

**PREVALÊNCIA DA RETRAÇÃO GENGIVAL E FATORES ASSOCIADOS:
UM ESTUDO TRANSVERSAL**

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.034-012>

Clara Silva Miranda

Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Email: clara.miranda@ufvjm.edu.br

Tatiane Aparecida dos Santos Menezes

Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Email: tatiane.menezes@ufvjm.edu.br

Yure Gonçalves Gusmão

Mestre e doutorando em clínica odontológica pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Email: yuregusmao@hotmail.com

José Cristiano Ramos Glória

Doutorado em Odontologia em Clínica Odontológica pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM. Professor Associado III, no curso de Odontologia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Email: jose.cristiano@ufvjm.edu.br

Olga Dumont Flecha

Doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (Programa de Medicina Interna e Terapêutica - Saúde Baseada em Evidências). Professora Titular do Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Email: olga.flecha@ufvjm.edu.br

Patrícia Furtado Gonçalves

Doutorado em Clínica Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas. Professora titular da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Email: patricia.furtado@ufvjm.edu.br

Dhelfeson Willya Douglas de Oliveira

Doutorado em Odontologia, área de concentração em Periodontia, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor adjunto na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Email: dhelfeson@ufvjm.edu.br

RESUMO

O presente estudo transversal teve como objetivo avaliar a prevalência de retração gengival (RG) em uma amostra de 50 pacientes atendidos na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), com média de idade de 38,1 anos. A RG, caracterizada pela migração apical do tecido gengival e consequente exposição da raiz dentária, foi identificada em 66% dos participantes, com



maior incidência observada nos pré-molares (38,7%). A pesquisa revelou predominância do fenótipo periodontal espesso (74,8%) e as classificações de Pini-Prato A- e Cairo Tipo I, sugerindo recessões superficiais e sem perda de inserção proximal. A hipersensibilidade dentinária foi identificada em 36% dos casos, percentual inferior ao esperado, provavelmente em razão da menor extensão das recessões. Os resultados indicaram que a maioria dos participantes realiza escovação frequente (66% escovam os dentes três vezes ao dia), embora haja indícios de que hábitos inadequados possam contribuir para o desenvolvimento da RG. Observou-se ainda uma predominância feminina (58%) e uma alta prevalência de indivíduos com renda inferior a um salário-mínimo (72%), sugerindo a possível influência desses fatores sociodemográficos na ocorrência da condição. Este estudo reforça a relevância da avaliação detalhada do fenótipo periodontal e dos fatores comportamentais na abordagem preventiva e terapêutica da RG, além de destacar a necessidade de estudos futuros com amostras mais amplas e representativas, a fim de aprofundar o entendimento sobre a condição e seus fatores associados.

Palavras-chave: Retração gengival. Prevalência. Fatores associados. Saúde bucal.

1 INTRODUÇÃO

A retração gengival ou recessão gengival (RG) é caracterizada pela exposição da raiz dentária, decorrente da perda de inserção, pois a margem gengival livre se desloca em direção apical, podendo afetar a face vestibular, lingual e palatina, ocasionando alterações patológicas, tais como a alta sensibilidade e a suscetibilidade à cárie dentária radicular (Cunha et al., 2019; Fernandes et al., 2016).

O mecanismo de patogênese da RG ocorre por meio de um processo inflamatório localizado (Susin, 2004). Sua etiologia é multifatorial e com diferentes fatores relacionados que podem atuar em conjunto. Dentre as condições que podem desencadear o processo de retração temos a escovação traumática (McCracken, 2009), anatomia óssea (Maroso, 2015), inserção do freio labial, posicionamento dentário, doença periodontal, fatores locais de retenção de placa, fumo e movimentação ortodôntica (Albandar; Kingman, 1999; Susin, 2004). Como consequência, além das alterações estéticas, a RG pode levar ao surgimento de hipersensibilidade dentária e dificuldade de higienização, que por sua vez, favorecem o desenvolvimento de lesões cáries, doenças periodontais e ainda impactar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos (Wagner et al., 2016).

Estudos indicam que a prevalência, extensão e gravidade da RG tendem a aumentar gradativamente com a idade (Kassab; Cohen, 2003), sugerindo-se o efeito cumulativo, de um longo período de exposição do complexo mucogengival aos possíveis agentes etiológicos da RG, associados às mudanças fisiológicas locais e sistêmicas com o passar dos anos (Mythri et al., 2015), além disso, é comprovado que homens apresentam maiores níveis de RG em relação às mulheres (Rios et al., 2014) e que essa incidência acontece tanto em países desenvolvidos quanto em subdesenvolvidos, ocorrendo em indivíduos com boa ou má higienização bucal (Løe; Anerud; Boysen, 1992). No Brasil, a prevalência de pelo menos um local com $RG \geq 1$ mm é 29,5% em jovens de 14 a 19 anos e 99% em adultos com mais de 40 anos (Susin et al., 2004).

Dessa forma, a RG é uma condição comum observada na prática odontológica, sendo comum que os pacientes a reconheçam e procurem orientação profissional e tratamento (Mythri et al., 2015; Nieri et al., 2013; Toker; Ozdemir, 2009). Esse conhecimento é essencial para guiar tratamentos preventivos e terapêuticos, influenciar políticas públicas voltadas à saúde bucal e garantir o manejo adequado do paciente. Portanto, o objetivo deste estudo transversal foi identificar a prevalência de retração gengival entre os pacientes atendidos na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), e os fatores associados.

2 METODOLOGIA

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo do tipo transversal realizado na Clínica de Cirurgia e Periodontia do Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da UFVJM, desenvolvido de dezembro de 2023 a agosto de 2024.

2.2 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFVJM e recebeu o CAAE nº 76940024.4.0000.5108. Foram observados os aspectos éticos com base nas legislações nacionais (Resolução 466/12) e internacionais (Declaração de Helsinque, versão 2013). Os pacientes que foram convidados a participar da pesquisa e atendiam aos critérios de inclusão, após concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que pudessem decidir livremente sobre sua participação. O início da coleta de dados foi realizado somente após o consentimento. Os participantes não alfabetizados ou que apresentaram dificuldades para a leitura do TCLE, tiveram o termo lido e explicado pelos membros da equipe da pesquisa.

2.3 POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Foram convidados para participar da pesquisa, pacientes dentados atendidos na clínica-escola de Odontologia da UFVJM, além disso foi divulgado nas redes sociais sobre o recrutamento dos participantes, os quais foram escolhidos de forma aleatória, desde que se encaixassem no critério de inclusão, que foram pessoas com idades entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos, em boas condições de saúde geral e bucal que mostraram consentimento em participar. Foram considerados como critérios de exclusão, pacientes que faziam uso frequente de analgésicos, anti-inflamatórios e antidepressivos, e possuíam inflamação gengival.

2.4 DETERMINAÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA

Para determinação do tamanho da amostra, utilizou-se o cálculo de prevalência esperada de retração gengival. Foi realizado cálculo estatístico com nível de significância em 95% e com margem de erro estipulada em 5%. Obteve-se prevalência de 79,2% na literatura (Goergen et al. 2023), resultando em uma amostra mínima de 254 pacientes. O software utilizado para o cálculo foi o GPower, versão 3.1.

Embora o cálculo inicial previsse uma amostra maior, o estudo foi conduzido com um total efetivo de 50 pacientes. Essa redução se deveu a limitações de tempo e à disponibilidade dos participantes.

2.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Como instrumento de pesquisa, foi elaborado um formulário que foi utilizado para a coleta de dados. O formulário possuía perguntas como nome, idade, cor (1) branco, (2) pardo, (3) preto, renda em salários, sexo (1) feminino e (2) masculino, quantificação do incômodo estético utilizando uma escala numérica variando de 0 a 10, e a quantidade de vezes de escovação dos dentes por dia (1) uma vez, (2) duas vezes, (3) três vezes, (4) mais de 3 vezes ao dia. Em seguida, um odontograma para serem marcados os dentes ausentes, e, por fim, uma tabela para ser preenchida com as seguintes informações: qual dente apresentava RG, se possuía RG em outros sítios, classificação de Pini-Prato et al, classificação de Cairo et al.; altura da RG, largura da RG, se possuía sensibilidade e qual o fenótipo periodontal.

Para a determinação da quantificação do incômodo estético e de sensibilidade causados pela RG, foi usada uma escala numérica, variando de 0 a 10. Os pacientes foram propostos a atribuir uma pontuação que refletia sua insatisfação, sendo 0 correspondente à ausência de incômodo e 10 representando o máximo nível de desconforto. Este método facilita a quantificação precisa de sintomas como a sensibilidade dentinária causada pela exposição radicular. (Tugnait & Clerehugh, 2001).

Foi usada a classificação de Pini-Prato et al. (2010), onde ele classifica de forma clínica os defeitos superficiais das estruturas dentárias na área de RG. Dois principais fatores foram avaliados para estabelecer a classificação, sendo eles: a presença (A) ou a ausência (B) da junção cimento esmalte (JCE) e a presença indicada pelo sinal positivo (+) e ausência pelo negativo (-) de discrepância da superfície dentária causada por abrasão. Sendo assim foram observadas quatro variáveis de classes: A-, A+, B- e B+. Tal classificação (Pini-Prato et al., 2010) descreve a análise e classificação dos defeitos de superfície dentária como um importante instrumento no diagnóstico e tratamento de áreas de recessão gengival.

Além da classificação citada acima, também foi usada a de Cairo, Nieri, Cincinelli, Mervelt e Pagliaro (Cairo F. et al, 2012; Jepsen S. et al, 2018). Os autores classificaram as recessões gengivais em três categorias:

Recessão tipo 1: recessão gengival sem perda proximal de inserção – a junção cimento-esmalte proximal não é clinicamente detectável.

Recessão tipo 2: associada à perda proximal de inserção – a quantidade de perda (medida a partir da junção cimento-esmalte proximal até a profundidade do sulco proximal/bolsa) é menor ou igual à perda de inserção vestibular (medida a partir da junção cimento-esmalte vestibular até a extremidade apical do sulco vestibular/bolsa).

Recessão tipo 3: associada à perda proximal de inserção – a quantidade de perda (medida a partir da junção cimento-esmalte proximal até a extremidade apical do sulco/bolsa) é maior do que a

perda da inserção vestibular (medida a partir da junção cimento-esmalte vestibular até a extremidade apical do sulco vestibular/bolsa).

2.6 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO DOS EXAMINADORES

Antes de iniciar a coleta de dados, realizada entre junho e julho de 2024, foi realizado um treinamento com os pesquisadores para realizar o exame periodontal e a calibração para determinar as devidas medidas de RG por meio do Teste de Concordância Inter-examinador (KAPPA) e do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC). Para esse processo, foi selecionado um paciente com retração gengival em múltiplos elementos dentários, no qual frequentava regularmente a clínica da UFVJM. Os membros da equipe de pesquisa realizaram medições relativas à retração gengival presentes nos elementos dentários, incluindo a largura e altura da retração, a avaliação do fenótipo periodontal e a presença de hipersensibilidade dentinária nas áreas afetadas. Após as medições, o coeficiente KAPPA, utilizado para avaliar a concordância qualitativa entre os examinadores em relação à presença de retração e sensibilidade, foi de 0,799, indicando boa concordância. Já o ICC, aplicado para verificar a consistência das medições quantitativas, como a altura e a largura da retração gengival, foi de 0,624, indicando concordância moderada. Esses métodos garantiram a confiabilidade e a padronização das medidas utilizadas no estudo.

2.7 VARIÁVEIS E DEFINIÇÕES

As recessões gengivais foram consideradas de acordo com o deslocamento apical da margem gengival, que se refere ao movimento da gengiva em direção à raiz do dente, resultando na exposição da superfície radicular. Para realizar as medições da altura e largura da RG foram utilizados instrumentais estéreis, composto por espelho clínico nº 5, sonda periodontal milimetrada tipo Williams e pinça clínica.

A altura da RG foi medida na face vestibular do dente, pela distância entre a JCE e a margem gengival, já a largura, foi medida de mesial a distal, também pela vestibular, na altura da JCE. Para isso, o paciente foi posicionado de forma adequada, com uma boa iluminação e visualização da área avaliada e o examinador teve o auxílio de uma sonda periodontal milimetrada tipo Williams. Nos demais sítios- lingual, palatino, distal e mesial- foi observado apenas se possuía ou não RG.

De acordo com o que foi proposto por De Rouck et al. (2009) para diferenciar fenótipo periodontal como fino ou espesso através do método visual é necessária uma avaliação da espessura gengival na transparência à sondagem, dessa forma, quando se observava translucidez da sonda de Williams através da gengiva marginal livre foi classificado em fenótipo fino, e espesso quando a sonda não era vista durante a sondagem.

Já o teste de hipersensibilidade dentinária, com o intuito de avaliar o grau de sensibilidade presente nos elementos dentários avaliados, constituiu em passar a ponta da sonda na porção mais cervical do elemento avaliado, formando um ângulo de 90° com o longo eixo do dente por alguns segundos. No momento da aplicação do estímulo, a reação do indivíduo foi avaliada por um examinador, onde ele permaneceu na posição de 11 horas, de forma a visualizar qualquer expressão facial e/ou corporal do participante e em seguida também foi perguntado ao paciente a percepção de sensibilidade.

2.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As análises estatísticas foram efetuadas com o pacote estatístico SPSS ® para Windows ® (Statistical Package for the Social Sciences Inc.) na versão 26. Análises exploratórias dos dados forneceram frequências, médias, desvios padrão, medianas e percentis. Testes de igualdade foram realizados. Foi utilizado o intervalo de confiança de 95%. O nível de significância adotado foi de 5%. A avaliação da normalidade foi verificada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. No caso da distribuição não normal dos dados, o teste realizado foi o teste Mann Whitney. Foi utilizado teste de Student se houver distribuição normal dos dados. A correlação entre dados quantitativos foi verificada pelos testes de correlação de Pearson ou Spearman quando pertinentes.

3 RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 50 indivíduos, com média de idade de 38,1 anos (DP ± 16,7), sendo que do total de pacientes, 33 (66%) apresentavam RG. Em relação ao sexo, 29 (58%) participantes eram do sexo feminino. Quanto à autodeclaração de cor da pele, 28 participantes se identificaram como pardos (56%). No que diz respeito aos hábitos de higiene bucal, 33 (66%) participantes relataram realizar a escovação dentária três vezes ao dia. Em relação à classe social, 36 indivíduos informaram receber até um salário-mínimo (72%) (Tabela 1).

Tabela 1. Dados dos participantes (n=50)		
Variável	Média	DP
Idade	38,1	16,7
	n	%
Retração gengival		
Presente	33	66,0
Ausente	17	34,0
Cor da pele		
Branco	14	28,0
Pardo	28	56,0
Negro	8	16,0
Sexo		
Feminino	29	58
Masculino	21	42
Escovação dental		
1x ao dia	1	2,0

2 a 3x ao dia	8	16,0
3x ao dia	33	66,0
Mais de 3x ao dia	8	6,0
Renda (salário-mínimo)		
Até 1	36	72,0
De 2 até 4	11	22,0
Maior que 4	3	6,0

Constatou-se que 163 (12,7%) dentes apresentavam RG. Entre os dentes acometidos, os pré-molares foram os mais afetados, totalizando 63 dentes (38,7%). Além disso, 46 dentes com RG (28,2%) apresentaram retração em outros sítios. Na classificação de Pini-Prato, o padrão A- foi o mais recorrente, com 67 dentes (41,1%). Já na classificação de Cairo, destacou-se o Tipo I, presente em 118 dentes (72,4%). Observou-se a presença de hipersensibilidade dentinária em 60 participantes (36%), e o fenótipo periodontal espesso foi identificado em 122 dentes (74,8%). A altura média da recessão gengival foi de 1,9 mm (DP \pm 1,4), e a largura média foi de 2,7 mm (DP \pm 1,1). O impacto estético da retração gengival foi avaliado com uma média de 4,0 (DP \pm 2,1) (Tabela 2)

Tabela 2. Parâmetros clínicos		
Categoria	n	%
Dentes com retração gengival		
Ausente	1119	87,3
Presente	163	12,7
Grupo de dentes com retração gengival		
Canino	49	30,1
Incisivo	28	17,2
Pré-molar	63	38,7
Molar	23	14,1
Retração gengival em outros sítios no mesmo dente		
Não	117	71,8
Sim	46	28,2
Classificação de Pini-Prato		
A+	55	33,7
A-	67	41,1
B+	3	1,8
B-	38	23,3
Classificação de Cairo		
Tipo I	118	72,4
Tipo II	21	12,9
Tipo III	24	14,7
Presença de hipersensibilidade dentinária		
Não	103	63,2
Sim	60	36,8
Fenótipo periodontal		
Fino	41	25,2
Espesso	122	74,8
	Média	DP
Altura da retração gengival	1,9	1,4
Largura da retração gengival	2,7	1,1
Impacto na estética	4,0	2,1

Testes estatísticos indicaram que não houve associação significativa entre a classificação de Cairo e a presença de hipersensibilidade dentinária entre os grupos de dentes ($p = 0,084$). Contudo, a

classificação de Cairo demonstrou uma associação significativa entre o grupo dentário e o tipo de retração ($p < 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre grupo de dentes e parâmetros da retração gengival										
	Grupo de dente								p	
	Canino		Incisivo		Pré-molar		Molar			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Retração gengival em outros sítios										
Não	40	81,6	13	46,4	44	69,8	20	87,0	0,003	
Sim	9	18,4	15	53,6	19	30,2	3	13,0		
Classificação de Pini-Prato										
A+	15	30,6	4	14,3	30	47,6	6	26,1	0,064	
A-	18	36,7	17	60,7	22	34,9	10	43,5		
B+	1	2,0	0	0,0	2	3,2	0	0,0		
B-	15	30,6	7	25,0	9	14,3	7	30,4		
Classificação de Cairo										
Tipo I	42	85,7	13	46,4	44	69,8	19	82,6	<0,001	
Tipo II	2	4,1	1	3,6	15	23,8	3	13,0		
Tipo III	5	10,2	14	50,0	4	6,3	1	4,3		
Presença de hipersensibilidade dentinária										
Não	34	69,4	13	46,6	38	60,3	18	78,3	0,084	
Sim	15	30,6	15	53,6	25	39,7	5	21,7		
	Média (DP)		Média (DP)		Média (DP)		Média (DP)			
Altura da retração gengival	1,85 (1,1)		2,66 (2,2)		1,82 (1,0)		1,69 (1,3)		0,388	
Largura da retração gengival	2,65 (0,9)		2,53 (0,9)		2,58 (1,0)		2,73 (1,1)		0,054	
Impacto na estética	1,83 (3,1)		1,80 (3,1)		1,71 (3,0)		1,68 (3,0)		0,157	

4 DISCUSSÃO

A retração gengival é definida como a exposição da superfície radicular em decorrência da migração do tecido gengival em direção ao apical, levando à perda de gengiva ao redor dos dentes. A justificativa para este estudo reside na necessidade de entender a prevalência e os fatores associados à retração gengival entre os pacientes atendidos na UFVJM. Os resultados indicaram que 66% dos pacientes avaliados apresentavam retração gengival.

Com base nas análises neste estudo, pode-se notar que a avaliação da RG e sua prevalência é fundamental não apenas para os aspectos clínicos da condição, mas também para compreender as influências dos fatores sociodemográficos e comportamentais dos pacientes. Ao relacionar esses achados com dados da literatura, é importante destacar que, embora a prevalência de RG na população geral seja estimada em torno de 60% (Dominak & Gedrange, 2014), os resultados deste estudo, com 66% de incidência de RG, se aproximam da taxa observada no estudo de Dominak. A prevalência de 12,7% observada neste estudo, relacionada especificamente aos dentes avaliados, pode refletir tanto a metodologia de diagnóstico empregada quanto às características específicas da amostra. De acordo com Pini-Prato et al. (2006), a prevalência de RG em dentes individuais pode variar entre 10% a 30%, dependendo da região da boca e dos fatores de risco presentes, o que corrobora os achados deste estudo, indicando que a variação na prevalência pode ser influenciada por esses fatores.

A prevalência de RG de 66% observada nesta amostra foi inferior à encontrada em estudos anteriores. Susin et al. (2004) observaram que 99% dos adultos com mais de 40 anos apresentavam ao menos um sítio com $RG \geq 1$ mm. Kassab e Cohen (2003) relataram uma prevalência de 50% em adultos, enquanto Rios et al. (2014) identificaram uma taxa de 80% em uma população de pacientes com doença periodontal. Mythri et al. (2015) também corroboram essa tendência, destacando que a prevalência de RG aumenta com a idade, embora não tenham especificado um número exato. Essa discrepância na prevalência pode ser atribuída ao perfil etário dos participantes deste estudo, cuja média foi de 38,1 anos, uma vez que a RG tende a aumentar com a idade. Isso indica um efeito acumulativo devido à longa exposição do complexo mucogengival aos potenciais agentes etiológicos da RG, juntamente com as alterações fisiológicas locais e sistêmicas que ocorrem ao longo dos anos. (Mythri et al., 2015).

A predominância do sexo feminino na amostra está alinhada com a literatura, que aponta que as mulheres costumam procurar mais cuidados odontológicos do que os homens. (Albandar et al., 2017). Esse comportamento pode ter influenciado positivamente os dados sobre a escovação, já que (66%) dos participantes relataram escovar os dentes três vezes ao dia, contribuindo assim para a menor prevalência de RG. Contudo, a frequência de escovação isoladamente não garante a prevenção de retrações gengivais, uma vez que a técnica de escovação inadequada pode induzir traumas gengivais (McCracken et al., 2009). Adicionalmente, a autodeclaração da cor da pele e a distribuição socioeconômica dos participantes sugerem que fatores socioeconômicos exercem um papel significativo na saúde bucal. Estudos demonstram que rendas inferiores ou iguais a um salário-mínimo estão frequentemente associadas a uma maior prevalência de doenças bucais (Holtfreter et al., 2018).

A maior prevalência de RG em pré-molares e caninos reforça a literatura, que associa esses dentes a maior susceptibilidade devido à sua posição na arcada, exposição a constantes traumas mecânicos e pressão oclusal durante a mastigação (Cairo et al., 2012). A anatomia desses dentes facilita o acúmulo de biofilme e inflamação gengival, contribuindo para a recessão (Meyer et al., 2014). Essas características anatômicas são reforçadas por estudos que demonstram que a morfologia e a posição desses dentes na arcada podem predispor à retenção de biofilme e inflamação gengival, levando à recessão (Cairo et al., 2012; Jepsen et al., 2018).

A classificação de Pini-Prato, com predominância do tipo A-, difere da classificação de Cairo (2012), que apresenta predominância do tipo I. Essa diferença sugere que a classificação de Pini-Prato pode estar mais relacionada a recessões causadas por fatores sistêmicos ou práticas inadequadas de higiene bucal. Já a classificação de Cairo indica que, em jovens saudáveis, as recessões tendem a ser menos graves e geralmente estão associadas a fatores locais, sem perda de inserção proximal. Essa distinção entre as classificações é apoiada pelos estudos de Jepsen et al. (2018) e Maroso (2015), que

discutem as implicações clínicas da ausência de perda de inserção proximal e as possíveis causas anatômicas para essas diferenças.

A alta prevalência do fenótipo periodontal espesso observada neste estudo está em linha com as conclusões de De Rouck et al. (2009), que destacam sua função protetora contra traumas mecânicos e inflamações. Esse dado reforça a importância de avaliar o fenótipo periodontal durante as consultas clínicas, já que indivíduos com fenótipo fino têm maior probabilidade de desenvolver recessão gengival (Kassab & Cohen, 2003). Por outro lado, o fenótipo espesso oferece uma maior resistência, mas quando expostos a fatores de risco, como movimentação ortodôntica ou periodontite, os indivíduos podem ser mais suscetíveis à recessão gengival (Cortellini & Bissada, 2018).

Em relação à hipersensibilidade dentinária, o índice observado foi inferior ao esperado para pacientes com RG, possivelmente devido à pequena extensão das recessões, com altura média de 1,9 mm, e ao perfil etário da população avaliada. Esse nível de recessão pode não ser suficiente para expor significativamente a dentina e provocar sensibilidade severa (Tugnait & Clerehugh, 2001). Além disso, a idade pode contribuir para uma menor prevalência de sensibilidade, dado que em pacientes jovens o esmalte é geralmente mais espesso e há menos exposição radicular (Pashley, 2013). Esse dado é importante pois sugere que a detecção precoce e a intervenção em casos com menor altura de recessão podem prevenir a exposição dentinária e seus efeitos clínicos.

Em termos estéticos, os dados indicam que a maioria dos participantes não considera a RG um problema estético significativo. Nieri et al. (2013) apontam que a percepção do impacto estético pode ser mais relevante em populações que buscam tratamento periodontal por razões cosméticas, reforçando a ideia de que a percepção da RG é individual e muitas vezes depende de fatores como localização e visibilidade das recessões, com incisivos sendo mais afetados esteticamente do que molares, por exemplo.

Esses achados, tanto em relação à hipersensibilidade quanto ao impacto estético, têm importantes implicações clínicas, especialmente quando analisados em conjunto com o tipo de recessão gengival e o fenótipo periodontal do paciente. A RG está frequentemente associada à hipersensibilidade dental, devido à exposição da dentina. No entanto, a intensidade e a frequência desse sintoma podem variar consideravelmente, dependendo da extensão da recessão e do fenótipo periodontal de cada paciente (Litonjua et al., 2014). Pacientes com fenótipo periodontal fino, por exemplo, têm maior propensão a apresentar recessões mais profundas, o que pode resultar em maior exposição da dentina e, conseqüentemente, aumentar o risco de hipersensibilidade (Mahajan, 2010).

Clinicamente, isso sugere que a avaliação detalhada do fenótipo periodontal e do tipo de recessão gengival é crucial para identificar indivíduos em maior risco de desenvolver hipersensibilidade dentinária. Isso pode orientar o dentista na escolha de estratégias preventivas e terapêuticas mais específicas, como o uso de técnicas de enxerto gengival para cobrir áreas expostas



em pacientes de fenótipo fino, ou a aplicação de agentes dessensibilizantes nos estágios iniciais de recessão para minimizar a dor (Mairoana et al., 2005).

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. A avaliação da cor da pele e da renda foi baseada na autodeclaração, o que pode introduzir vieses subjetivos e comprometer a precisão dos dados. A restrição da amostra a uma população atendida em uma clínica-escola de Odontologia também limita a generalização dos resultados, sugerindo a necessidade de amostras mais amplas e representativas. Além disso, não foram incluídos fatores como hábitos de higiene bucal, como a escovação com força excessiva e o uso de escovas com cerdas duras e histórico familiar de retração gengival, que poderiam influenciar os achados.

Recomenda-se que pesquisas futuras aumentem o tamanho da amostra e incluam variáveis adicionais, como o tipo de técnica de escovação utilizada e a frequência de visitas ao dentista, possibilitando uma compreensão mais completa da relação entre RG e fatores associados. A adoção de métodos de avaliação mais rigorosos, como a coleta sistemática de dados socioeconômicos, contribuirá para a validação dos achados e permitirá uma análise mais profunda.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que a prevalência da RG foi de 66% entre os pacientes atendidos na UFVJM. O dente que apresentou retração mais frequente foi o pré-molar. As RGs foram majoritariamente A- e do tipo I, sendo rasas e estreitas, e a maioria sem hipersensibilidade dentinária e com fenótipo espesso. A amostra foi composta predominantemente por mulheres e com renda inferior a um salário-mínimo.



REFERÊNCIAS

ALBANDAR, J. M. et al. Gender differences in oral health: a population-based study. *Journal of Periodontology*, v. 88, n. 9, p. 879-889, 2017.

ALBANDAR, J. M.; KINGMAN, A. Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. *Journal of Periodontology*, v. 70, n. 1, p. 30-43, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

CAIRO, F. et al. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 38, n. 7, p. 661-666, 2011. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2011.01693.x.

CORTELLINI, P.; BISSADA, N. F. Mucogingival conditions in the natural dentition: narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *Journal of Periodontology*, v. 89, Suppl. 1, p. S204-S213, 2018.

CUNHA, E. T. et al. Classificação de Miller. *Revista de Odontologia Contemporânea*, São Paulo, v. 3, Suppl. 2, p. 69, 16 dez. 2019.

DE ROUCK, T.; EGERMANN, P.; HÜSLER, J. The gingival biotype revisited: Transparency of the periodontal probe through the gingival margin as a method to discriminate thin from thick gingiva. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 36, n. 5, p. 428-433, 2009.

DE ROUCK, T. et al. The importance of the periodontal phenotype in the management of gingival recession. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 36, n. 8, p. 661-668, 2009. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2009.01456.x.

DOMINIAK, M.; GEDRANGE, T. New perspectives in the diagnostic of gingival recession. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, v. 23, n. 6, p. 857-863, 2014.

HOLTFRETER, B. et al. Socioeconomic status and periodontal disease: a systematic review. *Journal of Periodontal Research*, v. 53, n. 6, p. 932-945, 2018.

JEPSEN, S.; CATON, J. G.; ALBANDAR, J. M.; BISSADA, N. F.; BOUCHARD, P.; CORTELLINI, P. et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology*, v. 89, Suppl. 1, p. S237-S248, 2018.

JEPSEN, S.; KOTTE, A.; HASSELGÅRD, A.; HÖGSTRAND, L.; HJALMARSSON, S. Incidence of gingival recessions in a population with no periodontal disease: a longitudinal study. *Journal of Periodontology*, v. 89, n. 1, p. 55-65, 2018. DOI: 10.1002/JPER.17-0424.

KASSAB, M. et al. The influence of the periodontal phenotype on periodontal disease and gingival recession. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 30, n. 4, p. 276-283, 2003.

KASSAB, M. M.; COHEN, R. E. The etiology and prevalence of gingival recession. *Journal of the American Dental Association*, v. 134, n. 2, p. 220-225, 2003.



LITONJUA, L. A. et al. Toothbrushing and gingival recession. *International Dental Journal*, v. 53, n. 2, p. 67-72, 2003.

LITONJUA, L. A.; ANDREANA, S.; BUSH, P. J.; COHEN, R. E. Toothbrush abrasions and noncarious cervical lesions: evolving concepts. *Compendium of Continuing Education in Dentistry*, v. 24, n. 1, p. 57-58, 2014.

LÖE, H.; ANERUD, A.; BOYSEN, H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *Journal of Periodontology*, v. 63, n. 6, p. 489-495, 1992.

MAHAJAN, A. Gingival biotype assessment in a healthy periodontium: transgingival probing method. *Journal of Indian Society of Periodontology*, v. 14, n. 1, p. 27-30, 2010.

MAIORANA, C.; BERETTA, M.; SALINA, S.; SANTORO, F. Reduction of tooth sensitivity following root coverage with a subepithelial connective tissue graft. *Journal of Periodontology*, v. 76, n. 10, p. 1785-1793, 2005.

MAROSO, F. B. et al. Correlation between gingival thickness and gingival recession in humans. *Acta Odontológica Latin Americana*, v. 28, n. 2, p. 162-166, 2015.

MEYER, M. et al. Trauma and gingival recession: an overview. *Clinical Oral Investigations*, v. 18, n. 5, p. 1375-1380, 2014.

MCCRACKEN, G. I. et al. The impact of powered and manual toothbrushing on incipient gingival recession. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 36, n. 11, p. 950-957, 2009.

MYTHRI, S. et al. Etiology and occurrence of gingival recession: an epidemiological study. *Journal of Indian Society of Periodontology*, v. 19, n. 6, p. 671-675, 2015.

NIERI, M. et al. Patient perceptions of buccal gingival recessions and requests for treatment. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 40, n. 7, p. 707-712, 2013.

NIERI, M.; RAGAZZI, S.; PUGLIANI, A. et al. The impact of periodontal therapy on quality of life: a systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 40, n. 4, p. 351-365, 2013.

PASHLEY, D. H. Dentin hypersensitivity: a review. *Dental Clinics of North America*, v. 57, n. 1, p. 15-23, 2013.

PINI-PRATO, G.; FRANCESCHI, D.; CAIRO, F.; NIERI, M.; ROTUNDO, R. Classification of dental surface defects in areas of gingival recession. *Journal of Periodontology*, v. 81, p. 885-890, jun. 2010.

PINI PRATO, G.; et al. Prevalence and risk factors for gingival recession in an Italian population. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 33, n. 2, p. 96-103, 2006.

PINI-PRATO, G. P.; CAIRO, F.; CORTELLINI, P. Coronally advanced flap: the post-surgical position of the gingival margin is an important factor for achieving complete root coverage. *Journal of Periodontology*, v. 82, n. 8, p. 1150-1156, 2011.

RIOS, F. S. et al. Estimates and multivariable risk assessment of gingival recession in the population of adults from Porto Alegre, Brazil. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 41, n. 11, p. 1098-1107, 2014.



SUSIN, C. et al. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. *Journal of Periodontology*, v. 75, n. 10, p. 1377-1386, 2004.

TOKER, H.; OZDEMIR, H. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a university dental hospital in Turkey. *International Journal of Dental Hygiene*, v. 7, n. 2, p. 115-120, 2009.

TUGNAIT, A.; CLEREHUGH, V. Gingival recession—its significance and management. *Journal of Dentistry*, v. 29, n. 6, p. 381-394, 2001.

WAGNER, T. P. et al. Gingival recession and oral health-related quality of life: a population-based cross-sectional study in Brazil. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 44, n. 4, p. 390–399, 2016.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, v. 310, n. 20, p. 2191-2194, 2013. DOI: 10.1001/jama.2013.281053.