

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MESTRADO EM CLÍNICA INTEGRADA

MANUELA WANDERLEY FERREIRA LOPES

**O IMPACTO DA PERIODONTITE NA QUALIDADE DE VIDA EM UMA
POPULAÇÃO DE BRASILEIROS**

Recife – PE

2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MESTRADO EM CLÍNICA INTEGRADA

MANUELA WANDERLEY FERREIRA LOPES

**O IMPACTO DA PERIODONTITE NA QUALIDADE DE VIDA EM UMA
POPULAÇÃO DE BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa do Mestrado em Clínica Odontológica Integrada do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Clínica Integrada.

Orientador (a): Profa. Dra. Renata Cimões Jovino
Silveira

Co-orientador (a): Profa. Dra. Estela Santos Gusmão

Recife –PE

2007

Lopes, Manuela Wanderley Ferreira
O impacto da periodontite na qualidade de vida em
uma população de brasileiros / Manuela Wanderley
Ferreira Lopes. – Recife: O Autor, 2007.
38 folhas. il: tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal
de Pernambuco. CCS. Odontologia, 2007.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Periodontia – Qualidade de vida. I.Título.

616.311.2-002
617.645

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2008-053

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR DA PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

COORDENADOR DA PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Prof. Dr. Jair Carneiro Leão

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MESTRADO EM CLÍNICA INTEGRADA

COLEGIADO

Profa. Dra. Alessandra Albuquerque T. Carvalho

Prof. Dr. Anderson Stevens Leônidas Gomes

Prof. Dr. Cláudio Heliomar Vicente da Silva

Prof. Dr. Etenildo Dantas Cabral

Prof. Dr. Geraldo Bosco Lindoso Couto

Prof. Dr. Jair Carneiro Leão

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

Profa. Dra. Lúcia Carneiro de Souza Beatrice

Profa. Dra. Renata Cimões Jovino Silveira

SECRETARIA

Oziclere de Araújo Sena

Recife, 20 de dezembro d

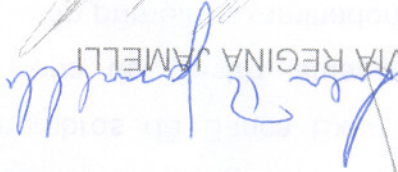
a. Dra. JUREMA FREIRE LISBOA DE CASTRO

idente,



a. Dra. SILVIA REGINA JAMELLI

xaminador



DR. CLAUDIO HELIO MAR VICENTE DA SILVA

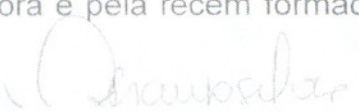
xaminador

Heinrich Böhm

Indes

Ata da 60ª Defesa de Dissertação do Curso de Mestrado em Odontologia com área de Concentração em Clínica integrada do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 20 de dezembro de 2007.

Às 9:00(nove horas) do dia 20 do mês de dezembro do ano de dois mil e sete, reuniram-se no Auditório do Curso de Odontologia da UFPE, os membros da Banca Examinadora, composta pelos professores: Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro, atuando como presidente, Profa. Dra. Silvia Regina Jamelli - UFPE, atuando como primeira examinadora. Prof. Dr. Cláudio Heliomar Vicente da Silva – UFPE, atuando como segundo examinador, para julgar o trabalho intitulado **“O IMPACTO DA PERIODONTITE NA QUALIDADE DE VIDA EM UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA”**, da CD MANUELA WANDERLEY FERREIRA LOPES, candidata ao Grau de Mestre em Odontologia, na Área de Concentração em CLINICA INTEGRADA, sob orientação da Professora Dra. RENATA CIMOES JOVINO SILVEIRA e co-orientação da Profª Drª ESTELA SANTOS GUSMÃO. Dando início aos trabalhos o Coordenador do Programa de Pós Graduação Prof. Dr. Jair Carneiro Leão abriu os trabalhos convidando os senhores membros para compor a Banca Examinadora, foram entregues aos presentes cópias do Regimento Interno do Curso de Mestrado em Odontologia, que trata dos critérios de avaliação para julgamento da Dissertação de Mestrado. O presidente da mesa após tomar posse dos trabalhos e conferir os membros convidou a mestranda. MANUELA WANDERLEY FERREIRA LOPES, para expor sobre o aludido tema, tendo sido concedido trinta minutos. A candidata expôs o trabalho e em seguida colocou-se a disposição dos Examinadores para arguição. Após o término da arguição os Examinadores reuniram-se em secreto para deliberações formais. Ao término da discussão, atribuíram a candidata os seguintes conceitos: Profa. Dra. Silvia Regina Jamelli (**APROVADA**), Prof. Dr. Cláudio Heliomar Vicente da Silva (**APROVADA**), Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro (**APROVADA**) a candidata recebeu três conceitos (**APROVADA**) é considerada (**APROVADA**), devendo a candidata acatar as sugestões da Banca Examinadora de acordo com o Regimento Interno do Curso. Face a aprovação, fica a candidata, apta a receber o Grau de Mestre em Odontologia, cabendo a UFPE através de sua Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação, tomar as providências cabíveis. Nada mais havendo a tratar, a Presidente da Banca Examinadora encerrou a sessão e para constar eu, Oziclere Sena de Araújo Silva, lavrei a presente Ata que vai por mim assinada, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pela recém formada mestre pela UFPE, **MANUELA WANDERLEY FERREIRA LOPES**.



DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha amada mãe, Glória, que esteve presente em todos os dias e fases da minha vida, concedendo a mim a oportunidade de transpor mais uma etapa em minha vida profissional.

EPÍGRAFE

“Ao te refletir, um espelho em si vira arte”
(Salvador Dali)

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço a minha orientadora Renata Cimões Jovino Silveira, companheira, exemplo de competência e dedicação, muito obrigada pela oportunidade de ter sido sua orientanda.

AGRADECIMENTOS

- À Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), na pessoa do magnífico Reitor, Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins.
- À Coordenação Geral da Pós-graduação do Curso de Odontologia da UFPE, na pessoa do Prof. Dr. Jair Carneiro Leão.
- A todos os Professores do Mestrado em Clínica Integrada da UFPE pela minha formação científica.
- Aos Professores da Disciplina de Periodontia do Curso de Odontologia da UFPE, por me ajudarem a realizar a coleta de dados.
- A Professora Dra. Estela Santos Gusmão, minha co-orientadora, que sempre incentivou na realização desta pesquisa.
- Aos Professores da Disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, na pessoa da Prof. Elenora Burgos

- Aos Professores e alunos do Curso de Especialização em Periodontia da UFPE.

- Aos Professores e alunos do Centro de Odontologia Integrada (COI), na pessoa de Ana Silvia de Melo Valença.

- Aos Professores da Clínica Integrada do Curso de Odontologia da UFPE.

- A todos que fazem parte do Odontocape, incluindo colegas, funcionários e diretores, que contribuíram para a realização desta pesquisa.

- A minhas irmãs, Marina, Patrícia e Joana, que sempre incentivaram meu crescimento profissional

- A meu pai, Walter, que proporcionou realizar mais esta etapa na minha vida profissional.

- À meus avós, tios e primos, que contribuíram para eu realizar este curso.

- A meu namorado, Renato, que sempre esteve ao meu lado e me ajudou a realizar esta pesquisa.

- Aos meus amigos do mestrado, *in memoriam* Isis Rosa Cedro e em especial Camila Maria Beder Ribeiro, que contribuíram na minha formação científica.

- Aos meus amigos, Professores Alfredo Gaspar e Eduardo Leite, que sempre incentivaram meu crescimento profissional.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Apresentação da Dissertação

1.O Impacto das Doenças Periodontais na Qualidade de Vida.....01

2. O impacto da periodontite na qualidade de vida em uma população de brasileiros.....20

ANEXOS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra.....	33
Tabela 2: Avaliação do tipo de periodontite segundo a faixa etária, sexo, estado civil e escolaridade.....	34
Tabela 3: Distribuição dos participantes em relação às variáveis do índice OHQoL-UK.....	35
Tabela 4: Avaliação das variáveis do índice segundo tipo de periodontite.....	36
Tabela 5: Avaliação do escore segundo o diagnóstico de periodontite.....	37
Tabela 6 – Avaliação do escore segundo a faixa etária, sexo, estado civil e e e escolaridade.....	38

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação apresenta-se no formato de artigo científico que será enviada a revistas especializadas de Odontologia. O primeiro artigo, “O impacto das doenças periodontais na qualidade de vida”, trata-se de uma revisão de literatura em que foram utilizadas as bases de dados Blackwell, Science Direct, Scielo e Ovid, o qual teve o objetivo de relatar os principais trabalhos científicos realizados sobre este assunto. Este artigo será submetido à Revista de Periodontia da Sociedade Brasileira de Periodontologia. O segundo artigo, intitulado “O impacto da periodontite na qualidade de vida em uma população de brasileiros”, será encaminhado ao Journal of Clinical Periodontology, e consiste em um estudo transversal que visou avaliar o impacto da periodontite crônica na qualidade de vida em portadores dos diversos graus. Esta pesquisa foi realizada com pacientes cadastrados para atendimento nas Clínicas de Periodontia da Universidade Federal de Pernambuco, na Clínica de Periodontia da Universidade de Pernambuco e no Curso de Especialização em Periodontia da Universidade Federal de Pernambuco. Estes foram submetidos a um questionário sobre as condições sócio-econômicas e a um índice para mensurar o impacto da doença periodontal na qualidade de vida.

O IMPACTO DAS DOENÇAS PERIODONTAIS NA QUALIDADE DE VIDA

IMPACT OF PERIODONTAL DISEASES ON QUALITY OF LIFE

Manuela Wanderley Ferreira Lopes ¹, Renata Cimões ², Estela Santos Gusmão³, Renato de Vasconcelos Alves⁴

¹ Mestre em Clínica Integrada UFPE/PE

² Professora adjunta de Clínica Integrada da UFPE/PE; Doutora em Saúde Coletiva

³ Professora adjunta de Periodontia FOP/UPE; Doutora em Periodontia USP/SP

⁴ Doutor em Periodontia UNICAMP/SP

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o impacto das doenças periodontais na qualidade de vida em pacientes. As bases de dados utilizadas foram Blackwell, Science Direct, Scielo e Ovid, pesquisando periódicos entre de 1984 a 2007, através das palavras-chaves: saúde bucal, qualidade de vida, impacto, doenças periodontais e periodontite. Vários trabalhos têm sido publicados para avaliar a correlação das enfermidades do periodonto com a qualidade de vida, no entanto, aspectos sócio-econômicos heterogêneos na amostra e a presença de outras doenças da cavidade oral pode influenciar na verificação dessa associação. Diante da literatura consultada, conclui-se que indivíduos periodontalmente comprometidos apresentaram influências negativas na qualidade de vida, e as piores condições de qualidade de vida são ainda mais prevalentes nos pacientes mais severamente acometidos.

Palavras-chaves: Qualidade de vida. Periodontia. Saúde bucal.

ABSTRACT

The present study aimed to review the literature concerning the impact of oral health on quality of life in periodontal patients. It was used Blackwell, Science Direct, Scielo and Ovid databases to search scientific articles from 1984 to 2007, using key-words: oral health, quality of life, impact, periodontal diseases and periodontitis. Some researches have showed association of periodontal disease with the quality of life; however, heterogeneous socio-economics aspects for the subjects and the presence of other oral diseases could be able to confound this correlation. Within the limits of the present review, it could be concluded that periodontally compromised patients self-report negative influences on quality of life, and the worse conditions on quality of life were reported to have a higher prevalence in more severely compromised patients.

Key-words: Quality of Life. Periodontics. Oral health.

INTRODUÇÃO

A noção de qualidade de vida tem base histórica científica na sociologia europeia, principalmente na inglesa do século XIX, com ênfase na reabilitação ocupacional, tendo por esta origem laços com a psicologia do trabalho e a saúde ocupacional. O significado da qualidade de vida e saúde tem passado por mudanças ao longo do tempo que refletem transformações no contexto médico e científico e na sua interação com processos históricos, culturais e políticos (Frank, 1998).

O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o auto-cuidado, o aporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou atividades diárias e o ambiente em que se vive (Vecchia et al., 2005). Assim, vários índices de qualidade de vida têm sido frequentemente úteis para avaliar a saúde em populações com doenças crônicas, permitindo determinar o impacto dos cuidados à saúde principalmente quando a cura não existe (Burckhardt & Anderson, 2003).

Algumas doenças comuns da cavidade bucal não têm cura, podendo suas seqüelas influenciar no bem-estar geral individual ou coletivo (Okunseri, 2005). A doença periodontal e a cárie são altamente prevalentes e interferem na qualidade de vida das pessoas em diversos aspectos além do físico, como na função mastigatória, na aparência e até nas relações interpessoais (Locker, 1988).

Na tentativa de avaliar como as desordens orais afetam a qualidade de vida, um grande número de índices tem sido desenvolvido como: o OHIP - Oral Health Impact Profile (Slade & Spencer, 1994), WHOQOL*-100 - World Health Organization Quality of Life (The WHOQOL Group, 1998), OIDP - Oral impacts on Daily Performance (Robinson et al., 2003), OHQoL-UK - United Kingdom Oral health-related quality of life (Mcgrath et al., 2000), DIDL - Dental Impact on Daily living (Leão & Sheiham, 1996) . Os índices são formas padronizadas para obter informações e quantificar os efeitos das desordens bucais no bem-estar social, psicológico e funcional do paciente. Esses índices têm sido avaliados em relação ao seu uso em pesquisas de saúde bucal e avaliações clínicas de pacientes (Locker & Slade, 1993).

Dentro desse contexto, o presente trabalho tem o objetivo de, através de uma revisão de literatura, fazer uma análise crítica dos estudos realizados para avaliar o impacto das doenças periodontais na qualidade de vida. As bases de dados usadas foram: Blackwell, Science Direct, Scielo e Ovid, pesquisando periódicos entre 1984 a 2007, através das palavras-chaves: saúde bucal, qualidade de vida, impacto, doenças periodontais e periodontite.

REVISÃO DA LITERATURA

Os índices de qualidade de vida mensuram o impacto social das doenças crônicas, em que dentro da epidemiologia as doenças bucais são consideradas de caráter crônico. Inicialmente, foram utilizados na medicina em pacientes portadores de cânceres, de doenças cardiovasculares e de artrite reumatóide (Calman, 1984; Wenger et al., 1984; Chamber et al., 1982). Em

1987, alguns autores começaram a investigar a influência da saúde bucal na qualidade de vida (Giddon, 1987; Ettinger, 1987; Thines, 1987; Miller, 1987).

O primeiro estudo a relacionar a doença periodontal como um possível impacto na qualidade de vida foi desenvolvido por Rosenberg et al.(1988), em que 159 pacientes foram examinados. Constatou-se que a situação dos tecidos periodontais, a perda de elementos dentários e uma saúde geral debilitada tinham relação direta com baixas medidas nos índices de qualidade de vida utilizados em medicina. Neste mesmo ano, Locker adaptou um índice estruturado para ser utilizado na odontologia.

Através de uma construção multidimensional, Resine *et al* (1989) recrutaram 152 pacientes portadores de disfunção têmporo-mandibular, doença periodontal e portadores de dentaduras para participarem de uma pesquisa. Avaliou-se o impacto desses três aspectos bucais na qualidade de vida, e, os resultados mostraram um impacto maior associado à disfunção têmporo-mandibular.

Vários estudos epidemiológicos, utilizando diferentes índices de qualidade de vida da odontologia, foram desenvolvidos para mensurar como as doenças periodontais afetam a qualidade de vida. Dentre estes, destacaremos separadamente: Dental Impact on Daily living (DIDL), Oral Health Impact Profile (OHIP) , Oral Health Impact Profile – versão reduzida (OHIP-14), United Kingdom Oral health-related quality of life (OHQoL-UK), Oral impacts on Daily Performance (OIDP), EuroQoL (EQ) e outros indices.

DIDL

Em 1998, Leão *et al.* realizaram um estudo com o objetivo de mensurar os impactos da saúde periodontal na vida diária. 571 indivíduos com idade entre 35 e 44 anos, de ambos os sexos, foram examinados registrando o índice de CPOD (cariados, perdidos, obturados e destruídos) e as condições gengivais, e, submetidos a um questionário sobre saúde periodontal extraído do DIDL. Foi constatado que 60% da amostra apresentavam mobilidade, retração gengival e sangramento, indiferentemente do sexo e classe social, relatando insatisfação à saúde dos tecidos. Os autores concluíram que esta auto-percepção dos indivíduos pode ajudar o profissional a comparar a situação clínica com as necessidades para manter bons níveis de qualidade de vida de uma população.

OHIP e OHIP-14

Ng & Leung (2006) verificaram o impacto da doença periodontal na qualidade de vida, constatando a existência de uma associação significativa. 767 indivíduos com idades entre 25 e 64 anos, de diferentes níveis sociais e de escolaridade, participaram do estudo. O exame clínico incluiu informações sobre o número de dentes presentes, número de dentes cariados, número de dentes com oclusão, número de dentes anteriores e o nível de inserção clínica em 6 sítios de cada dente. Posteriormente, os participantes foram submetidos a uma versão chinesa e reduzida do OHIP (chamado de OHIP-14), que consiste de um instrumento que avalia 14 itens, subdivididos em sete domínios: limitação funcional, desconforto físico, limitação psicológica, limitação social e incapacidade. Os participantes foram entrevistados sobre a frequência desses aspectos nos últimos 12 meses, cujas respostas poderiam ser: nunca, quase

nunca, ocasionalmente, frequentemente, geralmente. Adicionalmente, os indivíduos responderam um questionário contendo uma lista de sintomas sobre sua saúde periodontal no último ano. Os resultados demonstraram uma associação dos escores do OHIP-14 com seis de sete sintomas da doença periodontal. Também houve diferença significativa nos graus de periodontite, diagnosticados a partir dos níveis de inserção, em relação à limitação funcional, dor, desconforto psicológico e deformidades físicas e psicológicas.

Utilizando o OHIP-14, Araújo et al. (2006) realizaram um estudo com 278 portadores de periodontite crônica e agressiva, diagnosticados de acordo com a classificação da Academia Americana de Periodontologia de 1999. Os indivíduos apresentavam idade entre 19 e 71 anos, a maioria com segundo grau incompleto, com renda mensal de dois salários mínimos e do sexo feminino. O desconforto psicológico que abrange a consciência com o estado de saúde bucal e sentir-se nervoso foi a condição mais percebida como impacto na qualidade de vida. Já o aspecto menos percebido foi em relação à limitação física abrangendo a alimentação e a interrupção de refeições devido aos problemas bucais. Em relação à pontuação do OHIP-14, a pior condição em relação à percepção de qualidade de vida foi mais prevalente nos casos de periodontite agressiva. Já em relação as variáveis socioeconômicas, as maiores pontuações do OHIP-14, ou seja, baixo índice de qualidade de vida foi relacionado a indivíduos com segundo grau incompleto, a renda menor que dois salários mínimos e o sexo masculino.

O impacto da doença periodontal na qualidade de vida em diabéticos também foi relatada. Um total de 159 pacientes, de 14 a 85 anos, diabéticos e

de ambos os sexos, foram examinados e entrevistados. Inicialmente, foi registrado índice de sangramento gengival, profundidade de sondagem e nível de inserção. Para avaliar o impacto da doença periodontal na qualidade de vida foi aplicado o índice OHIP-14. Os resultados demonstraram uma associação de uma pior percepção de qualidade de vida em indivíduos portadores de periodontite. O índice de sangramento gengival, profundidade de sondagem e perda de inserção maior ou igual a 4 mm foram associadas a piores níveis na qualidade de vida. Os autores concluíram que as periodontites moderadas e severas estavam negativamente associadas à qualidade de vida quando comparadas com indivíduos saudáveis periodontalmente e com gengivite (Santana et al., 2007).

A gengivite ulcerativa necrozante (GUN) e a perda de inserção clínica em adolescentes foram relacionadas a um grande impacto na qualidade de vida, constatado através de um estudo com 9203 chilenos distribuídos em 98 escolas. Os adolescentes, com idade entre 15 e 21 anos, foram examinados e registrou-se a presença de gengivite ulcerativa necrozante, perda de inserção e perda dentária. Após o exame, os indivíduos foram submetidos ao OHIP, em que se constatou uma associação da GUN, de uma perda de inserção maior que 3 mm com piores níveis na qualidade de vida após ajustar a idade, o gênero, a perda dentária e as condições socioeconômicas, através de uma regressão logística (Lopez & Baelum, 2007).

O impacto da saúde bucal na qualidade de vida nos portadores de doença periodontal também foi reportado em crianças portadoras de Síndrome de Down (SD). Participaram da pesquisa 93 indivíduos com SD, em que foram

registrados os índices de placa e os parâmetros periodontais clínicos. Posteriormente, foi aplicada as mães das crianças uma adaptação da versão do Oral Health Impact Profile OHIP-14 utilizada para mensurar as repercussões negativas da doença periodontal no dia-a-dia das crianças. Os autores, então, concluíram que a doença periodontal foi bastante prevalente entre os portadores SD, promovendo efeitos negativos na qualidade de vida desses indivíduos (Loureiro et al., 2007).

Ozcelik et al. (2007), avaliaram 60 pacientes portadores de periodontite com condições psicológicas e sociodemográficas semelhantes, os quais foram divididos em três grupos: grupo1- não cirúrgico (n=20), grupo2-cirúrgico (n=20), grupo3- cirúrgico com matrix derivada de esmalte (n=20). Com o objetivo de avaliar como as diferentes modalidades de tratamento afetam a qualidade no pós-operatório de pacientes portadores de periodontite, os participantes foram submetidos ao OHIP-14, e ao General Oral Health Assessment Index (GOHAI) durante o período de uma semana de pós-operatório. Os resultados demonstraram que o grupo 2 apresentou um pior nível de qualidade de vida quando comparado aos outros dois grupos, utilizando os dois índices.

OHQoL-UK

O impacto da doença periodontal na qualidade de vida também foi relatado por Needleman et al. (2004) que realizaram um estudo com 205 pacientes utilizando o índice OHQoL-UK. Os resultados mostraram uma relação entre o baixo escore do OHQoL-UK com um maior número de dentes com profundidades de sondagem maiores ou iguais a 5mm. Além disso, pacientes com doença periodontal não tratada apresentaram um pior índice do

OHQoL-UK quando comparados a pacientes em manutenção. A maioria dos pacientes relatou que a saúde bucal tem um grande impacto nos aspectos físicos, afetando mais o conforto, o hálito e a aparência. Em relação aos aspectos sociais, a vida financeira foi relatada como a mais afetada. Já nos aspectos psicológicos, influências no humor, nas preocupações e na confiança foram altamente prevalentes.

OIDP

Jovino-Silveira et al. (2003) utilizaram o índice OIDP para avaliar a associação entre as doenças periodontais e uma baixa qualidade de vida. A amostra consistiu de 59 pacientes com idade entre 18 e 70 anos, de ambos os sexos e a maioria portadora de periodontite crônica. O OIDP é um índice composto por oito perguntas relativas a mastigação, higienização bucal, pronúncia, sorriso, manutenção do estado emocional, realização de atividades físicas e dormir. As respostas variam de frequentemente a nunca, que são classificadas por escores que variam de 0 a 5, sendo o 5 considerado o maior impacto. Os resultados demonstraram que o ato de sorrir foi o que apresentou maior impacto. No entanto, o impacto das condições periodontais foi baixo na qualidade de vida e não houve associação significativa em relação aos fatores socioeconômicos.

EuroQoL

Com o objetivo de avaliar a qualidade de vida e o peso das limitações associada a doença periodontal, Brennan et al. (2007) realizaram um estudo no sul da Austrália. A amostra estudada constituiu em 709 indivíduos com idade de 45 a 54 anos, com um perfil socioeconômico bastante próximo ao da

população. A situação periodontal foi avaliada em cada dente por dentistas calibrados, em que foram registradas as recessões gengivais e a profundidade de sondagem em três sítios de cada dente. Quando os sítios apresentavam grande quantidade de cálculo que dificultava a sondagem ou quando o limite amelo-cementario não poderia ser adequadamente localizado, eles foram excluídos da amostra. Após o exame, os indivíduos foram submetidos ao índice EuroQoL, avaliando as seguintes dimensões: o andar, o auto-cuidado, as atividades usuais, a dor, a ansiedade e o cognitivo. As respostas poderiam ser: nenhum problema (escore 1), algum problema (escore 2) e muitos problemas (escore3). Para individualizar a importância de cada aspecto, o peso de cada limitação foi calculado através do tempo que cada sintoma foi experimentado pelo paciente, convertendo as respostas do EuroQoL para valores de níveis de saúde. Os resultados demonstraram pesos baixos das incapacidades associada a gengivite e a recessão gengival de 6mm. Porém, pesos altos de incapacidade estiveram associados a perdas de inserção de 6mm ou mais e profundidades de sondagem de 6 mm ou mais.

Cunha-Cruz et al. (2007) realizaram uma regressão logística para avaliar a correlação dos relatos de saúde bucal com as características clínicas apresentadas pelos pacientes. Através de um questionário com seis perguntas, os pacientes relataram que os dentes, a gengiva e a dentadura influenciam em um ou mais aspectos relacionados à qualidade de vida como: alimentação, dor, desconforto, relaxamento, autoconfiança. Também foi desenvolvido uma versão reduzida de um questionário do um índice do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, contendo 6 questões. Os piores relatos de impacto da

saúde bucal na qualidade de vida e de percepção de uma pior condição bucal estiveram relacionados a indivíduos com mais de oito dentes com profundidade de sondagem maior que 5mm quando comparado com pacientes com menos de 3 dentes com profundidade de bolsa maior que 5mm. Assim, concluiu-se que a doença periodontal impacta negativamente na qualidade de vida, mudando a concepção de que a periodontite crônica é uma doença silenciosa.

DISCUSSÃO

Vários estudos foram desenvolvidos para verificar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos portadores de doenças periodontais (Loureiro et al., 2007; Lopez & Baelum, 2007; Santana et al., 2007; Cunha-Cruz et al. 2007; Ng & Leung, 2006; Araújo et al. 2006; Needleman et al., 2004). No entanto, outras condições bucais presentes também estão relacionadas negativamente com a qualidade de vida, como as perdas dentárias cárie, as maloclusões, a fluorose e o uso de próteses (Do & Spencer, 2007; Strauss & Hunt, 1993; Zhang et al., 2006; Wong & Mcmillan, 2005).

Diferentes fases e modalidades de tratamento nos portadores de periodontite afetam diferentemente a qualidade de vida (Needleman et al., 2004; Ozcelik et al., 2007). Portanto, todos os integrantes da amostra dos estudos, que avaliam como os graus da doença periodontal afetam as atividades diárias, devem se apresentar no mesmo estágio de tratamento.

Muitos estudos ao comparar a associação dos índices relacionados à qualidade de vida com os graus de doenças periodontais, utilizam registros periodontais clínicos para determinar a severidade da doença (Loureiro et al., 2007; Needleman et al., 2004). Contudo, a Academia Americana de

Periodontologia (1999) utiliza para classificar as doenças periodontais, além dos registros de parâmetros periodontais, as características clínicas, o exame radiográfico e a condição sistêmica do paciente.

Os fatores socioeconômicos estão significativamente relacionados à qualidade de vida das pessoas (Lopez & Baelum, 2007; Araújo et al., 2006). Ao se aplicar um índice para mensurar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, os fatores sócio-demográficos como o sexo, a renda, a escolaridade, a idade, devem ser controlados para se obter uma amostra o mais homogênea possível (Ng & Leung, 2006). Além disso, para ser representativa de uma determinada população, a amostra deve ser calculada de forma que fique representativa e apresentar um perfil sócio-demográfico semelhante ao universo da amostra (Brennan et al., 2007).

Medidas de qualidade de vida têm se tornado vital e frequentemente requeridas para avaliar a saúde. Em populações com doenças crônicas, medir a qualidade de vida é um meio que permite determinar o impacto dos cuidados à saúde quando não existe cura. (Burckhardt & Anderson, 2003). Dentre os aspectos mensurados nos índices aplicados na odontologia em relação à qualidade de vida, os físicos foram os mais relatados como influenciados negativamente pelos portadores de doenças periodontais (Needleman et al., 2004; Araújo et al., 2006), o que pode ter sido influenciado pelos fatores socioeconômicos, como a idade e o sexo.

O OHIP-14 tem sido um dos índices mais utilizados para mensurar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em portadores de enfermidades periodontais (Loureiro et al., 2007; Santana et al., 2007; Ng & Leung, 2006;

Araújo et al., 2006). Todavia, este índice mensura apenas impactos negativos na qualidade de vida, sendo necessário que também seja avaliado as perspectivas positivas (Mc Grath et al., 2000). Outros índices não validados têm sido utilizados para verificar o impacto da saúde bucal no dia-a-dia dos indivíduos (Loureiro et al., 2007; Cunha-Cruz et al., 2007), o que compromete a reprodutibilidade destes nas populações investigadas.

Apesar de diferentes índices serem utilizados para mensurar como as doenças do periodonto afetam a qualidade de vida, a maioria dos estudos chegou a conclusão que as enfermidades periodontais estão relacionadas a piores condições de qualidade de vida (Ng & Leung ,2006; Brennan et al., 2007; Lopez & Baelum, 2007; Needleman et al., 2004; Araújo et al., 2006).

CONCLUSÃO

Diante da literatura consultada, pode-se concluir que o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em portadores de doenças periodontais tem sido bastante considerável, e, ainda mais prevalente à medida que o grau de severidade da doença aumenta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frank JE. Conceito de qualidade de vida em epilepsia. Rev Bras Neurol 1998; 34(6): 205-2058.
2. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(3):246-252.
3. Burckhardt CS, Anderson KL. The quality of life scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. Health and Quality of Life Outcomes 2003; 30(1):1-7.

4. Okunseri C, Chattopadhyaya A, Lugo RI, Mc Grath C. Pilot survey oral health-related quality of life: a cross-sectional study of adults in Benin City, Edo State, Nigeria. *BMC Oral Health* 2005; 5(7): 1-8.
5. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Comm Dent Health* 1988; 5: 3-18.
6. Slade GR, Spencer JA. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Comm Dent Health* 1994; 11: 3-11.
7. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998 May;28(3):551-8.
8. Robinson PG, Gibson B, Khan FA, Birnbaum W. Validity of two oral health-related quality of life measures. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2003;31(2):90-9.
9. Mc Grath C, Bedi R, Gilthorpe MS. Oral health related quality of life views of the public in the United Kingdom. *Comm Dent Health* 2000; 17:3-7.
10. Leão AJ, Sheiham A. The development of socialdental measure of dental impacts on daily living. *Comm Dent Health* 1996; 13(17): 22-26.
11. Locker D, Slade G. Oral Health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. *J Scient* 1993; 59(10):830-844.
12. Calman K. The quality of life in cancer patients – A hiphotesis. *J Med Ethics* 1984; 10: 124-7.
13. Wenger N, Matteson M, Furberg C, Elinson L. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. New York: LeJacq Publishing Inc. 1984.

14. Chamber L, MacDonald L, Tugwell P, Buchanan W, Kraag G. the McMaster Health Index Questionnaire as a measure of quality of life for patients with rheumatoid arthritis. *J Rheum* 1982; 9: 780-4.
15. Giddon DB. Oral health and the quality of life. *J Am Coll Dent* 1987; 54(2):10-5.
16. Ettinger RL. Oral disease and its effect on the quality of life. *Gerodont* 1987; 3(3):103-6.
17. Thines T, Karuza J Jr, Miller WA. Oral health impact on quality of life: methodological and conceptual concerns. *Gerodont* 1987;3(3):100-2.
18. Miller WA. Does oral health influence quality of life? *Gerodont* 1987; 3(3):99.
19. Rosenberg D, Kaplan S, Senie R, Badner V. Relationships among dental functional status, clinical dental measures, and generic health measures. *J Dent Educ* 1988; 52(11):653-7.
20. Resine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Behavioral Dent Scien* 1989; 17: 7-10.
21. Leão ATT, Cidade MC, Varela JR. Impactos da saúde periodontal na vida diária. *Rev Bras Odontol* 1998; 55(4): 238-241.
22. Ng SKS, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2006.; 34:114-22.
23. Araújo ACS, Gusmão ES, Jovino-Silveira RC. Impacto das periodontites na qualidade de vida. *Rev Period* 2006; 16(1): 83-87.
24. Santana TD, Costa FO, Zenobio EG, Soares RV, Santana TD. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cad Saúde Publica* 2007; 23(3): 637-644.

25. Lopez R, Baelum V. Oral Health Impact of Periodontal Diseases in Adolescents. *J Dent Res* 2007; 89(11):1105-1109.
26. Loureiro ACA, Costa FO, Costa JE. The impact of periodontal disease on quality of life of individuals with Down syndrome. *Down Syndrome Res Pract* 2007; 12(1): 50-54.
27. Ozcelik O, Haytac MC, Seydauglu G. Immediate post-operative effects of different periodontal treatment modalities on oral health-related quality of life: a randomized clinical trial. *J Clin Periodontol* 2007; 34: 788-796.
28. Neddleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol* 2004; 31: 454-457.
29. Jovino-Silveira RC, Milhomens-Filho JA, Gusmão ES. Impacto das condições periodontais no desempenho de atividades diárias. *Int J of Dent* 2003; 2(1): 206-210.
30. Brennan DS, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. Quality of life and disability weights associated with periodontal disease. *J Dent Res* 2007; 86(8): 713-717.
31. Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Kressin NR. Oral health-related quality of life of periodontal patients. *J Periodont Res* 2007; 42: 169-176.

**O IMPACTO DA PERIODONTITE NA QUALIDADE DE VIDA EM UMA
POPULAÇÃO DE BRASILEIROS**

Palavras-chaves: saúde bucal; qualidade de vida; doença periodontal; periodontite, OHQoL-UK

Manuela Wanderley Ferreira Lopes

Aluna do Mestrado em Clínica Integrada, Universidade Federal de Pernambuco

Renata Cimões Jovino Silveira

Professora da Disciplina de Clínica Integrada do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco

Estela Santos Gusmão

Professora da Disciplina de Periodontologia da Faculdade de odontologia da Universidade de Pernambuco.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não houve conflito de interesses. Este estudo foi financiado pelo governo brasileiro: Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES).

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve o objetivo de avaliar o impacto da periodontite na qualidade de vida de uma população de brasileiros.

Métodos: Trezentos e dois pacientes diagnosticados como portadores de periodontite crônica leve, moderada ou severa foram submetidos a um questionário para avaliar as condições sócio-econômicas (idade, sexo, escolaridade, estado civil e renda) e ao índice United Kingdom Oral Health-Related Quality Of Life (OHQOL-UK) para avaliar o impacto da periodontite na qualidade de vida.

Resultados: O impacto da periodontite na qualidade de vida foi bastante considerável, apresentando diferença estatisticamente significativa na alimentação, na aparência, na saúde geral, no sorriso e na condição econômica. Os escores do OHQOL-UK foram associados ao sexo e a renda familiar ($p < 0,05$). Houve associação significativa estatisticamente entre os graus de periodontite e os escores do OHQOL-UK ($p < 0,05$), sendo mais prevalentes níveis mais baixos de qualidade de vida nos portadores de periodontite crônica severa.

Conclusão: O impacto da periodontite na qualidade de vida mostra que os aspectos negativos estiveram mais prevalentes nos portadores de periodontite crônica severa, o que demonstrou a auto-percepção dos pacientes em relação à saúde dos tecidos periodontais.

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Razão Científica: A periodontite crônica é uma doença bastante prevalente em adultos, sendo importante investigar o impacto desta condição na qualidade de vida dos pacientes.

Resultados Principais: Pacientes portadores de periodontite severa demonstraram um maior impacto na qualidade de vida quando comparados aos portadores dos graus moderado e leve.

Implicações Práticas: Um diagnóstico precoce e a prevenção da periodontite crônica podem ser necessários para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

INTRODUÇÃO

Com o crescente interesse da odontologia acerca de como a saúde bucal pode afetar a qualidade de vida, vários índices surgiram com a finalidade de quantificar e descrever como a saúde bucal afeta o dia-a-dia dos indivíduos (Slade 1997).

Com este objetivo, vários instrumentos foram desenvolvidos e aplicados como o Oral Health Related Quality of Life (OHRQL), o Oral Health Impact Profile (OHIP), e o Dental Health Index (DHI) (Slade & Spencer 1994; Gooch et al.1989; Kressin et al. 1996). No entanto, estes instrumentos citados não mensuravam os aspectos positivos e negativos da relação entre saúde bucal e a qualidade de vida (McGrath & Bedi 2001). Visando abranger estes dois aspectos, McGrath et al. (2000) desenvolveram e validaram o United Kingdom Oral Health Quality of Life (OHQoL-UK) baseado na percepção da população do Reino Unido sobre como a saúde bucal afeta a qualidade de vida. O OHQoL-UK consiste em um questionário com 16 perguntas-chaves padronizadas relacionadas a 4 aspectos distintos em relação à qualidade de vida: sintomas, aspectos físicos, aspectos psicológicos e aspectos sociais, contemplando tanto o efeito como o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida (McGrath & Bedi 2000). A dimensão do efeito examina os efeitos físicos, psicológicos e sociais atribuídos à saúde bucal, e a dimensão do impacto examina o impacto que a saúde bucal atribui para realização das atividades diárias, habilidade de mastigar e comunicação entre as pessoas (Okunseri 2005).

Em 2003, Dini et al. traduziram e validaram a versão em Português do OHQoL-UK numa população brasileira adulta, constatando sua aplicabilidade, reprodutibilidade interna e externa, e boa performance.

Algumas doenças comuns da cavidade bucal não possuem cura; no entanto, suas seqüelas podem influenciar no bem-estar geral individual ou coletivo (Okunseri 2005). A doença periodontal ainda é bastante prevalente (Downer 1998), sendo caracterizada por perda de inserção, aumento na profundidade de sondagem, inflamação e destruição dos tecidos periodontais. Estes achados promovem uma série de sinais e sintomas que podem afetar a qualidade de vida do indivíduo portador (Locker 1988).

Dentro desse contexto, o presente estudo teve como objetivo aplicar a versão em Português do índice OHQoL-UK para avaliar o impacto da periodontite sobre a qualidade de vida, e, relacionar o impacto às condições sócio-demográficas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Amostra

O universo da amostra foi o grupo de pacientes matriculados para o atendimento na Clínica de Periodontia do Curso de Graduação de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), na Clínica de Especialização de Periodontia da UFPE e na Clínica de Periodontia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco, localizadas no estado de Pernambuco, na região Nordeste do Brasil. A amostra estabelecida foi de conveniência, em que foram selecionados trezentos e dois pacientes com idade entre 18 e 59 anos, alfabetizados e de ambos os sexos, que concordaram em participar do estudo assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O diagnóstico de periodontite crônica foi estabelecido por especialistas em Periodontia através dos registros dos parâmetros periodontais (nível de inserção clínica e profundidade de sondagem), radiografias periapicais e características clínicas presentes nos prontuários dos pacientes, baseados na Classificação da Academia Americana de Periodontologia. De acordo com a Academia Americana de Periodontologia (1999), a

periodontite crônica é mais prevalente em adultos, a quantidade de perda óssea é compatível com as características locais, o cálculo subgengival é um achado comum e normalmente a doença é de progressão lenta a moderada. O grau de periodontite crônica, segundo a Academia Americana de Periodontologia (1999), é classificado em: periodontite leve, em que a perda de inserção é de 1 a 2 mm; periodontite moderada, quando a perda de inserção é de 3 a 4 mm; e periodontite severa, quando esta perda de inserção é igual ou superior a 5 mm.

Este protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o número 214/06.

Coleta de dados

Foi aplicado o formulário para avaliação dos fatores socioeconômicos e demográficos que incluiu as seguintes informações: renda individual, renda familiar, sexo, idade, estado civil, escolaridade e diagnóstico da periodontite.

O impacto da periodontite na qualidade de vida foi mensurado através do índice OHQoL-UK, que é constituído por 4 itens, contendo 16 perguntas relacionadas à qualidade de vida. Através do instrumento OHQoL-UK, os pacientes foram submetidos à seguinte pergunta de abertura: “Que efeito os seus dentes, gengivas, boca e/ou próteses têm sobre cada uma das 16 áreas-chave da qualidade de vida? (por exemplo, seu conforto, sua fala).” Os indivíduos optavam por cinco respostas, as quais eram pontuadas com um escore: efeito muito ruim (escore 1), efeito ruim (escore 2), sem efeito (escore 3), efeito bom (escore 4), efeito muito bom (escore 5). Para o cálculo do instrumento OHQoL-UK, foram somados os escores de cada resposta das 16 perguntas, produzindo um escore total

do OHQoL-UK variando de 16 a 80. Logo, quanto menor a pontuação total do OHQoL-UK, pior é o impacto da saúde bucal relacionada à qualidade de vida.

Os dados foram avaliados por estatística descritiva, e inferencial por meio do teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher, adotando um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A amostra foi caracterizada por pacientes com idade entre 18 a 59 anos, média de $43,35 \pm 9.04$ anos, dos quais 64,6% foram do sexo feminino, 56% casados e 33,3% possuíam 2º grau completo (Tabela 1). Em relação ao diagnóstico periodontal, 31,5% apresentavam periodontite crônica leve, 26,2% periodontite crônica moderada e 42,4% apresentavam periodontite crônica severa. Quando se avaliou o tipo de periodontite segundo as variáveis sócio-econômicas, observou-se uma diferença estatisticamente significativa em relação à faixa etária, com 47,5% dos portadores de periodontite crônica severa com idade entre 50 a 59 anos (Tabela 2).

A tabela 3 mostra os aspectos contemplados pelo índice OHQoL-UK, destacando-se os maiores percentuais com efeito muito ruim: a aparência (18,9%), o sorriso (18,5%) e o conforto (16,6%); entre os itens mais relatados com efeito ruim as preocupações apresentaram o maior percentual; as maiores frequências dos itens avaliados sem efeito corresponderam à personalidade (58,6%), ao sono (50,3%) e ao amor (49,7%).

A Tabela 4 mostra que, quando foram comparados os aspectos do índice OHQoL-UK com os diferentes graus de doença periodontal, houve diferença estatisticamente significativa na alimentação, aparência, saúde geral, sorriso e na vida financeira, com 26,6% dos pacientes portadores do grau severo relatando efeito muito ruim na aparência e 39,1% na saúde geral.

Quando se relacionou o escore total do OHQoL-UK ao diagnóstico periodontal, a maioria dos pacientes com o índice baixo apresentava o grau mais severo da doença periodontal crônica (Tabela 5). No entanto, quando se associou o escore total do OHQoL-UK com as variáveis socioeconômicas e demográficas, apenas o sexo e a renda familiar apresentaram diferença estatisticamente significante (Tabela 6).

DISCUSSÃO

No presente estudo, a doença periodontal causou conseqüências negativas na qualidade de vida dos seus portadores, sendo o mesmo observado em vários outros estudos (Ng & Leung 2006; Needleman et al. 2004; Santana et al. 2007; Cunha-Cruz et al. 2007; Loureiro et al. 2007; Araújo et al. 2006; Jovino-Silveira et al. 2003). Estes reflexos negativos foram maiores nas condições mais graves da doença quando comparados com os graus menos severos da periodontite.

Loureiro et al. (2007) constataram que quanto mais severa a doença periodontal, maior o impacto na qualidade de vida em crianças portadoras de Síndrome de Down (SD); contudo, os autores apenas compararam gengivite, periodontite moderada e severa, não havendo o diagnóstico de periodontite crônica e agressiva. Além disso, foi desenvolvido um índice de qualidade de vida não validado, baseado no OHIP-14, tendo sido aplicado nas mães dos portadores de SD, o que pode não corresponder, na íntegra, à auto-percepção do impacto da doença periodontal na qualidade de vida destes pacientes. No presente trabalho, o diagnóstico de doença periodontal foi estabelecido de acordo com a Academia Americana de Periodontologia (1999), excluindo-se todos os casos de periodontite agressiva, que possui um comportamento bastante distinto da doença crônica. O impacto da periodontite analisado nesta pesquisa foi relatado pelos próprios portadores

da periodontite, excluindo-se possíveis opiniões diversas da auto-percepção destes pacientes.

Needleman et al. (2004) afirmaram que o índice OHQoL-UK foi sensível para mensurar a saúde periodontal, corroborando tanto as características clínicas observadas como a auto-percepção do pacientes, uma vez que, em seu estudo, pacientes com vários dentes com profundidade de sondagem maior ou igual a 5 mm, apresentaram baixos escores do índice OHQoL-UK. Estes autores ainda mencionam que pacientes na fase de manutenção apresentavam melhores índices de qualidade de vida quando comparados àqueles com doença não tratada. Em nosso estudo, os pacientes se apresentavam em diferentes fases de tratamento, o poderia ter contribuído como um fator de confusão quando se relacionou os níveis de periodontite crônica com os escore total do OHQoL-UK.

O impacto da saúde bucal na qualidade de vida em portadores de periodontite foi bastante significativo nos aspectos físicos (alimentação, aparência, saúde geral, sorriso) e nos sociais (finanças). Outros estudos também reportaram a percepção nos aspectos físicos (Needleman et al. 2004; Araújo et al. 2006; Ng & Leung 2006); todavia, estes resultados podem ter sido influenciados pelas variáveis socioeconômicas, como sexo, renda, escolaridade, considerados como fatores confundidores por alguns autores (Ng & Leung 2006; Lopez & Baelum 2007). Na presente pesquisa, quando se relacionou o escore total do índice OHQoL-UK com as variáveis sócio-econômicas, houve diferença significativa em relação ao sexo e à renda, fato este também constatado por outros autores (McGrath & Bedi 2004; Ng & Leung 2006).

Ao observar a relação entre as variáveis sócio-econômicas e o diagnóstico da doença periodontal, houve diferença estatisticamente significativa em relação à faixa

etária, não sendo observada esta diferença no estudo desenvolvido por Nicolau et al. (2007), em que foi demonstrada uma relação entre a perda de inserção clínica e o nível de escolaridade dos pais dos participantes.

Apesar de vários estudos afirmarem que a doença periodontal teve um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes (Ng & Leung 2006; Araújo et al. 2006; Needleman et al. 2004; Santana et al. 2007; Cunha-Cruz et al. 2007; Loureiro et al. 2007), incluindo o presente estudo, os participantes das pesquisas poderiam ser portadores de outras doenças da cavidade oral que também podem causar efeitos negativos na qualidade de vida, como a cárie, as maloclusões, as perdas dentárias e o uso ou não de próteses (Zhang et al. 2006; Wong & McMillan 2005; McGrath & Bedi 2001; Locker & Slade 1993; Do & Spencer 2007). Acrescentando-se a isto, a amostra deste estudo e aquela do trabalho desenvolvido por Needleman et al., em 2004, consistiram de pacientes periodontalmente comprometidos que procuraram atendimento numa clínica especializada de periodontia, não havendo a presença de um grupo controle com pacientes periodontalmente saudáveis para comparar os resultados entre os grupos.

Vários índices de qualidade de vida têm sido utilizados em pesquisas sobre o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida como o OHIP, o OHIP-14 e o OHQoL-UK. No entanto, para verificar como a periodontite pode influenciar negativamente a qualidade de vida, é necessário que o índice utilizado meça tanto aspectos positivos quanto negativos do impacto da saúde oral na qualidade de vida. No presente estudo, o índice OHQoL-UK foi utilizado por contemplar esses dois aspectos, o que não pôde ser observado nas pesquisas realizadas com o OHIP (Araújo et al. 2006; Lopez & Baelum 2007).

CONCLUSÃO

Conclui-se que, a periodontite teve um impacto na qualidade de vida, e os aspectos negativos estiveram mais prevalentes nos portadores de periodontite crônica severa. Em relação as variáveis socioeconômicas ao impacto na qualidade de vida, houve diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo e a renda familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, A.C.S., Gusmão, E.S. & Jovino-Silveira, R.C. (2006) Impacto das periodontites na qualidade de vida. *Revista de Periodontia* **16**, 83-87.

Armitage, G.C. (1999) Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of Periodontology* **4**, 1-6.

Cunha-Cruz, J., Hujoel, P.P. & Kressin, N.R. (2007) Oral health-related quality of life of periodontal patients. *Journal of Periodontology Research* **42**, 169-176.

Dini, E.L., McGrath C. & Bedi, R. (2003) An evaluation of the oral health quality of life (OHQoL) instrument in a Brazilian population. *Community Dentistry Health* **20**, 40-44.

Do, L.G. & Spencer, A. (2007) Oral health-related quality of life of children by dental caries and fluorosis experience. *Journal Public Health Dentistry* **67**, 132-9.

Downer, M.C. (1998) The changing pattern of dental disease over 50 years. *British Dental Journal* **185**, 36-41.

Gooch, B.F., Dolan, T.A. & Bourque, L.B. (1989) Correlates of self-reported dental health status upon enrollment in the Rand Health Insurance Experiment. *Journal of Dentistry Education* **53**, 629-37.

Jovino-Silveira, R.C., Gusmão, E.S. & Milhomens Filho, J.Á. (2003) Impacto das condições periodontais no desempenho de atividades diárias. *International Journal of Dentistry* **2**, 206-210.

Kressin, N.R. (1996) Associations among different assessments of oral health outcomes. *Journal of Dentistry Education* **60**, 501-7.

Locker, D. (1988) Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health* **5**, 3-18.

Locker, D. & Slade, G. (1993) Oral Health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. *Journal Canadian Dental Association* **59**, 830-844.

Loureiro, A.C.A., Costa, F.O. & Costa, J.E. (2007) The impact of periodontal disease on quality of life of individuals with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice* **12**, 50-54.

- Lopez, R. & Baelum, V. (2007) Oral Health Impact of Periodontal Diseases in Adolescents. *Journal of Dentistry Research* **89**, 1105-1109.
- McGrath, C. & Bedi, R. (2004) The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* **32**, 67-72.
- McGrath, C. & Bedi, R. (2001) An evaluation of a new measure of oral health related quality of life OHQoL-UK. *Community Dental Health* **18**, 138-143.
- McGrath, C. & Bedi, R. (2001) Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *Journal of Dentistry* **29**, 243-246.
- McGrath, C., Bedi, R. & Gilthorpe, M.S. (2000) Oral health related quality of life views of the public in the United Kingdom. *Community Dental Health* **17**, 3-7.
- Neddleman, I., McGrath, C., Floyd, P. & Biddle, A. (2004) Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *Journal of Clinical Periodontology* **31**, 454-457.
- Nicolau, B., Netuvile, G., Kim, J.W.M., Sheiham, A. & Marcenes, W. (2007) A life-course approach to assess psychosocial factors and periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* **34**, 844-850.
- Ng, S.K.S. & Leung, W.K. (2006) Oral health-related quality of life and periodontal status. *Comm Dent Oral Epidemiol* **34**, 114-22.
- Okunseri, C., Chattopadhyaya, A., Lugo, R.I. & McGrath, C. (2005) Pilot survey oral health-related quality of life: a cross-sectional study of adults in Benin City, Edo State, Nigeria. *BMC Oral Health* **5**, 1-8.
- Santana, T.D., Costa, F.O., Zenobio, E.G., Soares, R.V. & Santana, T.D. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Caderno de Saúde Pública* **23**, 637-644.
- Slade, G.D. (1997) Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* **25**, 284-90.
- Slade, G.R. & Spencer, J.A. (1994) Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health* **11**, 3-11.
- Wong, M.C. & McMillan, A.S. (2005) Tooth loss, denture wearing and oral health-related quality of life in elderly Chinese people. *Community Dental Health* **22**, 156-61.
- Zhang, M., McGrath, C. & Hägg U. (2006) The impact of malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. *International Journal of Pediatrics Dentistry* **16**, 381-7.

Tabela 1: Caracterização da amostra

	n	%
• Faixa etária		
Até 29	25	8,3
30 a 49	197	65,2
50 a 59	80	26,5
• Sexo		
Masculino	97	32,1
Feminino	205	67,9
• Estado civil		
Solteiro	103	34,1
Casado	169	56,0
Divorciado	24	7,9
Viúvo	6	2,0
• Escolaridade		
Até 1 grau completo	117	38,7
2 grau incompleto/ 2 grau completo	138	45,7
Superior incompleto/ Superior completo/ Pós-graduação	47	15,6
• Renda individual (salários mínimos)		
Até 1	140	46,4
De 1 a 2	51	16,9
Mais que 2	32	10,6
Não informou	79	26,2
• Renda familiar (salários mínimos)		
Até 1	63	20,9
De 1 a 2	65	21,5
Mais que 2	82	27,2
Não informou	92	30,5
TOTAL	302	100,0

Tabela 2: Avaliação do tipo de periodontite segundo a faixa etária, gênero, estado civil e escolaridade

Variável	Leve		Moderada		Severa		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
• Faixa etária							
Até 29	19	76	5	20	1	4	p ⁽¹⁾ <0,001*
30 a 49	60	30,5	48	24,4	89	45,2	
50 a 59	16	20	26	32,5	38	47,5	
• Gênero							
Masculino	25	25,8	29	29,9	43	44,3	p ⁽¹⁾ = 0,306
Feminino	70	34,1	50	24,4	85	41,5	
• Estado civil							
Solteiro	36	35	23	22,3	44	42,7	p ⁽²⁾ = 0,503
Casado	48	28,4	50	29,6	71	42	
Divorciado	8	33,3	4	16,7	12	50	
Viúvo	3	50	2	33,3	1	16,7	
• Escolaridade							
Até 1º grau completo	40	34,2	30	25,6	47	40,2	p ⁽¹⁾ =0,401
2º grau incompleto a 2º grau completo	46	33,3	34	24,6	58	42	
3º grau incompleto/Pos-graduação	9	19,1	15	31,9	23	48,9	
Grupo Total							302 (100%)

(*) : Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Tabela 3: Distribuição dos participantes em relação às variáveis do índice OHQoL-UK

OHQoL- UK	1. Muito ruim	2. Ruim	3. Sem efeito	4. Bom	5. Muito Bom
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sintomas					
Conforto	50 (16,6)	108 (35,8)	78 (25,8)	51 (16,9)	15 (5,0)
Hálito	37 (12,3)	122 (40,4)	83 (27,5)	51 (16,9)	9 (3,0)
Aspectos Físicos					
Alimentação	39 (12,9)	83 (27,5)	76 (25,2)	93 (30,8)	11 (3,6)
Aparência	57 (18,9)	114 (37,7)	46 (15,2)	79(26,2)	6 (2,0)
Saúde geral	28 (9,3)	84 (27,8)	104 (34,4)	67 (22,2)	19 (6,3)
Fala	20 (6,6)	84 (27,8)	121(40,1)	60 (19,9)	17 (5,6)
Sorriso	56 (18,5)	123 (40,7)	40 (13,2)	70 (23,2)	13 (4,3)
Aspectos Psicológicos					
Sono	23 (7,6)	56 (18,5)	152 (50,3)	56 (18,5)	15 (5,0)
Confiança	22 (7,3)	88 (29,1)	107 (35,4)	70 (23,2)	15 (5,0)
Humor	15 (5,0)	99 (32,8)	123 (40,7)	49 (16,2)	16 (5,3)
Preocupação	36 (11,9)	141 (46,7)	83 (27,5)	37 (12,3)	5 (1,7)
Personalidade	9 (3,0)	66 (21,9)	177 (58,6)	38 (12,6)	12 (4,0)
Aspectos Sociais					
Trabalho	26 (8,6)	84 (27,8)	144 (47,7)	34 (11,3)	14 (4,6)
Vida Social	29 (9,6)	98 (32,5)	121 (40,1)	41 (13,6)	13 (4,3)
Finanças	31 (10,3)	92 (30,5)	140 (46,4)	32 (10,6)	7 (2,3)
Amor	21 (7,0)	74 (24,5)	150 (49,7)	37 (12,3)	20 (6,6)
TOTAL	302 (100,0)				

Tabela 4: Avaliação das variáveis do índice segundo tipo de periodontite

Variável	Leve		Moderada		Severa		Grupo Total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
• Alimentação									
Muito ruim	8	8,4	7	8,9	24	18,8	39	12,9	p ⁽¹⁾ = 0,002*
Ruim	20	21,1	24	30,4	39	30,5	83	27,5	
Sem efeito	21	22,1	30	38	25	19,5	76	25,2	
Efeito bom	41	43,2	15	19	37	28,9	93	30,8	
Muito bom	5	5,3	3	3,8	3	2,3	11	3,6	
• Aparência									
Muito ruim	10	10,5	13	16,5	34	26,6	57	18,9	p ⁽¹⁾ = 0,004*
Ruim	32	33,7	36	45,6	46	35,9	114	37,7	
Sem efeito	14	14,7	14	17,7	18	14,1	46	15,2	
Efeito bom	38	40	13	16,5	28	21,9	79	26,2	
Muito bom	1	1,1	3	3,8	2	1,6	6	2,0	
• Saúde geral									
Muito ruim	4	4,2	7	8,9	17	13,3	28	9,3	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Ruim	18	18,9	16	20,3	50	39,1	84	27,8	
Sem efeito	29	30,5	33	41,8	42	32,8	104	34,4	
Efeito bom	34	35,8	20	25,3	13	10,2	67	22,2	
Muito bom	10	10,5	3	1,0	6	4,7	19	6,3	
• Sorriso									
Muito ruim	11	11,6	13	16,5	32	25	56	18,5	p ⁽¹⁾ = 0,017*
Ruim	37	38,9	37	46,8	49	38,3	123	40,7	
Sem efeito	8	8,4	11	13,9	21	16,4	40	13,2	
Efeito bom	33	34,7	15	19	22	17,2	70	23,2	
Muito bom	6	6,3	3	3,8	4	3,1	13	4,3	
• Finanças									
Muito ruim	3	3,2	7	8,9	21	16,4	31	10,3	p ⁽¹⁾ = 0,009*
Ruim	24	25,3	33	41,8	35	27,3	92	30,5	
Sem efeito	52	54,7	29	36,7	59	46,1	140	46,4	
Efeito bom	12	12,6	8	10,1	12	9,4	32	10,6	
Muito bom	4	4,2	2	2,5	1	0,8	7	2,3	

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 5: Avaliação do escore segundo o diagnostico de periodontite.

Periodontite	Escore				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	baixo		alto		n	%		
	n	%	N	%	n	%		
Leve	34	35,8	61	64,2	95	100,0	$p^{(1)} < 0,001^*$	1,00
Moderada	43	54,4	36	45,6	79	100,0		2,14 (1,16-3,94)
Severa	80	62,5	48	37,5	128	100,0		2,99 (1,72-5,19)
Grupo Total	157	52	145	48	302	100,0		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 6 : Avaliação do escore segundo a faixa etária, gênero, estado civil e escolaridade

Variável	Escore				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	baixo		alto					
	n	%	n	%	n	%		
• Faixa etária								
Até 29	13	52	12	48	25	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,815	1,00
30 a 49	100	50,8	97	49,2	197	100,0		0,95 (0,41-2,19)
50 a 59	44	55	36	45	80	100,0		1,12 (0,46-2,77)
• Sexo								
Masculino	41	42.3	56	57.7	97	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,020*	1,00
Feminino	116	56.6	89	43.4	205	100,0		1,78 (1,09-2,90)
• Estado civil								
Solteiro	56	54,4	47	45,6	103	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,453	1,00
Casado	82	48,5	87	51,5	169	100,0		0,79 (0,48-1,29)
Divorciado	15	62,5	9	37,5	24	100,0		1,40 (0,56-3,48)
Viúvo	4	66,7	2	33,3	6	100,0		1,68 (0,29-9,57)
• Escolaridade								
Até 1 grau completo	62	53	55	47	117	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,701	1,28 (0,65-2,52)
2 grau incompleto/ completo	73	52,9	65	47,1	138	100,0		1,28 (0,66-2,48)
3 grau incompleto/ Pós- graduação	22	46,8	25	53,2	47	100,0		1,00
• Renda individual (salários mínimos)								
Até 1	75	53,6	65	46,4	140	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,509	1,48 (0,68-3,21)
Entre 1 a 2	24	47,1	27	52,9	51	100,0		1,14 (0,47-2,78)
Maior que 2	14	43,8	18	56,3	32	100,0		1,00
• Renda familiar (salários mínimos)								
Até 1	41	65,1	22	34,9	63	100,0	p ⁽¹⁾ = 0.020*	2,50 (1,27-4,93)
De 1 a 2	30	46,2	35	53,8	65	100,0		1,15 (0,60-2,22)
Maior que 2	35	42,7	47	57,3	82	100,0		1,00

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Normas gerais

Os artigos para a publicação na **REVISTA PERIODONTIA** da SOBRAPE deverão ser inéditos e redigidos em português, inglês ou espanhol. Artigos originais de pesquisa terão prioridade para apreciação mas, artigos de revisão e relatos de casos ou técnicas, de interesse na Periodontia, também poderão ser incluídos. A REVISTA PERIODONTIA reserva todos os direitos autorais do trabalho publicado. As informações contidas nos originais e publicadas na revista são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente, a opinião do Corpo Editorial da revista ou a posição da SOBRAPE.

Envio do Material

Os seguintes arquivos deverão ser enviados **exclusivamente** por e-mail (revistaperiodontia@sobrape.org.br) no momento da **submissão** do artigo a Revista Periodontia.

- Artigo (Seguir o item “**Apresentação do material**”)
- Declaração de conflito de interesses (Disponível no site – Formulários)
- Lista de conferência pré-submissão (Disponível no site – Formulários)

Apresentação do material

Os artigos deverão ser digitados em Word para Windows, com fonte Arial, tamanho 12, justificado, em folhas de papel A4 numeradas consecutivamente. Deve ser usado espaço duplo com margem de 2,5 centímetros de todos os lados. As laudas deverão ter em média 1.600 toques (26 linhas de toques), perfazendo no máximo 20 páginas (excluindo gráficos, figuras e tabelas).

Seleção de artigos

A seleção dos artigos enviados à REVISTA PERIODONTIA será realizada pelo Conselho Editorial, que dispõe de autoridade para decidir sobre sua aceitação. No processo de revisão e aprovação, que será realizado em pares, serão avaliados: originalidade, relevância metodologia e adequação às normas de publicação.

Considerações Éticas

Estudos que envolvam seres humanos deverão estar de acordo com a RESOLUÇÃO 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e terem sido aprovados pela Comissão de Ética da

Sociedade Brasileira de Periodontologia

Normas para preparação de artigos

Unidade /Instituição em que foram realizados. As mesmas considerações são feitas para estudos em animais. ***O número de aprovação do comitê deverá estar presente no artigo.***

Estrutura do artigo

O trabalho deverá ser numerado (canto inferior direito) e dividido conforme os itens abaixo:

Primeira página (página 1):

- **Página de título** (Português e Inglês ou Espanhol e Inglês): deverá conter o título do artigo em negrito, o nome dos autores numerados de acordo com a filiação (instituição de origem, cidade, país), a principal titulação dos autores de forma resumida (sem nota de rodapé) e endereço do autor correspondente (**contendo o endereço eletrônico – e-mail**). As demais páginas devem ser na forma de texto contínuo.

Exemplo:

Associação do PDGF e IGF na Regeneração Periodontal – Revisão de Literatura

Fernando Hayashi¹, Fernando Peixoto¹, Chistiane Watanabe Yorioka¹, Francisco Emílio Pustiglioni²

¹ Mestrandos em Periodontia da FOUSP

² Professor titular de Periodontia da FOUSP

Segunda página (página 2):

- **Resumo:** deve fornecer uma visão concisa e objetiva do trabalho, incluindo objetivos, material e métodos, resultados e as conclusões. Deve conter no máximo 250 palavras (incluindo pontos, vírgulas etc).

- **Palavras-chave:** são palavras ou expressões que identificam o conteúdo do texto. Para sua escolha, deverá ser consultada a lista “Descritores em Ciências de Saúde – DECS”, da BIREME. Número de palavras-chave: máximo 6.

Terceira página (página 3):

- **Abstract e Keywords:** cópia precisa e adequada do resumo e palavras-chave em Inglês. Deverá ser consultada a lista “Medical subject headings”. Disponível em www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html. Número de Keywords: máximo 6.

Quarta e demais páginas (página 4 e demais):

- **Introdução:** é o sumário dos objetivos do estudo, de forma concisa, citando as referências mais pertinentes. Também deve apresentar as hipóteses em estudo e a justificativa do trabalho.
- **Material e Métodos:** devem ser apresentados com suficientes detalhes que permitam confirmação das observações encontradas, indicando os testes estatísticos utilizados, quando existirem.
- **Resultados:** as informações importantes do trabalho devem ser enfatizadas e apresentadas em seqüência lógica no texto, nas figuras e tabelas, citando os testes estatísticos. As tabelas e figuras devem ser numeradas (algarismo arábico) e citadas durante a descrição do texto. Cada tabela deve conter sua respectiva legenda, citada acima, em espaço duplo, em página separada, no final do artigo depois das referências. As figuras também devem estar localizadas em páginas separadas, no final do texto, porém, as legendas devem estar localizadas a baixo.
- **Discussão:** os resultados devem ser comparados com outros trabalhos descritos na literatura, onde também podem ser feitas as considerações finais do trabalho.
- **Conclusão:** deve responder: objetivamente aos questionamentos propostos.
- **Agradecimentos (quando houver):** apoio financeiro de agências governamentais, assistências técnicas, laboratórios, empresas e colegas participantes.
- **Referências Bibliográficas:** Essa seção será elaborada de acordo com as Normas Vancouver (disponíveis em: www.icmje.org), devendo ser numeradas seqüencialmente conforme aparição no texto. E, as abreviações das revistas devem estar em conformidade com o Index Medicus/MEDLINE.

Todos os autores da obra devem ser mencionados.

Exemplos – Normas **Vancouver**:

Artigo de Revista:

1. Lima RC, Escobar M, Wanderley Neto J, Torres LD, Elias DO, Mendonça JT et al. Revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea: resultados imediatos. Rev Bras Cir Cardiovasc 1993; 8: 171-176.

Instituição como Autor:

1. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 116:41-42.

Sem indicação de autoria:

1. Cancer in South Africa. [editorial]. S Af Med J 1994; 84-85.

Capítulo de Livro:

1. Mylek WY. Endothelium and its properties. In: Clark BL Jr, editor. New frontiers in surgery. New York: McGraw-Hill; 1998. p.55-64.

Livro:

1. Nunes EJ, Gomes SC. Cirurgia das cardiopatias congênitas. 2a ed. São Paulo: Sarvier; 1961. p.701.

Tese:

1. Brasil LA. Uso da metilprednisolona como inibidor da resposta inflamatória sistêmica induzida pela circulação extracorpórea [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1999. 122p.

Eventos:

1. Silva JH. Preparo intestinal transoperatório. In: 45º Congresso Brasileiro de Atualização em Coloproctologia; 1995; São Paulo. Anais. São Paulo: Sociedade Brasileira de Coloproctologia; 1995. p.27-9.
1. Minna JD. Recent advances for potential clinical importance in the biology of lung cancer. In: Annual Meeting of the American Medical Association for Cancer Research; 1984 Sep 6-10. Proceedings. Toronto: AMA; 1984;25:293-4.

Material eletrônico:

Artigo de revista:

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):[24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Livros:

1. Tichenor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996. [cited 1999 May 27]. Disponível em : URL: <http://www.sinuses.com>

Capítulo de livro:

1. Tichenor WS. Persistent sinusitis after surgery. In: Tichenor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996. [cited 1999 May 27]. Disponível em: URL: <http://www.sinuses.com/postsurg.htm>

Tese:

1. Lourenço LG. Relação entre a contagem de microdensidade vascular tumoral e o prognóstico do adenocarcinoma gástrico operado [tese online]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999. [citado 1999 Jun 10]. Disponível em: URL: <http://www.epm.br/cirurgia/gastro/laercio>

Eventos:

1. Barata RB. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online].; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. [citado 1999 Jan 17]. Disponível em: URL: <http://www.abrasco.com.br/epirio98>

Informações adicionais podem ser obtidas no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

- **Citações no texto:** Ao longo do texto, deve ser empregado o sistema autor-data. Segundo as normas **Vancouver**, apenas a primeira letra do sobrenome do autor é grafada em maiúscula, sendo o ano da publicação apresentado entre parênteses. Trabalhos com até dois autores, tem ambos os sobrenomes mencionados no texto, separados por “&”. Trabalhos com três ou mais autores, terão ao longo do texto mencionado apenas o primeiro seguido da expressão “et al”.

Se um determinado conceito for suportado por vários estudos, para a citação desses, deverá ser empregada a ordem cronológica das publicações. Nesse caso, o ano de publicação é separado do autor por vírgula (“;”) e as diferentes publicações separadas entre si por ponto e vírgula (“;”).

- Figuras e Tabelas

As tabelas e figuras deverão ser apresentadas em folhas separadas após a secção: *Referências Bibliográficas* (uma tabela/figura por folha com a sua respectiva legenda).

Figuras em formato digital (arquivo JPG ou TIFF): Resolução de 300 DPIs.

As imagens serão **publicadas em preto e branco**. Caso haja interesse dos autores há possibilidade de impressão colorida das imagens, havendo custo adicional de responsabilidade dos autores.

Journal of Clinical Periodontology

[The official publication of the European Federation of Periodontology](#)

Edited by:

Maurizio Tonetti

Editor Emeritus: Jan Lindhe

Print ISSN: 0303-6979

Online ISSN: 1600-051X

Frequency: Monthly

Current Volume: 34 / 2007

ISI Journal Citation Reports® Ranking: 2006: 8/49 (Dentistry, Oral Surgery & Medicine)

Impact Factor: 2.380

Top Author Guidelines

Online Submission
<http://mc.manuscriptcentral.com/jcpe>

Content of Author Guidelines: [1. General](#), [2. Ethical Guidelines](#), [3. Manuscript Submission Procedure](#), [4. Manuscript Types Accepted](#), [5. Manuscript Format and Structure](#), [6. After Acceptance](#)

Relevant Documents: [Sample Manuscript](#), [Exclusive Licence Form](#)

Useful Websites: [Submission Site](#), [Articles published in Journal of Clinical Periodontology](#), [Author Services](#), [Blackwell Publishing's Ethical Guidelines](#), [Guidelines for Figures](#)

1. GENERAL

Journal of Clinical Periodontology publishes original contributions of high scientific merit in the fields of periodontology and implant dentistry. Its scope encompasses the physiology and pathology of the periodontium, the tissue integration of dental implants, the biology and the modulation of periodontal and alveolar bone healing and regeneration, diagnosis, epidemiology, prevention and therapy of periodontal disease, the clinical aspects of tooth replacement with dental implants, and the comprehensive rehabilitation of the periodontal patient. Review articles by experts on new developments in basic and applied periodontal science and associated dental disciplines, advances in periodontal or implant techniques and procedures, and case reports which illustrate important new information are also welcome.

Please read the instructions below carefully for details on the submission of manuscripts, the journal's requirements and standards as well as information concerning the procedure after a manuscript has been accepted for publication in *Journal of Clinical Periodontology*. Authors are encouraged to visit [Blackwell Publishing Author Services](#) for further information on the preparation and submission of articles and figures.

2. ETHICAL GUIDELINES

Journal of Clinical Periodontology adheres to the below ethical guidelines for publication and research.

2.1. Authorship and Acknowledgements

Authors submitting a paper do so on the understanding that the manuscript have been read and approved by all authors and that all authors agree to the submission of the manuscript to the Journal.

Journal of Clinical Periodontology adheres to the definition of authorship set up by The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). According to the ICMJE authorship criteria should be based on 1) substantial contributions to conception and design of, or acquisition of data or analysis and interpretation of data, 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content and 3) final approval of the version to be published. Authors should meet conditions 1, 2 and 3.

It is a requirement that all authors have been accredited as appropriate upon submission of the manuscript. Contributors who do not qualify as authors should be mentioned under Acknowledgements. Please note that it is a requirement to include email addresses for all co-authors at submission. If any of the email-addresses supplied are incorrect the corresponding author will be contacted by the journal administrator.

Acknowledgements: Under acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited.

2.2. Ethical Approvals

Experimentation involving human subjects will only be published if such research has been conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association Declaration of Helsinki (version VI, 2002 www.wma.net/e/policy/b3.htm) and the additional requirements, if any, of the country where the research has been carried out. Manuscripts must be accompanied by a statement that the experiments were undertaken with the understanding and written consent of each subject and according to the above mentioned principles. A statement regarding the fact that the study has been independently reviewed and approved by an ethical board should also be included.

When experimental animals are used the methods section must clearly indicate that adequate measures were taken to minimize pain or discomfort. Experiments should be carried out in accordance with the Guidelines laid down by the National Institute of Health (NIH) in the USA regarding the care and use of animals for experimental procedures or with the European Communities Council Directive of 24 November 1986 (86/609/EEC) and in accordance with local laws and regulations.

All studies using human or animal subjects should include an explicit statement in the Material and Methods section identifying the review and ethics committee approval for each study, if applicable. Editors reserve the right to reject papers if there is doubt as to whether appropriate procedures have been used.

2.3 Clinical Trials

Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at www.consort-statement.org. A [CONSORT checklist](#) should also be included in the submission material.

Journal of Clinical Periodontology encourages authors submitting manuscripts reporting from a clinical trial to register the trials in any of the following free, public clinical trials registries: www.clinicaltrials.gov, <http://clinicaltrials-dev.ifpma.org/>, <http://isrctn.org/>. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the paper.

2.4 DNA Sequences and Crystallographic Structure Determinations

Papers reporting protein or DNA sequences and crystallographic structure determinations will not be accepted without a Genbank or Brookhaven accession number, respectively. Other supporting data sets must be made available on the publication date from the authors directly.

2.5 Conflict of Interest and Sources of Funding

Authors are required to disclose all sources of institutional, private and corporate financial support for their study. Suppliers of materials (for free or at a discount from current rates) should be named in the source of funding and their location (town, state/county, country) included. Other suppliers will be identified in the text. If no funding has been available other than that of the author's institution, this should be specified upon submission. Authors are also required to disclose any potential conflict of interest. These include financial interests (for example patent, ownership, stock ownership, consultancies, speaker's fee,) or provision of study materials by their manufacturer for free or at a discount from current rates. Author's conflict of interest (or information specifying the absence of conflicts of interest) and the sources of funding for the research will be published under a separate heading entitled "Conflict of Interest and Sources of Funding Statement". See Editor-in-Chief Maurizio Tonetti's [Editorial on Conflict of Interest and Sources of Funding](#) and www.icmje.org/#conflicts for generally accepted definitions.

2.6 Appeal of Decision

Under exception circumstances, authors may appeal the editorial decision. Authors who wish to appeal the decision on their submitted paper may do so by e-mailing the editorial office at cpeedoffice@oxon.blackwellpublishing.com with a detailed explanation for why they find reasons to appeal the decision.

2.7 Permissions

If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

2.8 Copyright Assignment

Authors submitting a paper do so on the understanding that the work and its essential substance has not been published before, is not being considered for publication elsewhere and has been read and approved by all of the authors.

The submission of the manuscript by the authors means that the authors automatically agree to assign exclusive copyright to Blackwell Publishing if and when the manuscript is accepted for publication. The work shall not be published elsewhere in any language without the written consent of the publisher. The articles published in this journal are protected by copyright, which covers translation rights and the exclusive right to reproduce and distribute all of the articles printed in the journal. No material published in the journal may be stored on microfilm or videocassettes or in electronic database and the like or reproduced photographically without the prior written permission of the publisher.

Upon acceptance of a paper for publication in *Journal of Clinical Periodontology*, the corresponding author must agree to assign (on behalf of all authors) exclusive copyright, which covers the exclusive right to reproduce and distribute all of the articles published in the journal, to Blackwell Publishing using the [Exclusive Licence Form](#). Papers subject to government or Crown copyright are exempt from this requirement; however, the form still has to be signed). The Exclusive Licence Form should be sent to the address listed on the Exclusive Licence Form.

The corresponding author must send the completed original Exclusive Licence Form by regular mail upon receiving notice of manuscript acceptance, i.e., do not send the Exclusive Licence form at submission. Faxing or e-mailing the Exclusive Licence Form does not meet requirements.

For questions concerning copyright, please visit [Blackwell Publishing's Copyright FAQ](#).

3. MANUSCRIPT SUBMISSION PROCEDURE

Manuscripts should be submitted electronically via the online submission site <http://mc.manuscriptcentral.com/jcpe>. The use of an online submission and peer review site enables immediate distribution of manuscripts and consequentially speeds up the review process. It also allows authors to track the status of their own manuscripts. Complete instructions for submitting a paper is available online and below. Further assistance can be obtained from the Journal Admin, Ms Ditte Vilstrup Holm, at cpeedoffice@oxon.blackwellpublishing.com.

3.1. Getting Started

Launch your web browser (supported browsers include Internet Explorer 5.5 or higher, Safari 1.2.4, or Firefox 1.0.4 or higher) and go to the journal's online Submission Site: <http://mc.manuscriptcentral.com/jcpe>

- Log-in or, if you are a new user, click on "register here".
- If you are registering as a new user.
 - After clicking on "register here", enter your name and e-mail information and click "Next". Your e-mail information is very important.
 - Enter your institution and address information as appropriate, and then click "Next."
 - Enter a user ID and password of your choice (we recommend using your e-mail address as your user ID), and then select your areas of expertise. Click "Finish".
 - If you are registered, but have forgotten your log in details, enter your e-mail address under "Password Help". The system will automatically send you your user ID and a new temporary password.
- Log-in and select "Corresponding Author Center".

3.2. Submitting Your Manuscript

- After you have logged into your "Corresponding Author Center", submit your manuscript by clicking the submission link under "Author Resources".
- Enter data and answer questions as appropriate. You may copy and paste directly from your manuscript and you may upload your pre-prepared covering letter.
- Click the "Next" button on each screen to save your work and advance to the next screen.
- You are required to upload your files.
 - Click on the "Browse" button and locate the file on your computer.
 - Upload your manuscript main document complete with title page, statement concerning source(s) of funding and conflict(s) of interest, abstract, clinical relevance section, references, tables and figure legends as "main document". Upload figures as "figures". For clinical trials a Consort Checklist will be required, and it should be uploaded as "supplementary file for review". If any unpublished papers are referenced in the reference list, a digital version of the referenced paper should also be uploaded as "supplementary file for review".
 - Select the designation of each file in the drop down next to the Browse button.
 - When you have selected all files you wish to upload, click the "Upload Files" button.
- Review your submission (in HTML and PDF format). Notice that all documents uploaded as supplementary files for review will not be viewable in the HTML and PDF format. Click the "Submit" button when you are finished reviewing.

3.3. Manuscript Files Accepted

Manuscripts should be uploaded as Word (.doc) or Rich Text Format (.rtf) files (not write-protected) plus separate figure files. GIF, JPEG, PICT or Bitmap files are acceptable for submission, but only high-resolution TIF or EPS files are suitable for printing. The files will be automatically converted to HTML and PDF on upload and will be used for the review process. The text file must contain the entire manuscript including title page, abstract, clinical reference, main text, references, acknowledgement, statement of source of funding and any potential conflict of interest, tables, and figure legends, but no embedded figures. In the text, please reference any figures as for instance "Figure 1", "Figure 2" etc to match the tag name you choose for the individual figure files uploaded. Manuscripts should be formatted as described in the Author Guidelines below. Please note that any manuscripts uploaded as Word 2007 (.docx) will be automatically rejected. Please save any .docx file as .doc before uploading.

3.4. Blinded Review

All manuscripts submitted to *Journal of Clinical Periodontology* will be reviewed by two or more experts in the field. Papers that do not conform to the general aims and scope of the journal will, however, be returned immediately without review. *Journal of Clinical Periodontology* uses single blinded review. The names of the reviewers will thus not be disclosed to the author submitting a paper.

3.5. Suggest a Reviewer

Journal of Clinical Periodontology attempts to keep the review process as short as possible to enable rapid publication of new scientific data. In order to facilitate this process, please suggest the names and current email addresses of one potential international reviewer whom you consider capable of reviewing your manuscript. In addition to your choice the editor will choose one or two reviewers as well.

3.6. Suspension of Submission Mid-way in the Submission Process

You may suspend a submission at any phase before clicking the "Submit" button and save it to submit later. The manuscript can then be located under "Unsubmitted Manuscripts" and you can click on "Continue Submission" to continue your submission when you choose to.

3.7. E-mail Confirmation of Submission

After submission you will receive an e-mail to confirm receipt of your manuscript. If you do not receive the confirmation e-mail after 24 hours, please check your e-mail address carefully in the system. If the e-mail address is correct please contact your IT department. The error may be caused by some sort of spam filtering on your e-mail server. Also, the e-mails should be received if the IT department adds our e-mail server (uranus.scholarone.com) to their whitelist.

3.8. Manuscript Status

You can access Manuscript Central any time to check your "Corresponding Author Center" for the status of your manuscript. The Journal will inform you by e-mail once a decision has been made.

3.9. Submission of Revised Manuscripts

To submit a revised manuscript, locate your manuscript under "Manuscripts with Decisions" and click on "Submit a Revision". Please remember to delete any old files uploaded when you upload your revised manuscript.

3.10 Resubmissions

If your manuscript was given the decision of reject and resubmit, you might choose to submit an amended version of your manuscript. This should be submitted as a new submission following the guidelines above under 3.2. In addition you should upload comments to the previous review as "supplementary files for review".

4. MANUSCRIPT TYPES ACCEPTED

Journal of Clinical Periodontology publishes original research articles, reviews, clinical innovation reports and case reports. The latter will be published only if they provide new fundamental knowledge and if they use language understandable to the clinician. It is expected that any manuscript submitted represents unpublished original research.

Original Research Articles must describe significant and original experimental observations and provide sufficient detail so that the observations can be critically evaluated and, if necessary, repeated. Original articles will be published under the heading of clinical periodontology, implant dentistry or pre-clinical sciences and must conform to the highest international standards in the field.

Clinical Innovation Reports are suited to describe significant improvements in clinical practice such as the report of a novel surgical technique, a breakthrough in technology or practical approaches to recognized clinical challenges. They should conform to the highest scientific and clinical practice standards.

Case Reports illustrating unusual and clinically relevant observations are acceptable but their merit needs to provide high priority for publication in the Journal. On rare occasions, completed cases displaying non-obvious solutions to significant clinical challenges will be considered.

Reviews are selected for their broad general interest; all are refereed by experts in the field who are asked to comment on issues such as timeliness, general interest and balanced treatment of controversies, as well as on scientific accuracy. Reviews should take a broad view of the field rather than merely summarizing the authors' own previous work, so extensive citation of the authors' own publications is discouraged. The use of state-of-the-art evidence-based systematic approaches is expected. Reviews are frequently commissioned by the editors and, as such, authors are encouraged to submit a proposal to the Journal. Review proposals should include a full-page summary of the proposed contents with key references.

5. MANUSCRIPT FORMAT AND STRUCTURE

5.1. Format

Language: The language of publication is English. Authors for whom English is a second language may choose to have their manuscript professionally edited before submission to improve the English. It is preferred that manuscript is professionally edited. A list of independent suppliers of editing services can be found at www.blackwellpublishing.com/bauthor/english_language.asp. All services are paid for and arranged by the author, and use of one of these services does not guarantee acceptance or preference for publication

Abbreviations, Symbols and Nomenclature: *Journal of Clinical Periodontology* adheres to the conventions outlined in Units, Symbols and Abbreviations: A Guide for Medical and Scientific Editors and Authors. Abbreviations should be kept to a minimum, particularly those that are not standard. Non-standard abbreviations must be used three or more times and written out completely in the text when first used.

5.2. Structure

All articles submitted to *Journal of Clinical Periodontology* should include Title Page, Abstract, and References. In addition, *Journal of Clinical Periodontology* requires that all articles include a section on Clinical Relevance and disclose Source of Funding and Conflict of Interests. Figures, Figure Legends and Tables should be included where appropriate. All manuscripts should emphasize clarity and brevity. Authors should pay special attention to the presentation of their findings so that they may be communicated clearly. Technical jargon should be avoided as much as possible and be clearly explained where its use is unavoidable.

Title Page: The title must be concise and contain no more than 100 characters including spaces. The title page should include a running title of no more than 40 characters; 5-10 key words, complete names of institutions for each author, and the name, address, telephone number, fax number and e-mail address for the corresponding author.

Conflict of Interest and Source of Funding: Authors are required to disclose all sources of institutional, private and corporate financial support for their study. Suppliers of materials (for free or at a discount from current rates) should be named in the source of funding and their location (town, state/county, country) included. Other suppliers will be identified in the text. If no funding has been available other than that of the author's institution, this should be specified upon submission. Authors are also required to disclose any potential conflict of interest. These include financial interests (for example patent, ownership, stock ownership, consultancies, speaker's fee,) or provision of study materials by their manufacturer for free or at a discount from current rates. Author's conflict of interest (or information specifying the absence of conflicts of interest) and the sources of funding for the research will be published under a separate heading entitled "Conflict of Interest and Source of Funding Statement". See Editor-in-Chief Maurizio Tonetti's [Editorial on Conflict of Interest and Source of Funding](#) and www.icmje.org/#conflicts for generally accepted definitions.

Abstract: is limited to 200 words in length and should not contain abbreviations or references. The abstract should be organized according to the content of the paper. For Original Research Articles the abstract should be organized with aim, materials and methods, results and conclusions. For clinical trials, it is encouraged that the abstract finish with the clinical trial registration number on a free public database such as clinicaltrials.gov.

Clinical Relevance: This section is aimed at giving clinicians a reading light to put the present research in perspective. It should be no more than 100 words and should not be a repetition of the abstract. It should provide a clear and concise explanation of the rationale for the study, of what was known before and of how the present results advance knowledge of this field. If appropriate, it may also contain suggestions for clinical practice. It should be structured with the following headings: scientific rationale for study, principal findings, and practical implications. Authors should pay particular attention to this text as it will be published in a highlighted box within their manuscript; ideally, reading this section should leave clinicians wishing to learn more about the topic and encourage them to read the full article.

Acknowledgements: Under acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited.

5.3. Original Research Articles

These must describe significant and original experimental observations and provide sufficient detail so that the observations can be critically evaluated and, if necessary, repeated. Original articles will be published under the heading of clinical periodontology, implant dentistry or pre-clinical sciences and must conform to the highest international standards in the field.

Main Text of Original Research Articles should be organized with Introduction, Materials and Methods, Results and Discussion. The background and hypotheses underlying the study, as well as its main conclusions, should be clearly explained. Please see Sample Manuscript.

Introduction: should be focused, outlining the historical or logical origins of the study and not summarize the results; exhaustive literature reviews are not appropriate. It should close with the explicit statement of the specific aims of the investigation.

Material and Methods: must contain sufficient detail such that, in combination with the references cited, all clinical trials and experiments reported can be fully reproduced. As a condition of publication, authors are required to make materials and methods used freely available to academic researchers for their own use. This includes antibodies and the constructs used to make transgenic animals, although not the animals themselves.

(a) Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at www.consort-statement.org.

A [CONSORT checklist](#) should also be included in the submission material. If your study is a randomized clinical trial, you will need to fill in all sections of the CONSORT Checklist. If your study is not a randomized trial, not all sections of the checklist might apply to your manuscript, in which case you simply fill in N/A.

Journal of Clinical Periodontology encourages authors submitting manuscripts reporting from a clinical trial to register the trials in any of the following free, public clinical trials registries: www.clinicaltrials.gov, <http://clinicaltrials-dev.ifpma.org/>, <http://isrctn.org/>. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the paper.

(b) Statistical Analysis: As papers frequently provide insufficient detail as to the performed statistical analyses, please describe with adequate detail. For clinical trials intention to treat analyses are encouraged (the reasons for choosing other types of analysis should be highlighted in the submission letter and clarified in the manuscript).

(c) DNA Sequences and Crystallographic Structure Determinations: Papers reporting protein or DNA sequences and crystallographic structure determinations will not be accepted without a Genbank or Brookhaven accession number, respectively. Other supporting data sets must be made available on the publication date from the authors directly.

(d) Experimental Subjects: Experimentation involving human subjects will only be published if such research has been conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association Declaration of Helsinki (version VI, 2002 www.wma.net/e/policy/b3.htm) and the additional requirements, if any, of the country where the research has been carried out. Manuscripts must be accompanied by a statement that the experiments were undertaken with the understanding and written consent of each subject and according to the above mentioned principles. A statement regarding the fact that the study has been independently reviewed and approved by an ethical board should also be included.

When experimental animals are used the methods section must clearly indicate that adequate measures were taken to minimize pain or discomfort. Experiments should be carried out in accordance with the Guidelines laid down by the National Institute of Health (NIH) in the USA regarding the care and use of animals for experimental procedures or with the European Communities Council Directive of 24 November 1986 (86/609/EEC) and in accordance with local laws and regulations.

All studies using human or animal subjects should include an explicit statement in the Material and Methods section identifying the review and ethics committee approval for each study, if applicable. Editors reserve the right to reject papers if there is doubt as to whether appropriate procedures have been used.

Results: should present the observations with minimal reference to earlier literature or to possible interpretations.

Discussion: may usefully start with a brief summary of the major findings, but repetition of parts of the abstract or of the results section should be avoided. The discussion section should end with a brief conclusion and a comment on the potential clinical relevance of the findings. Statements and interpretation of the data should be appropriately supported by original references.

The discussion may usefully be structured with the following points in mind (modified from the proposal by Richard Horton (2002), *The Hidden Research Paper, The Journal of the American Medical Association*, 287, 2775-2778). Not all points will apply to all studies and its use is optional, but we believe it will improve the discussion section to keep these points in mind.

Summary of key finding

- * Primary outcome measure(s)
- * Secondary outcome measure(s)
- * Results as they relate to a prior hypothesis

Strengths and Limitations of the Study

- * Study Question
- * Study Design
- * Data Collection
- * Analysis
- * Interpretation
- * Possible effects of bias on outcomes

Interpretation and Implications in the Context of the Totality of Evidence

- * Is there a systematic review to refer to?
- * If not, could one be reasonably done here and now?
- * What this study adds to the available evidence
- * Effects on patient care and health policy
- * Possible mechanisms

Controversies Raised by This Study

Future Research Directions

- * For this particular research collaboration
- * Underlying mechanisms
- * Clinical research

5.4. Clinical Innovation Reports

These are suited to describe significant improvements in clinical practice such as the report of a novel surgical technique, a breakthrough in technology or practical approaches to recognized clinical challenges. They should conform to the highest scientific and clinical practice standards.

Main Text of Clinical Innovation Reports should be organized with Introduction, Clinical Innovation Report, Discussion and Conclusion.

5.5. Case Reports

Case reports illustrating unusual and clinically relevant observations are acceptable but their merit needs to provide high priority for publication in the Journal. On rare occasions, completed cases displaying non-obvious solutions to significant clinical challenges will be considered.

Main Text of Case Reports should be organized with Introduction, Case report, Discussion and Conclusion.

5.6. Reviews

Reviews are selected for their broad general interest; all are refereed by experts in the field who are asked to comment on issues such as timeliness, general interest and balanced treatment of controversies, as well as on scientific accuracy. Reviews should take a broad view of the field rather than merely summarizing the authors' own previous work, so extensive citation of the authors' own publications is discouraged. The use of state-of-the-art evidence-based systematic approaches is expected. Reviews are frequently commissioned by the editors and, as such, authors are encouraged to submit a proposal to the Journal. Review proposals should include a full-page summary of the proposed contents with key references.

Main Text of Reviews should be organized with Introduction, Review of Current Literature, Discussion and Conclusion.

5.7. References

It is the policy of the Journal to encourage reference to the original papers rather than to literature reviews. Authors should therefore keep citations of reviews to the absolute minimum.

We recommend the use of a tool such as [EndNote](http://www.endnote.com/support/enstyles.asp) or [Reference Manager](http://www.refman.com/support/rmstyles.asp) for reference management and formatting. EndNote reference styles can be searched for here: www.endnote.com/support/enstyles.asp Reference Manager reference styles can be searched for here: www.refman.com/support/rmstyles.asp

Please note that all unpublished papers (submitted or in press) included in the reference list should be provided in a digital version at submission. The unpublished paper should be uploaded as a supplementary file for review.

References in the text should quote the last name(s) of the author(s) and the year of publication (Brown & Smith 1966). Three or more authors should always be referred to as, for example, Brown et al. 1966.

A list of references should be given at the end of the paper and should follow the recommendations in Units, Symbols and Abbreviations: A Guide for Biological and Medical Editors and Authors, (1975), p. 36. London: The Royal Society of Medicine.

a) The arrangement of the references should be alphabetical by first author's surname.

b) The order of the items in each reference should be:

(i) for journal references:

name(s) of author(s), year, title of paper, title of journal, volume number, first and last page numbers.

(ii) for book references:

name(s) of author(s), year, chapter title, title of book in italics, edition, volume, page number(s), town of publication, publisher.

c) Authors' names should be arranged thus:

Smith, A. B., Jones, D. E. & Robinson, F. C.

Note the use of the ampersand and omission of comma before it. Authors' names when repeated in the next reference are always spelled out in full.

d) The year of publication should be surrounded by parentheses: (1967).

e) The title of the paper should be included without quotation marks.

f) The journal title should be written in full, italicised (single underlining in typescript), and followed by volume number in bold type (double underlining on typescript) and page numbers.

Examples:

Botticelli, D., Berglundh, T. & Lindhe, J. (2004) Hard-tissue alterations following immediate implant placement in extraction sites. *Journal of Clinical Periodontology* 10, 820-828. doi:10.1111/j.1600-051X.2004.00565.x

Lindhe, J., Lang, N.P. & Karring, K. (2003) *Periodontology and Implant Dentistry*. 4th edition, p. 1014, Oxford. Blackwell Munksgaard.

Bodansky, O. (1960) Enzymes in tumour growth with special reference to serum enzymes in cancer. In *Enzymes in Health and Disease*, eds. Greenberg, D. & Harper, H. A., pp. 269-278. Springfield: Thomas.

URL:

Full reference details must be given along with the URL, i.e. authorship, year, title of document/report and URL. If this information is not available, the reference should be removed and only the web address cited in the text.

Example:

Smith A. (1999) Select Committee Report into Social Care in the Community [WWW document]. URL <http://www.dhss.gov.uk/reports/report0394498.html> [accessed on 7 November 2003]

5.8. Tables, Figures and Figure Legends

Tables: should be double-spaced with no vertical rulings, with a single bold ruling beneath the column titles. Units of measurements must be included in the column title.

Figures: All figures should be planned to fit within either 1 column width (8.0 cm), 1.5 column widths (13.0 cm) or 2 column widths (17.0 cm), and must be suitable for photocopy reproduction from the printed version of the manuscript. Lettering on figures should be in a clear, sans serif typeface (e.g. Helvetica); if possible, the same typeface should be used for all figures in a paper. After reduction for publication, upper-case text and numbers should be at least 1.5-2.0 mm high (10 point Helvetica). After reduction symbols should be at least 2.0-3.0 mm high (10 point). All half-tone photographs should be submitted at final reproduction size. In general, multi-part figures should be arranged as they would appear in the final version. Each copy should be marked with the figure number and the corresponding author's name. Reduction to the scale that will be used on the page is not necessary, but any special requirements (such as the separation distance of stereo pairs) should be clearly specified.

Unnecessary figures and parts (panels) of figures should be avoided: data presented in small tables or histograms, for instance, can generally be stated briefly in the text instead. Figures should not contain more than one panel unless the parts are logically connected; each panel of a multipart figure should be sized so that the whole figure can be reduced by the same amount and reproduced on the printed page at the smallest size at which essential details are visible.

Figures should be on a white background, and should avoid excessive boxing, unnecessary colour, shading and/or decorative effects (e.g. 3-dimensional skyscraper histograms) and highly pixelated computer drawings. The vertical axis of histograms should not be truncated to exaggerate small differences. The line spacing should be wide enough to remain clear on reduction to the minimum acceptable printed size.

Figures divided into parts should be labelled with a lower-case, boldface, roman letter, a, b, and so on, in the same typesize as used elsewhere in the figure. Lettering in figures should be in lower-case type, with the first letter capitalized. Units should have a single space between the number and the unit, and follow SI nomenclature or the nomenclature common to a particular field. Thousands should be separated by thin spaces (1 000). Unusual units or abbreviations should be spelled out in full or defined in the legend. Scale bars should be used rather than magnification factors, with the length of the bar defined in the legend rather than on the bar itself. In general, visual cues (on the figures themselves) are preferred to verbal explanations in the legend (e.g. broken line, open red triangles etc.)

Preparation of Electronic Figures for Publication: Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (lineart) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have a resolution of 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size (see below). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible).

For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: lineart: >600 dpi; half-tones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Further information can be obtained at Blackwell Publishing's guidelines for figures: www.blackwellpublishing.com/bauthor/illustration.asp.

Check your electronic artwork before submitting it: www.blackwellpublishing.com/bauthor/eachecklist.asp

Permissions: If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

Figure Legends: should be a separate section of the manuscript, and should begin with a brief title for the whole figure and continue with a short description of each panel and the symbols used; they should not contain any details of methods.

5.9. Supplementary Material

Supplementary material, such as data sets or additional figures or tables that will not be published in the print edition of the Journal but which will be viewable in the online edition can be submitted. The Editor-in-Chief should be contacted at the time of submission of your paper. Please see www.blackwellpublishing.com/bauthor/suppmat.asp for further information on the submission of Supplementary Materials.

6. AFTER ACCEPTANCE

Upon acceptance of a paper for publication, the manuscript will be forwarded to the Production Editor who is responsible for the production of the journal.

6.1 Proof Corrections

The corresponding author will receive an email alert containing a link to a web site. A working email address must therefore be provided for the corresponding author. The proof can be downloaded as a PDF (portable document format) file from this site.

Acrobat Reader will be required in order to read this file. This software can be downloaded (free of charge) from the following Web site: www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html. This will enable the file to be opened, read on screen, and printed out in order for any corrections to be added. Further instructions will be sent with the proof. Hard copy proofs will be posted if no e-mail address is available; in your absence, please arrange for a colleague to access your e-mail to retrieve the proofs. Proofs must be returned to the Production Editor within three days of receipt.

As changes to proofs are costly, we ask that you only correct typesetting errors. Excessive changes made by the author in the proofs, excluding typesetting errors, will be charged separately. Other than in exceptional circumstances, all illustrations are retained by the publisher. Please note that the author is responsible for all statements made in his work, including changes made by the copy editor.

6.2 Early Online Publication Prior to Print

Journal of Clinical Periodontology is covered by Blackwell Publishing's OnlineEarly service. OnlineEarly articles are complete full-text articles published online in advance of their publication in a printed issue. OnlineEarly articles are complete and final. They have been fully reviewed, revised and edited for publication, and the authors' final corrections have been incorporated. Because they are in final form, no changes can be made after online publication. The nature of OnlineEarly articles means that they do not yet have volume, issue or page numbers, so OnlineEarly articles cannot be cited in the traditional way. They are therefore given a Digital Object Identifier (DOI), which allows the article to be cited and tracked before it is allocated to an issue. After print publication, the DOI remains valid and can continue to be used to cite and access the article.

6.3 Online Production Tracking

Online production tracking is available for your article through Blackwell's Author Services. Author Services enables authors to track their article - once it has been accepted - through the production process to publication online and in print. Authors can check the status of their articles online and choose to receive automated e-mails at key stages of production. The author will receive an e-mail with a unique link that enables them to register and have their article automatically added to the system. Please ensure that a complete e-mail address is provided when submitting the manuscript. Visit www.blackwellpublishing.com/bauthor for more details on online production tracking and for a wealth of resources including FAQs and tips on article preparation, submission and more.

6.4 Author Material Archive Policy

Please note that unless specifically requested, Blackwell Publishing will dispose of all electronic material submitted one month after publication. If you require the return of any material submitted, please inform the editorial office or production editor as soon as possible.

6.5 Offprints

A PDF offprint of the online published article will be provided free of charge to the corresponding author, and may be distributed subject to the Publisher's terms and conditions. Additional paper offprints may be ordered online. Please click on the following link, fill in the necessary details and ensure that you type information in all of the required fields: Offprint.Cosprinters. If you have queries about offprints please email offprint@cosprinters.com

The corresponding author will be sent a complimentary copy of the journal in which the paper is published. Add in any journal specific offprint material here.

6.6 Author Services

For more substantial information on the services provided for authors, please see [Blackwell Publishing Author Services](#)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: APLICAÇÃO DO ÍNDICE UNITED KINGDOM ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (OHQoL-UK) EM PORTADORES DE PERIODONTITE

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Manuela Wanderley Ferreira Lopes (Mestranda em Clínica Integrada – UFPE).

OBJETIVO: Aplicar a versão portuguesa do instrumento OHQoL-UK em pacientes portadores de periodontite.

METODOLOGIA: Será aplicado de um questionário para avaliar as variáveis sócio-econômicas e a versão portuguesa do instrumento OHQoL-UK com a finalidade de avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em pacientes portadores de periodontite. Serão entrevistados pacientes com idade acima de 18 anos e de ambos os sexos que procurarem a Clínica de Periodontia do Curso de Graduação de Odontologia da UFPE, a Clínica de Especialização em Periodontia da UFPE e a Clínica de Periodontia da FOP- UPE.

BENEFÍCIO: Todos os participantes serão encaminhados para tratamento.

RISCOS: Os riscos inerentes a esta pesquisa se referem a algum tipo de constrangimento que os pacientes possam vir a ter em responder os formulários sócio-econômicos e a versão portuguesa do OHQoL-UK.

Eu, _____ RG nº _____,

Abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo participar desta pesquisa, para o trabalho dissertação do mestrado realizado no Curso de Pós-graduação de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, bem como autorizo toda a documentação necessárias, a divulgação e a publicação da mesma, em periódicos científicos, na área de odontologia.

DIREITOS:

1. A garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso me traga prejuízo, sem que isso interrompa meu tratamento periodontal;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido caráter confidencial da informação relacionada com minha privacidade;
4. O compromisso de proporcionar-me informação atualizada durante o estudo, ainda que este possa afetar a minha vontade de continuar participando;

Tendo ciência do exposto acima, desejo participar da pesquisa.

Recife, _____ de _____ de 2007

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Pesquisador

Assinatura da Testemunha

Assinatura da Testemunha

QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO

FORMULÁRIO: VARIÁVEIS SOCIO ECONOMICAS

SEXO: 1. () M 2. () F

IDADE: ____

ESTADO CIVIL:

1. () Solteiro 2. () Casado 3. () Divorciado 4. () Viúvo

ESCOLARIDADE:

1. () Analfabeto 2. () 1º Grau incompleto 3. () 1º Grau completo
4. () 2º Grau incompleto 5. () 2º Grau completo 6. () 3º Grau incompleto
7. () 3º Grau completo 8. () Pós-graduado

RENDIA INDIVIDUAL: _____

RENDIA FAMILIAR: _____

PERIODONTITE

1. () Periodontite Crônica leve localizada 2. () Periodontite Crônica leve
generalizada
3. () Periodontite Crônica moderada localizada 4. () Periodontite Crônica moderada
generalizada
5. () Periodontite Crônica severa localizada 6. () Periodontite Crônica severa
generalizada
7. () Periodontite Agressiva localizada 8. () Periodontite Agressiva generalizada

ÍNDICE OHQoL-UK

UNITED KINGDOM ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE

“Que efeito os seus dentes, gengivas, boca e/ou próteses têm sobre (por exemplo, seu conforto, sua fala)?”

- conforto (ausência de dor ou desconforto)

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- hálito

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- alimentação ou sua capacidade de apreciação das comidas

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- aparência

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- saúde geral

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- fala

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- sorriso

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- sono

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- auto-confiança

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- humor

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- preocupações

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- personalidade

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- vida social

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- trabalho

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- suas finanças

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

- relações amorosas

1. () muito ruim 2. () ruim 3. () sem efeito 4. () bom 5. () muito bom

Score Total: _____