

AUTOPERCEPÇÃO E CONDIÇÃO PERIODONTAL DE PACIENTES COM PERIODONTITE AGRESSIVA

SELF-PERCEPTION AND PERIODONTAL CONDITION OF PATIENTS WITH AGGRESSIVE PERIODONTITIS

Cláudia Oliveira Chaves¹, Cláudia Maria Coêlho Alves², Liana Linhares Lima², Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira²

Resumo

Introdução: A periodontite agressiva é uma doença rara, de progressão rápida e se apresenta na forma localizada ou generalizada. **Objetivo:** Avaliar pacientes com diagnóstico de periodontite agressiva, a autopercepção em relação à doença e o impacto desta na qualidade de vida. **Métodos:** De 689 fichas de pacientes atendidos na clínica de Periodontia da UFMA entre 2011 e 2014 foram selecionadas 14 fichas de pacientes com diagnóstico de periodontite agressiva, dos quais 12 pacientes foram reavaliados para verificar os parâmetros profundidade clínica de sondagem, recessão gengival, nível de inserção clínica, mobilidade dentária, envolvimento de furca, índice de placa visível, índice de sangramento à sondagem e perda dentária. Destes, 10 foram diagnosticados com periodontite agressiva e responderam ao questionário de autorpercepção do *Oral Health Impact Profile - 14*. **Resultados:** Na amostra, 90,0% eram mulheres, 70,0% eram menores de 30 anos, 70,0% eram negros e 70,0% tiveram diagnóstico de periodontite agressiva generalizada. A média do nível de inserção clínica foi de 8mm nas faces livres e proximais, os valores de índice de placa visível (19,12) e índice de sangramento à sondagem (5,25) foram maiores nas faces proximais e 80,0% dos pacientes atribuíram impacto fraco da doença na qualidade de vida. **Conclusão:** A periodontite agressiva generalizada teve maior prevalência, houve similaridade nos valores médios do nível de inserção clínica entre faces livres e proximais, faces proximais apresentaram maior média dos índices de placa visível e de sangramento à sondagem e a maioria dos pacientes, considerou fraco o impacto da doença na qualidade de vida.

Palavras-chave: Periodontite agressiva. Autopercepção. Saúde bucal.

Abstract

Introduction: Aggressive periodontitis is a rare disease, with rapid progression and may present in a localized or generalized form. **Objective:** Evaluate patients with AP, self-perception about the disease and the impact it represents in quality of life. **Methods:** A total of 14 patient files with aggressive periodontitis were selected from 689 patient records at the UFMA Periodontics Clinic between 2011 and 2014, of which 12 patients were reevaluated to verify the clinical depth of probing, gingival recession, clinical attachment level, dental mobility, furcation involvement, plaque index and bleeding on probing and tooth loss. Ten patients had a confirmed diagnosis of aggressive periodontitis and answered the Oral Health Impact Profile - 14 questionnaire to assess self-perception. **Results:** In the sample, 90% were women, 70% were under 30 years old, 70% were black and 70% diagnosed with generalized aggressive periodontitis. The mean value for clinical attachment level was 8 mm on the free and proximal faces, the values of plaque index (19.12) and bleeding on probing (5.25) were higher on the proximal faces and 80% of patients attributed a weak impact of the disease on quality of life. **Conclusion:** Generalized aggressive periodontitis had a higher prevalence, there was similarity in the mean values of the clinical insertion level between free and proximal faces, proximal faces presented a higher mean of visible plaque indexes and bleeding at probing, and the majority of patients considered weak the impact of the disease on quality of life.

keywords: Aggressive periodontitis. Self-perception. Oral health.

Introdução

A periodontite agressiva (PA) é uma doença rara caracterizada pela destruição acentuada dos tecidos de inserção periodontal em indivíduos jovens, entretanto também pode ser detectada em todas as idades e grupos étnicos¹. Suas principais características envolvem história médica não significativa do paciente e a concentração familiar dos casos^{2,3}, além da quantidade de depósitos microbianos incompatíveis com a gravidade da destruição do tecido periodontal e da deficiência no sistema imunológico do hospedeiro^{4,6}. A PA apresenta uma microbiota com grande heterogenicidade de bactérias⁷, como *Porphyromonas gingivalis*⁸, *Tannerella forsythia*, além de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), que é considerado o microrganismo chave na PAL⁹⁻¹¹.

A PA é subdividida em periodontite agressiva

localizada (PAL) e generalizada (PAG)¹². A PAG afeta adultos, promove perda de inserção generalizada em pelo menos três dentes permanentes, além dos primeiros molares e incisivos. Possui resposta insuficiente do anticorpo sérico aos agentes infectantes. A PAL acomete jovens próximos à puberdade, tem forte resposta do anticorpo sérico aos agentes infectantes e está localizada no primeiro molar e incisivos. Apresenta perda de inserção interproximal, em ao menos dois dentes permanentes, sendo um deles o primeiro molar e não envolvendo mais que dois dentes além dos primeiros molares e incisivos^{6,12-15}.

O diagnóstico da PA envolve a avaliação dos dados clínicos, radiográficos e história pregressa do paciente⁶. Já o tratamento da PA varia desde a raspagem e alisamento radicular, com ou sem antibioticoterapia sistêmica¹⁶, até a exodontia do elemento envolvi-

¹. Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Odontologia. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

². Docente do Curso de Odontologia. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Contato: Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira. E-mail: adriana.ufma@hotmail.com

do¹⁷. O metronidazol em associação com a amoxicilina é capaz de eliminar *Aa* subgengival de forma mais efetiva do que em um regime único de antibiótico e deve ser administrado somente em conjunto com a terapia mecânica, pois o biofilme estruturado confere proteção aos patógenos¹⁸.

A doença periodontal (DP) pode influenciar no bem-estar individual, coletivo e na qualidade de vida, interferindo na função mastigatória, na aparência e até nas relações interpessoais^{19,20}. O OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*) é um índice que contém 14 perguntas de cunho físico, social e psicológico utilizado para avaliar como as afecções bucais afetam a qualidade de vida dos pacientes e permite saber como o paciente percebe sua condição bucal²¹. Assim, o profissional obtém uma avaliação mais completa, da saúde do paciente e suas necessidades emergenciais, proporcionando-lhe maior satisfação^{22,23}.

Estudos sobre a relação entre a situação clínica dental e seu impacto na qualidade de vida do paciente observaram, por meio do OHIP-14, que os pacientes com DP declararam que a doença teve impacto negativo na qualidade de vida²⁴⁻²⁸. Observaram ainda que quanto mais grave é a DP, maior o impacto que ela exerce^{24,26,29} e quando comparadas às outras DPs, a PA sempre causa maior impacto no dia-a-dia do paciente^{25,27}. Um estudo avaliou a importância do tratamento periodontal no bem-estar de pacientes com diagnóstico de PA. Os pacientes relataram ter desenvolvido um autocuidado mais apurado, além de obter um profundo bem-estar após o tratamento³⁰.

Portanto, visto que a relação entre PA e qualidade de vida pode ser negativa e recorrente, o objetivo deste trabalho foi avaliar pacientes com diagnóstico de PA e sua autopercepção em relação à doença, bem como o impacto que ela representa em sua qualidade de vida.

Métodos

Foram avaliadas 689 fichas clínicas de pacientes que foram atendidos na Clínica de Periodontia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, no período de 2011 a 2014. Todas as fichas dos pacientes previamente diagnosticados com PA (um total de 14 fichas) foram selecionadas e estes indivíduos foram contactados para uma nova avaliação periodontal. De um total de 14 indivíduos, de ambos os sexos e na faixa etária de 11 a 49 anos, apenas 12 foram localizados e reavaliados por um mesmo avaliador para evitar possíveis diferenças nas mensurações. Dos 12 pacientes, 10 pacientes tiveram o diagnóstico de PA confirmado, responderam o questionário do OHIP-14 e configuraram a amostra desta pesquisa.

Os achados iniciais referentes aos parâmetros periodontais profundidade clínica de sondagem (PCS), recessão gengival (RG), nível de inserção clínica (NIC), mobilidade dentária, envolvimento de furca, índice de sangramento à sondagem e índice de placa foram transportados da ficha clínica para um banco de dados no Microsoft Office Excel. No segundo momento, os pacientes foram reavaliados. Os valores de PCS, RG e NIC foram medidos em 6 sítios (mésio-vestibular, médio-vestibular, disto-vestibular, mésio-palatino / lingual, médio-palatino / lingual e disto-palatino /

lingual) em todos os dentes do paciente³¹.

A classificação da mobilidade dentária foi dada em: GRAU 1 - Mobilidade horizontal maior que 0,2 mm e menor que 1 mm; GRAU 2 - Mobilidade horizontal > 1 mm; e GRAU 3 - Mobilidade do dente no sentido horizontal e vertical³¹. O envolvimento de furca foi identificado como: GRAU I - perda horizontal dos tecidos de suporte não excedendo 1/3 da largura do dente; GRAU II - perda horizontal dos tecidos de suporte excedendo 1/3 da largura do dente, mas não envolvendo toda a largura do dente; e GRAU III - perda horizontal de lado a lado dos tecidos de suporte³².

O índice de sangramento à sondagem (ISS) foi classificado em 0 para ausência e 1 para presença em seis sítios³³. O Índice de placa (IP) foi obtido pela evidência com solução à base de fucsina (Eviplac, Biodinâmica Quím. e Farm. Ltda, Ibioporã (PR)) em quatro sítios, mesial, distal, vestibular e lingual / palatina, cujo resultado foi expresso em percentual: ótimo (0-16%); bom (17-33%); mau (34-66%) e péssimo (67-100%)³⁴.

Foi verificado também o percentual de dentes perdidos na variação de até 8 dentes e mais de 8 dentes. Foram realizados também exames de imagem (radiografias periapicais) das regiões mais comprometidas em que houve dentes com mobilidade grau III e envolvimento de furca para avaliar perda óssea alveolar e a permanência / funcionalidade do elemento dental.

Foi aplicado o questionário do índice OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*) com o intuito de observar aspectos sobre o impacto na qualidade de vida dos pacientes reavaliados²³. Foi utilizado o método ponderado padronizado (*weighted-standardized method*), que leva em conta o peso de cada questão e multiplica pela codificação da pergunta, conforme a escala do tipo *Likert* (Nunca = 0; Raramente = 1; Às vezes = 2; Frequentemente = 3; Sempre = 4; Não sabe = exclusão de todo o formulário). O peso de cada item foi gerado pelo método de comparação pareada de Thurstone²¹ (Quadro 1).

Quadro 1 - Pontuação das questões do OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*).

Questões	Peso
Pergunta 01	0,51
Pergunta 02	0,49
Pergunta 03	0,34
Pergunta 04	0,66
Pergunta 05	0,45
Pergunta 06	0,55
Pergunta 07	0,52
Pergunta 08	0,48
Pergunta 09	0,60
Pergunta 10	0,40
Pergunta 11	0,62
Pergunta 12	0,38
Pergunta 13	0,59
Pergunta 14	0,41

Ao final, as pontuações indicaram tanto a frequência quanto à gravidade de cada impacto, que foi classificado em fraco (0 a 9), médio (10 a 18) e forte (19 a 28). Como as respostas poderiam dar fracionadas, foram considerados valores menores que 9,33 como impacto fraco; valores entre 9,33 e menores que 18,66 para o médio; e entre 18,66 e 28 para o forte¹⁹.

Os dados coletados foram submetidos à análise descritiva. Os resultados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, conforme parecer nº 275.507. Todos os voluntários assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

O estudo foi realizado com 10 participantes na faixa etária de 11 a 49 anos, em que 9 (90%) eram do gênero feminino, 1 (1%) do gênero masculino, 7 (70%) da raça negra. Em sua maioria, a amostra foi de solteiros (6 indivíduos) e não fumantes (9 indivíduos). Com relação aos dentes perdidos, 4 (40%) pacientes não tiveram perda dentária e apenas 2 (20%) pacientes tiveram perda de mais de oito dentes. Foi observado ainda que 7 (70%) dos casos de PA foram na forma generalizada e 3 (30%) na forma localizada da doença. Com relação à quantidade de dentes perdidos, observou-se que 40% não tiveram perda de elementos dentais, 40% perderam de 1 a 8 dentes e apenas 20% tiveram perdas maiores que 8 elementos (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos participantes com periodontite agressiva. Clínica de Periodontia. Universidade Federal do Maranhão. São Luís - MA, 2011-2014.

Variáveis	n	%
Idade		
11 a 29	7	70,0
30 a 49	3	30,0
Gênero		
Feminino	9	90,0
Masculino	1	10,0
Raça		
Caucasiana	3	30,0
Negra	7	70,0
Estado Civil		
Solteiro	6	60,0
Casado	3	30,0
Divorciado	1	10,0
Hábito de Fumar		
Não fumante	9	90,0
Ex-fumante	1	10,0
Dentes Perdidos		
0	4	40,0
0 - 8	4	40,0
> 8	2	20,0
Diagnóstico Periodontal		
Periodontite Agressiva Localizada	3	30,0
Periodontite Agressiva Generalizada	7	70,0
Total de participantes	10	100,0

Os parâmetros periodontais de profundidade clínica de sondagem (PCS), nível de inserção clínica (NIC) e recessão gengival (RG) dos pacientes com PA. Constatou-se que as médias de PCS e NIC foram ligeiramente maiores nas faces proximais e que a média da RG foi praticamente a mesma para faces livres e proximais (Tabela 2).

A comparação dos parâmetros índice de placa (IP), índice de sangramento à sondagem (ISS), mobili-

Tabela 2 - Parâmetros periodontais dos participantes com periodontite agressiva. Clínica de Periodontia. Universidade Federal do Maranhão. São Luís - MA, 2011-2014.

Variável	Médias
PCS	Faces livres
	8,31
NIC	Faces Proximais
	8,43
RG	Faces livres
	8,30
	Faces Proximais
	8,32
	Faces livres
	6,23
	Faces proximais
	6,20

Valores da tabela = Média aritmética. PCS – Profundidade clínica de sondagem. NIC – Nível de inserção clínico. RG – Recessão gengival.

dade dentária e lesão de furca. Observou-se que o IP e o ISS foram maiores nas faces proximais, se comparado às faces livres. O grau 1 de mobilidade dentária prevaleceu em relação aos graus 2 e 3 e a lesão de furca de grau I foi a lesão mais encontrada (Tabela 3).

Tabela 3 - Parâmetros IP, ISG, Mobilidade dentária e Lesão de furca dos participantes com periodontite agressiva. Clínica de Periodontia. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, 2011-2014.

Variável	Médias
IPV	Faces livres
	09,16
ISG	Faces proximais
	19,12
	Faces livres
	02,91
	Faces proximais
	05,25
Mobilidade dentária	1
	03,33
	2
	01,91
	3
	01,00
Lesão de furca	I
	01,00
	II
	00,16
	III
	00,08

Valores da Tabela = Média aritmética. IP – Índice de Placa Visível. ISG – Índice de sangramento gengival.

A relação entre o OHIP-14 e a influência da PA na rotina e qualidade de vida. Dos 10 pacientes, somente 1 (1%) declarou que a PA teve um impacto forte na sua qualidade de vida, enquanto 8 (80%) pacientes avaliaram este impacto como fraco. A pontuação individual do OHIP-14 variou de 0,68 a 21,14 (Figura 1).

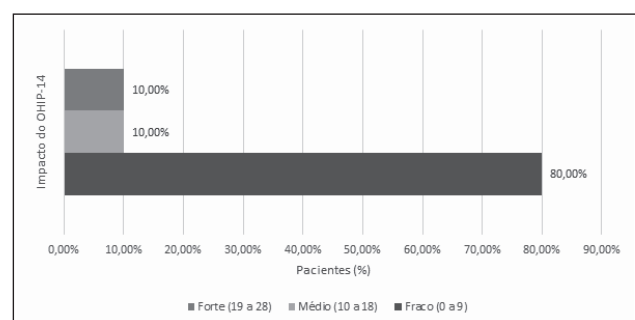


Figura 1 - Avaliação do OHIP-14 nos pacientes com periodontite agressiva (São Luís - MA, 2011-2014).

Discussão

A periodontite agressiva (PA) é uma infecção rara com manifestação clínica em idade precoce, mas que pode estar presente em homens e mulheres e qualquer grupo étnico^{1,6}. Uma revisão sistemática de resultados

de vários estudos mostrou prevalência similar da periodontite agressiva entre homens e mulheres e, em relação à etnia, a população africana e afrodescendente foi a maior acometida pela doença³⁵. No presente estudo, houve maior quantitativo de mulheres e negros diagnosticados com PA. A alta prevalência encontrada no sexo feminino pode ser explicada pelo fato de que mulheres tem, culturalmente, maior preocupação com a saúde e buscam locais de assistência à saúde com mais frequência se comparado aos homens³⁶.

Um estudo realizado nos Estados Unidos relatou a prevalência das formas localizada e generalizada da PA. Foi observado que o diagnóstico da PAL é quatro vezes mais frequente que a PAG tanto em brancos quanto em negros³⁷. Contraditoriamente, neste estudo foi encontrado que os casos de PAL foram menores que os de PAG, que sugere maior gravidade e extensão da doença nesta amostra.

Em relação aos parâmetros periodontais, em particular o padrão ouro que é o nível de inserção clínica (NIC), os pacientes apresentaram médias similares nas faces proximais e livres, caracterizando que a severa perda de inserção clínica aconteceu de forma generalizada e equilibrada em todos os sítios, situação que pode colaborar para a mobilidade dental e consequente perda parcial da função mastigatória. O mesmo resultado foi obtido para a recessão gengival (RG), cujas faces livres e proximais tiveram médias equivalentes. Em se tratando da profundidade clínica de sondagem (PCS), a média das faces proximais foi ligeiramente maior que a média das faces livres. Esses dados diferem de outro estudo, em relação ao parâmetro NIC, cujos valores foram menores, variando de 1 a 5 mm na população urbana. Para a PS os valores foram similares aos deste estudo (aproximadamente 8 mm), porém para a população rural²⁸.

Observou-se, por meio dos dados do índice de placa (IP) e de sangramento à sondagem (ISS), que as maiores médias foram encontradas nas faces proximais em comparação às faces livres. Os valores de IP e ISS maiores nas faces proximais sugere higienização deficiente/equivocada com o fio dental e remoção inadequada do biofilme nesta região, corroborando para o aumento da inflamação periodontal.

É possível perceber que a doença periodontal pode alcançar níveis de transtornos (físicos, sociais e psicológicos) diferentes e graves, que isto varia de acordo com o estágio da doença e que pode comprometer a saúde integral do paciente. Pacientes com doença periodontal e perda de inserção clínica acentuada relataram redução na qualidade de vida para limitação funcional, desconforto psicológico e incapacidade física²⁷.

O questionário OHIP-14 é válido e permite colher informações sobre o impacto de uma doença na qualidade de vida dos pacientes, orientando para que o cuidado seja também em prol da redução do sofrimento do indivíduo. No presente trabalho, os pacientes, em sua maioria, avaliaram o impacto da PA como fraco. Este resultado pode estar relacionado à quantidade de dentes perdidos, visto que 40% da amostra não tiveram perda dental e 20% tiveram perda de mais de 8 dentes. Perdas dentárias também afetam a qualidade de vida dos pacientes²⁸. Desta forma, quanto menor a quantidade de dentes ausentes, menor o impacto na vida do indivíduo. Além disto, a mobilidade grau I foi a mais prevalente no presente estudo, situação

que não exerce impacto relevante no dia-a-dia do paciente.

Contraditoriamente aos dados do presente estudo, uma pesquisa com 278 pacientes entre 19 e 71 anos diagnosticados com periodontites crônica e agressiva, constatou pelo OHIP-14 que os pacientes com PA relataram impacto forte em relação à qualidade de vida²⁵. Outros estudos também observaram que quanto maior a gravidade da DP, maiores foram os valores do impacto na rotina e qualidade de vida^{24,26,27,29}.

A dificuldade de muitos pacientes em perceberem as alterações que ocorrem na cavidade bucal em decorrência da doença periodontal pode colaborar para a explicação dos dados obtido pelo questionário OHIP-14 neste estudo. Uma pesquisa realizada em 201 pessoas com idade média de 66,7 anos para avaliar autopercepção da condição bucal mostrou que a percepção dos problemas bucais pelos pacientes foi precária, pois 60,8% declararam não ter problemas em seus dentes e 81,3% afirmaram não ter problemas em sua gengiva. Adicionalmente, observaram ainda que em se tratando de doenças assintomáticas e provavelmente desconhecidas pelo indivíduo, a autopercepção fica comprometida, diferentemente dos casos em que há sintomatologia dolorosa³⁸.

Entre os pontos fortes deste estudo está a utilização dos parâmetros periodontais como PCS, RG e NIC em 6 sítios, que permite uma avaliação abrangente e minuciosa da condição periodontal, informações sobre perda dental, mobilidade dentária, envolvimento de furca, índice de placa e de sangramento à sondagem e avaliação radiográfica das regiões em que houvesse dentes com mobilidade grau III e a utilização de apenas um examinador para a coleta de dados clínicos, visando obter um padrão de resultados.

Ainda, este estudo envolveu a autopercepção dos pacientes com PA por meio do OHIP-14 (o que ainda não havia sido realizado no contexto da UFMA), dessa forma veio somar informações aos achados na literatura sobre o impacto desta doença na qualidade de vida de pacientes. Contudo, a comparação dos resultados com outras pesquisas foi difícil, devido ao reduzido número de trabalhos que relacionam OHIP-14 e PA. Este questionário é aplicado com mais frequência em pesquisas de autopercepção em pacientes com doença periodontal crônica^{24,26,27,29}. No entanto, este estudo também apresenta limitações como a grande quantidade de fichas incompletas (que poderiam aumentar o número da amostra).

Conclui-se que os casos de periodontite agressiva generalizada foram superiores à forma localizada da doença. Não houve diferença entre as médias do nível de inserção clínica das faces livres e proximais, caracterizando perda de inserção severa e similar nos 6 sítios, e os valores dos índices de placa e de sangramento à sondagem foram superiores nas faces proximais. O impacto da periodontite agressiva avaliado pelo OHIP-14 foi considerado, em sua maioria, fraco.

Mediante as discrepâncias entre os índices clínicos e a percepção da condição periodontal, convém levantar a dúvida do nível de compreensão da população geral sobre a importância da saúde bucal e dos problemas que podem advir de sua negligência e, ainda, vê-se a necessidade de promover ações de conscientização sobre as afecções bucais e sobre o impacto que podem vir a ter na saúde geral e mental do indivíduo.

Referências

1. Papapanou PN. Periodontal diseases: epidemiology. *Ann Periodontol*, 1996; 1(1): 1-36.
2. Muñoz MA, Baggio R, Steffens JP, Santos FA, Pilatti GL. Aspectos genéticos e imunológicos da periodontite agressiva. *Rev Sul-Bras Odontol*, 2010; 7(1): 90-94.
3. Vieira AR, Albandar JM. The role of genetic factors in the pathogenesis of aggressive periodontitis. *Periodontol 2000*, 2014; 65(1): 92-106.
4. Michel J, Gonzáles JR, Wunderlich D, Diete A, Hermenn JM, Meyle J. Interleukin-4 polymorphisms in early onset periodontitis. *J Clin Periodontol*, 2001; 28(5): 483-488.
5. Nibali L, Donos N, Brett PM, Parkar M, Ellinas T, Llorente M. A familial analysis of aggressive periodontitis: clinical and genetic findings. *J Periodontol Res*, 2008; 43(6): 627-634.
6. Kulkarni C, Kinane DF. Host response in aggressive periodontitis. *Periodontol 2000*, 2014; 65(1): 79-91.
7. Könönen E, Müller HP. Microbiology of aggressive periodontitis. *Periodontol 2000*, 2014; 65(1): 46-78.
8. Tomita S, Komiya-Ito A, Imamura K, Kita D, Ota K, Takayama S, et al. Prevalence of Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis and Tannerella forsythia in Japanese patients with generalized chronic and aggressive periodontitis. *Microbial Pathogenesis*, 2013; 61(62):11-15.
9. Cortelli JR, Cortelli SC, Jordan S, Haraszthy VI, Zambon JJ. Prevalence of periodontal pathogens in Brazilians with aggressive or chronic periodontitis. *J Clin Periodontol*, 2005; 32(8): 860-866.
10. Dogan B, Kipalev AS, Okte E, Sultan N, Asikainen SE. Consistent intrafamilial transmission of Actinobacillus actinomycetemcomitans despite clonal diversity. *J Periodontol*, 2008; 79(2): 307-315.
11. Oettinger-Barak O, Sela M, Sprecher H, Machtei E. Clinical and microbiological characterization of localized aggressive periodontitis: a cohort study. *Aust Dent J*, 2014; 59(2):165-171.
12. Lang NBP, Cullinan M, Jeffcoat M, Mombelli A, Murakami S, Page R, et al. International classification workshop. Consensus report: aggressive periodontitis. *Ann Periodontol*, 1999; 4: 53.
13. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal disease and conditions. *Ann Periodontol*, 1999; 4(1):1-6.
14. Parameters of Care. Parameter on aggressive periodontitis. *J Periodontol*, 2000; 71(5 Suppl): 867-869.
15. American Academy of Periodontology. Parameter on aggressive periodontitis. *J Periodontol*, 2000; 71(5 Suppl): 867-869.
16. Worch KP, Listgarten MA, Korostoff JM. A multidisciplinary approach to the diagnosis and treatment of early-onset periodontitis: a case report. *J Periodontol*, 2001; 72(1): 96-106.
17. Campanelli V, Toledo BEC, Motta MESFM, Souza PHR. Tratamento da periodontite juvenil localizada. *Odonto 2000*, 1998; 2(2): 24-30.
18. Herrera D, Sanz M, Jepsen S, Needleman I, Roldán S. A systematic review on the effect of systemic antimicrobials as an adjunct to scaling and root planning in periodontitis patients. *J Clin Periodontol*, 2002; 29(Suppl 3): 136-159.
19. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Comm Dent Health*, 1988; 5(1): 3-18.
20. Okunseri C, Chattopadhyaya A, Lugo RI, Mcgrath 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.
21. Slade GR. Measuring oral health and quality of life. The oral health impact profile. Chapel Hill: University of North Carolina. *Dental Ecology*, 1997.
22. Chen MS, Hunter P. Oral Health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Social Sci Med*, 1996; 43(8): 1213-1222.
23. Atchison KA, Gift HC. Perceived oral health in a diverse sample. *Adv Dental Res*, 1997; 11(2): 272-280.
24. Ng SKS, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Comm Dent Oral Epidemiol*, 2006; 34(2): 114-122.
25. Araújo ACS, Gusmão ES, Batista JEM, Cimões R. Impact of periodontal disease on quality of life. *Quintessence Int*, 2010; 41(6):111-118.
26. Habashneh AR, Khader YS, Salameh S. Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *J Oral Sci*, 2012; 54(1): 113-120.
27. Jansson H, Wahlin A, Johansson V, A'Kerman S, Lundegren N, Isberg P, et al. Impact of Periodontal Disease Experience on Oral Health Related Quality of Life. *J Periodontol*, 2014; 85(3): 438-445.
28. Sanadhya S, Aapaliya P, Jain S, Sharma N, Choudhary G, Dobaria N. Assessment and comparison of clinical dental status and its impact on oral health-related quality of life among rural and urban adults of Udaipur, India: A cross-sectional study. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*, 2015; 5(2): 50-58.
29. Al-Harthy LS, Cullinan MP, Leichter JW, Thomson WM. The impact of periodontitis on oral health-related quality of life: a review of the evidence from observational studies. *Aust Dent J*, 2013; 58(3): 274-277.
30. Pinheiro ACC, Sandres DL, Oliveira GC, Lima DLF, Nuto SAS, Rego DM. Tratamento periodontal e bem-estar: um estudo qualitativo. *Rev Bras Prom Saúde*, 2006; 19(2): 68-73.
31. Mülhemann HR. The measuring method. Initial and secondary tooth mobility. *J Periodontol*, 1954; 25: 222-298.
32. Hamp SE, Nyman S, Lindhe J. Periodontal treatment of multirooted teeth. Results after 5 years. *J Clin Periodontol*, 1975; 2(3): 126-135.
33. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J*, 1975; 25(4): 229-235.
34. O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. *J Periodonto*, 1972; 43(1): 38.
35. Susin C, Haas AN, Albandar JM. Epidemiology and demographics of aggressive periodontitis. *Periodontol 2000*, 2014;65(1):27-45.
36. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*, 2000;50(10):1385-1401.
37. Loe H, Brown LJ. Early onset periodontitis in the United States of America. *J Periodontol*, 1991; 62(10): 608-616.
38. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Púb*, 2001; 35(4): 1-10.