

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

**ANDRÉA DE CARVALHO AZEM
CIRURGIÃ-DENTISTA**

**“PERIODONTAL SCREENING & RECORDING (PSR)
COMO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA
NECESSIDADE DE TRATAMENTO PERIODONTAL”**

Monografia apresentada à Faculdade
de Odontologia de Piracicaba da
Universidade Estadual de Campinas,
para obtenção do título de
“Especialização em Periodontia”.

123

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA
PIRACICABA
1998**



TCE/UNICAMP
Az23p
FOP

1290004534

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

**ANDRÉA DE CARVALHO AZEM
CIRURGIÃ-DENTISTA**

**“PERIODONTAL SCREENING & RECORDING (PSR)
COMO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA
NECESSIDADE DE TRATAMENTO PERIODONTAL”**

ORIENTADOR: Prof. Dr. ENILSON ANTÔNIO SALLUM

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Especialização em Periodontia”.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

BIBLIOTECA

PIRACICABA

1998

Unidade - FOP/UNICAMP

TCE/UNICAMP

Az23p Ed.

Vol. Ex.

Tombo 4534

C D

Proc. 16 P-134/2010

Preço R\$ 13,00

Data 03/03/2010

Registro 472991

N.º Classif.
N.º autor Az23p
v.
Tombo 4534

Registro

Data

Preço

Proc.

D C

Tombo

Vol. Ex.

Ed.

Unidade - FOP/UNICAMP

Ficha Catalográfica

Az23p A993p	<p>Azem, Andréa da Carvalho. Periodontal Screening & Recording (PSR) como método de avaliação da necessidade de tratamento periodontal. / Andréa de Carvalho Azem. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 1998. 23f.</p> <p>Orientador : Prof. Dr. Enilson Antônio Sallum. Monografia – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1.Periodontia. I. Sallum, Enilson Antônio. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p>
----------------	---

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba / UNICAMP.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela simples existência e pelas oportunidades oferecidas para o aprimoramento de todo o meu ser através do conhecimento.

A toda a minha família e meu namorado, Fernando Vinícius, pelo constante incentivo.

A todos os professores da Disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, UNESP, por sempre acreditarem na minha capacidade e na minha pessoa.

A todos os professores do Curso de Especialização de Periodontia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP, especialmente o Professor Titular Antônio Wilson Sallum, por nos acolherem e nos transmitirem lições, dentre as quais também o essencial da vida.

Ao secretário da Disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP, Paulo José Danelon, e também a todos os funcionários da mesma organização, pela constante atenção e dedicação para conosco.

A todos os pacientes que me proporcionaram a oportunidade de aperfeiçoamento na profissão.

E a todos os meus colegas por caminharmos juntos ao longo desses dois anos.

SUMÁRIO

Resumo.....	01
Introdução.....	02
Revisão da Literatura.....	04
Discussão.....	18
Conclusão.....	20
Summary.....	21
Referências Bibliográficas.....	22

RESUMO

Com base na revisão da literatura, o presente estudo tem como objetivo abordar o Periodontal Screening & Recording (PSR) de forma abrangente e ao mesmo tempo específica, por tratar vários pontos e detalhes com atenção especial, sem desmerecer nenhum tópico mesmo que seja pequeno, mas que possa conter informações valiosas para a compreensão do assunto como um todo.

Fazendo então esta revisão, o PSR pode ser encontrado nesse estudo como um método de avaliação da necessidade de tratamento periodontal, e a sua apresentação clara faz com que suas vantagens sejam percebidas rapidamente.

Todos os dados citados vem de encontro a outros estudos também realizados com o respectivo índice PSR. Pode-se concluir que todas as vantagens relacionadas ao índice fazem parte de um consenso entre os autores.

“Key Words: PSR, PERIODONTAL, SCREENING, PERIODONTAL SCREENING, PERIODONTAL RECORDING.”

1 - INTRODUÇÃO

É amplamente aceito que a causa primária da perda precoce de elementos dentais está diretamente relacionada à Doença Periodontal, e a sua detecção prematura é essencial para auxiliar a prevenção da perda precoce dos mesmos elementos, principalmente em indivíduos a partir de 35 anos de idade.⁽¹⁰⁾

Com isso torna-se possível realizarmos um tratamento antes que ocorra muita perda de inserção.

Para que pudéssemos alcançar esse objetivo seria necessário que todo exame bucal incluísse uma avaliação do periodonto; o que não acontece na realidade quando se trata de um problema de saúde pública, e quando muitos dos próprios profissionais excluem do seu material para exame clínico a sonda periodontal.

Tendo aceito então que a doença periodontal é a causa primária da perda precoce dos dentes, torna-se necessário e essencial a detecção prematura e inicial da doença para reduzir a perda dos dentes.⁽⁰⁵⁾

A detecção precoce da doença periodontal e também o seu pronto tratamento são essenciais para que não exista conseqüentemente a perda dos dentes.

Em junho de 1992 foi desenvolvido um programa para avaliação da necessidade de tratamento e registro da doença periodontal, o Periodontal Screening & Recording (PSR), pela Associação Dentária Americana (ADA) e Academia Americana de Periodontologia (AAP) com o suporte da "Procter &

Gamble Company".⁽⁰⁷⁾

Este estudo então revisará a literatura no que diz respeito ao Periodontal Screening & Recording (PSR).

2 - REVISÃO DA LITERATURA

Tendo aceito então que a doença Periodontal é uma das doenças mais difundidas da humanidade, a Unidade de Saúde Oral da Organização Mundial da Saúde (OMS), tomou a iniciativa de organizar um grupo de especialistas de 14 países membros para examinar e orientar a epidemiologia, etiologia e prevenção das doenças periodontais. O grupo conduziu um revisão compreensiva dos métodos usados para se avaliar prevalência e severidade de doenças periodontais e as necessidades de tratamento resultantes. Essa revisão resultou em uma proposta baseada no exame clínico desenvolvido por Ainamo et al. em 1982⁽¹⁾, que por sua vez se baseia na combinação de sistemas de triagem por O'Leary em 1967⁽¹²⁾, e também no Sistema de Necessidade de Tratamento Periodontal proposto por Bellini & Gjermo em 1973⁽²⁾. O primeiro, elaborado por O'Leary sugeria um sistema de seleção de pacientes baseado em uma série de Índices Periodontais, dentre os quais podemos destacar os índices de placa, de cálculo, gengival, periodontal etc. Nesse sistema, já se indicava a divisão da boca em sextantes, a fim de otimizar a orientação do tratamento periodontal.^(04,11) E o segundo, elaborado por Bellini & Gjermo tinha a proposta de um Sistema de Necessidade de Tratamento Periodontal, no qual dividiam a boca em quadrantes e, a cada quadrante, era atribuído um código correspondente à necessidade de tratamento daquela área, permitindo realizar previsão de custos e tempo operacional.^(04,02) Contudo, a reunião resultou na elaboração de um novo método de exame onde a avaliação de gengivite, bolsas patológicas e números de dentes erupcionados foram considerados básicos para o registro de dados, o registro da placa foi considerado menos importante do que a avaliação de suas

conseqüências, como sangramento gengival e formação de bolsa periodontal. Recessão gengival e mobilidade também foram excluídos do registro. E, no que diz respeito à cálculo, este foi incluído como sendo necessário para qualquer sistema de avaliação da necessidade de tratamento.⁽⁰¹⁾

Todos os esforços reunidos levaram à um novo índice periodontal, o Índice das Necessidades de Tratamento Periodontal na Comunidade (INTPC) da Organização Mundial de Saúde (OMS), adotado para avaliar a necessidade de tratamento e não para avaliar o estado periodontal, recessão da margem gengival ou osso alveolar. Após muitos anos de utilização desse índice, foram concentrados esforços para a idealização de um novo sistema de avaliação periodontal iniciado em 1992.

A Associação Dentária Americana (ADA) e a Academia Americana de Periodontologia (AAP) juntamente com o suporte da “Procter & Gamble Company”, colaboraram para o desenvolvimento desse método de exame e registro periodontal, em resposta à necessidade de um método universal para ajudar no diagnóstico e manutenção da doença periodontal. Esse sistema de seleção ou método de exame, Periodontal Screening & Recording (PSR), foi adaptado do INTPC, desenvolvido pela Unidade de Saúde Oral da OMS em 1982.⁽¹⁴⁾

Para a introdução do PSR, a ADA e a AAP elaboraram três fases de “lançamento”. A fase inicial do PSR introduziu o programa para os periodontistas educadores em meados de 1992, e para os clínicos gerais o “lançamento” ocorreu um ano mais tarde. Durante um período de dez meses começando em outubro de 1992, foram distribuídos pela “Procter and Gamble Company”, “kits” do PSR à 50.000 clínicos gerais membros da ADA.⁽⁰³⁾ Esse

período foi chamado por Tekavec & Tekavec em 1993⁽¹⁴⁾, como a primeira fase das três planejadas pela ADA e AAP a serem realizadas para informar à respeito do PSR.

Na Segunda fase ocorreu a introdução de “kits” promovidos pela “Procter & Gamble Company”, dando aos cirurgiões–dentistas a informação em publicações comerciais. E na terceira fase, foi iniciada uma campanha à nível nacional nos Estados Unidos com um programa de educação junto à mídia, incluindo esclarecimentos pela televisão, lançamentos em vídeo e rádio.

O potencial de se alcançar o público com uma mensagem tão importante irá aumentar a conscientização do nosso papel como provedores do cuidado da saúde oral, e melhor definirá nossa imagem profissional perante o público.⁽⁰³⁾

A descrição do PSR se baseia em avaliar, examinar cada dente individualmente. Os implantes são examinados da mesma maneira que os dentes naturais.

É recomendada a sonda periodontal padronizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que possui na ponta uma esfera com 0,5 mm de diâmetro e tem uma área colorida que se estende de 3,5mm a 5,5mm. A profundidade de inserção é marcada de acordo com a área colorida. No sistema PSR a dentição é dividida em sextantes, como mostra a figura 1. Devem ser examinadas seis áreas em cada dente: méso-vestibular, médio-vestibular, disto-vestibular, e as correspondentes áreas por lingual. Somente a pontuação mais alta obtida em cada sextante deve ser anotada. Para explorar toda a área cervical, é necessário correr a sonda por toda a superfície correspondente. Para o registro das anotações é usado um simples quadro para cada sextante, iniciando-

se sempre pelo superior posterior direito, seguido do superior anterior e assim por diante, em sentido horário, até o posterior inferior direito, como mostra a figura 2.

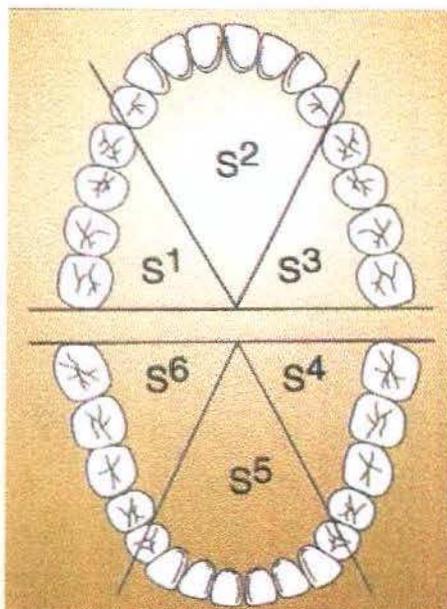


Figura 1*: Divisão das arcadas em sextantes e sequência do exame em sentido horário.

PERIODONTAL SCREENING & RECORDING									
SEXTANT SCORE			MONTH DAY YEAR						

Figura 2*: Ficha para o registro periodontal simplificado.

A classificação é feita por códigos:

Código 0: A área colorida da sonda é completamente visível no sextante. Não há cálculo ou restaurações com margens defeituosas. Os tecidos gengivais são normais e não ocorre sangramento à sondagem. (figura 3)

Tratamento: Sugere-se cuidados preventivos apropriados.

Corresponde a **Saúde Periodontal**.

* Figuras obtidas à partir do Periodontal Screening & Recording Training Program Manual. AAP/ADA, 1992. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, Vol. 50, N. 2, Mar./Abr. - 1996

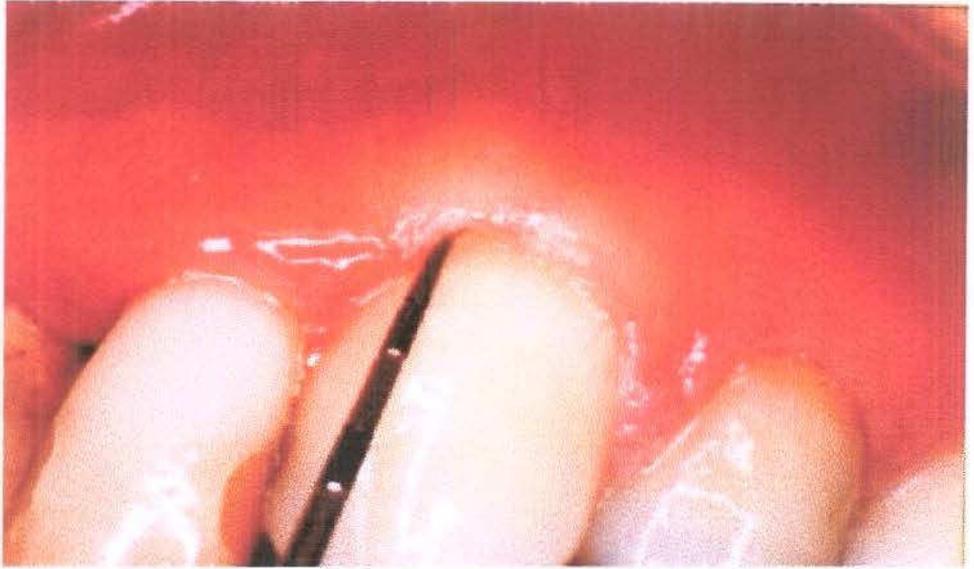


Figura 3

Código 1: A área colorida da sonda é completamente visível na profundidade de sondagem mais profunda do sextante. Nenhum cálculo ou margens defeituosas são detectadas. Há sangramento à sondagem suave. (figura 4)

Tratamento: Instrução quanto à higiene bucal e tratamento apropriado incluindo controle da placa subgingival.

Corresponde a **Gengivite**.



Figura 4

Código 2: A área colorida da sonda é completamente visível na profundidade de sondagem mais profunda do sextante. Cálculos supra e subgengivais e margens defeituosas são detectadas. (figura 5)

Tratamento: Instrução quanto à higiene bucal e tratamento apropriado, incluindo remoção de placa subgengival, cálculo e correção das margens de restaurações que retém placa.

Corresponde a **Gengivite ou Periodontite Leve.**

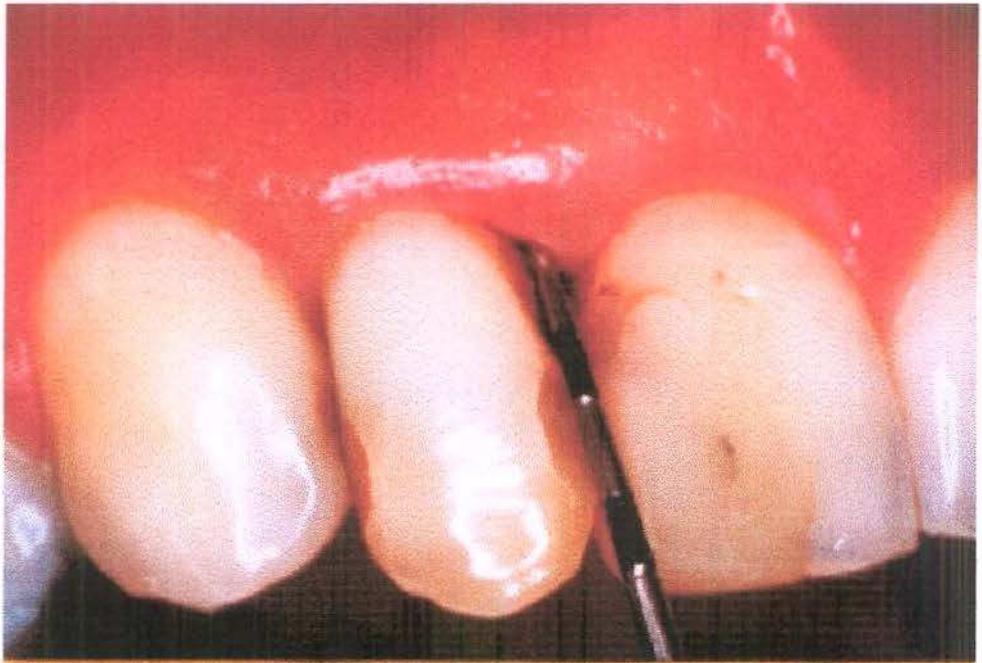


Figura 5

Código 3: A área colorida da sonda é parcialmente visível na profundidade de sondagem mais profunda do sextante. É necessário exame periodontal mais apurado no sextante. Se o indivíduo apresentar dois ou mais sextantes com código 3 é necessário um exame e mapeamento completo da boca. (figura 6)

Corresponde a **Periodontite Moderada**.

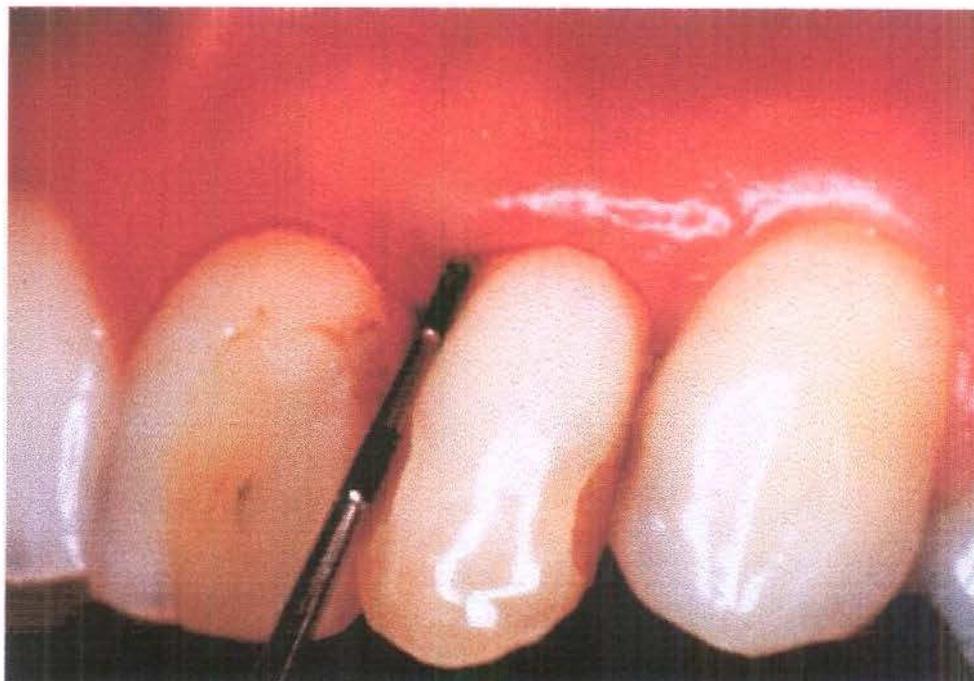


Figura 6

Código 4: A área colorida da sonda desaparece completamente, indicando profundidade de sondagem maior do que 5,5mm. É necessário um exame e mapeamento completo da boca para determinar um plano de tratamento apropriado. É provável que seja necessário um plano de tratamento complexo. (figura 7)

Corresponde a **Periodontite Severa**.

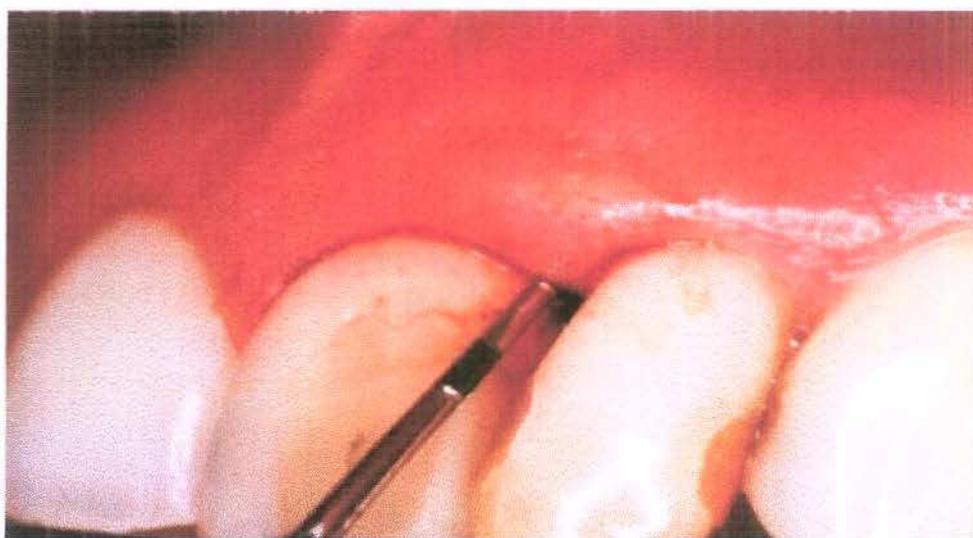


Figura 7

Um "X" é anotado quando o sextante for desdentado e o símbolo "*" é anotado quando encontramos certas anormalidades clínicas como: invasão de furca, mobilidade, problemas mucogengivais e recessão gengival estendendo-se à marca colorida.

Baseando-se na pontuação do paciente e no julgamento clínico, o profissional será capaz de determinar a necessidade de cuidados caseiros, possível tratamento periodontal ou tratamento periodontal mais complexo com um periodontista. Deve-se salientar que a presença do símbolo "*" no sextante pode interferir no plano de tratamento.

Nós sabemos que um exame detalhado deveria incluir uma história médica e dental, exames "extra-oral" e "intra-oral" completos, exame "semiológico"; mas isto é difícil de se realizar no dia-a-dia da clínica. É difícil porque necessita de tempo para um completo exame periodontal de todos os pacientes, e torna-se inviável para o andamento do consultório clínico. O PSR então nos permite encontrar as verdadeiras necessidades dos pacientes através de um diagnóstico fácil, e nos indica o tratamento requerido por cada indivíduo. A partir daí poderemos então executar um exame mais detalhado ou não conforme a necessidade do próprio paciente.⁽¹⁴⁾

A ADA e a AAP recomendam que o PSR seja utilizado pelos dentistas para todos os pacientes como parte integral dos exames bucais; e consiste ainda num caminho simples, rápido, efetivo e de baixo custo para selecionar os pacientes quanto à doença periodontal e sumarizar as informações necessárias com o mínimo de documentação.⁽⁶⁾

Além disso, nos Estados Unidos, onde grande parte dos tratamentos é coberto por seguros de saúde, as companhias seguradoras

pressionavam por tratamentos periodontais mais econômicos, que não envolvessem os enormes gastos com cirurgias. Ficou evidente a necessidade da procura de um parâmetro clínico, com validade legal, que orientasse o diagnóstico, assim como o provável plano de tratamento, e que fosse ao mesmo tempo simples, sem exigir grandes investimentos, tanto de equipamentos quanto de treinamento pessoal.⁽⁰⁴⁾

Lo Frisco & Bramson em 1993⁽¹⁰⁾, realizaram um estudo através de questionários aplicados à 224 especialistas e 184 clínicos com o objetivo de observar a receptividade com relação à utilização do PSR. Resumidamente, constavam no questionário perguntas relacionadas à opinião geral do profissional sobre o PSR, como: quais os benefícios encontrados, como o PSR avalia a saúde periodontal quando comparado com outros métodos de exame, como o PSR afeta a prática clínica do especialista e a relação entre os clínicos gerais e especialistas, se o PSR facilita a educação e a comunicação com o paciente, e quais são as características do profissional que utiliza o PSR.

Os resultados demonstraram que a maioria dos clínicos gerais e periodontistas, expressam sua opinião favorável ao PSR por se tratar de um índice de fácil aplicação e memorização, muito útil e de simples compreensão pelo próprio paciente. Relataram também que quanto mais os profissionais incorporarem o PSR em suas clínicas diárias, mais os cirurgiões dentistas irão achar rapidamente os seus benefícios. Tudo isso então resulta numa melhora e num aumento potencial com os cuidados periodontais.

Podemos apontar ainda como vantagem a melhor relação conseguida entre o paciente e o profissional. O PSR irá motivar o paciente à

procurar mais informações sobre a sua saúde periodontal, e isso irá nos proporcionar uma oportunidade de orientá-los, educá-los.⁽⁰³⁾

Constatamos então que o PSR apresenta grandes características benéficas, pois proporciona a detecção precoce de todos os sítios periodontais de risco, requer poucos minutos de exame para cada paciente, podendo ser incorporado aos exames bucais rotineiros. É fácil de ser aplicado e compreendido, o material utilizado é de baixo custo, e a documentação é feita por uma marcação para cada sextante da boca; não requer marcação extensa.

Dentre as suas limitações, destacamos que a utilização do PSR não é indicada quando necessitamos de um exame periodontal mais detalhado, como exige um caso em que o paciente esteja em fase de terapia periodontal de suporte após um longo tratamento. Ele necessitará de um exame mais minucioso, com registros para todos os sítios tratados. O PSR é ainda um índice indicado para indivíduos adultos, acima de 18 anos e tem sua utilidade limitada em crianças e adolescentes.⁽⁶⁾

Contudo, Piazzini em 1994⁽¹³⁾, demonstrou a aplicação do PSR em crianças e adolescentes na detecção precoce da doença periodontal, ou risco à difusão da doença gengival em crianças. Participaram do estudo um total de 26 pacientes de 03 a 20 anos de idade num total de 2 sessões, sendo o PSR aplicado na primeira sessão, e na segunda foi aplicado um padrão de avaliação, sendo então utilizada para sondagem a sonda de "William's". O tempo e a aceitabilidade foram registrados em ambas as sessões. Os resultados demonstraram uma boa aplicação clínica nos pacientes jovens, e que o PSR leva menos tempo para ser realizado e que foi bem aceito pelos pacientes. Como houve a utilização de dois tipos de sonda para a execução do trabalho, a sonda

padronizada pela OMS, própria para o PSR, e a sonda "William's", foi feita então uma comparação quanto à efetividade na detecção da doença periodontal, e chegou-se a conclusão de que não existiu diferença entre a sonda "PSR" e a sonda "William's" em termos de achados clínicos.

Turpin em 1994⁽¹⁵⁾, relatou a importante participação do PSR na avaliação periodontal para ortodontia, já que a falta de documentação consistente sobre achados periodontais torna-se crítica para o desempenho de tratamento ortodôntico. Foi detectado então, que após a idade de 35 anos, 3 a 4 adultos são afetados por alguma forma de doença periodontal; e que dois itens interessantes deveriam ser adicionados ao exame de diagnóstico dos ortodontistas. Deveriam ser feitas tomadas radiográficas interproximais verticais das regiões de molares e pré-molares; revelando assim os níveis das cristas alveolares tanto da maxila como da mandíbula. E também deveria ser implementado o PSR, um novo método de exame aprovado pela ADA e AAP, para indicar quando o indivíduo necessita de um exame mais minucioso e detalhado, em se tratando de avaliação periodontal para posterior tratamento ortodôntico.

Demonstrou-se então que embora o tratamento ortodôntico seja benéfico para muitos adultos, ele deve acontecer após a detecção precoce e devido tratamento da doença periodontal, e para que isso aconteça devem fazer parte do exame clínico inicial, as tomadas radiográficas interproximais verticais citadas acima; e o PSR deve ser utilizado para determinar as necessidades de tratamento periodontal de todos os adultos que irão se submeter a tratamento ortodôntico.

Khocht et al. em 1996⁽⁰⁸⁾ desenvolveram um estudo com o intuito de avaliar a relação entre os níveis ósseos medidos radiograficamente, refletindo

o estado periodontal determinado pelo PSR e por outros parâmetros periodontais mais tradicionais como índice gengival, profundidade de sondagem e níveis de inserção. Quando comparando profundidade de sondagem e níveis de inserção com as medidas clínicas do índice gengival, e os registros do PSR com os níveis ósseos detectados radiograficamente, encontraram uma melhor correlação entre profundidade de sondagem e os registros do PSR. Existe dificuldade em manter as radiografias atuais, e neste estudo os registros de PSR demonstraram ter associações mais significantes com os níveis de inserção e não com os níveis ósseos demonstrados radiograficamente.

Como o PSR consiste num método de exame que é baseado no ato da sondagem, algumas considerações devem ser descritas a esse respeito. A sondagem clínica é o parâmetro mais utilizado para documentar perda de inserção e estabelecer o diagnóstico de periodontite. Entretanto, existem alguns fatores que podem contribuir para as variações das medidas, como por exemplo, dimensão da sonda periodontal, localização da sonda e obtenção de um ponto de referência, erros na escala de medida, força de sondagem, condições do tecido gengival.

É óbvio que os diferentes tamanhos das sondas periodontais vão resultar em profundidades de penetração diferentes. E normalmente tem-se observado que as sondas periodontais com a ponta com diâmetro entre 0,4 mm e 0,5 mm têm sido usadas com sucesso.

A sondagem manual envolve uma variedade de fatores como angulação diferente, localização da sonda no sítio e a dificuldade de obter um ponto fixo como ponto de referência. Lang & Corbet em 1995 ⁽⁹⁾, não encontraram diferenças significantes entre as forças de sondagem aplicadas por diversos

grupos profissionais, entre eles, estudantes, clínicos gerais, periodontistas e técnicos em higiene dental.

Histologicamente, o sulco gengival apresenta freqüentemente 0,5mm ou menos de profundidade. Os limites considerados são a superfície dental internamente, a face livre do epitélio juncional apicalmente, e o epitélio oral do sulco lateralmente. Essas características sugerem que o epitélio juncional é a porção mais permeável do epitélio sulcular. Por essa característica estrutural pode ocorrer disjunção do epitélio juncional pela introdução de objetos estranhos no interior do sulco, como objetos de metal, plástico, mesmo resinas ou a própria sonda periodontal. Clinicamente, o sulco apresenta uma profundidade na qual o objeto consegue penetrar apenas com uma leve pressão, tal como a sonda periodontal penetra devido aos vários graus de disjunção tecidual.

Ainamo et al . em 1982⁽⁰¹⁾, citam no procedimento de sondagem, que existe um teste prático para se estabelecer a força de sondagem. Deve-se inserir gentilmente a ponta da sonda sob a unha sem causar dor ou desconforto. Quando inserida a sonda na bolsa gengival, a esfera na ponta deve seguir a configuração anatômica da superfície da raiz do dente. E para sentir cálculos subgengivais, a força máxima possível é aquela que permitirá o movimento da ponta da sonda pela superfície do dente. Dor nos pacientes durante a sondagem é na maioria dos casos indicativo do uso de uma força de sondagem muito pesada.

O principal instrumento utilizado para a aplicação do PSR é então a sonda periodontal padronizada pela OMS, que possui na ponta uma esfera de 0,5mm de diâmetro, e uma banda colorida que se estende de 3,5mm a 5,5mm. A

esfera na ponta da sonda facilita a detecção das margens e cálculos subgengivais e promove maior conforto para o paciente. Esse tipo de sonda não foi desenhada para registrar com precisão a profundidade da bolsa, mas sim para examinar os pacientes com relação à doença periodontal e orientar assim o plano de tratamento correspondente. A sonda pode ser fabricada por diversas companhias e pode ser feita em metal ou plástico.

3 - DISCUSSÃO

Existe um consenso entre os autores, e também entre organizações como a ADA e a AAP, que recomendam que o PSR seja utilizado pelos dentistas para todos os pacientes como parte integral dos exames bucais; e consiste ainda num caminho simples, rápido, efetivo, e de baixo custo para seleccionar os pacientes quanto à doença periodontal e sumarizar as informações necessárias com o mínimo de documentação. (3,5,6,7,10,13,14)

Devemos lembrar ainda que o PSR como documento, preenche os requisitos odontológicos–legais, podendo participar efetivamente da documentação do paciente.

Entretanto, Melkers em 1994⁽¹¹⁾, coloca em questão a utilização do PSR para avaliação da necessidade de tratamento periodontal, e por que não a utilização do método tradicional de exame, ou seja, questiona se o PSR é um método necessário ou não. O autor concorda parcialmente com todos os benefícios apresentados, pois sempre os contesta em algum ponto.

Quanto à capacidade de detecção precoce da doença, o autor relata que ambos os métodos são capazes de fazer essa detecção precoce, a diferença é que um dos métodos é estabelecido, enquanto o outro está sendo ainda introduzido. Outro ponto discutido é que somente as áreas que são classificadas com código 3 ou mais é que necessitam de mapeamento completo; o sistema PSR avalia todos os sítios de risco periodontal, mas a avaliação é generalizada anotando o código do sextante; a avaliação sítio-específica é então perdida. Quanto ao PSR como ferramenta para motivação e educação do paciente o autor relata que ambos os métodos são capazes de oferecer

oportunidades para a motivação e educação do paciente, e ainda que o método de exame tradicional oferece informações com mais profundidade.

Embora todos esses pontos tenham sido relatados contra o PSR, esse mesmo autor cita e também comenta todos os benefícios apresentados pelo PSR como método de avaliação da necessidade de tratamento periodontal.

Vários outros autores apontam que o PSR não é indicado para exame periodontal mais detalhado.⁽⁶⁾ Mas cabe ressaltar que esse exame não visa substituir o mapeamento periodontal completo, e sim, selecionar previamente os pacientes que necessitam de um exame mais detalhado.⁽⁰⁴⁾

Apesar de alguns autores defenderem que a utilidade do PSR é limitada para crianças e adolescentes, sendo assim muito melhor para avaliação dos adultos, muitas vezes pelo fato das crianças apresentarem pseudo-bolsas^(05, 06); Piazzini⁽¹³⁾ demonstrou o PSR como método de avaliação de grande utilidade também para crianças e adolescentes, tendo realizado seu estudo com indivíduos de 6 a 14 anos, e chegando à conclusão de que o PSR demonstrou ter uma boa aplicação clínica também em pacientes jovens. E ainda, os pacientes jovens se tornaram mais cooperadores devido ao tempo reduzido que o PSR exige para ser aplicado.

CONCLUSÃO

De acordo com a proposição do estudo com o intuito de revisar a literatura no que diz respeito ao Periodontal Screening & Recording (PSR), o presente estudo reuniu todas as informações principais desde o surgimento do PSR como novo índice de avaliação da necessidade de tratamento periodontal, até os dados mais recentes relacionados ao mesmo. Foram relatadas também as grandes vantagens do PSR, classificando-o então como o método atual de avaliação da necessidade de tratamento periodontal mais simples de ser realizado, mais fácil de ser aplicado e compreendido, bastante efetivo, requerendo poucos minutos de exame para cada paciente, de baixo custo, proporciona a detecção precoce dos sítios periodontais de risco e pode ser utilizado para todos os pacientes em todos os exames clínicos tanto inicial como de manutenção.

Além disso, o PSR também foi relacionado com várias outras áreas da Odontologia, como a Clínica Geral, a Ortodontia, a Radiologia, a Odontopediatria e sobretudo a Odontologia Preventiva. Com todos os dados devidamente relacionados com a literatura, concluímos que o PSR foi apresentado de modo satisfatório e o estudo teve a sua proposta desenvolvida de modo abrangente, demonstrando o PSR em todas as suas formas existentes na literatura, até os dias atuais.

SUMMARY

Based on the review of the literature, the present work aims to approach Periodontal Screening & Recording (PSR) widely and at the same time specifically addressing several points and details attentively without disregarding any topic, even a small one, for it may hold valuable information for the understanding of the subject as a whole.

With this context in mind, PSR may be found in this work as a method for assessment of periodontal treatment need and its advantages can be rapidly realized with its clear presentation.

All data mentioned are in accordance with other works also conducted with PSR. It can be concluded, therefore, that all advantages related to this method are part of a consensus among the authors.

Key Words: PSR, PERIODONTAL, SCREENING, PERIODONTAL SCREENING, PERIODONTAL RECORDING.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (*)

01. AINAMO, J. et al. Development of the world health organization (WHO) community periodontal index of treatment needs system (CPITN). **Int. Dent. J.**, Guildford, v.32, n.3, p.281-291, September, 1982.
02. BELLINI, H.T., GJERMO, P. Application of the periodontal treatment need system (PTNS) in a group of norwegian industrial employees. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.1, p.22-29, 1973.
03. CHARLES, C.J., CHARLES, A.H. Periodontal screening and recording. **J. Calif. Dent. Assoc.**, Sacramento, v.22, n.2, p.43-46, February, 1994.
04. CONDE, M. et al. PSR®: Um método simplificado de diagnóstico periodontal. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v.50, n.2, p.139-142, Março-Abril, 1996.
05. FURUYA, N. Periodontal screening and recording. **Hawaii Dent. J.**, Honolulu, v.23, n.11, p.20-22, November, 1992.
06. **JOURNAL NEW JERSEY DENTAL ASSOCIATION.** Periodontal screening & recording: An early detection system., v.64, n.2, p.7-11, 1993.
07. KHOCHT, A. et al. Assessment of periodontal status with PSR and traditional clinical periodontal examination. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago IL, v.126, n.12, p.1658-1665, December, 1995.
08. KHOCHT, A. et al. Screening for periodontal disease: Radiographs vs. PSR. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago IL, v.127, n.6, p.749-756, June, 1996.
09. LANG, N.P., CORBET, E.F. Periodontal diagnosis in daily practice. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.45, n.1, p.3-15, February, 1995.

10. LO FRISCO, C., BRAMSON, J.B. Periodontal screening and recording: perceptions and effects on practice. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago IL, v.124, n.7, p.226-232, July, 1993.
11. MELKERS, M.J. PSR: some probing questions. **Dentistry**, v.14, n.1, p.22-23,32, February, 1994.
12. O'LEARY, T.J. The periodontal screening examination. **J. Periodontol.**, Chicago IL, v.38, p.617-624, November-December, 1967.
13. PIAZZINI, L.F. Periodontal sreening & recording (PSR) application in children and adolescent. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, Birmingham AL, v.18, n.3, p.165-171, Spring, 1994.
14. TEKAVEC, M.M., TEKAVEC, C.D. PSR provides new patient-management tool. **Dent. Econ.**, Tulsa OK, v.83, n.4,p.69-74, 1993.
15. TURPIN, D.L. Periodontal screening: a basic part of the orthodontic examination. **Angle Orthod.**, Appleton WI, v. 64, n.3, 1994.

(*) De acordo com a NBR 6023, de agosto de 1989, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Abreviatura dos periódicos em conformidade com o "World List of Scientific Periodicals ou Medline"