

PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA QUANTO À CONDUTA CLÍNICA FRENTE ÀS RECESSÕES TECIDUAIS MARGINAIS

Perception of dentistry students for clinical conduct front of marginal tissue recession

Elonice Melo de Sousa¹, Rodrigo Ferreira Nunes², Ananda Souza Pereira².

¹ Professora doutora de Periodontia da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Brasil

² Cirurgiões-dentistas graduados pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Brasil

Recebimento: 13/10/16 - Correção: 22/12/16 - Aceite: 15/02/17

RESUMO

Introdução: A recessão tecidual marginal (RTM) corresponde à perda de inserção, resultando em um deslocamento e migração apical da margem gengival em relação à junção ameloementária. Atualmente a classificação de Miller (1985) é a mais utilizada pela literatura para categorizar os diferentes graus de RTM.

Objetivo: Avaliar o conhecimento dos acadêmicos de odontologia de uma instituição pública de ensino superior, frente à tomada de decisões para o tratamento das recessões teciduais marginais.

Metodologia: Estudo quantitativo descritivo, cujos dados foram obtidos através de questionários aplicados a acadêmicos de odontologia do sétimo ao nono período de uma instituição de ensino superior.

Resultados: detectou-se que 92,65% dos entrevistados afirmaram ter recebido na graduação informações sobre a etiologia das RTM, no entanto, somente 25% sentiam-se preparados para estabelecer um plano de tratamento. Outra descoberta foi que 82,35% dos participantes afirmaram desconhecer a classificação de Miller; em consonância apenas 20,59% conheciam seu pior prognóstico. A sensibilidade dentinária foi apontada como a principal indicação de recobrimento radicular a partir cirurgias mucogengivais em virtude de uma RTM (34,82%). Para 72% dos entrevistados uma mudança na técnica de escovação não solucionaria um caso de recessão. A ortodontia não foi mencionada como possibilidade de solução para a recessão em 51% das respostas. A totalidade, ou seja, 100% da amostra apontou a necessidade de abordagens mais efetivas durante a graduação quanto à etiologia e tratamento da RTM.

Conclusão: Os entrevistados evidenciaram um desconhecimento sobre a classificação e tratamento da patologia.

UNITERMS: Doenças periodontais, Retração gengival, Etiologia, Prevalência. R Periodontia 2017; 27: 17-26.

INTRODUÇÃO

A recessão tecidual marginal (RTM) corresponde à perda de inserção, resultando em um deslocamento da margem gengival livre, segundo a Academia Americana de Periodontologia (2001), a RTM é definida como a migração apical da margem gengival em relação à junção ameloementária.

A prevalência, extensão e severidade da recessão aumenta gradualmente com a idade (Furlan *et al.*, 2007). Nos EUA a RTM tem sido relatada em 78% de todos os indivíduos de 30 a 40 anos de idade, afetando 22 a 53% dos dentes. Em Oslo, Noruega, 51% dos indivíduos maiores de oito anos têm elementos afetados com a recessão. No Brasil, quase 99% dos sujeitos com idade superior a 50 anos apresentaram-se com recessão, devendo-se destacar que

mais de 40% dos indivíduos nessa faixa etária tenham pelo menos um dente com recessão maior do que 4 mm (Susin *et al.*, 2004; Furlan *et al.*, 2007)

A etiologia da RTM está relacionada a fatores anatômicos, fisiológicos, patológicos, traumas e higiene (Heasman *et al.*, 2015). Fenestrações, posição do dente no arco, deiscência óssea, movimentação ortodôntica incorreta, sequelas da doença periodontal, escovação traumática, traumas oclusais e também excesso ou falta de higiene são exemplos de fatores causais da recessão tecidual marginal (Kassab & Cohen, 2003).

As consequências clínicas da progressão da RTM podem levar ao surgimento de cárie radicular, higiene inadequada, patologias pulpares, hipersensibilidade dentinária e problemas estéticos em eventuais procedimentos restauradores, sendo estes dois últimos queixas frequentes dos pacientes

(Santamaria *et al.*, 2010; Naik *et al.*, 2016).

Diversas classificações foram propostas para definir as RTM, entretanto, a mais utilizada pela literatura é a de Miller (1985), que propôs uma classificação baseada na altura do osso interproximal e a extensão apical da recessão em relação à linha mucogengival. Esta é dividida em quatro classes: Classe I: Recessão gengival que não ultrapassa a linha mucogengival, sem perda óssea interproximal. Classe II: Recessão que ultrapassa a linha mucogengival, sem perda óssea interproximal. Classe III: Há perda óssea interproximal, porém coronal à extensão da recessão. Classe IV: Há perda óssea interproximal, porém apical à extensão da recessão.

Técnicas cirúrgicas de recobrimento radicular podem ser utilizadas para o tratamento da RTM (Frantz & Castro, 2013), no entanto, a profundidade da recessão, quantidade de gengiva queratinizada apical à recessão e o biótipo gengival são algumas das variáveis que condicionam a seleção da técnica cirúrgica adequada (Tsourounakis *et al.*, 2014).

Diante da alta prevalência e dos problemas clínicos associados com a RTM é relevante o completo domínio dos fatores etiológicos, os quais devem ser considerados durante o diagnóstico, planejamento e execução do tratamento.

A universidade como centro formador profissional deve questionar a efetividade de suas metodologias de ensino constantemente, para que conduza ao mercado de trabalho, profissionais dotados de conhecimento e capacidade de discernimento para prevenir, diagnosticar e tratar as patologias mais prevalentes na área da odontologia.

O presente estudo visou avaliar o conhecimento dos acadêmicos de odontologia de uma instituição ensino superior da cidade de Teresina/PI/Brasil, frente à tomada de decisões para o diagnóstico e tratamento das recessões teciduais marginais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo de caráter observacional transversal. Os dados foram coletados através de questionário aplicado aos participantes. O questionário avaliou a conduta terapêutica dos discentes de odontologia frente às RTM através de 10 perguntas com respostas fechadas e também foi abordada a percepção dos alunos frente a situações clínicas rotineiras, bem como seu conhecimento sobre as opções de tratamento.

Os participantes confirmaram sua cooperação através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), parecer nº: 1.523.010.

Foi utilizada uma amostra censitária constituída de 73 acadêmicos de odontologia do sétimo ao nono período de uma instituição pública de ensino superior na cidade de Teresina/ PI, os quais estavam matriculados em estágios supervisionados e já haviam cursado as disciplinas essenciais (Periodontia, Dentística, Endodontia e Prótese) para o conhecimento prévio das recessões teciduais marginais. A principal metodologia de ensino utilizada no curso é a tradicional (centrada no professor) e a estratégia é a aula expositiva com projeção de slides.

Um estudo piloto foi conduzido com alunos do sexto período (n=13) da mesma instituição para corrigir possíveis dúvidas e evitar viés da pesquisa. Dada à amostra censitária inicial, 68 alunos concordaram em participar voluntariamente.

Os participantes foram abordados de forma coletiva, sendo consultados participantes do mesmo bloco, ao mesmo tempo. Consultas de ordem externa e entre participantes não foram permitidas.

Os dados foram processados no programa SPSS®, versão 18.0 para Windows. Foi realizada análise descritiva dos dados e calculou-se a frequência relativa das respostas emitidas para cada questão, bem como o percentual de acerto para as perguntas objetivas.

RESULTADOS

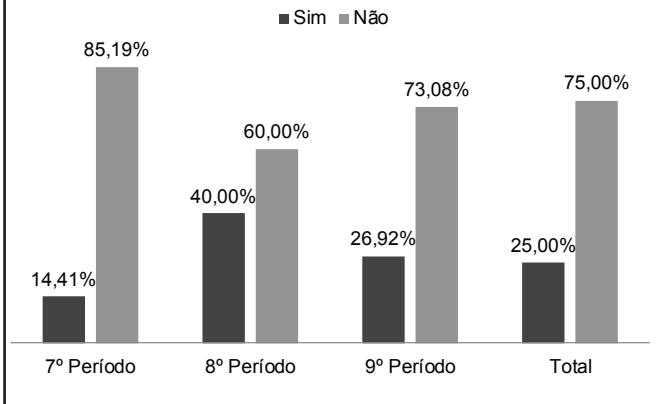
Dos 73 alunos aptos a participar da pesquisa, 68 aceitaram submeterem-se ao questionário, evidenciando a alta taxa de adesão ao estudo (93,15%).

Desses, 92,65% dos discentes afirmaram ter recebido informações sobre a etiologia das RTM durante a graduação (Tabela 1). Em contraponto, apenas 25% asseguraram sentir-se preparados para estabelecer um plano de tratamento frente a esta patologia. Os alunos do último período (73,08%) afirmaram não ter segurança para constituir uma conduta terapêutica adequada (Gráfico 1).

TABELA 1 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E PORCENTAGEM DAS RESPOSTAS DOS ALUNOS QUANTO AO RECEBIMENTO DE INFORMAÇÕES DURANTE GRADUAÇÃO SOBRE A ETIOLOGIA DAS RECESSÕES TECIDUAIS MARGINAIS		
Respostas	Frequência	Porcentagem (%)
Sim	63	92,65%
Não	4	5,88%
Não sei	1	1,47%
Total	68	100%

Fonte: Universidade Federal do Piauí, 2016.

GRÁFICO 1 - AVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES SOBRE SENTIREM-SE PREPARADOS PARA ESTABELECEER UM PLANO DE TRATAMENTO FRENTE A UMA RTM

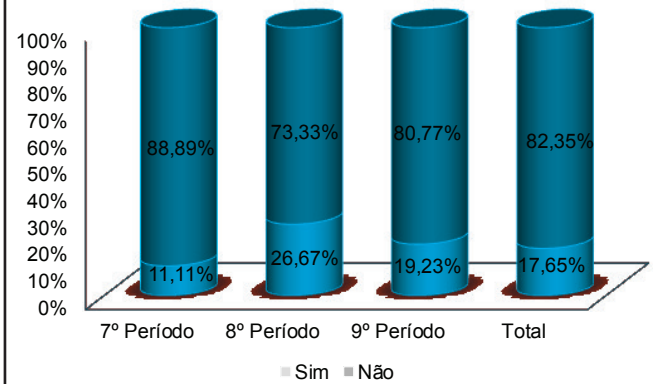


Fonte: Universidade Federal do Piauí, 2016.

Quando questionados sobre o conhecimento da classificação de Miller (1985), 82,35% dos alunos afirmaram desconhecer-la (Gráfico 2). Adicionalmente apenas 21% acertaram seu pior prognóstico (Gráfico 3).

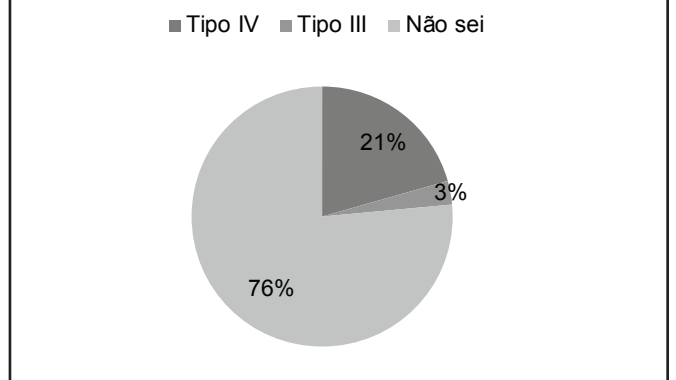
Em seguida os alunos foram indagados quanto à conduta clínica a ser exercida considerando casos clínicos hipotéticos rotineiros. Frente a um paciente com RTM em elementos anteriores superiores com Classe II de Miller (1985), 64,71% dos entrevistados assinalou corretamente que o recobrimento a partir de cirurgias mucogengivais seria tratamento de escolha. O recobrimento com resina fotopolimerizável foi citado em 19,12%, com cimento de ionômero de vidro (CIV) e fluorterapia em 7,35% cada (Gráfico 4).

GRÁFICO 2 - CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DE MILLER (1985) PARA AS RECESSÕES TECIDUAIS MARGINAIS.



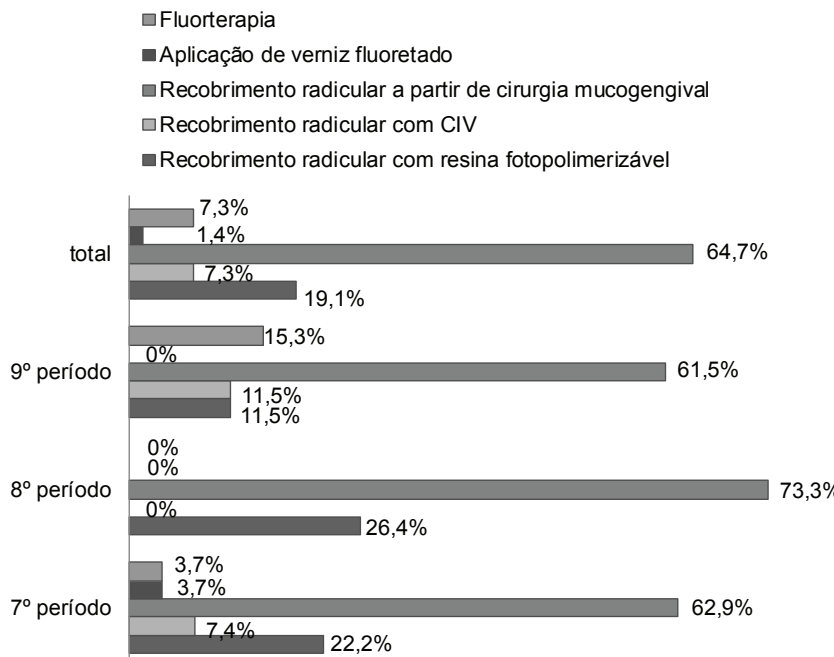
Fonte: Universidade Federal do Piauí, 2016.

GRÁFICO 3 - CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES QUANTO AO PROGNÓSTICO MAIS DESFAVORÁVEL SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE MILLER (1985).



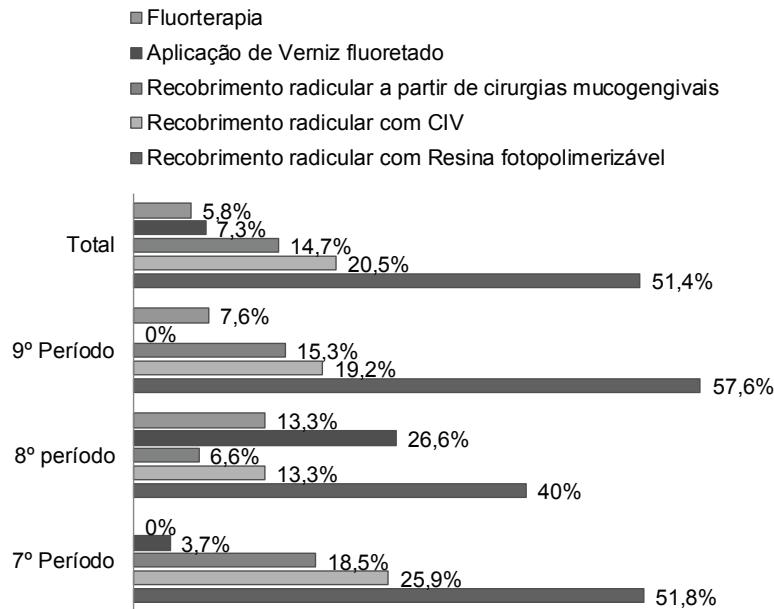
Fonte: Universidade Federal do Piauí, 2016.

GRÁFICO 4 - CONDUTA TERAPÊUTICA DOS DISCENTES FRENTE A UMA SIMULAÇÃO CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DE UMA RTM CLASSE II DE MILLER (1985).



Fonte: Universidade Federal do Piauí, 2016.

GRÁFICO 5 - CONDUTA DE TRATAMENTO DOS ALUNOS FRENTE A UM PACIENTE COM RTM CLASSE I DE MILLER(1985), RELATANDO SINTOMATOLOGIA DOLOROSA.



Diante de um paciente com sintomatologia dolorosa em uma recessão classe I ou II de Miller (1985) de bom prognóstico, apenas 14,7% acertou que a melhor opção de tratamento seria o recobrimento radicular a partir de cirurgias mucogengivais (Gráfico 5).

A tabela 2 aponta que a sensibilidade dentinária (34,82%), estética (32,59%) e abfração (14,82%) foram as indicações mais citadas para o recobrimento radicular a partir de cirurgias mucogengivais em virtude da RTM. O percentual de acerto para este questionamento foi de 82,23%

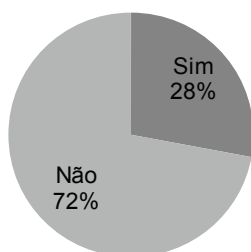
Quando questionados se uma mudança na técnica de escovação poderia solucionar a RTM, apenas 28% dos entrevistados assinalaram corretamente que a mudança de técnica poderia solucionar a patologia. Com relação ao tratamento ortodôntico, 49% apontaram acertadamente que a ortodontia poderia melhorar ou solucionar um caso de recessão (Gráfico 6 e 7).

TABELA 2 - CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS QUANTO À REALIZAÇÃO DE UM RECOBRIMENTO RADICULAR A PARTIR DE CIRURGIAS MUCOGENGIVAIS EM VIRTUDE DE UMA RECESSÃO TECIDUAL MARGINAL.

Indicação de tratamento com retalho mucogengival	Porcentagem(%)
Abfração	14,82%
Estética	32,59%
Estética associada à mobilidade dentária	6,66%
Sensibilidade dentinária	34,82%
Cárie radicular	11,11%

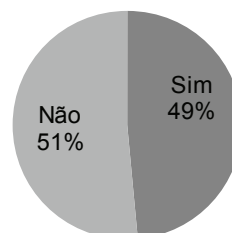
Fonte: Universidade Federal do Piauí, 2016.

GRÁFICO 6 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE A POSSIBILIDADE DA MUDANÇA NA TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO SOLUCIONAR UMA RECESSÃO TECIDUAL MARGINAL.



Fonte: Universidade Federal do Piauí, 2016.

GRÁFICO 7 - CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE A POSSIBILIDADE DA ORTODONTIA MELHORAR OU ATÉ SOLUCIONAR UM CASO DE RECESSÃO TECIDUAL MARGINAL.



Fonte: Universidade Federal do Piauí, 2016.

Do total de 100% da amostra demonstrou sentir a necessidade de abordagens mais efetivas durante a graduação quanto ao tratamento das recessões teciduais marginais (Tabela 3).

TABELA 3 - OPINIÃO DOS ALUNOS SOBRE A NECESSIDADE DE ABORDAGENS MAIS EFETIVAS NA GRADUAÇÃO QUANTO AO TRATAMENTO DAS RECESSÕES TECIDUAIS MARGINAIS.		
Respostas	Frequência	Porcentagem (%)
Sim	68	100%
Não	0	0%
Total	68	100%

Fonte: Universidade Federal do Piauí, 2016.

DISCUSSÃO

A recessão tecidual marginal caracteriza-se pela perda de inserção do periodonto, o que leva a uma exposição radicular no meio bucal (Marini *et al.*, 2004; Yared *et al.*, 2006). Sua etiologia é multifatorial e sua patogênese desconhecida, no entanto, a inflamação gengival em resposta ao acúmulo do biofilme dental ou ao trauma mecânico de escovação tem sido indicada como fator etiológico principal dessas lesões (Rosema *et al.*, 2014).

Em virtude da recessão o cimento fica exposto à cavidade oral, este perde a inserção de fibras gengivais e é rapidamente eliminado da superfície radicular. Essa exposição ao meio bucal, além do comprometimento estético, pode resultar em abrasões, cáries e hipersensibilidade (Marini *et al.*, 2004).

Devido à universalidade da patologia e seu comprovado efeito danoso na população, o seu conhecimento por parte dos alunos e futuros profissionais torna-se essencial. No presente estudo 92,65% dos alunos informaram ter recebido informações sobre a etiologia e conduta terapêutica das RTM. Essa porcentagem gerou a princípio uma expectativa elevada, no entanto, quando perguntados se os mesmos sentiam-se preparados para estabelecer um plano de tratamento para a patologia, 75% da amostra afirmou sentir-se despreparada.

Esse fato é preocupante, pois apesar de os alunos terem cursado disciplinas específicas, terem prévio conhecimento sobre o contexto e estarem diariamente em estágios supervisionados, a insegurança em estabelecer um plano de tratamento para esta patologia de alta prevalência ainda persiste. Essa tangente mostra a existência de uma lacuna na formação acadêmica do cirurgião-dentista generalista, visto que 38,3% da amostra era composta por discentes do último período, e que logo estarão no mercado de trabalho.

Miller propôs em 1985 uma classificação para as

recessões (Miller, 1985), cujo maior benefício foi correlacionar o recobrimento radicular (prognóstico) à integridade ou não dos tecidos periodontais (Naik *et al.*, 2016). Assim, as lesões Classes I e II apresentam melhores prognósticos com possibilidade de recobrimento integral das superfícies radiculares; as lesões Classe III a expectativa de recobrimento é parcial, e, nas lesões Classe IV o prognóstico é totalmente desfavorável.

A classificação de Miller (1985) é a mais conhecida e utilizada para definir o prognóstico das recessões, o conhecimento desta é fundamental para qualquer profissional e futuro profissional cirurgião-dentista. Porém, no presente estudo, apenas 17,65% da amostra conheciam a classificação e somente 21% assinalaram corretamente o pior prognóstico (Classe IV). Pode-se deduzir que apesar das informações fornecidas ainda existe uma falha no processo de ensino-aprendizagem do conteúdo em questão.

Diante de um questionamento clínico hipotético sobre uma RTM classe II em área estética anterior superior nos elementos (11 e 21), 64,71% dos entrevistados apontaram corretamente que utilização de recobrimento radicular a partir de cirurgias mucogengivais seria o tratamento de escolha. Observou-se no presente estudo concordância com a literatura, pois embora existam outras opções de tratamento, a opção pela restauração dos tecidos biológicos a partir de cirurgias mucogengivais é considerada a conduta terapêutica padrão ouro (Thomas *et al.*, 2013).

As cirurgias plásticas periodontais para recobrimento radicular que associam enxerto de tecido conjuntivo subepitelial a um retalho reposicionado coronalmente demonstram alta previsibilidade e estabilidade de resultados em longo prazo, sendo o tratamento de escolha em recessões classes I e II de Miller (Cunha *et al.*, 2014). O tratamento cirúrgico das recessões tem como principal objetivo o recobrimento das raízes expostas, com o intuito de melhorar a aparência estética. No entanto, existem outros objetivos, como: parar a progressão das recessões ativas, aumentar a largura de gengiva inserida, diminuir o risco de cáries radiculares, reduzir ou eliminar hipersensibilidade dentinária e evitar desgastes cervicais (Chambrone *et al.*, 2010; Mishra *et al.*, 2014).

Quando perguntados sobre qual o tratamento para uma recessão com características Classe I de Miller em uma área estética (23), com sintomatologia dolorosa relatada pelo paciente, a maioria dos alunos optou pelo recobrimento radicular com CIV (20,59%). Estes achados ratificaram o desconhecimento dos alunos quanto à classificação de Miller e, por conseguinte a dificuldade dos mesmos em estabelecer a melhor opção terapêutica para o caso proposto.

Os alunos demonstraram não saber lidar com a hipersensibilidade dentinária, pois os materiais dessensibilizantes podem ser uma alternativa viável quando a queixa do paciente fica restrita à hipersensibilidade e não há queixa estética (Arrais *et al.*, 2004). No entanto, foram pouco citados no presente estudo apenas 7,35% indicaram aplicação de verniz fluoretado e 5,88% uso do método de fluoroterapia.

As recessões são encontradas tanto em pacientes com bons índices de higiene oral quanto naqueles com altos índices de placa associados à presença de doença periodontal. Entretanto, quando o índice de placa é baixo, a recessão geralmente está presente na superfície vestibular, podendo haver sintomatologia dolorosa. Quando se opta exclusivamente pela restauração como tratamento ocorre o vedamento dos túbulos dentinários e consequente extinção da sintomatologia, mas não contribui na função estética, uma vez que os dentes ficam com o aspecto alongado e progressivamente há pigmentação do material restaurador, sendo desfavorável principalmente em áreas estéticas (Kohal *et al.*, 2004).

Diversas revisões sistemáticas já elucidaram a grande previsibilidade do tratamento cirúrgico com o objetivo essencial do completo recobrimento radicular, este também proporciona a diminuição da profundidade de sondagem, retomada da estética, aumento de gengiva ceratinizada e espessura do tecido (Mele *et al.*, 2008; Chambrone & Tatakis, 2016). Os estudos acima citados não convergem com os achados desta pesquisa, pois apenas 14,7% dos alunos indicaram as cirurgias mucogengivais como opção de tratamento para uma classe I de Miller, o que significa um total desconhecimento do tratamento cirúrgico como a melhor opção de tratamento para recessões que estão associadas à sintomatologia dolorosa.

Quando da opção pelo recobrimento cirúrgico deve-se sempre avaliar a profundidade da recessão. Quando se usa apenas o recobrimento radicular no tratamento de defeitos rasos de até 1,0 mm de profundidade, a concavidade da lesão pode ser eliminada através do aplainamento radicular para promover uma melhor adaptação do retalho. Recessões mais profundas podem criar um espaço morto entre a superfície radicular e o tecido conjuntivo do retalho, comprometendo a sua adaptação. Nesse caso, faz-se necessária a restauração de tais defeitos previamente à cirurgia periodontal (Andrade *et al.*, 2012).

Apesar da escolha incorreta no tratamento da recessão houve um ponto positivo quanto ao material restaurador de eleição. A maior parte dos alunos elegeu a resina fotopolimerizável como 1ª opção de material restaurador em detrimento do CIV. Apesar do CIV possuir biocompatibilidade

em relação aos tecidos, estudos comprovam que a resina tem propriedades que permitem um melhor acabamento e polimento, e assim promove melhor estética e controle de placa (Santos *et al.*, 2007).

Diversos trabalhos mostram as múltiplas indicações para um recobrimento radicular a partir de cirurgias plásticas periodontais (Rocuzzo *et al.*, 2003; Chambrone & Tatakis, 2016). Os alunos foram confrontados sobre seu conhecimento sobre essa temática. A maioria dos estudantes apontou a sensibilidade dentinária e a estética como as principais indicações para um recobrimento radicular. Estas ocorrências contrapõem os achados do presente estudo, pois diante de um paciente classe I de Miller com sintomatologia dolorosa, os discentes assinalaram a restauração adesiva como resolução terapêutica. Isto evidencia uma confusão e desconhecimento dos alunos sobre a patologia, sua classificação e condução terapêutica.

Uma boa anamnese e exame clínico são fundamentais para diagnosticar e determinar as possíveis causas da recessão tecidual. Após a identificação das causas, cabe ao profissional eliminá-las, em seguida reavaliar o paciente e somente depois decidir a real necessidade de intervenção cirúrgica e/ou restauradora. Além disso, o diagnóstico precoce favorece procedimentos conservadores, muitas vezes não cirúrgicos (Chan *et al.*, 2015).

Quando questionados se uma mudança na técnica de escovação solucionaria um caso de recessão, a maioria esmagadora dos alunos respondeu que tal mudança não solucionaria o problema. Estes dados reforçam o insciência dos discentes quanto à eliminação de um dos principais fatores etiológicos envolvidos na patologia da recessão. De acordo com a literatura e dependendo do tipo de recessão, a adequação na técnica pode estabilizar a recessão (Ottoni & Magalhães, 2006). Casos estáveis devem ser avaliados quanto à necessidade de procedimento cirúrgico e principalmente as expectativas do paciente em relação à solução do problema.

Com relação ao tratamento ortodôntico houve um equilíbrio nas respostas. Visto que 51% afirmaram que o mesmo não pode melhorar ou até solucionar um caso de recessão, mas 49% disseram o oposto. O mau posicionamento dental tem sido relatado como um fator que pode desencadear a recessão do tecido marginal. Essa situação é um fator predisponente a ocorrência de deiscências ósseas, além de permitir um aumento do trauma por escovação e acúmulo de biofilme. A movimentação ortodôntica resulta em uma remodelação do tecido ósseo e consequentemente do tecido mole, podendo melhorar e até solucionar uma recessão (Vassalli *et al.*, 2010).

Em simbiose com todos os relatos do presente trabalho,

todos os entrevistados demonstraram a necessidade de abordagens mais efetivas quanto à etiologia e conduta terapêutica das RTM na graduação, esses dados sugerem que a metodologia empregada para o ensino do conteúdo em foco está encontrando empecilhos para sua completa assimilação por parte dos alunos.

A passagem de informações do docente para o discente não deve ser feita de forma passiva, visto que essa maneira de transmissão de conhecimento pode gerar um estado desmotivacional e acrítico no aluno. O aluno deve participar do processo de ensino (metodologia ativa) buscando seu conhecimento mediante pesquisa própria (método construtivista) (Macedo *et al.*, 2012).

O uso de metodologias ativas de ensino deve ser incorporado ao projeto pedagógico dos cursos de graduação em Odontologia, através de técnicas como a problematização, grupos de discussão e trabalhos em grupo, sem abandonar a segurança histórica da metodologia tradicional. Tais metodologias devem objetivar superar limitações e incongruências do curso no que concerne à interdisciplinaridade, integração de ciclo básico e clínico, visão integral do paciente e processo de avaliação da aprendizagem (Matias, 2013). Pois na Odontologia, o ensinamento teórico está intimamente interligado à prática clínica, ambiente de aprendizagem no qual os alunos anseiam por transformar os ensinamentos da ciência básica em procedimentos clínicos (Macedo *et al.*, 2012).

Sugere-se a utilização de métodos que visem a melhor integração entre o ensino e a prática clínica, como a demonstração prática entre alunos antes do contato com pacientes nos estágios e também a exploração dos recursos áudio visuais que associem o diagnóstico ao tratamento da patologia (problematização e solução do problema) para melhorar a assimilação do conteúdo.

CONCLUSÃO

Diante dos achados ficou evidente a deficiência por parte dos discentes no conhecimento das recessões teciduais marginais. Apesar de saberem que a cirurgia de recobrimento

radicular é uma opção terapêutica, notou-se a inabilidade dos estudantes em delinear uma conduta terapêutica correspondente a gravidade da patologia.

ABSTRACT

Introduction: The marginal tissue recession (MTR) corresponds to loss of insertion, resulting in a displacement and apical migration of the gingival margin in relation to the cemento-enamel junction. Currently Miller's classification (1985) is the most used in the literature to categorize the different degrees of MTR. **Objective:** To evaluate the knowledge of dental students of a public institution of higher education, face of decision making for the treatment of marginal tissue recessions. **Methodology:** Descriptive quantitative study, whose data were obtained through questionnaires applied to dental students from the seventh to the ninth period of a higher education institution. **Results:** 92.65% of the respondents stated that they had received information about MTR etiology, but only 25% felt prepared to establish a treatment plan. 82.35% of participants reported didn't know Miller's classification; And only 20.59% knew their worst prognosis. The dentin sensitivity was pointed as the main indication of root coverage as from pedicle flaps due to an MTR (34.82%). For 72% of respondents a change in the technique of brushing would not solve a case of recession. Orthodontics also wasn't mentioned as a possible solution to recession in 51% of the answers. 100% of the sample pointed out the need of more effective approaches during graduation regarding the etiology and treatment of MTR. **Conclusion:** The interviewees showed didn't know about the classification and treatment of the condition.

UNITERMS: Periodontal diseases, Gingival recession, Etiology, Prevalence.

Conflito de interesse

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse e apoio financeiros relacionados ao presente artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- American Academy of Periodontology. Glossary of periodontal terms 2001; 4:1-53.
- 2- Furlan ML, Sallun AW, Sallun EA, Nociti FH, Casati MZ, Ambrosano GMB. Incidência de recessão gengival e hipersensibilidade dentinária na clínica de graduação da FOP-UNICAMP. Rev de Periodontia 2007; 17 (1): 53-61.
- 3- Susin C, Haas AN, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. J Periodontol 2004; 75: 1377-86.
- 4- Heasman PA, Holliday R, Bryant A, Preshaw PM. Evidence for the occurrence of gingival recession and non-caries cervical lesions as a consequence of traumatic toothbrushing. J Clin Periodontol 2015;

- 42(16): 237–255. doi: 10.1111/jcpe.12330.
- 5- Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *JADA* 2003; 1(2) : 98-102.
- 6- Santamaria MP, Ambrosano GMB, Casati MZ, Júnior FHN, Sallum AW, Sallum EA. The influence of local anatomy on the outcome of treatment of gingival recession associated with non-carious cervical lesion by different approaches. *J Periodontol* 2010; 81: 1027-34.
- 7- Naik VK, Jacob CA, Nainar DA. Assessment of non-carious root surface defects in areas of gingival recession: A descriptive study. *J Clin Exp Dent* 2016; 8(4):397-402. doi:10.4317/jced.52831
- 8- Miller Jr PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5(2): 8-13.
- 9- Frantz AA, Castro GD. Comparação de duas técnicas de enxerto para recobrimento radicular em recessões Classe II de Miller. *Rev PerioNews* 2013; 7(5): 445-52.
- 10- Tsourounakis I , Sweidan C, Palaiologou AA, Maney P. Coverage of isolated, severe gingival recession: A modified technique. *Clin Adv in Periodontics* 2014; 4:148–153.
- 11- Marini M, Gregghi SL, Passanezi E, Sant’Ana A. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *J Appl Oral Sci* 2004; 12(3): 250-5.
- 12- Yared KFG, Zenobio EG, Pacheco W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. *Revista Dental Press* 2006; 11 (6):45-51.
- 13- Rosema NAM, Adam R, Grender JM, Van der Sluijs E, Supranoto SC, Van der Weijden GA. Gingival abrasion and recession in manual and oscillating- rotating power brush users. *Int J Dent Hygiene* 2014; 12; 257-266.
- 14- Thomas LJ, Emmadi P, Thyagarajan R, Namasivayam A. A comparative clinical study of the efficacy of subepithelial connective tissue graft and acellular dermal matrix graft in root coverage: 6-month follow-up observation. *Journal of Indian Society of Periodontology* 2013; 17(4): 478-483. doi:10.4103/0972-124X.118320
- 15- Cunha FA, Hickson AES, Azevedo MYG, Cruz BCV, Cunha MAGM, Costa FO. Decisão quanto à escolha da técnica de recobrimento radicular. *PerioNews* 2014; 8(2): 142-8.
- 16- Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Root coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: a Cochrane systematic review. *J Periodontol* 2010; 81: 452–478.
- 17- Mishra AK, Kumathalli K, Sridhar R, Maru R, Mangal B, Kedia S et al. Comparison of semilunar coronally repositioned flap with gingival massaging using an Ayurvedic product (irimedadi taila) in the treatment of class-gingival recession: A clinical study. *World J Clin Cases* 2014; 2(10): 534-540.
- 18- Arrais CAG, Micheloni CD, Ginnini M, Chan DCN. Effects of desensitizing agents on dentinal tubule occlusion. *J App Oral Sci* 2004; 12(2): 144-148.
- 19- Kohal RJ, Pelz K, Strub JR. Effect of different crown contours on periodontal health in dogs. *Microbiological results. J Dent.* 2004 Feb;32(2):153-9.
- 20- Mele M, Zucchelli G, Montevecchi M, Checchi L. Bilaminar technique in the treatment of a deep cervical abrasion defect. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2008; 28(1):63-71.
- 21- Chambrone L, Tatakis DN. Long-term Outcomes of Untreated Buccal Gingival Recessions. A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Periodontol.* 2016;15: 1-17.
- 22- Andrade LP, Biscarde A, Moreira A, Ribeiro E, Bittencourt S. Tratamento de dentes com recessão gengival e abrasão cervical. *Res Bahiana Odontol* 2012; 3(1): 86-99.
- 23- Santos VR, Lucchesi J, Cortelli S, Amaral C, Feres M, Duarte P. Effects of glass ionomer and microfilled composite subgingival restorations on periodontal tissue and subgingival biofilm: A 6-month evaluation. *J Periodontol* 2007; 78: 1522-1528.
- 24- Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2003; 30(3): 1–17.
- 25- Chan HL, Chun YHP, Oates TW. Does gingival recession require surgical treatment? *Dent Clin Am* 2015; 59: 981-996.
- 26- Ottoni J, Magalhães LF. *Cirurgia Plástica Periodontal e Periimplantar*. SP: Artes Médicas,2006.
- 27- Vassalli IJ, Grebenstein C, Topouzelis N, Sculean A, Katsaros C. Orthodontic therapy and gingival recession: a systematic review. *Orthod Craniof Res* 2010;13: 127-141.
- 28- Macedo AF, Duarte DA, Sant’Anna GR, Pelino JEP, Santos MTBR. O método de ensino construtivista na formação odontológica. *Rev. Bras Pesqui. Saúde* 2012; 14(3): 45-49.
- 29- Matias KK. *Metodologias de ensino e práticas pedagógicas em um curso de graduação em odontologia [Tese de doutorado]*. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, 2013. 134p.

Endereço para correspondência:

Elonice Melo de Sousa

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella

Bloco 10 – Odontologia – Bairro Ininga

CEP: 64049-550 – Teresina – PI – Brasil

Tel.: + 55 86 3215-5888

E-mail: elonice@terra.com.br

APÊNDICE I



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA- MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ- UFPI

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO-PRPPG
COORDENADORIA GERAL DE PESQUISA-CGP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **PERCEÇÃO DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA DA UFPI QUANTO À CONDUTA CLÍNICA FRENTE ÀS RECESSÕES TECIDUAIS MARGINAIS**.

Neste estudo pretende-se mensurar o conhecimento e a conduta clínica dos discentes de Odontologia frente ao tratamento das recessões teciduais marginais. O questionário é autoaplicável, contendo questões a respeito da conduta exercida pelos alunos para o prognóstico das recessões teciduais marginais, medidas de prevenção adotadas, percepção sobre as características clínicas e as condutas clínicas de tratamento.

Para participar deste estudo, você deverá autorizar e assinar este termo de consentimento livre e esclarecido e não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se e poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação voluntária a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade, que irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e outra será fornecida a você.

Eu,

Portador do documento de identidade: _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Todo consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Teresina, ____ de _____ de 20 ____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG: _____ CPF:

_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **PERCEÇÃO DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA DA UFPI QUANTO À CONDUTA CLÍNICA FRENTE ÀS RECESSÕES TECIDUAIS MARGINAIS**. Ficaram claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Fui suficientemente informado(a) a respeito das informações que li. Concordo voluntariamente participar deste estudo.

Assinatura do Voluntário

Assinatura do Pesquisador

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa-UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep

APÊNDICE II



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA- MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ- UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO-PRPPG
COORDENADORIA GERAL DE PESQUISA-CGP

PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA DA UFPI QUANTO À CONDUTA CLÍNICA FRENTE ÀS RECESSÕES TECIDUAIS MARGINAIS.

QUESTIONÁRIO

Durante a graduação recebeu informações sobre a etiologia das recessões teciduais marginais?

1. Sim 2. Não 3. Não lembro

2. Sente-se preparado para estabelecer um plano de tratamento frente às recessões teciduais marginais?

1. Sim 2. Não

3. Você tem conhecimento sobre a classificação de MILLER para as recessões teciduais marginais?

1. Sim 2. Não

4. Segundo a classificação acima citada, qual o prognóstico mais desfavorável para o tratamento?

I) Tipo 4 II) Tipo 3

III) Não sei

5. Frente a um paciente com recessão tecidual marginal no elemento 11 e 21 em que a recessão atingiu ou ultrapassou a linha mucogengival, entretanto não houve perda interdentária de osso ou tecido mole qual das opções de tratamento propostos você indicaria?

- I. Recobrimento Radicular com resina fotopolimerizável
- II. Recobrimento radicular com cimento de ionômero de vidro
- III. Recobrimento radicular a partir de cirurgias mucogengivais
- IV. Aplicação de verniz fluoretado
- V. Fluoterapia

6. Frente a um paciente com recessão tecidual marginal no dente 23 que não atinge a linha mucogengival e não há perda tecidual interdentária, mas o paciente relata sintomatologia dolorosa, qual das opções de tratamento propostos você indicaria?

- I. Recobrimento Radicular com resina fotopolimerizável
- II. Recobrimento radicular com cimento de ionômero de vidro
- III. Recobrimento radicular a partir de cirurgias mucogengivais
- IV. Aplicação de verniz fluoretado
- V. Fluoterapia

7. Segundo seu conhecimento, qual das situações a seguir a realização de um recobrimento radicular a partir de cirurgias mucogengivais em virtude da recessão tecidual marginal deve ser indicada? Você pode marcar mais de 1 opção.

- I. Abfração II. Estética
- III. Estética associada à mobilidade dentária
- IV. Sensibilidade dentinária V. Cárie radicular

8. Você acha que uma simples mudança na técnica de escovação (que não era adequada) pode solucionar uma recessão tecidual marginal?

1. Sim 2. Não

9. Você acha que a Ortodontia pode melhorar ou até solucionar um caso de recessão tecidual marginal?

1. Sim 2. Não

10. Sente necessidade de abordagens mais efetivas quanto ao tratamento das recessões teciduais marginais no curso de graduação?

1. Sim 2. Não