

## Perception of dentists about the priority of periodontal treatment in oral rehabilitation

# | Percepção da prioridade de tratamento periodontal pelo cirurgião dentista na reabilitação oral

### ABSTRACT | Introduction:

*Knowledge of correct diagnosis is crucial to provide patients with optimal treatment options.*

**Objective:** *Comparing the perception of general dental surgeons (graduated ten years ago or less) about the priority of periodontal treatment in oral rehabilitation. Methods:* *In total, 106 general dentists participated in the present cross-sectional study. They had to evaluate 7 digitally altered photographs of smiles presenting different dental-treatment needs; they also needed to answer the treatment priorities for each photograph, based on the following treatment options: restorative, periodontal, prosthetic, orthodontic or no treatment. Volunteers were divided into two groups: graduated less than 10 years ago and graduated 10 years ago or before. Results:*

*Volunteers' mean age was 35.6 years. Of the 106 participants, 69 (65.1%) reported to have graduated less than 10 years ago. The percentages of correct answers for each photograph recorded for the dentists ranged from 51.9% to 94.3%; both groups noticed the need of periodontal treatment prior to restorations and prosthetic treatments - but, not before the orthodontic treatment. Participants reporting to have graduated a short period ago gave more accurate answers for all smiles.*

**Conclusion:** *The group of individuals who had not graduated long ago recorded more correct answers. It was more difficult to evaluate the periodontal treatment needed in both groups when such need was related to other dental conditions. Thus, dentists' continuous learning and permanent education about updates on periodontal practices in oral rehabilitation becomes essential.*

**Keywords |** *Diagnosis; Planning; Periodontics; Perception; Periodontal disease; Mouth rehabilitation.*

**RESUMO | Introdução:** A consideração sobre o correto diagnóstico é crucial para oferecer aos pacientes as opções ideais de tratamento. **Objetivo:** Comparar a percepção da prioridade de tratamento periodontal quando associada à reabilitação oral, por cirurgiões dentistas clínicos gerais formados há mais de dez anos ou menos. **Métodos:** Participaram deste estudo transversal 106 cirurgiões dentistas clínicos gerais, para avaliar sete fotografias de sorriso alteradas digitalmente com diferentes necessidades de tratamento odontológicas e responder sobre suas prioridades de tratamento em cada fotografia, tendo como opções: tratamentos restaurador, periodontal, protético, ortodôntico ou nenhum tratamento. Os voluntários foram distribuídos em dois grupos: com menos de 10 anos de formado, e com 10 anos ou mais de formado. **Resultados:** A média de idade dos voluntários foi de 35,6 anos. Dos 106 participantes, 69 (65,1%) relataram ter menos de 10 anos de formado. As porcentagens de acertos gerais dos cirurgiões dentistas para cada fotografia variaram entre 51,9% e 94,3%, e ambos os grupos notaram a necessidade de tratamento periodontal antes dos tratamentos restaurador e protético, mas não antes do ortodôntico. Os participantes com menor tempo de formado mostraram mais acertos para todas as fotografias. **Conclusão:** O grupo com menor tempo de formado mostrou maior quantidade de acertos, e há maior dificuldade em avaliar a necessidade do tratamento periodontal quando está relacionada a outras condições odontológicas para ambos os grupos. Assim, torna-se essencial o contínuo aprendizado dos cirurgiões dentistas por meio de educação permanente para constante atualização sobre a prática periodontal dentro da reabilitação oral.

**Palavras-chave |** Diagnóstico; Planejamento; Periodontia; Percepção; Doença periodontal; Reabilitação bucal.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

Na reabilitação oral, vários aspectos podem influenciar na escolha do tratamento, tais como fatores psicológicos e socioeconômicos dos pacientes. Porém, em outras ocasiões, o tratamento pode ser escolhido pelo tipo de habilidade, treinamento e/ou conhecimento do profissional. A definição de um plano de tratamento diante das alternativas disponíveis consiste em reconhecer e quantificar as necessidades do paciente e as possibilidades de sucesso clínico<sup>1</sup>.

A prática de avaliação clínica permite que os profissionais da odontologia melhorem oportunamente o atendimento aos pacientes e os resultados do tratamento, concentrando-se na identificação precoce e prevenção de doenças bucais, especialmente as periodontais<sup>2</sup>.

Os procedimentos periodontais de diagnóstico utilizados na clínica fornecem informações para o clínico geral que podem ser úteis na compreensão do tipo de doença periodontal que acomete o paciente, onde está localizada e sua gravidade, além de servir como base para a formulação de um plano de tratamento<sup>3</sup>.

Um diagnóstico incorreto pode gerar condições e resultados adversos à saúde bucal, além de aumentar os custos. Um estudo realizado por Martin *et al.*<sup>4</sup> com 130 cirurgiões dentistas avaliou o grau de precisão no diagnóstico periodontal e calibração profissional, apresentando imagens de pacientes com diferentes graus de doença gengival/periodontal. Os resultados revelaram variações discrepantes na avaliação, o que mostra que um mesmo caso pode ser avaliado de maneiras diferentes, levando a variações no planejamento e resultados do tratamento<sup>4</sup>.

Atualmente, pesquisas utilizando fotografias alteradas digitalmente têm sido utilizadas como um método eficiente para avaliar diferentes opiniões, que possivelmente levariam a diagnósticos e prioridades distintos para o plano de tratamento na reabilitação oral<sup>5-7</sup>.

Assim, este estudo objetivou comparar a percepção da prioridade de tratamento periodontal quando associada a necessidades de reabilitação oral, por cirurgiões dentistas clínicos gerais formados há mais ou menos de dez anos.

## MÉTODOS |

Este estudo epidemiológico transversal obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo Número – CAAE: 31695014.6.0000.5060, a anuência do Conselho Regional de Odontologia do Espírito Santo (CRO-ES) e da Secretaria Estadual de Saúde. Para participar deste estudo, foi selecionada aleatoriamente, pela estimativa da proporção populacional, uma amostra de 106 cirurgiões-dentistas clínicos gerais inscritos no CRO-ES e que trabalhavam na cidade de Vila Velha-ES. Todos os participantes deste estudo concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados, foram agendadas visitas nos consultórios particulares dos cirurgiões-dentistas, que avaliaram sete fotografias frontais de um sorriso alteradas digitalmente nos dentes superiores gerando diferentes necessidades de tratamento. Cada uma das fotografias continha uma situação clínica diferente, sendo elas: sorriso saudável sem necessidade de tratamento (Fotografia A); dentes com lesões de cárie e saúde periodontal (Fotografia B); dentes sadios com doença periodontal (Fotografia C); dentes com problemas ortodônticos e saúde periodontal (Fotografia D); dentes com problemas ortodônticos e doença periodontal (Fotografia E); dentes com problemas protéticos e saúde periodontal (Fotografia F); e, por fim, dentes com problemas protéticos e doença periodontal (Fotografia G).

As fotografias foram impressas, identificadas por meio de códigos e entregues individualmente para os participantes avaliarem a prioridade de tratamento em cada uma delas. Para cada imagem, foi sempre realizada a mesma pergunta pelo pesquisador: “Olhando para esta fotografia, que tratamento você faria primeiro?”. Como resposta, foram oferecidas as alternativas: 1) Necessidade de tratamento protético; 2) Necessidade de tratamento restaurador; 3) Necessidade de tratamento periodontal; 4) Necessidade de tratamento ortodôntico; 5) Não necessita de tratamento, com apenas uma escolha para cada fotografia. Neste trabalho, foi considerada como resposta correta a necessidade de tratamento periodontal como prioridade sempre que a doença periodontal existisse, e nos casos de condição de saúde periodontal, a resposta considerada correta foi a outra condição existente. Para a fotografia A, com sorriso saudável, foi considerada como correta a opção “Não necessita de tratamento”.

Após a anotação das respostas, os voluntários foram distribuídos em dois grupos: Grupo 1 – cirurgiões-dentistas clínicos gerais formados há menos de 10 anos; e Grupo 2 – cirurgiões-dentistas clínicos gerais formados há 10 anos ou mais, para que pudesse ser realizada comparação entre os grupos.

Para a análise estatística, foram calculadas as porcentagens de acertos e erros para cada fotografia no intuito de verificar as diferenças entre as mesmas. Para esse fim, foi requerida análise estatística descritiva e o teste do Qui-Quadrado. Foi adotado o nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. O *software* utilizado nas análises foi o *IBM SPSS Statistics version 21*.

## RESULTADOS |

A idade dos cirurgiões-dentistas variou de 24 a 56 anos, com média de 35,6 anos (desvio-padrão = 8,4). Sessenta e nove cirurgiões-dentistas (65,1%) relataram ter menos de 10 anos de formado, enquanto 37 (34,9%) relataram ter 10 anos ou mais de formado (Tabela 1). A Tabela 1 indica também o número e porcentagem de erros e acertos dos tratamentos propostos por fotografia em função do tempo de formado. O Gráfico 1 mostra a porcentagem de acertos para os dois grupos.

A Tabela 2 apresenta os resultados dos acertos separadamente para os dois grupos, e pode-se observar que o grupo com menos de 10 anos de formado obteve mais acertos que o grupo com mais de 10 anos de formado para todas as fotografias avaliadas ( $p < 0.05$ ).

A Tabela 3 indica a quantidade de acertos por participante em função do tempo de formado, sendo a maior parte entre 5 e 7 fotografias corretas.

## DISCUSSÃO |

Com o emergente aparecimento de evidências que mostram a doença periodontal como um fator de risco significativo para inúmeras condições sistêmicas, torna-se essencial a correta tomada de decisão para procedimentos clínicos na odontologia<sup>8</sup>. Por isso, é essencial que o diagnóstico correto seja feito. Muitas vezes, o paciente com periodonto comprometido recebe o primeiro atendimento ou até mesmo o tratamento pelo clínico geral, que além do dever de realizar o diagnóstico, cumpre importante papel na orientação em saúde bucal, higiene e mudança de comportamento, prevenção e tratamento de doenças do periodonto, manutenção da saúde bucal e encaminhamento para o periodontista<sup>9-11</sup>.

Tabela 1 – Número e porcentagem de erros e acertos dos tratamentos propostos por fotografia em função do tempo de formado

		<10 anos		≥10 anos		Geral	
		N	%	N	%	N	%
Tempo de formado		69	65,1	37	34,9	-	-
Fotografia A	Erros	6	8,7	10	27,0	16	15,1
	Acertos	63	91,3	27	73,0	90	84,9
Fotografia B	Erros	4	5,8	2	5,4	6	5,7
	Acertos	65	94,2	35	94,6	100	94,3
Fotografia C	Erros	4	5,8	8	21,6	12	11,3
	Acertos	65	94,2	29	78,4	94	88,7
Fotografia D	Erros	7	10,1	6	16,2	13	12,3
	Acertos	62	89,9	31	83,8	93	87,7
Fotografia E	Erros	21	30,4	16	43,2	37	34,9
	Acertos	48	69,6	21	56,8	69	65,1
Fotografia F	Erros	32	46,4	19	51,4	51	48,1
	Acertos	37	53,6	18	48,6	55	51,9
Fotografia G	Erros	8	11,6	8	21,6	16	15,1
	Acertos	61	88,4	29	78,4	90	84,9

Gráfico 1 – Porcentagens de acertos para cada foto nos grupos de cirurgiões dentistas com mais de 10 anos e formado e menos de 10 anos

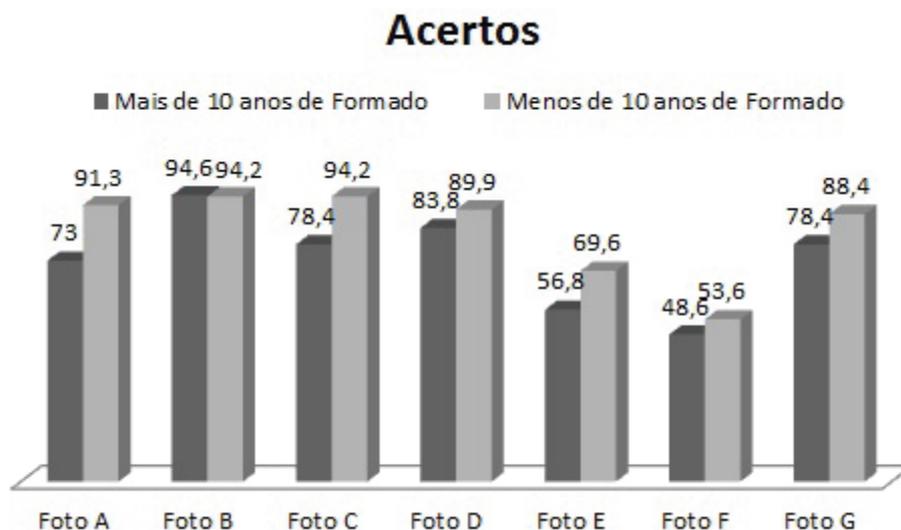


Tabela 2 - Comparação entre as proporções de acertos dos cirurgiões dentistas com menos e mais de 10 anos de formado

	Cirurgião dentista com menos de 10 anos de formado		Cirurgião dentista com mais de 10 anos de formado		p-valor*
	n	%	n	%	
Fotografia A	63	70,0	27	30,0	< 0.001
Fotografia B	65	65,0	35	35,0	0.003
Fotografia C	65	69,1	29	30,9	< 0.001
Fotografia D	62	66,7	31	33,3	0.002
Fotografia E	48	69,6	21	30,4	0.001
Fotografia F	37	67,3	18	32,7	0.010
Fotografia G	61	67,8	29	32,2	0.001

\*Teste do Qui-Quadrado para uma amostra.

Tabela 3 – Quantidade de acertos por participante em função do tempo de formado

	<10 anos		≥10 anos		Geral		
	N	%	N	%	N	%	
Tempo de formado	69	65,1	37	34,9	-	-	
Acertos (Geral)	Nenhuma	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Uma	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Duas	0	0,0	1	1,4	1	0,9
	Três	2	2,9	2	2,9	4	3,8
	Quatro	3	4,3	9	13,0	12	11,3
	Cinco	19	27,5	11	15,9	30	28,3
	Seis	27	39,1	7	10,1	34	32,1
Sete	18	26,1	7	10,1	25	23,6	

No caso de realização de tratamentos ortodônticos, é fato indiscutível que a saúde periodontal do paciente é uma condição obrigatória. Assim, o ideal é que, para os pacientes periodontalmente comprometidos e que necessitem de tratamento ortodôntico, haja uma abordagem integrada, em que o tratamento periodontal precede o tratamento ortodôntico. Além disso, durante o tratamento ortodôntico, é necessário que sejam realizadas medidas de controle de biofilme para manutenção da saúde periodontal<sup>12</sup>.

Ao relacionar-se o tratamento periodontal com o tratamento ortodôntico, ambos os grupos de cirurgiões-dentistas obtiveram mais acertos no caso no qual há necessidade de tratamento ortodôntico e periodonto saudável do que no caso em que há necessidade de tratamento ortodôntico e doença periodontal, mostrando que para os clínicos gerais o diagnóstico da necessidade prioritária de tratamento ortodôntico é mais facilmente realizado do que o de tratamento periodontal (Tabela 1, Gráfico 1). Assim, percebe-se que o desalinhamento ou mau posicionamento dos dentes é mais facilmente percebido pelos cirurgiões-dentistas do que os sinais clínicos da doença periodontal. Na comparação entre os grupos de cirurgiões-dentistas clínicos gerais formados há mais ou menos de 10 anos, observa-se que a porcentagem de acertos para o grupo formado há menos de 10 anos foi significativamente maior do que para o grupo formado há mais de 10 anos, apontando maior facilidade de diagnóstico para o grupo com menos tempo de formado (Tabela 2).

Inclusive, verificou-se neste estudo que as interpretações de todas as necessidades prioritárias de tratamento foram percebidas de forma diferente pelos dois grupos. O grupo formado há menos de 10 anos apontou mais respostas corretas para todas as fotografias, o que representa que possuir maior tempo de formado e mais experiência profissional não significou maior capacidade em perceber as prioridades de tratamento corretamente (Tabela 2).

Sobre a necessidade de tratamento protético, quando comparados os casos com e sem doença periodontal, observa-se o inverso do ocorrido nas fotografias com problemas ortodônticos, pois quando a fotografia apresentou doença periodontal e problema protético, a porcentagem de acertos nos dois grupos de cirurgiões-dentistas foi maior do que na fotografia na qual havia apenas o problema protético (Tabela 1, Gráfico 1). Talvez isso possa ser explicado pela grande quantidade de clínicos gerais que realizam procedimentos protéticos, e por isso

estão habituados ao diagnóstico das condições necessárias para realização desses procedimentos, ao contrário do que ocorre no tratamento ortodôntico para dentição permanente, em que geralmente somente especialistas realizam os procedimentos<sup>13-17</sup>.

Ao se comparar a proporção de acertos para as fotografias de necessidade de tratamento protético e de necessidade de tratamento periodontal e protético entre os dois grupos de cirurgiões-dentistas, os valores encontrados para as duas fotografias foram bastante similares e estatisticamente mais significativos para o grupo com menos de 10 anos de formado, em que 67,3% da amostra acertaram a resposta para a fotografia de necessidade de tratamento protético, e 67,8% acertaram para a fotografia em que havia necessidade de tratamento periodontal e protética (Tabela 2). Assim, observa-se que, neste estudo, o grupo de profissionais com menor tempo de formado se mostrou mais bem preparado para o diagnóstico de necessidade de tratamento protético e condições associadas, como a doença periodontal, neste caso.

A necessidade de tratamento periodontal isolada comparada com a necessidade de tratamento periodontal associado às necessidades ortodôntica e protética, que é exigido nas reabilitações orais, é mais percebida, indicando que o diagnóstico da doença periodontal pode ser dificultado quando há associação de mais necessidades de tratamento simultaneamente à doença periodontal (Tabela 1, Gráfico 1).

Entretanto, em comparação com o resultado de acertos gerais encontrado para a fotografia de necessidade de tratamento restaurador (94,3%), a porcentagem de acertos gerais da fotografia de necessidade de tratamento periodontal foi menor (88,7%), talvez pelo fato de restaurações serem procedimentos realizados frequentemente na clínica geral, e por isso, os profissionais apresentaram maior facilidade na resposta a essa questão<sup>18,19</sup> (Tabela 1, Gráfico 1).

A detecção e o diagnóstico das doenças periodontais são um componente fundamentalmente importante dos cuidados de saúde bucal. A avaliação periodontal deve ser realizada para todos os pacientes como parte do exame bucal rotineiro. Se a periodontite for identificada, será necessária uma avaliação periodontal completa, envolvendo dados de sondagem e sangramento gengival, juntamente com a avaliação de outros parâmetros relevantes, como índice de placa, envolvimento de furca, recessão e mobilidade dentária, além do exame radiográfico<sup>20</sup>.

Sabe-se que, com relação à doença periodontal, quanto mais precoce for o diagnóstico, menor será o dano para o paciente, considerando não apenas o aspecto saúde, como também o melhor prognóstico, plano de tratamento, redução de custos e tempo de tratamento<sup>1</sup>.

Segundo Mali *et al.*<sup>9</sup>, 98% os cirurgiões dentistas-clínicos gerais realizam a terapia periodontal inicial sem o auxílio de um periodontista, o que torna o diagnóstico correto da doença periodontal ainda mais necessário. Isso pôde ser observado nesta pesquisa, em que os acertos para as fotografias nas quais havia doença periodontal variou entre 65,1% e 88,7%. Além disso, o clínico geral cumpre um importante papel na prevenção da doença periodontal<sup>9</sup>.

Com relação à quantidade de acertos por participante, observa-se que as maiores porcentagens de acertos foram para 5, 6 e 7 fotografias, sendo 28,3%, 32,1% e 23,6%, respectivamente. Isso se mostra como um ótimo resultado, pois 84% dos cirurgiões dentistas-clínicos gerais apresentaram conhecimento adequado sobre diagnóstico para acertar pelo menos 5 questões, ou seja, para este estudo, esse grupo acertaria entre 71,4% e 100% dos diagnósticos clínicos (Tabela 3).

A constante atualização profissional é extremamente necessária e um dever de todo cirurgião dentista, e torna-se ainda mais importante diante de resultados como os encontrados neste estudo, em que é evidente haver carência de conhecimento sobre diagnóstico pelos profissionais com mais tempo de formado, pois mesmo com mais experiência clínica apresentaram resultados piores que os formados há menos tempo.

Atualmente, além da literatura presente em livros e revistas, o desenvolvimento da facilidade na busca de publicações baseadas em evidência científica em bases de dados confiáveis com o uso da internet torna o conhecimento do tratamento periodontal livre e acessível a todos os cirurgiões-dentistas. Com o avanço rápido de novas técnicas e materiais em reabilitação oral, torna-se essencial o contínuo aprendizado dos cirurgiões-dentistas por meio de educação permanente<sup>21</sup>, como em cursos de pós-graduação, nos quais o cirurgião-dentista mantém atualização sobre a prática odontológica e conscientização sobre doenças periodontais<sup>22</sup>.

## CONCLUSÃO |

Para a amostra de cirurgiões-dentistas deste estudo, pôde-se concluir que o grupo com menor tempo de formado mostrou maior quantidade de acertos quando comparado com o grupo com maior tempo de formado, com diferença estatística em todas as fotografias analisadas pelos grupos. Observou-se também que existe maior dificuldade em avaliar a necessidade do tratamento periodontal quando está relacionada a outras condições, como a protética e a ortodôntica. Assim, torna-se essencial o contínuo aprendizado dos cirurgiões-dentistas por meio de educação permanente para constante atualização sobre a prática periodontal dentro da reabilitação oral.

## REFERÊNCIAS |

1. Baldisserotto SM, Cosme DC, Rivaldo EG, Frasca LCF, Rösing CK, Shinkai RSA. Planejamento reabilitador por professores de prótese dentária para pacientes com seqüela de doença periodontal. *Rev Odonto Ciênc.* 2006; 21(53):219-26.
2. Arunima PR, Koshi E, Koshi P, Rajesh S. Avaliação de risco para a doença periodontal. *J Indian Soc Periodontol.* 2012; 16(3):324-8.
3. Armitage GC. Periodontal diseases: diagnosis. *Ann Periodontol.* 1996; 1(1):37-215.
4. Martin AJ, Grill AC, Matthews AG, Vena D, Thompson PVI, Craig GR, et al. Periodontal diagnosis affected by variation in terminology. *J Periodontol.* 2013; 84(5):606-13.
5. Ayyildiz E, Tan E, Keklik H, Demirtag Z, Celebi AA, Pithon MM. Esthetic impact of gingival plastic surgery from the dentistry students' perspective. *Eur J Dent.* 2016; 10(3):397-402.
6. Machado RM, Duarte MEA, Motta AFJ, Mucha JN, Motta AT. Variations between maxillary central and lateral incisal edges and smile attractiveness. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2016; 150(3):425-35.
7. Katiyar S, Gandhi S, Sodawala J, Anita G, Hamdani S, Jain S. Influence of symmetric and asymmetric alterations of maxillary canine gingival margin on the perception

- of smile esthetics among orthodontists, dentists, and laypersons. *Indian J Dent Res.* 2016; 27(6):586-91
8. Williams KB, Burgardt GJ, Rapley JW, Bray KK, Cobb CM. Referring periodontal patients: clinical decision making by dental and dental hygiene students. *J Dent Educ.* 2014; 78(3):445-53.
9. Mali A, Mali R, Mehta H. Perception of general dental practitioners toward periodontal treatment: a survey. *J Indian Soc Periodontol.* 2008; 12(1):4-7.
10. Wadia R. Periodontal disease in general practice: an update on the essentials. *Dent Update.* 2014; 41(5):467-9.
11. Matthews DC. Prevention and treatment of periodontal diseases in primary care. *Evid Based Dent.* 2014; 15(3):68-9.
12. Pralhad S, Thomas B. Periodontal awareness in different healthcare professionals: a questionnaire survey. *J Educ Ethics Dent.* 2011; 1(2):64-7.
13. Kronström M, Palmqvist S, Söderfeldt B, Carlsson GE. Dentist-related factors influencing the amount of prosthodontic treatment provided. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000; 28:185-94.
14. Keeppanasserril A, Matthew A, Muddappa S. Effectiveness of tele-guided interceptive prosthodontic treatment in rural India: a comparative pilot study. *Online J Public Health Inform.* 2011; 3(2):1-8.
15. Marques LS, Freitas Junior N, Pereira LJ, Ramos-Jorge ML. Quality of orthodontic treatment performed by orthodontists and general dentists: a blind comparative evaluation. *Angle Orthod.* 2012; 82(1):102-6.
16. Aldawood S, Ampuan SN, Medara N, Thomson WM. Orthodontic treatment provision and referral preferences among New Zealand general dental practitioners. *Aust Orthod J.* 2011; 27(2):145-54.
17. Dhanyasi AK, Mahobia Y, Agarwal APP, Gupta A, Quaraishi D, Khan KZ, et al. Orthodontic treatment provided by general dentists with different types of appliances in Chattishgarh, India. *J Clin Diagn Res.* 2015; 9(6):20-2.
18. Brennan D, Spencer AJ, Szuster F. Service provision trends between 1983-84 and 1993-94 in Australian private general practice. *Aust Dent J.* 1998; 43(5):331-6.
19. Natto ZS, Petersen FF, Niccola Q. The oral health status and the treatment needs in Chad: a pilot study. *Niger Postgrad Med J.* 2014; 21(3):245-9.
20. Preshaw PM. Detection and diagnosis of periodontal conditions amenable to prevention. *BMC Oral Health.* 2015; 15(Supl. 1):S5.
21. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(4):975-86.
22. Ercan E, Uysal C, Uzun C, Yilmaz M. Periodontal examination profiles and treatment approaches of a group of Turkish general dentists. *Oral Health Prev Dent.* 2015; 13(3):275-80.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Flavia Bridi Valentim**

*Rua Aloísio Simões, 519, apto 102,*

*Bento Ferreira, Vitória/ES, Brasil*

*CEP: 29050-639*

*Tel.: (27) 999259080 / (27) 32240008*

*E-mail: flaviabridi@botmail.com*

Submetido em: 17/10/2017

Aceito em: 14/12/2017