiva focada na interceptação do estresse crônico.

Gurav, Jaiswal e Masurkar (2024) analisaram a relação entre o estresse psicológico e a periodontite crônica em uma amostra de 200 idosos residentes em lares de longa permanência. O exame clínico incluiu a mensuração da profundidade de sondagem periodontal, nível de inserção clínica, número de dentes presentes e índice de placa, associados à aplicação de escalas de gestão de estresse e ansiedade por psicólogos. Os resultados sugerem que o estresse psicológico e a ansiedade contribuem para o desenvolvimento da periodontite, sendo esta fase da vida identificada como uma das mais estressantes devido a fatores como a falta de conhecimento sobre a própria condição médica, dificuldades financeiras, acesso limitado a serviços de emergência e severas mudanças econômicas. Pesquisas indicam que mecanismos

de enfrentamento inadequados e o estresse prolongado são fatores que moderam o risco e a progressão da doença. Conclui-se que o estresse merece atenção especial no manejo odontológico, sendo fundamental que pacientes sob tais condições recebam cuidados periodontais adicionais para prevenir o surgimento da patologia ou evitar sua progressão para estágios mais críticos.

Em relação a diabetes, Bolchis *et al.* (2025) investigaram a associação entre o controle glicêmico, biomarcadores inflamatórios salivares (IL-1 $\beta$ , IL-6, MMP-8) e o estado periodontal em 79 pacientes diabéticos (tipo 1 e 2) na Romênia. Os exames clínicos periodontais revelaram um cenário crítico: 65,8% dos participantes apresentavam periodontite em Estágio IV e 72,2% com Grau C, indicando progressão rápida. Os índices da média de sangramento à sondagem (55,14%) e placa (45,73%) evidenciaram higiene oral geralmente insuficiente e destruição tecidual periodontal, com perda de inserção clínica média de -2,59 mm. Quanto aos biomarcadores salivares, observou-se correlação significativa entre a MMP-8 e o índice de placa e o sangramento à sondagem, além de uma correlação positiva entre IL-1 $\beta$  e IL-6. Um achado relevante foi que os marcadores inflamatórios mostraram correlação fraca com a hemoglobina glicada (HbA1c), sugerindo que a inflamação periodontal local pode operar, em parte, de forma independente do controle metabólico sistêmico. Adicionalmente, os autores notaram que um maior conhecimento sobre saúde bucal não reduziu os danos clínicos, pelo contrário, indivíduos mais conscientes relataram piores índices, o que sugere uma maior percepção dos sintomas em vez de maior eficácia preventiva. Este estudo confirma a associação clinicamente relevante entre diabetes mellitus e periodontite, enfatizando o papel da inflamação como um mecanismo patológico comum. A alta prevalência de doença periodontal avançada e os elevados índices inflamatórios em pacientes diabéticos ressaltam a necessidade de integrar a triagem periodontal e a educação em saúde aos protocolos de manejo do diabetes, visando reduzir a carga inflamatória e melhorar os desfechos sistêmicos através de uma colaboração interdisciplinar reduzindo a baixa frequência de comunicação entre paciente e profissional de saúde sobre saúde bucal.

Trentin *et al.* (2018) realizaram um estudo clínico transversal em Passo Fundo (RS), comparando 117 pacientes diabéticos mellitus tipo 2 (DM2) a um grupo controle de 158 indivíduos não diabéticos, com o objetivo de verificar se a doença periodontal é mais prevalente em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. A avaliação, conduzida por estudantes calibrados através do índice periodontal pelo Registro Periodontal Simplificado e questionário, revelou que a doença periodontal é significativamente mais prevalente no grupo diabético. Os resultados apontaram que os pacientes com DM2 apresentaram um nível de

higiene bucal considerado regular a ruim ( $p<0,001$ ) e maior perda dentária em comparação aos não diabéticos. Além disso, observou-se que o grupo controle detinha um número superior de sextantes com saúde periodontal preservada ( $p<0,001$ ). Os autores concluíram que a condição sistêmica do diabetes, o nível de higiene bucal e a idade foram os fatores que podem ter influenciado a severidade da patologia periodontal e a maior taxa de edentulismo observada nesses indivíduos.

Oliveira e Barbosa (2020) realizaram uma revisão integrativa fundamentada no workshop de 2017, analisando a associação entre patologias periodontais e o diabetes mellitus. Os autores destacam que a classificação atual incluiu ferramentas para a avaliação individualizada, reconhecendo fatores de risco que podem interferir negativamente na resposta ao tratamento. Nesse contexto, o descontrole metabólico em pacientes periodontais com diabetes tipo 2 é considerado um fator de grande importância para avaliação da suscetibilidade individual à progressão da periodontite, visto que a literatura sugere que o diabetes promova uma resposta hiperinflamatória ao desafio bacteriano, modificando a resposta dos tecidos periodontais. De acordo com a classificação de 2017, o descontrole metabólico em diabéticos é considerado um instrumento individual para definir o estadiamento e a gradação da doença, permitindo que o grau de progressão seja modificado conforme o controle metabólico. Assim, o diagnóstico de periodontite associada ao diabetes mellitus passa a considerar não apenas o dano tecidual presente (estágio), mas também a taxa de progressão (grau) ao longo do tempo.

Sanz *et al.* (2017) mostraram evidências sobre a relação bidirecional entre as doenças periodontais e o diabetes, destacando que ambas são condições crônicas associadas independentemente à mortalidade. O estudo apresenta que há fortes evidências de que a periodontite eleva o risco de disfunção glicêmica e resistência à insulina, com estudos de coorte mostrando pacientes diabéticos com periodontite apresentando níveis significativamente maiores de hemoglobina glicada (HbA1c) quando comparados a indivíduos periodontalmente saudáveis. Os mecanismos biológicos descritos envolvem o aumento de mediadores inflamatórios (IL-1 $\beta$ , IL-6, TNF- $\alpha$ ) e do estresse oxidativo. Além disso, os autores reforçam que a terapia periodontal é segura e eficaz, sendo associada a reduções na HbA1c de 0,27% a 0,48% após três meses, embora estudos com acompanhamento a longo prazo sejam inconclusivos. Por fim, as diretrizes da Federação Europeia de Periodontia (EFP) e da Federação Internacional de Diabetes (IDF) enfatizam a importância do diagnóstico precoce e da colaboração interdisciplinar para aprimorar o cuidado conjunto dessas patologias.

Sødal *et al.* (2022) investigaram os indicadores de risco socioeconômicos e comportamentais para a periodontite grave em uma população de 453 idosos (65 anos) em Oslo, Noruega. O diagnóstico foi fundamentado na classificação de 2017, utilizando parâmetros clínicos e radiográficos. Os indivíduos que fumavam pelo menos um cigarro por dia apresentaram uma razão de chances cinco vezes maior para periodontite grave em comparação com não fumantes. Como esse indicador de risco é modificável, o aumento do conhecimento público e da informação aos pacientes pode ser fundamental para reduzir a prevalência e a progressão da doença na população. Os resultados revelaram que a origem em países não ocidentais, o diabetes tipo 2, a menor escolaridade, o tabagismo (atual ou prévio) e as consultas odontológicas irregulares foram os principais indicadores associados à maior probabilidade de periodontite nos estágios III ou IV. Além disso, o estudo avaliou o impacto da patologia na qualidade de vida relacionada à saúde bucal através do índice OHIP-14, observando que indivíduos com quadros graves apresentaram pontuações significativamente maiores, quando comparados aos pacientes sem periodontite, o que indica um comprometimento superior no bem-estar e no cotidiano desses pacientes. Concluiu-se que, embora a percepção de qualidade de vida geral fosse boa na amostra, houve uma tendência clara de redução da saúde bucal conforme o aumento da severidade da destruição periodontal.

### **3.5 Prevalência da doença**

O estudo de Holde *et al.* (2017) objetivou descrever a prevalência, a gravidade e a extensão da periodontite na população adulta do norte da Noruega. Por meio de um delineamento transversal com uma amostra aleatória de 1.911 adultos (com faixa etária de 20 a 79 anos), as condições periodontais foram avaliadas por meio de um exame periodontal completo e análise de perda óssea em radiografias panorâmicas. A profundidade de sondagem e o sangramento à sondagem foram medidos em seis sítios por dente. Utilizaram-se as definições de caso propostas pelo CDC/AAP (Centers for Disease Control and Prevention/American Academy of Periodontology). Os resultados indicaram que 49,5% dos participantes apresentavam periodontite, sendo 9,1% classificados com a forma grave e 40,4% com a forma não grave (leve e moderada combinadas). Notou-se que a prevalência e a gravidade da patologia aumentaram significativamente com a idade, sendo cinco vezes maiores no grupo mais idoso (65 a 79 anos) em comparação aos mais jovens, além de uma predominância no gênero masculino. A extensão da perda óssea e a profundidade de sondagem  $\geq 4$  mm também aumentaram com a idade, sendo a perda óssea mais acentuada. No

que concerne aos fatores de risco, a patologia grave foi maior entre fumantes, apresentando associação positiva com o tabagismo (presente em 15% da amostra), além de menores níveis de escolaridade e renda. Embora a maioria da população fosse saudável, instruída e relatasse boas práticas de higiene, como a escovação ao menos duas vezes ao dia, e acesso a consultas regulares, as disparidades sociodemográficas foram evidentes. Os autores concluem que tais resultados destacam a importância de uma investigação aprofundada dos fatores que influenciam a saúde periodontal.

Partindo da premissa de que a classificação das doenças periodontais é essencial para nortear o diagnóstico e o plano de tratamento clínico, Martins (2021) teve como objetivo diagnosticar e avaliar a prevalência das doenças periodontais, comparando as classificações de 1999 e 2017 em prontuários dos anos 2014 e 2015. Tratou-se de um estudo observacional transversal retrospectivo, cuja amostra consistiu em 910 processos clínicos de indivíduos referenciados para consultas de periodontia. Segundo a classificação de 2017, os resultados apontaram que 43,6% (n=397) dos pacientes apresentaram diagnóstico de periodontite, com maior prevalência na faixa etária de 35 a 54 anos (52,9%). A forma severa da doença (Estágio III) foi a mais frequente, representando 47,4% dos casos. No que tange aos fatores de risco, o autor observou que, entre os 200 fumantes de carga elevada (mais de 10 cigarros/dia), 47% apresentavam periodontite. Em relação aos pacientes diabéticos (n=73), 43 foram diagnosticados com a doença, desses 47,9% (n=35) apresentam risco de progressão moderado e 9,6% (n=7) risco de progressão rápido. O estudo concluiu que, embora o tabagismo não tenha revelado impacto direto na taxa de progressão nesta amostra específica, a diabetes mellitus revelou ter impacto na evolução da patologia.

O estudo de Borghetti (2021) investigou a prevalência, extensão e severidade das doenças periodontais segundo a classificação de 2017 em uma população no Norte de Portugal, com uma amostra de 941 pacientes. Por meio de uma análise retrospectiva de fichas clínicas entre 2018 e 2020, o autor identificou uma alta prevalência de periodontite severa e muito severa (81,6%), com o estágio III representando 51,2% da amostra e predominância da extensão generalizada (66,5%). Os dados revelaram maior predominância no gênero masculino (55,1%) e uma relação estatisticamente significativa entre o avanço da idade e a ocorrência da patologia, especialmente na faixa dos 61 aos 70 anos (média de 49 anos). No que tange aos fatores de risco, a ocorrência de periodontite demonstrou associação com a presença de diabetes mellitus. Quanto ao tabagismo (presente em 21,7% da amostra), embora 52,2% dos fumantes de carga elevada (mais de 10 cigarros ao dia) apresentassem quadros de periodontite nitidamente superiores, a relação não apresentou significância estatística nesta

amostra específica. A respeito dos hábitos de higiene oral, houve dados completos apenas de 204 pacientes, nos quais a frequência de escovação mais prevalente foi de duas vezes ao dia. Observou-se que a ocorrência de periodontite estava mais associada à ausência e/ou menor número de escovações e ausência de utilização de fio dental (não utilizado por 166 indivíduos). Diante desses achados, o autor ressalta a necessidade de ampliar a conscientização da população sobre os sinais, sintomas e consequências da periodontite para a saúde geral.



## **4 METODOLOGIA**

O projeto da pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPLAC, sob o parecer número 7.865.999 e CAAE 90328525.5.0000.5368. A pesquisa teve início somente após a aprovação por este comitê. Ela seguiu a resolução 466/2012 do Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Foi realizado um levantamento com pacientes atendidos, além de análise dos prontuários e radiografias, aqueles ainda não diagnosticados com periodontite passaram por diagnóstico por meio do periograma. Para revisão de literatura foram buscados artigos nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, PubMed, Google Acadêmico e livros da área. O filtro adicionado foi estudos dos últimos 10 anos.

### **4.1 Tipo de estudo**

Esse estudo foi realizado na forma de um questionário/levantamento observacional transversal, com abordagem quantitativa, com coleta de dados em prontuários e em pacientes atendidos na clínica-escola. Um estudo observacional se baseou na estratégia de atuação do investigador em que apenas observa os fatos, do tipo transversal visou avaliar a situação de saúde de uma população a partir do estado de cada indivíduo que a compõe em um determinado momento, enquanto a abordagem quantitativa teve ênfase nos dados numéricos, que constituíram a base da pesquisa (Estrela, 2018).

### **4.2 Local**

A pesquisa foi realizada na clínica odontológica e no setor de prontuários da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC. A clínica odontológica iniciou suas atividades em julho de 2001. Possuía 36 boxes para atendimento, laboratório de prótese e salas de raios x. Na clínica os acadêmicos do curso de odontologia realizavam atendimentos nas áreas de odontopediatria, clínica integrada, pacientes especiais, prótese, endodontia, dentística, periodontia e exodontia. A partir do 3º ano da graduação, os alunos iniciavam os atendimentos na clínica. No primeiro semestre de 2025 foram atendidos em média, 555 pacientes em todas as áreas nas clínicas da 5ª, 7ª e 9ª fases. Como protocolo, os acadêmicos solicitavam agendamento dos pacientes no computador para o setor de prontuários, de acordo com as demandas das disciplinas. Nesse setor ficavam armazenados os registros dos procedimentos realizados que foram descritos nos prontuários. Para que a população

realizasse atendimento na clínica da universidade era necessário apenas realizar o cadastro nesse setor, aberta para todos os públicos.

### **4.3 Participantes**

Participaram deste estudo 33 pacientes com diagnóstico de periodontite atendidos na clínica odontológica da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC, no período de setembro a dezembro de 2025.

### **4.4 Critérios de inclusão**

Foram incluídos no estudo:

- Pacientes com diagnóstico de periodontite;
- Maiores de 18 anos;
- Com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### **4.4.1 Critérios de exclusão**

Foram excluídos os sujeitos de pesquisa que:

- Pacientes que se recusaram a participar;
- Pacientes que faltaram ao atendimento;
- Apresentaram dados insuficientes para inclusão na pesquisa.

### **4.5 Obtenção dos dados**

A pesquisa seguiu a resolução 466/2012 do Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Os dados da pesquisa foram obtidos após a aprovação do comitê de ética por meio de avaliação clínica, de radiografias e de prontuários. A avaliação clínica foi realizada na clínica odontológica da Universidade do Planalto Catarinense nos horários das clínicas das fases do segundo semestre de 2025, que foram 6<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> e 10<sup>a</sup> fases, conforme a disponibilidade de horários das pesquisadoras, que eram duas, nos meses de setembro a dezembro. As disciplinas das clínicas foram estágio em clínica integrada I, III e V, todas elas foram acompanhadas de professores cirurgiões dentistas especialistas em diversas áreas, eles supervisionaram e acompanharam cada atendimento dos alunos. Os horários das clínicas da 6<sup>a</sup> fase foram:

segunda, das 13:30 às 17:00 e terça, das 08:30 às 10:20, das 18:40 às 22:10. As clínicas da 8ª fase foram: segunda, das 13:30 às 17:00, das 18:40 às 20:30 e quarta, das 13:30 às 17:00, das 18:40 às 22:10. E da 10ª fase foram: segunda, das 18:40 às 22:10 e quinta, das 13:30 às 17:00. A avaliação clínica foi realizada por meio de exame periodontal para diagnóstico (no anexo 3 encontrava-se o modelo utilizado na clínica da UNIPLAC), além de análise de radiografias. Foram incluídos pacientes que apresentaram periodontite conforme os critérios da atual classificação (mínimo de 2 sítios com perda de inserção). Antes de serem incluídos na pesquisa os pacientes foram esclarecidos sobre o estudo, lido o termo de consentimento livre e esclarecido e após entendido, aqueles que desejaram participar assinaram o termo. Em pacientes que possuíam o periograma, ele foi utilizado, fornecendo os dados necessários para o diagnóstico. Nos pacientes em que este não havia sido realizado, foi feito, caso fosse observado pelos alunos, orientados pelos professores de periodontia da clínica. Os atendimentos dos alunos não foram interrompidos. Os pacientes sem o exame foram convidados a participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, e as pesquisadoras realizaram o exame após o atendimento do aluno. Este exame foi realizado utilizando sonda milimetrada, inserindo em 6 sítios do sulco gengival e anotando todas as medidas na folha modelo ou no tablet. Dos prontuários dos participantes do estudo foram coletadas as seguintes informações: gênero, idade, periograma, radiografias, histórico médico, estado de saúde geral e informações como: diabetes, tabagismo e métodos de higienização. Todas essas informações dos prontuários que foram utilizadas constavam no anexo 1. Todos os pacientes diagnosticados com periodontite, participantes ou não da pesquisa receberam o tratamento e orientação adequada da doença. O tempo para coleta de dados levou em média 40 minutos. Os dados, após a coleta foram organizados em forma de figura e tabela onde foram dispostos os critérios estabelecidos na nova classificação.

#### **4.6 Análise estatística**

Os dados foram descritos por meio de estatística descritiva, sendo apresentados em frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e em média e desvio padrão para as variáveis numéricas. A associação entre variáveis categóricas (estágio e grau com as demais características avaliadas) foi analisada por meio do teste qui-quadrado de Pearson. Adotou-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software SPSS, versão 20.0.

#### **4.7 Análise de riscos e benefícios**

Toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta algum tipo de risco. No presente estudo, o risco aos participantes foi considerado mínimo, visto que todos os protocolos éticos foram seguidos na pesquisa. Os riscos restringiram-se à dimensão psicológica, decorrentes da exposição dos sujeitos de pesquisa ao estudo sobre saúde bucal, com o fornecimento de dados do prontuário e exame clínico. O paciente que necessitasse de suporte seria encaminhado para a clínica-escola de psicologia da UNIPLAC, para atendimento gratuito. Esta informação consta no TCLE, juntamente com o número de contato das pesquisadoras. Ademais, ressalta-se que a assinatura do TCLE não retira do participante o direito de pleitear indenizações diante de eventuais intercorrências ou danos que apresentem nexo causal com a pesquisa. Em relação aos benefícios, entendeu-se que o resultado deste estudo forneceu informações valiosas sobre os aspectos de saúde bucal e pode embasar o planejamento de tratamentos preventivos e curativos, contribuindo para o avanço do conhecimento científico na área. Além disso, todos os pacientes diagnosticados com periodontite receberam o tratamento e orientações adequadas.

#### **4.8 Medidas para a proteção ou minimização dos riscos**

A pesquisa foi feita de forma ética e profissional. O projeto foi submetido previamente à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da UNIPLAC e seguiu os pressupostos previstos na Resolução 466/2012 do Plenário do Conselho Nacional de Saúde e somente foi desenvolvido após sua aprovação. Qualquer sujeito de pesquisa pôde, em qualquer momento, desistir de sua participação na pesquisa, sem prejuízo de qualquer natureza.

#### **4.9 Medidas de proteção à confidencialidade**

Os pesquisadores assumiram o compromisso de confidencialidade, garantindo que nenhuma das informações obtidas na pesquisa foram divulgadas sem que houvesse prévia autorização específica para tal fim.

#### **4.10 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa**

A pesquisa seria suspensa, podendo até mesmo ser encerrada, imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde dos sujeitos de pesquisa participantes, consequente à mesma, não previsto no termo de consentimento. Da mesma forma, a pesquisa seria encerrada caso se constatasse uma imprecisão ou tendência nos dados obtidos com o teste.

## 5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 33 indivíduos, todos com diagnóstico de periodontite. Os critérios analisados na pesquisa foram: o diagnóstico por meio do periograma, do exame clínico e de radiografias, classificando assim a doença em estágio, grau e extensão, além disso, foi coletado dados referentes ao pior sítio de nível clínico de inserção. Dos prontuários foram coletadas as seguintes informações: gênero, idade, periograma, radiografias e informações como: estado de saúde geral, diabetes, tabagismo e métodos de higienização. Os participantes foram questionados se consideravam ter alimentação equilibrada, praticar exercício físico e ser estressado. Do total, em relação ao gênero, foram 17 do sexo feminino e 16 do masculino. Em relação a idade, elas variaram entre 19 e 71 anos, conforme a tabela 1 apresenta. E a idade média dos participantes da pesquisa foi de 48 anos.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa conforme a idade.

| <b>Idade</b> | <b>Frequência</b> | <b>Porcentagem</b> |
|--------------|-------------------|--------------------|
| <20          | 1                 | 3%                 |
| 20-29        | 0                 | 0%                 |
| 30-39        | 8                 | 24,2%              |
| 40-49        | 11                | 33,3%              |
| 50-59        | 7                 | 21,2%              |
| ≥60          | 6                 | 18%                |
| Total        | 33                | 100%               |

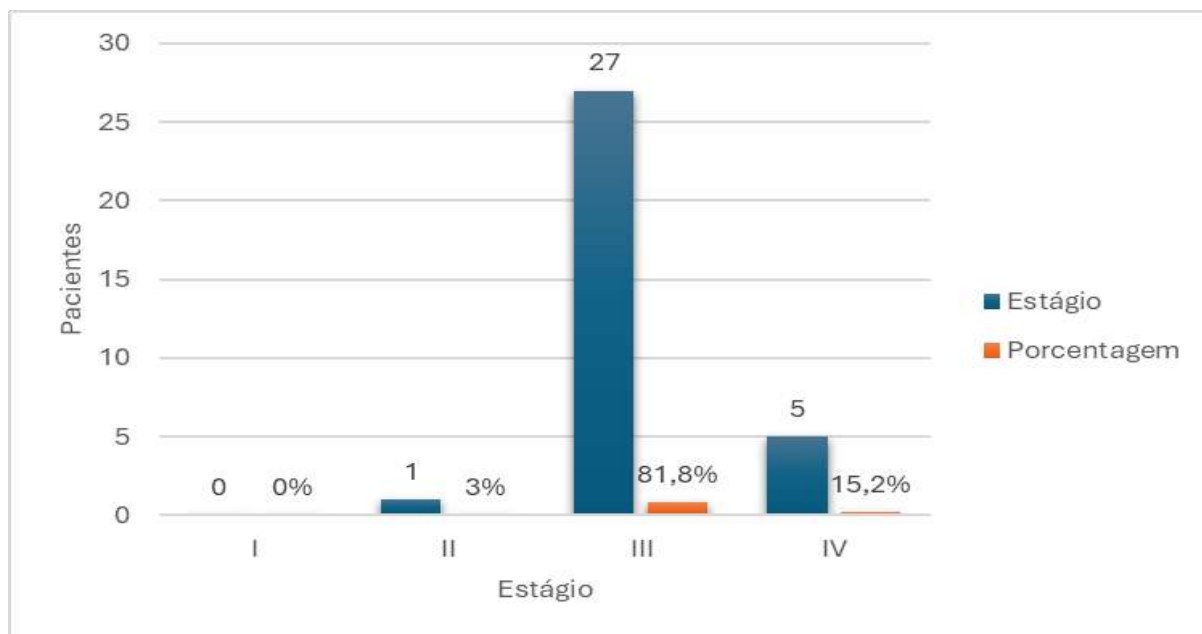
Fonte: autoria própria.

Para a análise da associação entre as variáveis categóricas (estágio e grau) e as demais características avaliadas, aplicou-se o teste Qui-quadrado de Pearson (nível de significância de 5%). Observou-se associação estatisticamente significativa entre o estágio da doença e o sítio ( $p = 0,001$ ), com o estágio II apresentando maior frequência em sítios de 3-4 mm. Houve também associação significativa entre o sexo e o grau ( $p = 0,043$ ), com predominância do sexo feminino no Grau A, e associação entre o hábito de fumar e o Grau C. Nota-se, ainda, uma tendência à associação entre o estágio e o grau ( $p = 0,054$ ).

Referente a classificação de periodontite, sobre a extensão: cinco eram localizadas (15,2%) e 28 generalizadas (84,8%). Relacionado ao estágio, severidade da doença, nenhum paciente teve a doença classificada como estágio I, apenas em um paciente (3%) foi classificada com estágio II, o estágio III, foi a maior parte com 27 pacientes, isto é 81,8% e o

estágio IV houve 5 pacientes (15,2%). As informações do estágio foram ilustradas no gráfico 1.

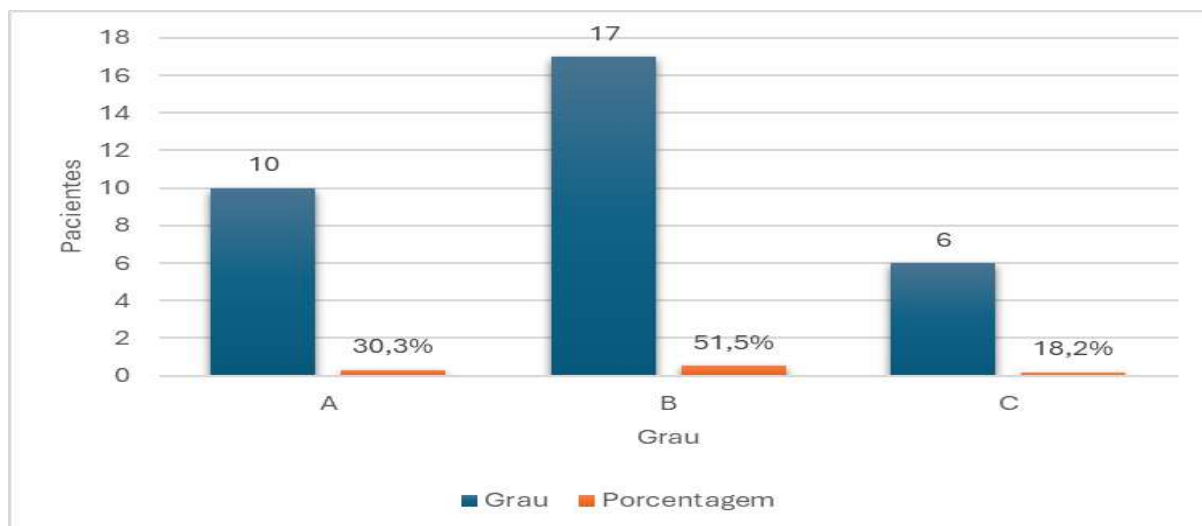
Gráfico 1 – Diagnóstico dos pacientes segundo a classificação do estágio da periodontite.



Fonte: autoria própria.

Sobre o grau, que é relacionado ao risco de progressão futura e a resposta ao tratamento, a classificação foi: dez pacientes com grau A, equivalente a 30,3%, 17 pacientes com grau B, isto é 51,5% e seis pacientes com grau C, isto é 18,2%, conforme o gráfico 2. Acerca do pior sítio de nível clínico de inserção, as medidas variaram de 4mm a 20mm.

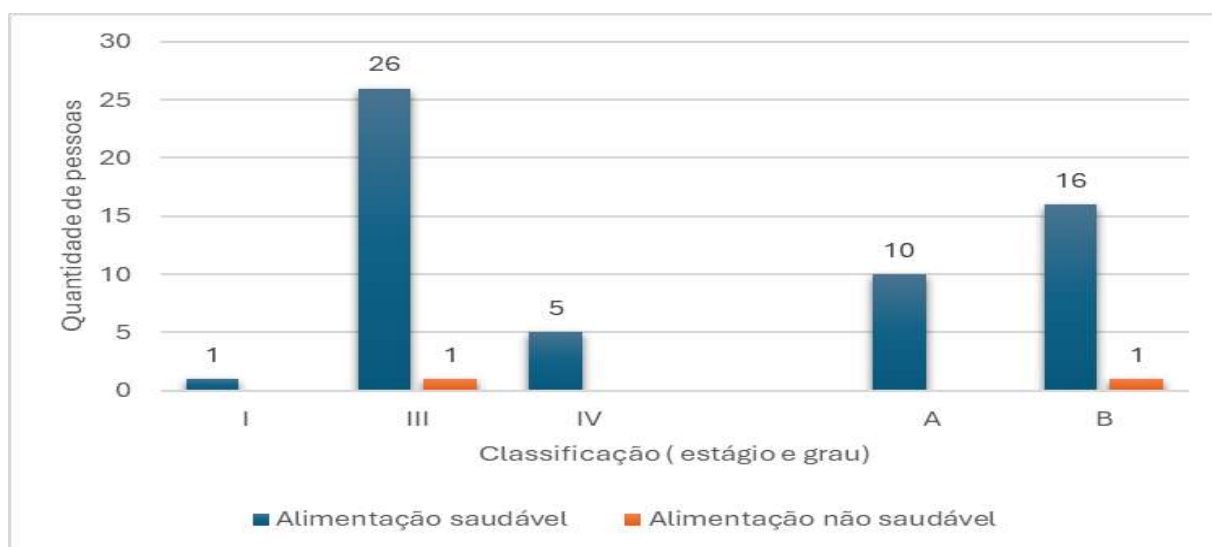
Gráfico 2 – Diagnóstico dos pacientes segundo a classificação do grau da periodontite.



Fonte: autoria própria.

Nos aspectos relacionados a saúde, a respeito da saúde geral, 28 pessoas (84,8%) consideravam ter boa saúde e 5 (15,2%) não consideravam. Sobre a alimentação, 32 pessoas (97%) acreditavam que sua alimentação era equilibrada, incluindo alimentos frescos e variados (como: feijão, arroz, carnes, frutas e verduras), por outro lado um paciente (3%) relatou que sua alimentação não era equilibrada. Relacionando a classificação da periodontite dos participantes (estágio e grau) com a alimentação houve predominância de quadros avançados, conforme o gráfico 3.

Gráfico 3 – Diagnóstico dos pacientes com periodontite relacionado a alimentação.



Fonte: autoria própria.

Sobre o exercício físico, 23 pessoas (69,7%) realizavam no mínimo 30 minutos de atividade física em cinco ou mais dias da semana (incluindo atividades cotidianas: caminhar ao trabalho, subir escadas, limpar casa, entre outras atividades). Mas dez pessoas (30,3%) não realizavam nenhuma atividade física. Relacionando a classificação da periodontite dos participantes (estágio e grau) com a prática de exercício conforme o gráfico 4 observou entre os sedentários predominância de quadros avançados da doença. Sobre o estresse, 16 pessoas (48,5%) se consideravam estressadas, porém 17 (51,5%) não se consideravam. Os dados referentes as respostas de como cada paciente se considerava em relação a saúde foram tabelados e são descritos na tabela 2.



Gráfico 4 – Diagnóstico dos pacientes com periodontite relacionado ao exercício físico.



Fonte: autoria própria.

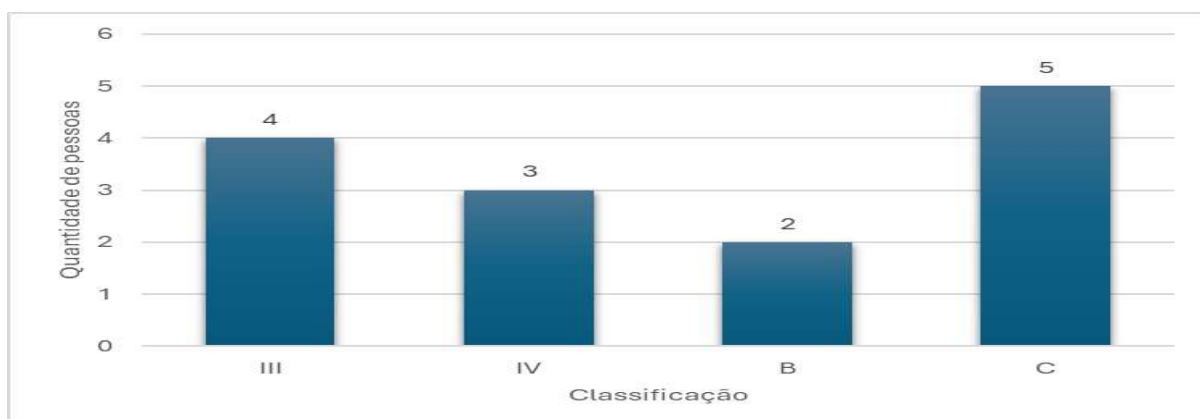
Tabela 2 – Considerações dos pacientes relacionadas a saúde.

| Resposta | Tem boa saúde geral | Tem alimentação equilibrada | Realizam exercício Físico | É estressado |
|----------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------|
| Sim      | 28                  | 32                          | 23                        | 16           |
| Não      | 5                   | 1                           | 10                        | 17           |

Fonte: autoria própria.

Sobre a diabetes, os participantes relataram sobre a presença ou não da doença, não foi requerido exame dos pacientes, havia quatro pessoas (12,1%) que afirmaram ter a doença e todas afirmaram que eram compensadas. Todas classificadas no Estágio III e Grau B. Acerca do fumo, sete eram fumantes, ou seja, 21,2% dos que participaram fumavam e a média de cigarros por dia foram de 12. Entre esses, três fumavam menos de dez cigarros ao dia (42,9%) e quatro fumavam mais ou igual a dez cigarros por dia (57,1%). No gráfico 5 foi ilustrado os fumantes com relação ao seu diagnóstico de periodontite. Os dados referentes a quantidade de diabéticos e fumantes foram tabelados e são descritos na tabela 3.

Gráfico 5 – Diagnóstico dos pacientes com periodontite relacionado aos fumantes.



Fonte: autoria própria.

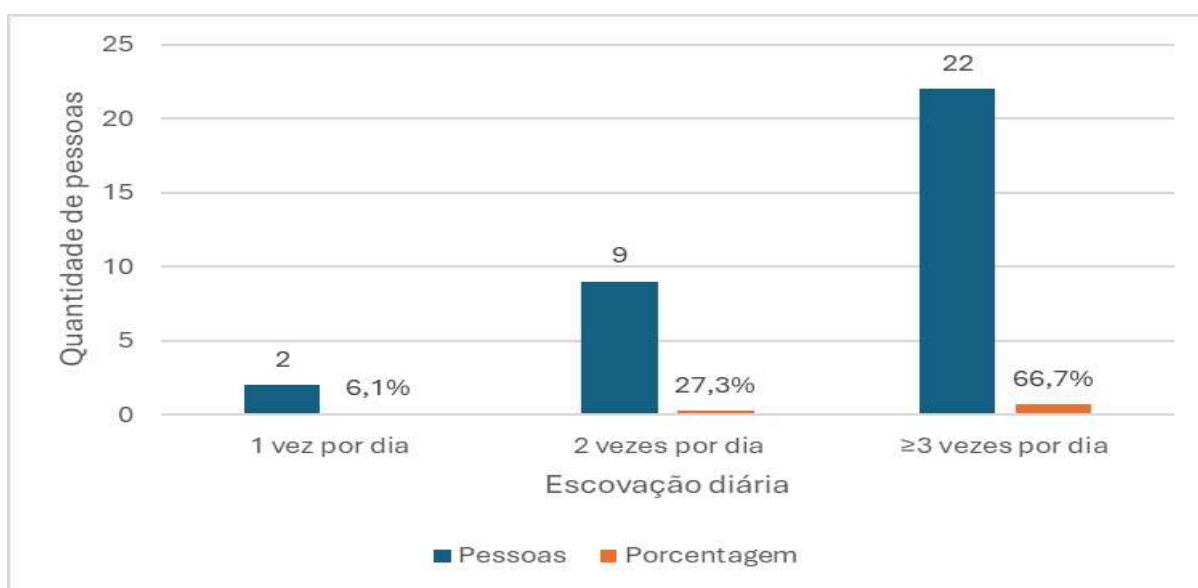
Tabela 3 – Considerações dos pacientes relacionadas a diabetes e tabagismo.

| Resposta | Tem diabetes<br>(resposta sem exames) | É fumante |
|----------|---------------------------------------|-----------|
| Sim      | 4                                     | 7         |
| Não      | 29                                    | 26        |

Fonte: autoria própria.

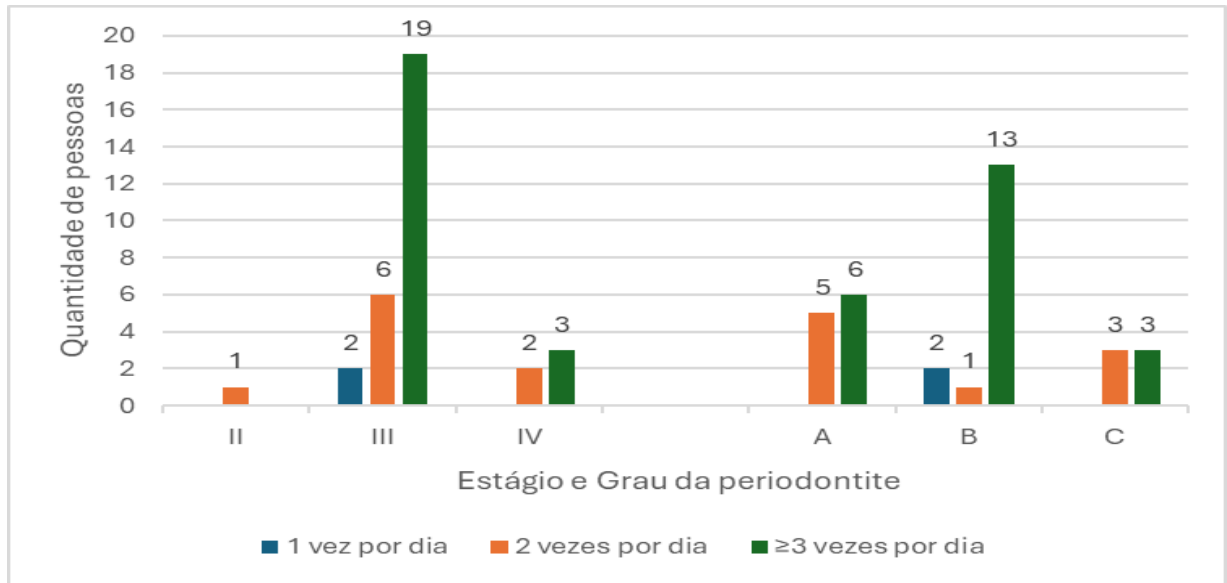
A respeito da higiene bucal, todos relataram que escovavam os dentes, o que variou foi a quantidade de vezes diárias, que variaram entre uma vez a dez vezes ao dia. Essa frequência foi descrita no gráfico 6, além disso no gráfico 7 foi comparado esse número de escovações com o diagnóstico da periodontite. O número de escovações médias ao dia foi de 2,9 vezes. Porém, sobre o uso do fio dental, apenas 16 pessoas utilizavam, uma média de 48,5%, enquanto 17 não utilizavam, isto é 51,5%.

Gráfico 6 – Frequência de escovação diária dos pacientes.



Fonte: autoria própria.

Gráfico 7 – Relação entre o número de escovações diárias e o estágio e grau da periodontite.



Fonte: autoria própria.

## 6 DISCUSSÃO

Quanto ao perfil demográfico, os participantes deste estudo apresentaram uma média de idade de 48 anos (variação de 19 a 71 anos), dado que guarda estreita semelhança com a população avaliada por Borghetti (2021) no norte de Portugal, cuja média foi de 49 anos (variação de 16 a 85 anos). Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a ocorrência de periodontite, sendo que esta última estava associada aos escalões etários mais avançados. Essa característica etária é determinante para o perfil epidemiológico encontrado, visto que a prevalência e a gravidade da periodontite tendem a aumentar com o avançar da idade. Tal fenômeno foi observado por Holde *et al.* (2017) em que a severidade da doença no grupo mais idoso (65 a 79 anos) chegou a ser cinco vezes maior do que nos grupos jovens. Portanto, a concentração de adultos e idosos nesta pesquisa justifica a alta frequência de estágios avançados, refletindo o efeito cumulativo da destruição periodontal ao longo da vida.

Quanto à severidade da periodontite, a amostra revelou um perfil de alta gravidade, com predominância absoluta dos estágios III (81,8%) e IV (15,2%). Esses achados convergem com a literatura, embora apresentem índices de severidade ainda mais acentuados: Borghetti (2021) e Martins (2021) também identificaram o estágio III como o mais frequente (51,2% e 47,4%, respectivamente). Contudo, nota-se uma discrepância relevante nos estágios iniciais; enquanto ambos os autores citados registraram a presença de casos leves (Estágio I), a presente pesquisa não identificou nenhum paciente nesta classificação. Essa ausência total de casos iniciais sugere que a população estudada busca atendimento apenas em estágios avançados da patologia ou, ainda, aponta para uma possível dificuldade diagnóstica precoce, reforçando a necessidade de estratégias preventivas mais eficazes.

Quanto à extensão da patologia, observou-se uma prevalência significativamente maior da forma generalizada, acometendo 84,8% da amostra, enquanto a forma localizada representou apenas 15,2%. Esse achado converge com os resultados apresentados por Borghetti (2021), que também identificou a predominância da periodontite generalizada (66,5%) em relação à localizada (33,5%). A superioridade numérica de casos generalizados em ambos os estudos reforça a tendência de progressão da doença quando não há intervenção precoce, evidenciando o perfil de severidade clínica dos pacientes avaliados.

Quanto aos hábitos alimentares, 97% dos participantes (n=32) percebiam sua dieta como equilibrada, composta por alimentos frescos e variados. No entanto, todos esses indivíduos apresentavam algum estágio de periodontite, com uma predominância acentuada

de quadros avançados: 26 pacientes no Estágio III (81,3%) e 5 no Estágio IV (15,6%). Esse achado diverge da revisão de Cao *et al.* (2023), que identificou uma forte associação entre uma dieta saudável e melhora da periodontite. É válido ressaltar, contudo, que tal discrepância pode advir da natureza subjetiva da coleta de dados, baseada apenas na autopercepção do paciente. Como não foi realizada uma análise nutricional detalhada (como um diário alimentar), os resultados podem não refletir a realidade dietética dos participantes, o que limita a identificação de uma relação direta entre alimentação e saúde periodontal nesta investigação.

Nesse sentido, Wright *et al.* (2020) destacam que um padrão alimentar rico em saladas, frutas, verduras e o consumo de água ou chá estão associados a uma menor extensão de perda de inserção clínica, reforçando que a qualidade real da dieta é um fator protetor crucial. Por outro lado, Cassiano *et al.* (2022) observaram em seu estudo transversal uma associação significativa entre periodontite moderada e grave e o consumo de alimentos processados e ultraprocessados, tais resultados levantaram a hipótese de que a periodontite poderia afetar o paladar dos pacientes por conta da inflamação oral, fazendo com que eles aumentassem a ingestão de alimentos hiperpalatáveis. Resultados semelhantes foram observados no estudo de Lieske *et al.* (2023) ao analisarem uma associação entre dieta com alimentos pró-inflamatórios e o agravamento da periodontite. Portanto, embora a relação entre dieta e periodontite seja um campo amplo a ser explorado, é de suma importância que o cirurgião-dentista realize uma abordagem multidisciplinar para compreender os hábitos do paciente e auxiliar de forma integral na prevenção e no tratamento da doença.

No que se refere à prática de atividade física, os achados do presente estudo sugerem que o comportamento sedentário pode estar associado a uma maior gravidade da periodontite, conforme indicado por Şen *et al.* (2024). Entre os participantes que não realizavam o mínimo de 30 minutos de exercício em cinco ou mais dias na semana (n=10), a totalidade dos participantes apresentou quadros avançados, sendo 90% classificados no estágio III e 10% no estágio IV. Esses dados corroboram a revisão sistemática de Cao *et al.* (2023), que, ao analisarem 30 artigos, identificaram em sua maioria (20 estudos) uma correlação significativa entre o exercício e a menor prevalência e gravidade da doença. Adicionalmente, Marruganti *et al.* (2023) observaram que a atividade física de lazer atua como um fator de proteção, ao passo que a atividade ocupacional pode representar um indicador de risco para periodontite e a forma grave da doença. Na presente pesquisa, a métrica de atividade física incluiu tanto o lazer quanto atividades cotidianas (como caminhar ao trabalho e tarefas domésticas), o que se relaciona com o que Şen *et al.* (2024) constataram: que mesmo atividades físicas mínimas

exercem um efeito protetor em comparação ao sedentarismo estrito. Além da ênfase na prática esportiva, as intervenções devem focar, segundo Cao *et al.* (2023), na melhoria da dieta, na manutenção do peso corporal e na abstinência do tabagismo.

No presente estudo, a análise do estresse revelou uma distribuição equilibrada: 16 pacientes (48,5%) relataram percepção de estresse, enquanto 17 (51,5%) não se consideraram estressados. Vale ressaltar que a totalidade dos participantes que se autodeclararam estressados apresentava periodontite em estágios avançados (III, 81,2% e IV, 18,8%), predominantemente com Grau B (50%), indicando uma taxa de progressão moderada. Embora os dados sugiram que o estresse isoladamente não foi o único determinante para a doença, a literatura reforça sua relevância como fator modificador. Contudo, deve-se considerar que a avaliação se baseou na autopercepção, o que pode induzir ao viés de resposta ou subestimação. O relato subjetivo pode ocultar níveis elevados de estresse não percebidos conscientemente, o que justificaria a presença de estágios avançados de destruição periodontal mesmo no grupo que se declarou “não estressado”; neste grupo, 82,4% apresentavam Estágio III e 53% Grau B. Esses achados dialogam com Corridore *et al.* (2023), evidenciaram que o estresse crônico afeta negativamente os tecidos periodontais, podendo provocar inflamação periodontal. Além disso, o estresse pode ser um fator de risco associado à gravidade da doença e à redução na eficácia dos tratamentos. De forma semelhante, Gurav, Jaiswal e Masurkar (2024) ao avaliarem a influência do estresse psicológico na saúde periodontal em pacientes idosos, concluíram que a gravidade da condição periodontal tendeu a ser proporcional aos níveis de estresse.

Em relação a condição sistêmica, 12,1% dos participantes (4 pessoas) apresentavam diagnóstico de diabetes mellitus, todos classificados no Estágio III de periodontite. Quanto à taxa de progressão, observou-se apenas Grau B (4 casos), indicando uma evolução moderada da patologia nesses indivíduos. Esse achado diverge da progressão moderada e rápida relatada por Martins (2021), que encontrou uma relação estatisticamente significativa entre a diabetes e a destruição periodontal severa e, mais recentemente, por Bolchis *et al.* (2025). Neste último estudo, 72,2% dos indivíduos diabéticos foram classificados como Grau C, apresentando um padrão de destruição acelerada e estágios avançados (III e IV). De forma semelhante, Trentin *et al.* (2018) observaram que indivíduos com diabetes tipo 2 apresentam maior prevalência de doença periodontal e perda dentária quando comparados aos não diabéticos, associando esses resultados não apenas à condição sistêmica, mas também à idade e níveis de higiene bucal insatisfatórios.

Contudo, no presente estudo, todos os participantes diabéticos relataram estar com a glicemia compensada, o que justifica a ausência de progressão rápida (Grau C). Conforme Oliveira e Barbosa (2020), o descontrole metabólico é um fator de grande importância na suscetibilidade à progressão, pois o diabetes parece promover uma resposta hiperinflamatória ao desafio bacteriano, alterando a resposta dos tecidos periodontais, logo o grau de progressão pode ser modificado pelo controle glicêmico. Corroborando essa visão, Bolchis *et al.* (2025) destacam correlações significativas entre biomarcadores salivares (como IL-1 $\beta$ , IL-6 e MMP-8) e parâmetros periodontais, particularmente sangramento e índice de placa, corroboram o envolvimento de uma resposta inflamatória localizada que pode operar independentemente do controle glicêmico, ressaltando a necessidade de integrar a triagem periodontal ao cuidado rotineiro do diabetes. Essa observação alinha-se às conclusões de Sanz *et al.* (2017), que reiteram que o controle inadequado no diabetes está associado a um pior estado periodontal. A periodontite está associada à disfunção glicêmica e ao aumento da resistência à insulina, elevando o risco de complicações sistêmicas. Portanto, as implicações práticas deste achado reforçam que a equipe de saúde bucal desempenha um papel crucial na identificação de disfunções glicêmicas, como a do pré-diabético e do diabético não diagnosticado e na orientação do paciente sobre o impacto negativo da periodontite não tratada no controle metabólico. Como preconizado por Sanz *et al.* (2017) e reforçado por Bolchis *et al.* (2025), a baixa comunicação entre a população e os profissionais sobre saúde bucal evidencia a necessidade de uma abordagem interdisciplinar para aprimorar o diagnóstico precoce e o sucesso terapêutico de ambas as condições.

No que se refere ao tabagismo, 21,2% dos participantes eram compostos por fumantes, prevalência quase idêntica à registrada por Borghetti (2021), de 21,7%. Ao analisar a agressividade da doença nesse grupo, observou-se que a maioria (71,4%) foi classificada no Grau C, indicando progressão rápida. Esse achado diverge dos resultados de Martins (2021) e Borghetti (2021), nos quais o fumo não apresentou impacto direto na taxa de progressão ou significância estatística, respectivamente. Contudo, a alta severidade encontrada nesta pesquisa corrobora o estudo de Sødal *et al.* (2022), que identificou um risco cinco vezes maior de periodontite grave (Estágios III e IV) entre fumantes. No mesmo sentido, Holde *et al.* (2017) observaram que a prevalência de periodontite grave foi superior entre fumantes, apresentando associação positiva com o tabagismo. Na presente investigação, entre os fumantes, quatro indivíduos apresentaram estágio III e três o estágio IV. Tal disparidade reforça que, embora em algumas populações a correlação estatística não seja imediata, o tabaco permanece como um indicador de risco modificável crítico, tornando a orientação

direta aos pacientes uma estratégia fundamental para reduzir a velocidade de destruição periodontal.

No que tange aos hábitos de higiene oral, a frequência de escovação predominante nesta pesquisa foi de três ou mais vezes ao dia, dado que diverge do encontrado por Borghetti (2021), cuja prevalência foi de apenas duas vezes diárias. Embora no seu estudo ele associe a periodontite à baixa frequência de escovação, os dados sugerem que, para este estudo, a frequência isolada não impediu o avanço da doença. Esse cenário contrasta com o perfil descrito por Holde *et al.* (2017), em que a maioria da população estudada era saudável e praticava boa higiene bucal associada a consultas regulares. No presente estudo, o agravante parece ser o baixo uso de métodos auxiliares, visto que 51,5% dos pacientes (n=17) relataram não utilizar o fio dental. Tal achado corrobora as conclusões de Borghetti (2021) sobre a relação significativa entre a patologia e a ausência de limpeza interproximal. Portanto, os resultados reforçam que a eficácia do controle do biofilme não depende apenas da frequência diária da escovação, mas da qualidade da técnica e do uso indispensável do fio dental.

O estudo apresenta limitações relacionadas ao número reduzido de participantes (n=33) e ao curto período de coleta, o que restringe a generalização dos achados. Além disso, a realização dos exames por acadêmicos pode ter introduzido variabilidade nos dados, e a autodeclaração dos participantes pode gerar viés de informação. Ainda assim, os resultados permanecem relevantes, indicando a necessidade de novos estudos.



## 7 CONCLUSÃO

Dentro dos limites deste estudo, é possível concluir que a maioria dos pacientes apresentava quadros de periodontite generalizada (84,8%), classificados predominantemente como estágio III (81,8%) e grau B de progressão (51,5%). Em menor escala, foram identificados casos de periodontite localizada (15,2%), estágios II (3%) e IV (15,2%), além de variações nos perfis de progressão entre os graus A (30,3%) e C (18,2%). A alta prevalência de formas avançadas da doença com potencial de progressão moderada evidencia um diagnóstico tardio. Isso ressalta a necessidade de fortalecer o exame periodontal inicial e as estratégias de educação em saúde bucal, medidas essenciais para a interceptação precoce da patologia, preservando a dentição natural e reduzindo a complexidade do manejo clínico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGLUNDH, Tord; GIANNOBILE, William V.; LANG, Niklaus P.; SANZ, Mariano. **Lindhe Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. 1260 p. Acesso em: 20 jun. 2025.

BOLCHIS, Vanessa; JUMANCA, Daniela; DUMITRESCU, Ramona; BALEAN, Octavia; TODERAS, Nicoleta A.; POPESCU, Simona; MARCU, Anca; MARIAN, Catalin; GALUSCAN, Atena. Glycemic control, inflammatory mediators, and periodontal health: a cross-sectional study in patients with diabetes. **Journal Of Clinical Medicine**, [S. l.], v. 14, n. 8, p. 2847, 21 abr. 2025. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm14082847>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40283677/>. Acesso em: 02 dez. 2025.

BORGHETTI, Daniela. **Prevalência, extensão e severidade da doença periodontal numa população adulta do norte de Portugal de acordo com a nova classificação**. 2021. 42 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina Dentária, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, 2021. Disponível em: <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/3781?locale-attribute=es>. Acesso em: 02 dez. 2025.

CAO, Rongkai; QIU, Piaopiao; ZHOU, Yuan; DONG, Bo; HAN, Yucheng; FAN, Zhen. The underlying relationship between exercise and the prevalence of periodontitis: a systematic review and meta-analysis. **Bmc Sports Science, Medicine and Rehabilitation**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 1-17, 27 nov. 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13102-023-00759-4>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10683191>. Acesso em: 18 fev. 2026.

CASSIANO, Luisa Schertel; PERES, Marco A.; MOTTA, Janaína V. S.; DEMARCO, Flávio F.; HORTA, Bernardo L.; RIBEIRO, Cecilia C.; NASCIMENTO, Gustavo G. Periodontitis is associated with consumption of processed and ultra-processed foods: findings from a population-based study. **Nutrients**, [S. l.], v. 14, n. 18, p. 3735, 10 set. 2022. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/nu14183735>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36145111/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

CATON, Jack G.; ARMITAGE, Gary; BERGLUNDH, Tord; CHAPPLE, Iain L.C.; JEPSEN, Søren; KORNMAN, Kenneth S.; MEALEY, Brian L.; PAPAPANOU, Panos N.; SANZ, Mariano; TONETTI, Maurizio S. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – introduction and key changes from the 1999 classification. **Journal Of Clinical Periodontology**, [S. l.], v. 45, n. 20, p. 1-8, jun. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12935>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926489/>. Acesso em: 01 jun. 2025.

CHAPPLE, Iain L.C.; MEALEY, Brian L.; VAN DYKE, Thomas E.; BARTOLD, P. Mark; DOMMISCH, Henrik; EICKHOLZ, Peter; GEISINGER, Maria L.; GENCO, Robert J.; GLOGAUER, Michael; GOLDSTEIN, Moshe. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. **Journal Of Clinical Periodontology**, [S. l.], v. 45, n. 20, p. 68-77, jun. 2018.

Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12940>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12940>. Acesso em: 17 dez. 2025.

CORRIDORE, Denise; SACCUCCI, Matteo; ZUMBO, Giulia; FONTANA, Erika; LAMAZZA, Luca; STAMEGNA, Claudio; CARLO, Gabriele di; VOZZA, Iole; GUERRA, Fabrizio. Impact of stress on periodontal health: literature revision. **Healthcare**, [S. l.], v. 11, n. 10, p. 1516, 22 maio 2023. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11101516>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37239803/>. Acesso em: 18 fev. 2026.

ESTRELA, Carlos (org.). **Metodologia científica: ciência, ensino, pesquisa (Métodos de pesquisa)**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018. 711 p. Acesso em: 20 jun. 2025.

GURAV, Tikeshwari; JAISWAL, Priyanka; MASURKAR, Deepika. Analyzing the relationship between chronic periodontitis and psychological stress in elderly patients: a study protocol. **Cureus**, [S. l.], p. 1-6, 4 jul. 2024. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.63869>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39104997/>. Acesso em: 18 fev. 2026.

HOLDE, Gro Eirin; OSCARSON, Nils; TROVIK, Tordis A.; TILLBERG, Anders; JÖNSSON, Birgitta. Periodontitis prevalence and severity in adults: a cross: sectional study in norwegian circumpolar communities. **Journal Of Periodontology**, [S. l.], v. 88, n. 10, p. 1012-1022, 01 out. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1902/jop.2017.170164>. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1902/jop.2017.170164>. Acesso em: 02 dez. 2025.

JOSEPH, Susan; CURTIS, Michael A. Microbial transitions from health to disease. **Periodontology 2000**, [S. l.], v. 86, n. 1, p. 201-209, 10 mar. 2021. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/prd.12377>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33690926/>. Acesso em: 15 dez. 2025.

KINANE, Denis F.; STATHOPOULOU, Panagiota G.; PAPAPANOU, Panos N. Periodontal diseases. **Nature Reviews Disease Primers**, [S. l.], v. 3, n. 1, art. 17038, 22 jun. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2017.38>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28805207/>. Acesso em: 15 dez. 2025.

LIESKE, Berit; MOSZKA, Nina; BOROF, Katrin; PETERSEN, Elina Larissa; JAGEMANN, Bettina; EBINGHAUS, Merle; BEIKLER, Thomas; HEYDECKE, Guido; AARABI, Ghazal; ZYRIAX, Birgit-Christiane. Association between an anti-inflammatory dietary score and periodontitis-evidence from the population-based Hamburg city health study. **Nutrients**, [S. l.], v. 15, n. 14, p. 3235, 21 jul. 2023. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/nu15143235>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37513653/>. Acesso em: 18 fev. 2026.

MARRUGANTI, Crystal; BAIMA, Giacomo; GRANDINI, Simone; GRAZIANI, Filippo; AIMETTI, Mario; SANZ, Mariano; ROMANDINI, Mario. Leisure-time and occupational physical activity demonstrate divergent associations with periodontitis: a population: based study. **Journal Of Clinical Periodontology**, [S. l.], v. 50, n. 5, p. 559-570, 22 jan. 2023. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.13766>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36592958/>. Acesso em: 18 fev. 2026.

MARTINS, Maria Luís Machado. **Comparação da prevalência das doenças periodontais de acordo com as classificações de 1999 e 2017: estudo epidemiológico observacional**

transversal. 2021. 46 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina Dentária, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, 2021. Disponível em: <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/3829>. Acesso em: 02 dez. 2025.

MEURIC, Vincent; GALL-DAVID, Sandrine Le; BOYER, Emile; ACUÑA-AMADOR, Luis; MARTIN, Bénédicte; FONG, Shao Bing; BARLOY-HUBLER, Frederique; BONNAURE-MALLET, Martine. Signature of microbial dysbiosis in periodontitis. **Applied And Environmental Microbiology**, [S. l.], v. 83, n. 14, p. 1-13, 15 jul. 2017. American Society for Microbiology. <http://dx.doi.org/10.1128/aem.00462-17>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28476771/>. Acesso em: 01 jun. 2025.

NAZIR, Muhammad Ashraf. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. **International Journal Of Health Sciences**. Qassim, p. 72-80, abr. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28539867/>. Acesso em: 03 jun. 2025.

NEWMAN, Michael G.; TAKEI, Henry H.; KLOKKEVOLD, Perry R.; CARRANZA, Fermin A. **Periodontia clínica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 974 p.

OLIVEIRA, Livia Maria Lopes de; BARBOSA, Livia Mirelle. The relationship between periodontite and diabetes mellitus type ii facing the new classification of periodontal diseases: literature review. **Rgo - Revista Gaúcha de Odontologia**, [S. l.], v. 68, p. 1-6, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720200005920190060>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo/a/zGYhKHjjsQcctvqncswkTdq/>. Acesso em: 02 dez. 2025.

PAPAPANOU, Panos N.; SANZ, Mariano; BUDUNELI, Nurcan; DIETRICH, Thomas; FERES, Magda; FINE, Daniel H.; FLEMMIG, Thomas F.; GARCIA, Raul; GIANNOBILE, William V.; GRAZIANI, Filippo. Periodontitis: consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. **Journal Of Periodontology**, [S. l.], v. 89, n. 1, p. 1-10, jun. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/jper.17-0721>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926951/>. Acesso em: 01 jun. 2025.

SAHINGUR, Sinem Esra. Evolving paradigms in the pathogenesis and management of periodontitis. In: SAHINGUR, Sinem Esra. **Emerging Therapies in Periodontics**, [S. l.], Springer, 2020. p. 1-271. Disponível em: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-42990-4\\_1](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-42990-4_1). Acesso em: 17 dez. 2025.

SANZ, Mariano; CERIELLO, Antonio; BUYSSCHAERT, Martin; CHAPPLE, Iain; DEMMER, Ryan T.; GRAZIANI, Filippo; HERRERA, David; JEPSEN, Søren; LIONE, Luca; MADIANOS, Phoebus; MATHUR, Manu; MONTANYA, Eduardo; SHAPIRA, Lior; TONETTI, Maurizio; VEGH, Daniel. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. **Journal Of Clinical Periodontology**, [S. l.], v. 45, n. 2, p. 138-149, 26 dez. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12808>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29208508/>. Acesso em: 02 dez. 2025.

ŞEN, Dilek Özkan; YARKAÇ, Fatma Uçan; EROĞLU, Zeynep Taştan; YİLDİZ, Kaan. The relationship between periodontal status, physical activity, dietary practices, and dental caries.

**Scientific Reports**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 1-11, 23 nov. 2024. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-024-73690-4>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11585539/>. Acesso em: 18 fev. 2026.

SØDAL, Anne Thea Tveit; SKUDUTYTE-RYSSTAD, Rasa; DIEP, My Tien; KOLDSLAND, Odd Carsten; HOVE, Lene Hystad. Periodontitis in a 65-year-old population: risk indicators and impact on oral health-related quality of life. **Bmc Oral Health**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 1-9, 24 dez. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-022-02662-9>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12903-022-02662-9>. Acesso em: 02 dez. 2025.

TONETTI, Maurizio S.; GREENWELL, Henry; KORNMAN, Kenneth S. Staging and grading of periodontitis: framework and proposal of a new classification and case definition. **Journal Of Periodontology**, [S. l.], v. 89, n. 1, p. 159-172, jun. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/jper.18-0006>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926952/>. Acesso em: 01 jun. 2025.

TRENTIN, Micheline Sandini; CARLI, João Paulo de; FERREIRA, Michele de Conto; GAMBIN, Diego José; SILVA, Soluete Oliveira da; LISBOA, Hugo Roberto Kurtz. Prevalence and severity of periodontal disease in type 2 diabetes mellitus patients: a cross-sectional study. **Bioscience Journal**, [S. l.], v. 34, n. 4, p. 1114-1123, 8 ago. 2018. PPUFU - Portal de Periódicos da Universidade Federal de Uberlândia. <http://dx.doi.org/10.14393/bj-v34n1a2018-41485>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-967292>. Acesso em: 02 dez. 2025.

WRIGHT, David M; MCKENNA, Gerry; NUGENT, Anne; WINNING, Lewis; LINDEN, Gerard J; WOODSIDE, Jayne V. Association between diet and periodontitis: a cross-sectional study of 10,000 nhanes participants. **The American Journal Of Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 112, n. 6, p. 1485-1491, dez. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1093/ajcn/nqaa266>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002916522009273>. Acesso em: 02 dez. 2025.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE (Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado "Diagnóstico e estadiamento de periodontites em pacientes atendidos na clínica de periodontia em uma universidade de Santa Catarina". O objetivo deste trabalho é avaliar o estadiamento de pacientes diagnosticados com periodontite atendidos na clínica escola de Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense. Para realizar o estudo será necessário que se disponibilize a participar permitindo o exame clínico previamente agendadas a sua conveniência e autorizando a utilização dos dados que constam no prontuário. Para a instituição e para sociedade, esta pesquisa servirá como parâmetro para avaliar os casos de periodontite. De acordo com a resolução nº466/12. "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". A sua participação terá risco mínimo, podendo ocorrer unicamente ligados à dimensão psicológica, e se estes ocorrerem serão solucionados/minimizados assegurado pelas pesquisadoras que será encaminhado para a clínica escola de psicologia da UNIPLAC, para atendimento gratuito. Em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual receberá uma cópia. Mesmo após assinar este documento o participante tem o direito de pleitear indenização por reparação de danos que apresente nexo causal com a pesquisa.

Os benefícios da pesquisa são fornecer informações valiosas sobre os aspectos de saúde bucal e embasar o planejamento de tratamentos preventivos e curativos, contribuindo para o avanço do conhecimento científico na área. Além disso, todos os pacientes diagnosticados com periodontite receberão o tratamento e orientação adequada.

A pesquisa segue a resolução 466/2012 do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a proteção dos direitos, segurança e bem-estar dos participantes. Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através dos telefones: (54)984322463 e (49)999303631, ou pelo endereço Av. Castelo Branco, 170, bairro: Universitário, Lages, SC. Se necessário também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, bloco 1, sala 1226, Lages SC, (49) 32511086, email: cep@uniplaclages.edu.br. Desde já agradecemos!

Eu \_\_\_\_\_ declaro que após ter sido esclarecido (a) pelos pesquisadores, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa.

\_\_\_\_\_  
(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Lages, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Responsável pelo projeto: Fabrício Ramos Martins  
Endereço para contato: Rua Otacílio Couto, 150  
Telefone para contato: (49)984042812  
E-mail: coord.fabrizio@gmail.com

Av. Castelo Branco, 170 – Universitário – Lages.SC |(49) 3251.1022 - [www.uniplac.net](http://www.uniplac.net)

## APÊNDICE B – TABELA PARA COLETA DE DADOS DO DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO DOS PACIENTES

| Prontuário                                                                                                                                                        |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Gênero                                                                                                                                                            |  |
| Idade                                                                                                                                                             |  |
| Tem boa saúde?                                                                                                                                                    |  |
| Tem diabetes? Compensada?                                                                                                                                         |  |
| Fuma?                                                                                                                                                             |  |
| Cigarros/dia                                                                                                                                                      |  |
| Escovação - Qtas X/dia                                                                                                                                            |  |
| Fio dental                                                                                                                                                        |  |
| Doença X Qtidade biofilme/cálculo (ABC)                                                                                                                           |  |
| Pior Sítio - NCI                                                                                                                                                  |  |
| Estágio                                                                                                                                                           |  |
| Grau                                                                                                                                                              |  |
| Extensão                                                                                                                                                          |  |
| Acredita que sua alimentação é equilibrada, incluindo alimentos frescos e variados (feijão, arroz, carnes, frutas e verduras)?                                    |  |
| Realiza no mínimo 30 min de atividade física em 5 ou + dias da semana (incluindo atividades cotidianas: caminhar ao trabalho, subir escadas, limpar casa, etc...) |  |
| Você se considera estressado?                                                                                                                                     |  |

Fonte: autoria própria.



**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

UNIVERSIDADE DO PLANALTO  
CATARINENSE - UNIPLAC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Diagnóstico e estadiamento de periodontites em pacientes atendidos na clínica de periodontia em uma universidade de Santa Catarina

**Pesquisador:** FABRIZIO RAMOS MARTINS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 90328525.5.0000.5368

**Instituição Proponente:** Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DA NOTIFICAÇÃO**

**Tipo de Notificação:** Outros

**Detalhe:** Substituir o anexo 01

**Justificativa:** Substituir o anexo 01, por um documento mais completo e interdisciplinar

**Data do Envio:** 15/09/2025

**Situação da Notificação:** Parecer Consubstanciado Emitido

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.865.999

**Apresentação da Notificação:**

Projeto de Pesquisa apresentado para a disciplina de Trabalho de Curso do 6º semestre do Curso de Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense como requisito para o Trabalho de Curso intitulado: DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO DE PERIODONTITES EM PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA DE PERIODONTIA EM UMA UNIVERSIDADE DE SANTA CATARINA

**Objetivo da Notificação:**

A periodontite é uma doença inflamatória que afeta os tecidos de suporte dos dentes, podendo resultar em perda dentária se não for diagnosticada e tratada adequadamente. Este estudo tem como objetivo avaliar o

**Endereço:** Av. Castelo Branco, 170 - Prédio da Reitoria - 2º andar, sala 11 - telefone (49)32511022 -ramal 0286  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 88.509-900  
**UF:** SC **Município:** LAGES  
**Telefone:** (49)3251-1022 **E-mail:** cep@uniplaclages.edu.br



## UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 7.865.999

estadiamento dos casos de periodontite diagnosticados nos pacientes atendidos na Clínica de Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), utilizando os critérios da nova classificação de 2017. Trata-se de um levantamento observacional transversal, com abordagem quantitativa, que analisará os dados clínicos e de prontuários de pacientes diagnosticados com periodontite, entre setembro e dezembro de 2025. Serão coletadas informações sobre perfil sociodemográfico, características clínicas e grau de progressão da doença. Os resultados esperados visam fornecer um panorama epidemiológico local, contribuindo para o aprimoramento das condutas clínicas, estratégias de prevenção e formação dos acadêmicos de Odontologia. Além disso, pretende-se fortalecer as ações de promoção de saúde bucal voltadas à população atendida pela universidade.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

#### **Objetivo Primário:**

Avaliar o estadiamento de pacientes diagnosticados com periodontite atendidos na clínica escola de Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense.

**Objetivo Secundário:** 1 Descrever o perfil sociodemográfico (sexo, idade e condições de saúde) dos pacientes diagnosticados com periodontite.

2 Identificar os casos de periodontite com base nos critérios diagnósticos da nova classificação das doenças periodontais.

3 Classificar os pacientes com periodontite segundo os estágios (I a IV) e o grau de progressão da doença (A, B e C) propostos na nova classificação.

**Endereço:** Av. Castelo Branco, 170 - Prédio da Reitoria - 2º andar, sala 11 - telefone (49)32511022 -ramal 0286  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 88.509-900  
**UF:** SC **Município:** LAGES  
**Telefone:** (49)3251-1022 **E-mail:** cep@uniplaclages.edu.br

# UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 7.865.999

## Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A pesquisa segue a resolução 466/2012

## Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Lista de inadequações

## Recomendações:

Vide Lista de inadequações

## Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existe lista de inadequações. Emenda aprovada

## Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- Desenvolver o projeto conforme delineado;
- Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP. Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

## Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo   | Postagem               | Autor                     | Situação |
|----------------|-----------|------------------------|---------------------------|----------|
| Outros         | Anexo.pdf | 15/09/2025<br>20:10:02 | FABRIZIO RAMOS<br>MARTINS | Postado  |

## Situação do Parecer:

**Endereço:** Av. Castelo Branco, 170 - Prédio da Reitoria - 2º andar, sala 11 - telefone (49)32511022 -ramal 0286  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 88.509-900  
**UF:** SC **Município:** LAGES  
**Telefone:** (49)3251-1022 **E-mail:** cep@uniplaclages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO  
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 7.865.999

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LAGES, 28 de Setembro de 2025

---

**Assinado por:**

**Elisa Maria Rodriguez Pazinato Telli**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Castelo Branco, 170 - Prédio da Reitoria - 2º andar, sala 11 - telefone (49)32511022 -ramal 0286  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 88.509-900  
**UF:** SC **Município:** LAGES  
**Telefone:** (49)3251-1022 **E-mail:** cep@uniplaclages.edu.br

Página 04 de 04

Fonte: Plataforma Brasil.



## ANEXO B – PERIOGRAMA

**UNIPLAC**

Número Prontuário do paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Estágio: \_\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_\_

Responsável pelo exame: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Professor: \_\_\_\_\_

|             | 18    | 17    | 16    | 15    | 14    | 13    | 12    | 11    | 21    | 22    | 23    | 24    | 25    | 26    | 27    | 28  |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| MOBILIDADE  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| FURCA       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| SÍTIO       | D V M | D V M | D V M | D V M | D V M | D V M | D V M | D V M | M V D | M V D | M V D | M V D | M V D | M V D | M V D | M V |
| P.S.        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| R.G.        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| N.C.I.      |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| SANGRAMENTO |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| SÍTIO       | D P M | D P M | D P M | D P M | D P M | D P M | D P M | D P M | M P D | M P D | M P D | M P D | M P D | M P D | M P D | M P |
| P.S.        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| R.G.        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| N.C.I.      |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| SANGRAMENTO |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| DENTE       | 48    | 47    | 46    | 45    | 44    | 43    | 42    | 41    | 31    | 32    | 33    | 34    | 35    | 36    | 37    | 38  |
| MOBILIDADE  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| FURCA       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| SÍTIO       | D V M | D V M | D V M | D V M | D V M | D V M | D V M | D V M | M V D | M V D | M V D | M V D | M V D | M V D | M V D | M V |
| P.S.        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| R.G.        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| N.C.I.      |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| SANGRAMENTO |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| SÍTIO       | D L M | D L M | D L M | D L M | D L M | D L M | D L M | D L M | M L D | M L D | M L D | M L D | M L D | M L D | M L D | M L |
| P.S.        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| R.G.        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| N.C.I.      |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |
| SANGRAMENTO |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     |

N.C.I.: Nível de Inserção    P.S.: Profundidade de sondagem    R.G.: Recessão gengival    D.: Distal    P.: Palatal    M.: Mesial    L.: Lingua

Fonte: periograma de odontologia da Universidade do Planalto Catarinense.