

Andreia Filipa de Araújo Simões

PREVALÊNCIA DE COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À COLOCAÇÃO DE  
*PIERCINGS* ORAIS

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2013



Andreia Filipa de Araújo Simões

PREVALÊNCIA DE COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À COLOCAÇÃO DE  
*PIERCINGS* ORAIS

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2013

Andreia Filipa de Araújo Simões

Prevalência de complicações associadas à colocação de *Piercings* Orais

**Trabalho apresentado  
à Universidade Fernando Pessoa  
como parte de requisito para a obtenção  
do grau de Mestre em Medicina Dentária.**

---

## **SUMÁRIO:**

### **INTRODUÇÃO:**

Os *piercings* orais tornaram-se muito populares durante as últimas décadas. Este tipo de ornamento pode provocar alterações na cavidade oral e comprometer a saúde do seu utilizador.

### **OBJECTIVOS:**

Esta temática é bastante actual, e pouco abordada em Medicina Dentária, pelo que, o objectivo deste trabalho foi determinar a prevalência de complicações e/ou alterações associadas à colocação de *piercings* orais, conhecer a prevalência das localizações dos *piercings* orais, assim como, comparar a percepção do utilizador com a do investigador relativamente a alterações gengivais.

### **MATERIAIS & MÉTODOS:**

Estudo observacional, transversal; Amostra de conveniência: 109 *piercings* observados em 82 indivíduos com idades compreendidas entre os 13 e os 30 anos pertencentes à Escola Artística de Soares dos Reis no ano lectivo 2012/2013 e indivíduos de quem o autor tinha conhecimento de possuírem *piercings* orais. Os participantes responderam a um questionário e foram submetidos a um exame clínico pelo examinador.

### **RESULTADOS:**

Na amostra (76,8% género feminino), a idade média ( $\pm dp$ ) é de 20,2 ( $\pm 4,1$ ) anos, sem diferença significativa por género (teste-t,  $p > 0,05$ ). Observaram-se 109 *piercings* orais em 82 indivíduos e determinou-se uma prevalência de complicações e/ou alterações associadas à colocação de *piercings* orais de 63,3% (IC95%: 54,3%-72,3%). A recessão gengival estava presente em 39,4% dos *piercings* observados, fracturas dentárias observaram-se em 11,9%, depressão labial em 9,2%, depressão na mucosa 3,6%, inflamação 2,8%, edema do freio labial 1,8%, quelóide 1,8%, depressão na língua 0,9%, edema da língua 0,9%, hiperplasia no lábio 0,9%, lesão no palato 0,9%, mobilidade dentária 0,9% e laceração 0,9%.

O *piercing* localizado no lábio foi o mais prevalente (50,4%), seguindo-se o da língua com 25,7%, o *piercing* no freio labial observou-se em 16,5%, o do freio lingual em 4,6% e, finalmente o da bochecha em 2,8% do total de *piercings* observados.

74,4% dos participantes com recessão gengival, observada pelo investigador, não referiram ter percepção da mesma, pelo contrario, 7,6% dos participantes afirmaram ter sentido alteração ao nível da gengiva, embora o investigador não tenha observado recessão gengival.

#### **CONCLUSÃO:**

Dentro das limitações impostos pelo tipo de estudo podemos concluir que a maior prevalência de complicações associadas à colocação de *piercings* orais é de recessão gengival seguida de fracturas dentárias.

O *piercing* mais prevalente é o *piercing* localizado no lábio.

Há uma associação negativa entre a observação de recessão gengival (investigador) e a sensação de alteração ao nível da gengiva (participante).

## **ABSTRACT:**

### **INTRODUCTION:**

The oral *piercings* have become more popular during the last decades. This type of adornment may lead to some changes in the oral cavity and also may compromise the health of the user.

### **OBJECTIVS/ GOALS:**

This is a very up-to-date subject although it isn't very addressed by the Dental Medicine. So, the aim of the present work was to determine the prevalence of the complications and/ or changes associated to the oral *piercing* procedures, get to know the locations of the prevalence of oral *piercings*, as well as to compare the perceptions of the user with the investigator regarding gingival changes.

### **MATERIALS & METHODS:**

Observacional and cross sectional Study; Sample: 109 *piercings* were observed in 82 subjects (aged 13 to 30 years) attending the Soares dos Reis Artistic School in the 2012/2013 school year and also subjects that the author previously knew that wore oral *piercings*. All subjects were requested to fill out a questionnaire and underwent a clinical examination.

### **RESULTS:**

In the sample (76,8% female), the mean age ( $\pm dp$ ) is 20,2 ( $\pm 4,1$ ) years, without differences within genders (teste-t,  $p > 0,05$ ). 109 oral *piercings* were observed in 82 subjects and the prevalence of complications and/or changes associated to oral *piercings* procedures was 63,3% (IC95%: 54,3%-72,3%). The gingival recession was present in 39,4% of the observed *piercings*, dental fractures were reported in 1,9%, lip depression 9,2%, depression in the oral mucosal 3,6%, inflammation 2,8%, swelling/edema of the labial frenulum 1,8%, keloid 1,8%, tongue depression 0,9%, edema on the tongue 0,9%, lip hyperplasia 0,9%, palate lesions 0,9%, dental mobility 0,9% and laceration 0,9%.

The *piercing* on the lip was the most common one (50,4%), followed by the tongue *piercing* 25,7%, the *piercing* on the labial frenulum was observed in 16,5%, and the tongue frenulum *piercing* in 4,6% and, lastly the cheek *piercing* in 2,8% of the total observed *piercings*.

74,4% of the subjects with gingival recession observed by the researchers, do not mention that change, on the contrary, 7,6% of the subjects claim to have felt some changes in the gingival although the researcher has not observed.

**CONCLUSIONS:**

Within the limitations of this study, it can be concluded that the major prevalence of complications associated with oral *piercings* procedures is the gingival recession followed by the dental fractures.

The most common *piercing* procedure is the lip *piercing*.

There is a negative association between the observation of gingival recession (researcher) and the feeling of change at the level of the gingiva (subject).

**DEDICATÓRIA:**

Aos meus pais,  
Mário Simões e Paula Araújo,  
por permitirem que chegasse até aqui.

Ao meu irmão David,  
por estar sempre presente, apesar da distância.

## **AGRADECIMENTOS:**

À minha orientadora, Dra. Mónica Morado Pinho, pela disponibilidade, dedicação, incentivo, apoio e ajuda na concretização deste trabalho.

À Professora Conceição Manso, pelo apoio incondicional, paciência e coragem transmitida.

Ao Bruno Carvalho, por ter sido um óptimo e sempre presente colega de curso, um excelente amigo e um magnífico binómio. Agradeço a extraordinária paciência, apoio incondicional e boa disposição ao longo destes 5 anos.

Aos meus amigos de faculdade Adriana Domingues, Cárin Sá, Cíntia Ferreira, Inês Araújo, Joana Silva, Joana Teixeira, Luis Rodrigues, Madalena Moreira, Mariana Faria e a todos os outros, porque sem vocês todo este percurso não fazia sentido.

Aos meus primos Cláudio Rodrigues, Isabel Pinto, João Pinto e Rita Simões por todos os momentos de compreensão.

A todos os docentes e funcionários da Universidade Fernando Pessoa que durante estes 5 anos me enriqueceram como pessoa e como profissional.

Aos meus avós António Araújo, José Simões, Laurinda Simões e Maria Luís Araújo por todo o carinho, amor, preocupação e apoio dado.

Obrigada por tudo!

## ÍNDICE:

Sumário.....	i
Abstract.....	iii
Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Índice.....	vii
Índice de Figuras.....	viii
Índice de Tabelas.....	ix
Índice de Gráficos.....	x
I. Introdução.....	1
II. Desenvolvimento.....	3
1. Revisão Bibliográfica.....	3
1.1 Definição de <i>Piercing</i> .....	3
1.2 Perspectiva Histórica.....	3
1.3 Epidemiologia.....	5
1.4 Localizações dos <i>Piercings</i> Orais.....	5
1.5 Tipos de <i>Piercings</i> .....	7
1.6 Motivos da colocação de <i>Piercings</i> .....	9
1.7 Consequências dos <i>Piercings</i> .....	10
2. Materiais & Métodos.....	23
2.1 Revisão bibliográfica.....	23
2.2 Trabalho de campo.....	23
3. Resultados.....	25
4. Discussão.....	39
III. Conclusão.....	44
IV. Limitações do estudo.....	45
Bibliografia	
Anexos	
a) Consentimentos Informados	
b) Questionário	
c) Parecer da Comissão de Ética	

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: <i>Piercing</i> labial.....	6
Figura 2: <i>Piercing</i> lingual.....	6
Figura 3: <i>Piercing</i> no freio labial.....	7
Figura 4: <i>Piercing</i> no freio lingual.....	7
Figura 5: <i>Piercing</i> na bochecha.....	7
Figura 6: Barbell.....	8
Figura 7: Labret.....	8
Figura 8: Circular barbell.....	8
Figura 9: Bananabell.....	8
Figura 10: Ball closer ring.....	9
Figura 11: Segmente ring.....	9
Figura 12: Twist.....	9
Figura 13: <i>Piercing</i> com tártaro.....	21
Figura 14: Edema do freio labial.....	21
Figura 15: Depressão na mucosa.....	22
Figura 16: Hipertrofia com inflamação.....	22
Figura 17: Depressão labial.....	22
Figura 18: Recessão gengival.....	22
Figura 19: Fractura dentária.....	22
Figura 20: Depressão lingual.....	22

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Idade (anos) de todos os participantes e subdivisão por sexo (n=82).....	25
Tabela 2: Análise descritiva por participante (n=82).....	25
Tabela 3: Análise descritiva por <i>piercing</i> (n=109).....	26
Tabela 4: Alterações sentidas ao nível da cavidade oral (n=109).....	28
Tabela 5: Distribuição das alterações sentidas ao nível da cavidade oral por localização do <i>piercing</i> (n=109).....	28
Tabela 6: Relação entre dor na colocação do <i>piercing</i> e anestesia (n=109).....	30
Tabela 7: Exame clínico do <i>piercing</i> e zonas envolventes (n=109).....	31
Tabela 8: Distribuição de complicações e/ou alterações por localização do <i>piercing</i> (n=109).....	33
Tabela 9: Relação entre fracturas (esmalte e dentina) e a localização dos dentes (anterior vs posterior).....	34
Tabela 10: Relação entre recessão gengival (examinador) e a alteração sentida pelo participante ao nível da gengiva (n=109).....	35
Tabela 11: Distribuição da profundidade da recessão gengival global observada em 74 dentes.....	36
Tabela 12: Distribuição da profundidade da recessão gengival a nível anterior, lingual e mandibular em 33 dentes.....	37
Tabela 13: Distribuição da profundidade da recessão gengival a nível anterior, vestibular e mandibular em 37 dentes.....	37
Tabela 14: Distribuição da Fractura Dentária e Recessão Gengival pelo tempo de uso do <i>piercing</i> .....	38

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Localização do <i>Piercing</i> por sexo (n=109).....	29
Gráfico 2: Localização do <i>Piercing</i> por idade (n=109).....	29
Gráfico 3: Distribuição da quantidade de fracturas por dente.....	34
Gráfico 4: Distribuição da quantidade de recessão gengival por dente (n=74).....	36

## I. INTRODUÇÃO

Os *piercings* são das formas mais antigas de ornamentação e modificação corporal (Campbell, 2002; Theodossy, 2003; Brennan, 2006; Palacios-Sánchez, 2007). A decoração, através da sua colocação, tem vindo a aumentar nos últimos anos e é praticada por diversos grupos sociais e etários (Kapferer, 2007). Contudo, a crescente utilização ocorre sobretudo por parte de adolescentes e jovens adultos com idades compreendidas entre os 13 e os 30 anos (Almeida, 2008).

Apesar de antigamente, a sua colocação, pertencer a uma prática cultural e religiosa (Choe, 2005; Gusmão, 2011), actualmente, a sua utilização tem aumentado por razões estéticas (Vieira, 2011), podendo também ser usado como forma de identificação com grupos sociais, sinal de marginalidade (Vilchez-Perez, 2009), modo de diferenciação, expressão de identidade, moda (Saquet, 2009) ou inclusivamente cariz sexual (Kustner, 2003; Oberholzer, 2010).

Os *piercings* orais tornaram-se populares durante as últimas décadas (Venta, 2005). Contudo, este tipo de ornamento pode provocar alterações na cavidade oral e comprometer a saúde do seu utilizador (Saquet, 2009). As complicações podem ser categorizadas em precoces (agudas) ou tardias (crónicas). As precoces incluem a dor, edema, hemorragia prolongada, infecção bacteriana, dificuldades na mastigação, deglutição e fonação. As tardias envolvem fracturas dentárias, infecções recorrentes, trauma gengival, perda de inserção localizada, dificuldades persistentes nas funções orais ou até a deglutição do próprio objecto (Kapferer, 2007).

Os Médicos Dentistas precisam, portanto, ser conhecedores dos problemas associados à colocação de *piercings* orais de forma a poderem fornecer informações úteis e preventivas a quem os quer colocar (Hennequin-Hoenderdos, 2011), assim como, estarem capacitados, quando confrontados, a reconhecer e resolver complicações decorrentes da sua utilização (Venta, 2005).

O interesse em conhecer a prevalência das complicações e/ou alterações associadas à colocação de *piercings* orais surgiu pelo facto das últimas décadas serem marcadas por um número em constante crescimento de perfurações orais e por se tratar de uma temática pouco abordada na área da Medicina Dentária, assim como, pela falta de

conhecimento das consequências inerentes à colocação de *piercings* orais, quer pelos Médicos Dentistas, como também, pelos seus utilizadores.

Apesar de já existir bibliografia que aborda as diferentes consequências da implementação de *piercings* orais, poucos são os dados publicados a nível nacional.

Desta forma, o intento deste trabalho é determinar a prevalência de complicações e/ou alterações orais inerentes à colocação de *piercings* na cavidade oral numa população com idades compreendidas entre os 13 e os 30 anos, conhecer a prevalência das localizações dos *piercings* orais, bem como, comparar a percepção do utilizador do *piercing* com a do investigador, relativamente a alterações gengivais.

Para tal, foi realizado um estudo observacional, do tipo transversal, com aplicação de um questionário e respectiva observação da cavidade oral em indivíduos possuidores de *piercings* orais.

Assim sendo, este trabalho pretende esclarecer a comunidade científica no que concerne a alterações possíveis, ao nível dos tecidos duros e moles da cavidade oral, na decorrência da colocação de *piercings* orais.

## II. DESENVOLVIMENTO

### 1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 1.1. Definição de *Piercing*

A palavra *piercing*, de origem inglesa, advém do verbo *to pierce*, que significa furar, perfurar (Marquezan, 2008). O *piercing* corporal é definido como a penetração do adorno em orifícios feitos na pele e/ou mucosa (De Moor, 2005; Palacios-Sánchez, 2007; Vieira, 2011; Plessas, 2012) recorrendo a um instrumento afiado que cria uma abertura, em torno da qual, é possível aplicar o ornamento (Almeida, 2008).

#### 1.2. Perspectiva Histórica

O *piercing* corporal tem-se tornado uma prática extremamente comum ao longo dos últimos anos (Palacios-Sánchez, 2007; Gill, 2010), sendo utilizado por diversos grupos sociais e etários (Kapferer, I., 2007), por diferentes razões (Palacios-Sánchez, 2007). A decoração, através da sua colocação, tem ganho popularidade, sobretudo, entre adolescentes e jovens adultos (Choe, 2005; Oberholzer, 2010; Gusmão, 2011) com idades compreendidas entre os 13 e os 30 anos (Almeida, A., 2008), especialmente, no mundo ocidental (Palacios-Sánchez, 2007; Vilchez-Perez, 2009; Oberholzer, 2010). A perfuração da região oral ocorreu, essencialmente, no decorrer das últimas décadas (Venta, 2005; Kapferer, 2010), pelo que, Venta e seus colaboradores, através de um estudo realizado em 1982, na Universidade de Helsínquia, não encontraram estudantes com *piercings* orais. Contrariamente, em 2002, utilizando os mesmos critérios aplicados no primeiro estudo, os autores identificaram a utilização desses adornos ao nível da cavidade oral, determinando uma prevalência de 3,4% (Venta, 2005).

Contudo, a perfuração do corpo é uma das mais antigas formas de arte e modificação corporal descritas na história (Campbell, 2002; Theodossy, 2003; Brennan, 2006; Palacios-Sánchez, 2007), pelo que, este tipo costume é adoptado em diferentes civilizações há milhares de anos (Maheu-Robert, 2007; Almeida, 2008).

A mais antiga representação de uma perfuração foi encontrada na figura de um cão, no Egipto antigo, por volta de 1500 aC, tendo sido considerado um símbolo de realeza

(Escudero-Castano, 2008; Alves, 2011). Com igual interpretação, os antigos egípcios perfuravam os seus umbigos (Brennan, 2006; Palacios-Sánchez, 2007).

O *piercing*, para os antigos maias, simbolizava a virilidade, espiritualidade e coragem (Escudero-Castano, 2008; Alves, 2011). Estes perfuravam a língua como parte de rituais espirituais (Brennan, 2006).

Como símbolo de passagem para a idade adulta, no caso dos rapazes, e como um acto de purificação, no caso das raparigas, os esquimós inseriam um *piercing* no lábio inferior (Escudero-Castano, 2008).

No sul da Índia, a colocação de um *piercing* na língua faz parte de uma prática corrente de um voto de silêncio (Escudero-Castano, 2008; Alves, 2011).

Na América do Norte o *piercing* pertencia a uma tradição dos nativos americanos (Brennan, 2006).

Na Roma antiga os guarda costas de *César* possuíam *piercings* nos mamilos para demonstrar lealdade (Palacios-Sánchez, 2007) ou virilidade (Hennequin-Hoenderdos, 2012).

Para os povos hindu, chinês e culturas indígenas americanas, *piercings* nos lábios, bochechas ou língua também pertenciam a uma prática tradicional (Escudero-Castano, 2008).

Algumas tribos africanas adornam o lábio superior ou inferior com pratos de madeira (Hennequin-Hoenderdos, 2012). É o caso da tribo Surma, na Etiópia, que apresenta como costume a inserção de um largo prato de madeira no lábio inferior (Palacios-Sánchez, 2007).

Ainda nos dias de hoje, alguns grupos étnicos brasileiros decoram os lábios com discos de madeira após o casamento (Palacios-Sánchez, 2007).

### 1.3. Epidemiologia

Os *piercings* orais tornaram-se a forma mais prevalente de arte corporal (De Moor, 2005), apresentando, nos dias de hoje, uma prevalência que varia entre 3,4% e 20,3% (Venta, 2005; Levin, 2005).

Num estudo realizado por Venta, I. et al (2005) a percentagem de indivíduos portadores de *piercings* orais foi de 3,4%, pertencendo todos os utilizadores ao sexo feminino.

Avaliando uma população de indivíduos com idades compreendidas entre 14 e 18 anos, Firoozmand, L., Paschotto, D. & Almeida, J. (2009) obtiveram uma prevalência de perfurações na cavidade oral de 3,6%, com uma predominância do sexo masculino (54,55%) sobre o sexo feminino (45,45%).

Hennequin-Hoenderdos, N., Slot, N. & Van der Weijden, G. (2012) obtiveram uma prevalência ligeiramente superior, correspondente a 5,2%. Na população jovem adulta estudada, as mulheres destacaram-se em comparação com os homens numa proporção de 4 para 1, respectivamente.

Por outro lado, Levin, L., Zadik, Y. & Becker, T. (2005) determinaram uma prevalência de *piercings* orais de 20,3%.

### 1.4. Localizações dos *Piercings* Orais

Diversos locais da cavidade oral são alvo de perfurações. Segundo a literatura, os *piercings* na região oral podem ser colocados na língua, lábios, bochechas, freio labial, freio lingual, úvula ou quaisquer combinações dos locais mencionados.

Os *piercings* lingual e labial são os mais usuais. Apesar da perfuração labial ser a mais comum, a lingual tem-se tornado cada vez mais popular (Theodossy, 2003; Brooks, 2003; Choe, 2005). Em contra partida, outras áreas como bochechas, úvula e freio lingual são menos frequentes (Brooks, 2003).

Marquezan, M. et al (2008) declararam que as perfurações mais contempladas, depois dos lábios e da língua, são as do freio lingual e freio labial. Tal como Saquet, P. et al (2009) que constataram que o *piercing* lingual foi o mais prevalente (54%), seguidamente o do lábio inferior (34%), o *piercing* no freio lingual com 5%, 3%

usavam o ornamento ao nível dos dentes, 2% no freio labial e 2% na bochecha. Já Plessas, A. & Pepelassi, E. (2012) referem que, depois dos locais mais frequentes (lábio e língua), o *piercing* na bochecha é o mais observado. Também López-Jornet, P. & Camacho-Alonso, F. (2006a) referiram no seu estudo o *piercing* labial como sendo o mais prevalente (53,1%), seguindo-se o *piercing* lingual com 45,9% e, finalmente, a perfuração da bochecha com apenas 1%.

De acordo com Kieser, J. et al (2005) a perfuração da língua observou-se em 76,7% da amostra, a perfuração labial em 34,9% e 11,6% possuía *piercing* em ambos os locais.

Hickey, B. et al (2010) concluíram que 52,7% da amostra possuía *piercing* na língua, 43,8% *piercing* labial e 3,5% *piercing* localizado na bochecha.

Observando números absolutos, nos resultados de Kapferer et al (2010), o *piercing* lingual observou-se em 80 utilizadores e o *piercing* labial em 130, sendo que a amostra era constituída por 189 indivíduos.

Segundo Vieira, E. et al (2011), dos 42 *piercings* orais observados, 37 encontravam-se na língua, 1 no lábio superior e 4 no lábio inferior.

No estudo de Plessas, A. & Pepelassi, E. (2012), cuja amostra era constituída por 110 indivíduos, os autores analisaram 51 *piercings* linguais e 110 *piercings* labiais, 58 dos quais encontravam-se na zona lateral do lábio inferior, 34 na região mediana do lábio inferior, 14 na lateralidade do lábio superior e 4 na zona média do lábio superior.

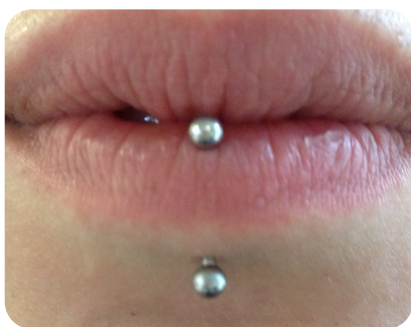


Figura 1: *Piercing* labial

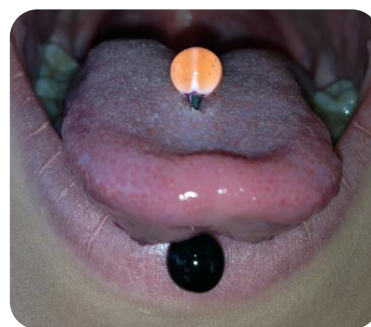


Figura 2: *Piercing* lingual



Figura 3: *Piercing* no freio labial



Figura 4: *Piercing* no freio lingual



Figura 5: *Piercing* na bochecha

### 1.5. Tipos de *Piercings*

Dependendo da localização da perfuração e do gosto pessoal de cada indivíduo, os ornamentos podem ser confeccionados em diversos materiais e possuir diversas formas (Vilchez-Perez, M. et al, 2009) tais como:

Materiais:

- Titânio G23 coloridos (através de processos de ionização) ou cor metálica;
- Aço cirúrgico 316L ou 316VM;
- PTFE: “Teflon” – utilizado nas barras dos *piercings*;
- Silicone cirúrgico;
- Acrílico – utilizado nas esferas dos *piercings*.

Formas:

- Labret (Figura 6);
- Barbell (Figura 7);
- Circular barbell (Figura 8);
- Bananabell (Figura 9);
- Ball closer ring (Figura 10);
- Segment ring (Figura 11);
- Twist (Figura 12).

No estudo de Hickey, B. et al (2010), os autores verificaram que o material mais utilizado na constituição do *piercing* é o titânio (47,3%), sucedendo-se o aço inoxidável com 36,8%, de seguida o teflon com 10,4% e, por último, outros materiais não mencionados (5,5%).

Pires, I. et al (2010) verificaram que em 71,7% dos *piercings* como sendo constituídos unicamente por aço inoxidável, 13,3% por aço inoxidável e silicone e 15% por aço inoxidável e plástico.



Figura 6: Barbell



Figura 7: Labret



Figura 8: Circular barbell



Figura 9: Bananabell



Figura 10: Ball closer ring



Figura 11: Segment ring



Figura 12: Twist

### 1.6. Motivos da colocação dos *Piercings*

A colocação de *piercings* começou por se tratar de uma ostentação religiosa e cultural (Gusmão, 2011), ressurgindo há algumas décadas com a moda do movimento *punk* (Alves, 2010). Tal como referido anteriormente, a utilização de *piercings* tem aumentado por razões estéticas (Vieira, 2011), podendo também ser usado como forma de identificação com grupos sociais, sinal de marginalidade (Vilchez-Perez, 2009), modo de diferenciação, expressão de identidade, moda (Saquet, 2009), rebeldia, recordação de eventos, influências étnicas ou tribais (Kustner, 2003), influência de amigos (Saquet, 2009) ou inclusivamente cariz sexual (Oberholzer, 2010; Kustner, 2003).

Saquet, P. et al (2009) observaram que a maioria dos indivíduos optaram pela colocação do ornamento, por ser um meio de expressão da sua identidade (37%), 22% declararam a beleza como o motivo da perfuração, moda teve uma expressão de 17%, rebeldia em 11% dos utilizadores, influência de amigos (9%) e, por último, com uma percentagem de 4%, a identificação com o grupo.

Inchingolo, F. et al (2011) constataram que a maior parte da amostra (70%) decidiu perfurar a região oral como forma de decoração corporal, 15% colocou o *piercing* tendo em consideração a memória de um determinado evento e os restantes 15% relataram que o motivo da realização do *piercing* foi um sinal de identificação.

No estudo de Plessas, A. & Pepelassi, E. (2012) a maior parte dos utilizadores salientaram a estética como razão fulcral da perfuração (63,7%), 23,7% indicaram como motivo principal o conceito e a auto-expressão, 6,3% colocaram o *piercing* por razões de cariz sexual, 3,6% mencionaram questões de identificação social e 2,7% referiram a moda como motivo para a perfuração.

### **1.7. Consequências dos *Piercings***

Os *piercings* orais não estão isentos de complicações (Palacios-Sánchez, 2007). Firoozmand, L., Paschotto, D. & Almeida, J. (2009) demonstraram que as perfurações orais estão associadas a consequências relacionadas com o seu uso.

Contudo, Oberholzer, T. & George, R. (2010), através do seu estudo, constataram que 59,4% dos participantes não tinham qualquer consciência de complicações decorrentes da utilização de *piercings* orais. Nos restantes 40,6% a maior preocupação revelada foi relativa a fracturas dentárias (19%), seguindo-se os problemas gengivais e infecções.

46,2% dos indivíduos pertencentes ao estudo de Vieira, E. et al (2011) também não tinham conhecimento dos riscos inerentes à colocação de *piercings* e 25,6% revelaram conhece-los, apenas, de forma parcial.

70,9% dos indivíduos que fizeram parte do estudo de Plessas, A. & Pepelassi, E. (2012) não tinham consciência das possíveis consequências dos *piercings* a nível da saúde em geral, 73,6% tinham consciência de possíveis danos nos dentes e 50,9% afirmaram ter conhecimento de prováveis danos ao nível da gengiva.

Alguns autores subdividem as complicações, categorizando-as como agudas ou precoces, se ocorrerem durante ou pouco tempo depois da perfuração, ou, como crónicas ou tardias, se as complicações surgirem a longo prazo (Palacios-Sánchez, 2007, Kapferer, 2010).

A prevalência de **complicações agudas** em consequência da utilização de *piercings* é influenciada pelo local da perfuração, material utilizado, experiência profissional, higiene e cuidados posteriores (López-Jornet, 2006b).

Apesar de todos os indivíduos terem seguido as indicações do perfurador, 96% da amostra do estudo de Inchingolo, F. et al (2010) indicaram complicações locais devido à perfuração. Estas incluíram sangramento (90%), nas primeiras 12 horas seguintes ao procedimento, 80% manifestaram edema adjacente à lesão entre 1 a 5 dias após a colocação do *piercing* e 70% revelaram atrofia persistente da mucosa.

No estudo de Vieira, E. et al (2011) a prevalência de complicações, no momento da perfuração e durante o dia da mesma, foi de 69%, das quais se incluiu sangramento excessivo (69%), dor (52,4%) e síncope (4,8%). Nas primeiras semanas 69% dos *piercings* foram responsáveis por alterações funcionais tanto ao nível da mastigação como ao nível da fala, 21,4% dos casos comprometeram apenas a mastigação e a persistência de disfonia, após as primeiras semanas, permaneceu em 9,5% das perfurações.

Durante a primeira semana, 37,8% dos indivíduos revelaram dor, 46,9% possuíram edema e 8,2% apresentaram hemorragia (López-Jornet, 2006a).

No período de cicatrização (4 a 6 semanas) 97,6% das perfurações sofreram complicações como dor (92,9%), edema (61,9%), sangramento espontâneo (28,6%) e libertação de pus (38,1%) (Vieira, 2011).

A prevalência das complicações precoces, observada por Kapferer, I. et al (2010), foi de 87,83%. Estes não encontraram diferença estatisticamente significativas relativamente à prevalência global das complicações precoces, após a perfuração, e o tipo de *piercing* avaliado (lingual e labial). Contudo, o tipo de consequências foi significativamente diferente. A prevalência de dor ligeira, problemas relacionados com a fala e com a alimentação ocorreram com maior frequência após a perfuração da língua comparativamente com a do lábio. Pelo contrário, infecções leves e edema na região perfurada surgiram, mais frequentemente, em portadores de *piercings* labiais. O *piercing* labial localizado na zona média obteve uma prevalência superior de infecções leves, em comparação com o *piercing* labial lateral. Comparando as perfurações

múltiplas com as individuais, os autores, não encontraram diferenças com significado estatístico na prevalência das complicações.

Noutro estudo, um elevado número de indivíduos sofreu algum tipo de complicação imediatamente após o procedimento. A dor foi referida por 84% dos participantes, sangramento por 66% e edema por 76% (Oberholzer, 2010).

Pires, I. et al (2010) obtiveram uma prevalência de complicações imediatas de 36,7%. O edema ocorreu em 50% das perfurações, infecção em 18,2%, quelóide observou-se em 4,5%, rejeição do ornamento em 9% e inflamação em 18,2%.

99% dos indivíduos, no estudo de Stead, L. et al (2006), apresentaram complicações imediatas após perfurações na língua, sobretudo durante as primeiras 24 horas, após o procedimento.

Durante os primeiros dias, alguns participantes referiram desconforto devido ao edema e interferência na fala, verificando-se, estas complicações, mais nos casos de *piercings* linguais (Firoozmand, 2009).

Todos os utilizadores de *piercing* na língua relatam uma ligeira alteração do paladar, e associaram-na à presença de um corpo metálico no interior da cavidade oral, ao sangue existente ou às excreções próprias do processo de cicatrização dos tecidos. Contudo, esta alteração teve uma duração média de 7 a 10 dias (Inchingolo, 2011).

Hickey, B. et al (2010) verificaram que a maior parte dos indivíduos obtiveram algum tipo de problema imediatamente após a perfuração oral. O desconforto no discurso foi sentido por 67% da amostra, 78,3% revelou dificuldades durante a alimentação, 28,4% exprimiu dificuldades durante a deglutição, 23,6% realçou problemas na ingestão de bebidas e a alteração do paladar presenciou-se em 12,3% dos utilizadores. 20,4% sentiram aumento na produção de saliva e 51,7% indicaram edema significativo da língua ou lábio durante a primeira semana, após a perfuração.

De acordo com o estudo de Kieser, J. et al (2005) 34,9% da amostra apresentou complicações após a perfuração oral. O edema e/ou infecção observou-se em 27,9%, 14% mencionou ter apresentado dor e 2,3% referiu linfadenopatia como consequência.

A hemorragia proveniente da área perfurada constituiu 13,9% da amostra, as infecções surgiram em 11,4% dos utilizadores e a presença de inflamação gengival em 5,1% (Levin, 2005).

Algumas complicações ocorreram imediatamente após o procedimento de colocação do *piercing*, das quais se destaca a dor que surgiu em 57,8% dos locais perfurados, dificuldade em mastigar em 49,1%, dificuldade com o discurso em 33,5%, deglutição do objecto em 48,4% e hemorragias severas em 4,3% dos procedimentos. Outro tipo de complicações mencionadas foram a inflamação que auferiu 48,2% dos indivíduos, a hipersensibilidade dentária afectou 19,1%, o aumento da secreção salivar foi notório em 13,6%, a alteração no paladar reflectiu-se em 10%, a geração de uma corrente galvânica foi indicada por 4,5% e a acumulação de placa foi referida por 30,9% (Plessas, 2012).

De acordo com De Moor, R. et al (2005) a prevalência de complicações imediatas foi de 26%. A infecção verificou-se em 1,8%, edema da língua em 7,3%, edema do lábio (1,8%), dor persistente em 5,5%, hematoma em 3,6%, hemorragia prolongada em 1,8% e distúrbios na cicatrização em 1,8%. A dilaceração da língua ocorreu em 1,8% da amostra, problemas com a alimentação influenciou 9,1% dos indivíduos e interferência com o discurso 12,7%.

No entanto, os utilizadores de *piercings* orais não vêm os problemas com a alimentação e interferência com o discurso como reais problemas, mas antes como consequências temporárias e normais provindas do procedimento, cujo desaparecimento ocorre num período máximo de 2 semanas (De Moor, 2005).

A prevalência das **complicações tardias**, no estudo de Kapferer, I. et al (2010), foi de 39,25% para os *piercings* da língua e 25,81% para os *piercings* do lábio. A recessão gengival foi a complicação mais prevalente, seguindo-se as infecções recorrentes, embora com uma percentagem bastante inferior. Estas duas complicações mencionadas foram observadas com maior frequência no *piercing* labial, na zona mediana, do que no *piercing* labial lateral. No *piercing* lingual a prevalência destas duas complicações foi, na generalidade, inferior à dos *piercings* labiais. A prevalência de fracturas dentárias foi maior nos utilizadores de *piercings* na língua, seguindo-se na zona lateral do lábio e, por fim, no lábio mas na zona média. O sangramento gengival foi superior em portadores de *piercings* no centro do lábio, comparando com os que utilizavam o *piercing* na região lateral do lábio, sendo que, os indivíduos que colocaram *piercing* na língua não

apresentaram esta complicação. O movimento dentário foi mais frequente nas perfurações do lábio na zona média, seguindo-se da região lateral do lábio e, por último, da língua. Comparando as perfurações múltiplas com as individuais, os autores, não encontraram diferenças com significado estatístico na prevalência das complicações.

Hickey, B. et al (2010) constataram que 23,4% da amostra possuía algum tipo de complicação no momento da realização do estudo. A recessão gengival teve uma prevalência de 8,6%, abrangendo maioritariamente os utilizadores de *piercings* labiais. As fracturas dentárias perfizeram 7% das complicações, mas, neste caso, os *piercings* linguais foram os mais lesivos. As infecções ocorreram em 7% da totalidade dos *piercings* avaliados, sendo o *piercing* localizado na bochecha o mais comprometedor. A sensibilidade teve um impacto de 1,5%, com a localização lingual a apresentar uma percentagem ligeiramente superior à labial. O gosto metálico assumiu 3% das complicações observadas, sendo que, o *piercing* lingual foi o que mais influenciou este parâmetro. Outro tipo de complicações, não mencionadas, obtiveram uma prevalência de 0,5%, abrangendo apenas portadores de *piercings* labiais.

Firoozmand, L., Paschotto, D. & Almeida, J. (2009), no decorrer do estudo, observaram algumas complicações e/ou alterações associadas ao uso de *piercing* oral correspondendo a 74,3% dos *piercings* avaliados. A fissura na língua foi a alteração mais comum, apresentando uma prevalência de 20,5%. Seguidamente, a presença de placa bacteriana no ornamento observada em 17,9% dos *piercings* que constituíram a amostra. A recessão gengival nas áreas que circundam o *piercing*, assim como, a presença de uma cicatriz ou a formação de um quelóide apresentaram a mesma prevalência, 10,25%. A inflamação local foi detectada em 7,7% da amostra, fracturas dentárias em 5,1% dos indivíduos e, finalmente, a deglutição do ornamento em 2,6% da amostra.

As alterações ao nível do esmalte, como lesões abrasivas ocorreram com uma prevalência de 30%, as fracturas dentárias surgiram em 30% dos utilizadores, a recessão gengival foi observada em 25% da amostra, 15% possuía lesões eritematosas ao nível do palato e a hipersensibilidade dentária foi sentida por 15% dos indivíduos (Inchingolo, 2011).

Plessas, A. & Pepelassi, E. (2012), após o exame clínico, constataram que 32,3% dos *piercings* observados foram responsáveis por danos ao nível dos tecidos duros, 54,7%

provocaram úlceras, 7,5% originaram hipertrofia ao nível dos tecidos e 39,7% causaram recessão gengival.

Dos *piercings* avaliados por Vieira, E. et al (2011) 83,3% originaram danos ao nível dos tecidos circundantes. Em 33,3% ocorreu dor de dentes, lesão na gengiva em 9,5%, recessão gengival em 4,8%, trauma no pavimento da boca em 4,8% e fracturas dentárias em 2,4%.

Segundo López-Jornet, P. et al (2006a) a prevalência de complicações após a colocação de *piercings* na cavidade oral corresponde a 33,6%.

Algumas alterações na mucosa, como hipertrofia ou atrofia, observou-se em 9,18% das avaliações (López-Jornet, 2006a).

O aumento da secreção salivar, decorrente do uso do *piercing*, foi reportada por 14,3% dos indivíduos (López-Jornet, 2006a).

Quanto à existência de halitose, 4,1% dos utilizadores dos *piercings* manifestaram mau hálito (López-Jornet, 2006a).

A maior parte da amostra não referiu alterações no paladar, contudo, 9,2% aludiu um ténue gosto metálico (López-Jornet, 2006a).

Os danos ao nível dos tecidos moles perfizeram uma prevalência de 59,4%, a inflamação observou-se em 40% e fracturas dentárias foram visíveis em 34% dos casos (Oberholzer, 2010).

De acordo com a literatura a prevalência de **recessão gengival**, em indivíduos que fazem uso de *piercings* orais, varia entre 3,9% e 68,13% (Saquet, 2009 ;Leichter, 2006).

A recessão gengival é definida como um deslocamento do tecido marginal em sentido apical, relativamente à junção esmalte-cimento, tendo como consequência a exposição da superfície radicular do dente ao meio oral (Sardella, 2002; Leichter, 2006). Este tipo de alteração pode provocar sensibilidade dentária, hemorragia, facilitar a retenção de placa bacteriana, cáries radiculares ou inclusivamente comprometer a estética, podendo, portando, representar um problema para o paciente (Sardella, 2002).

Diversos factores têm sido descritos na literatura como factores etiológicos da recessão gengival. As causas desta alteração podem resultar do trauma de uma escovagem

inadequada ou da utilização de uma escova de dentes com elevada dureza, do movimento dentário induzido por forças ortodônticas (Leichter, 2006; Pradeep, 2012), da própria posição dentária, de uma erupção favorável a esta patologia, da margem desadaptada das restaurações, ao facilitarem a acumulação de placa com consequente inflamação gengival e perda de inserção (Chambrone, 2003; Leichter, 2006; Pradeep, 2012), de periodontite, de inserções próximas à margem gengival (Chambrone, 2003), do inapropriado desenho de uma prótese parcial, da utilização de agentes químicos (Koppolu, 2012), de raízes proeminentes, da reduzida espessura óssea alveolar vestibulo-lingual (Chambrone, 2003) ou até do **trauma mecânico induzido por um *piercing* oral** (Chambrone, 2003; Leichter, 2006).

Diversas classificações das recessões gengivais estão descritas na literatura. Contudo, a Classificação de Miller é, ainda hoje, a mais utilizada, baseando-se numa avaliação morfológica dos tecidos periodontais lesionados (Pini-Prato, 2011). Miller considerou 4 tipos de recessão, categorizando-os com base numa avaliação dos tecidos periodontais (moles e duros). A classe I de Miller refere-se à recessão que não se estende à junção mucogengival e na qual não existe perda de tecido periodontal interdentário. Na classe II a recessão estende-se ou ultrapassa a junção mucogengival, mas, tal como na classe I, também não há perda óssea nem de tecido mole a nível interdentário. Na classe III a recessão estende-se ou ultrapassa a junção mucogengival, existindo, neste caso, perda óssea ou de tecido mole a nível interdentário (Pini-Prato, 2011; Stefani, 2012), que se encontra apicalmente à junção esmalte-cimento e coronariamente à extensão mais apical da recessão do tecido marginal (Stefani, 2012). Na classe IV, tal como na classe III, há uma recessão de tecido marginal que se estende ou ultrapassa a junção mucogengival e há perda de tecidos periodontais (moles ou duros) a nível interdentário (Pini-Prato, 2011; Stefani, 2012), no entanto, essa perda encontra-se a um nível apical relativamente à extensão da recessão do tecido marginal (Stefani, 2012).

Assim, nos defeitos de Classe I e II é possível um completo recobrimento radicular (Pini-Prato, 2011; Stefani, 2012), no entanto, nos defeitos de Classe III apenas é previsível um recobrimento radicular parcial e os defeitos de Classe IV não são passíveis de recobrimento (Stefani, 2012).

A prevalência deste tipo de lesões em indivíduos com *piercing* lingual é de 19,2%, Campbell, A. et al (2002) sendo esta significativamente maior nos que utilizam o

*piercing* com uma barra comprida, comparativamente aos que fazem uso de um tamanho de barra curto. A probabilidade de ocorrer recessão gengival aumenta com o tempo de uso e os incisivos centrais inferiores parecem ser os dentes mais frequentemente afectados, correspondendo a 88% dos dentes lesados. Contudo, o incisivo central inferior esquerdo (31) foi o dente mais acometido, correspondendo a 53% dos casos.

O número médio de dentes comprometidos, referido no mesmo estudo anteriormente mencionado, foi de  $1,7 \pm 0,7$ mm, não havendo diferenças estatisticamente significativas relativamente ao comprimento da barra, nem ao tempo de uso. Em média a profundidade dos defeitos foi de  $2,5 \pm 1,3$ mm sem diferenças estatisticamente significativas entre o comprimento curto e longo da barra. No entanto, a profundidade da recessão foi significativamente maior nos casos onde o *piercing* lingual está presente há mais de 4 anos (Campbell, 2002).

A prevalência de recessão gengival, no estudo de Pires, I. et al (2010) foi de 80% no grupo de estudo e de 34,2% no grupo controlo, pelo que houve diferenças significativas entre os dois grupos. Todavia, na face lingual dos dentes anteriores maxilares não se verificou diferenças significativas, mas a recessão na face lingual dos dentes anteriores mandibulares (5º sextante) foi significativamente maior nos indivíduos com *piercing* na língua (55%) comparativamente com o grupo controlo (10%). Dos 55% dos indivíduos que apresentaram recessão na face lingual dos dentes anteriores mandibulares, 23,3% possuíam defeitos entre 1 a 2 mm, 13,3% recessão de 3mm e 18,3% apresentaram valores iguais ou superiores a 4mm. Desta forma, os autores concluíram que a maior parte da recessão gengival se observou na face lingual dos dentes anteriores mandibulares.

A recessão gengival, verificada em um ou mais locais, da zona vestibular, presenciou-se em 27,9%. Igual percentagem foi observada, em um ou mais locais, da região lingual. É de realçar que apenas uma pessoa (2,3%) apresentou recessão gengival, quer em lingual, quer em vestibular, mas possuía tanto *piercing* lingual como labial (Kieser, 2005).

Indivíduos que fazem uso de *piercing* lingual têm uma probabilidade onze vezes maior de apresentarem recessão gengival a nível lingual dos dentes anteriores mandibulares. Assim, a ocorrência e severidade de recessão gengival, nos locais mencionados, está fortemente associada com a presença de *piercing* na língua (Pires, 2010).

A recessão gengival foi significativamente associada a comprimentos longos da barra dos *piercings* linguais (Plessas, 2012).

Segundo López-Jornet, P. & Camacho-Alonso, F. (2006a) a recessão gengival verificou-se em 23,5% dos *piercings* observados, equivalendo a zona vestibular a 91,3% dos casos, em comparação com a zona lingual (8,7%).

A recessão gengival teve impacto em 26,6% da amostra com *piercing* oral, verificando-se sobretudo na área dos incisivos mandibulares (Levin, 2005).

Na literatura a prevalência de **fracturas dentárias**, em indivíduos que possuem *piercings* orais, varia entre 2% e 34% (Saquet, 2009; Oberholzer, 2010).

Diversas classificações relativas a fracturas dentárias estão disponíveis na literatura. Contudo, a que mais se adequa às fracturas observadas neste estudo é a Classificação de Garcia-Godoy. O autor classifica as fracturas da Classe 0 à Classe 12, sendo que a Classe 0 corresponde a uma fissura de esmalte, a Classe 1 a fractura de esmalte, Classe 2 a fractura de esmalte e dentina, sem exposição pulpar, Classe 3 a fractura de dentina com exposição pulpar, Classe 4 a uma fractura de esmalte, dentina e cimento, sem exposição pulpar, Classe 5 a uma fractura de esmalte, dentina e cimento, com exposição pulpar, Classe 6 a uma fractura da raiz, Classe 7 a uma concussão, Classe 8 a uma luxação, Classe 9 a um deslocamento lateral, Classe 10 a uma intrusão, Classe 11 a uma extrusão e, finalmente, a Classe 12 como uma avulsão (Garcia-Godoy, 2000).

As fracturas associadas a *piercings* foram observadas em 19,2% da amostra do estudo de Campbell, A. et al (2002) que concluíram que os dentes mais acometidos são os pré-molares (31%) e molares (61%). Os danos mais notórios recaíram num envolvimento parcial ou total de cúspides, sobretudo das cúspides linguais. O número médio de dentes afectados por indivíduo foi de  $1,3 \pm 0,7$ .

Os autores afirmaram que o *piercing* lingual está associado a danos dentários a nível posterior, que estes aumentam com o tempo de utilização do *piercing* e que a percentagem de dentes danificados é significativamente maior nos indivíduos que utilizam o comprimento de barra curto (Campbell, 2002).

Oberholzer, T. & George, R. (2010) afirmaram que as possíveis razões para as fracturas dentárias são a interposição do objecto entre os dentes, durante o processo de

mastigação e/ou de forma intencional, sendo este facto mais evidente, aquando da utilização de ornamentos mais compridos. O comprimento do objecto influencia o grau de mobilidade do mesmo, assim como, o grau ou severidade das complicações.

Segundo Kieser, J. et al (2005) o desgaste dentário não fisiológico estava presente em 27,9% dos indivíduos, dos quais, 33,3% possuíam apenas um dente afectado, 50% dois dentes lesados e 16,7% três dentes comprometidos.

Ao nível da estrutura dentária, os danos corresponderam a 13,3%. Destes, 53,8% eram referentes a fracturas classe 2 e 3 e os restantes a fracturas classe 1 (López-Jornet, 2006a).

No estudo de Levin, L., Zadik, Y. & Becker, T. (2005), após o exame clínico da cavidade oral dos participantes com perfurações orais, os autores verificaram que 13,9% destes apresentavam fracturas dentárias, abrangendo estas maioritariamente os incisivos centrais maxilares.

Segundo Pires, I. et al (2010) *cit. in* Botchway & Kuc (1998), pacientes que possuam *piercings* orais e apresentem hábitos parafuncionais como bruxismo, a probabilidade de ocorrer fracturas dentárias aumenta significativamente.

Plessas, A. & Pepelassi, E. (2012) afirma que os danos dentários são mais frequentes nos casos de *piercings* linguais, enquanto que a frequência de recessão gengival é similar nos *piercings* da língua e do lábio.

Algumas das complicações mencionadas necessitam de algum tipo de **tratamento**. No estudo de Vieira, E. et al (2011) 7,7% dos indivíduos necessitaram de algum tipo de tratamento especializado, nomeadamente tratamento endodôntico devido a fractura dentária, tratamento periodontal devido a recessão gengival e excisão cirúrgica devido à incorporação do *piercing* nos tecidos.

A **deglutição** de pelo menos uma vez a esfera do ornamento foi relatada por 23,1% dos indivíduos, destes, 20,5% referiram ter ingerido mais do que duas vezes e 7,7% afirmaram já ter engolido a peça inteira (Vieira, 2011).

Os **hábitos** parafuncionais, nomeadamente o brincar com o ornamento, ocorrem com muita frequência nos utilizadores de *piercings* orais, pelo que, 50% dos casos, no estudo

de Pires, I. et al (2010), tinham o costume de morder a peça e 75% costumavam mexer e bater com o ornamento.

Os hábitos parafuncionais surgiram em 83,3% dos *piercings*, sendo que o bater da peça contra estruturas orais ou a sua colocação entre dentes antagonistas foram os mais frequentes (Vieira, 2011).

Os hábitos de morder, rolar e roçar o *piercing* foram significativamente associados à presença de danos ao nível da estrutura dentária, pelo que o hábito de sugar o *piercing* foi positivamente associado à presença de recessão gengival (Plessas, 2012).

O **tempo de uso do ornamento** afectou a prevalência de defeitos no tecido mole no local do *piercing*, danos dentários e recessão gengival. No estudo de Plessas, 2012 os autores verificaram que quem possuía o *piercing* há menos de 12 meses, apresentava uma prevalência, quer de defeitos dentários, quer de recessão gengival, significativamente mais baixa, comparativamente com os indivíduos que possuíam *piercings* há mais de 36 meses ( $p=0,001$  e  $p<0,001$  respectivamente) (Plessas, 2012).

Saquet, P. et al (2009), com base nos dados recolhidos, constaram que 45% dos indivíduos relataram algum tipo de alteração na decorrência da utilização do *piercing*. A inflamação persistente sobressaiu-se com 11,8% dos casos, o nódulo na língua teve um impacto de 5,9%, os problemas relacionados com a fala, após o período de cicatrização, ocorreu em 5,9% dos indivíduos, a recessão gengival em 3,9%, as lesões ao nível do palato duro (3,9%). Relativamente a: fracturas dentárias, desgaste dentário, trauma mecânico em dentes e gengiva, dor persistente, falta de cicatrização e hipotensão, no primeiro dia da utilização do *piercing*, obtiveram, cada uma delas, a prevalência foi semelhante (2%).

Mesmo após a remoção do *piercing* existem fortes probabilidades de permanecer uma cicatriz visível, podendo provocar desconforto estético, acumular de restos alimentares e, inclusive, dor (Vieira, 2011).

Dadas a possíveis consequências, anteriormente mencionadas, o crescente número de pacientes com perfurações orais que visitam o **Médico Dentista** (Theodossy, 2003; Silva, 2005; Levin, 2005; Brennan, 2006; Levin, 2007; Palacios-Sánchez, 2007; Maheu-Robert, 2007; Marquezan, 2008; Hennequin-Hoenderdos, 2011), assim como, a falta geral de consciência das complicações dos *piercings* orais por parte dos utilizadores

(Oberholzer, G. & George, R., 2010), compete a este grupo de profissionais conhecer os problemas que daí possam advir (Brooks, 2003; De Moor, 2005; Leicher, 2006; Gusmão, 2011). Estes devem estar preparados para fornecer informações úteis e preventivas aos utilizadores ou aos indivíduos que ponderam colocar um *piercing* na cavidade oral (Palacios-Sánchez, 2007; Marquezan, 2008; Kapferer, 2010; Gusmão, 2011; Alves, 2011; Hennequin-Hoenderdos, 2012), bem como, estarem capacitados, quando confrontados, a reconhecer e resolver complicações decorrentes da sua utilização (Venta, 2005; Hennequin-Hoenderdos, 2012).

O Médico Dentista deve inserir no registo clínico do paciente a existência do *piercing*, a sua localização, o tempo de uso e os hábitos do indivíduo (Plessas, 2012). A observação do dispositivo deve ser realizada, assim como, os tecidos que o circundam, de forma a visualizar possíveis complicações na saúde oral e/ou geral do paciente (Hennequin-Hoenderdos, 2012), sendo essencial um acompanhamento do indivíduo uma vez que existe a possibilidade de surgirem complicações ao longo do tempo (Venta, 2005). No entanto, antes de qualquer procedimento dentário, todos os dispositivos orais devem ser removidos, particularmente quando o bloqueio do nervo alveolar inferior está envolvido. A reinsertão do ornamento deve ser realizada apenas quando o efeito anestésico desaparecer, pois o risco de auto mutilação é elevado devido à falta de sensibilidade. Outra circunstância com indicação para a remoção do dispositivo é o caso de realização de procedimentos radiográficos, sendo que, nestas situações, todos os objectos metálicos devem ser removidos, a fim de não produzir artefactos e não interferir com o diagnóstico radiográfico (Peticolas, 2000; Palacios-Sánchez, 2007).

Exemplos de complicações e/ou alterações associadas à colocação de *piercings* orais:

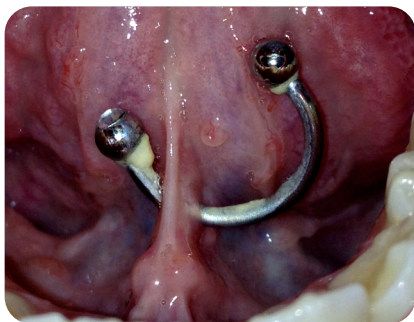


Figura 13: *Piercing* com Tártaro



Figura 14: Edema do freio labial

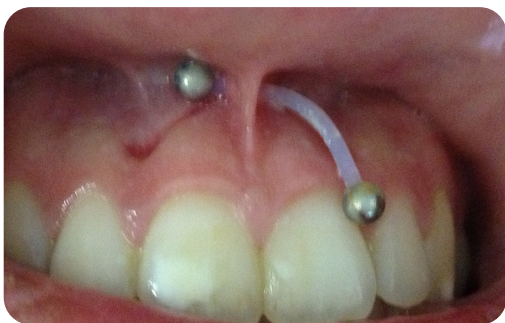


Figura 15: Depressão na mucosa



Figura 16: Hipertrofia com inflamação

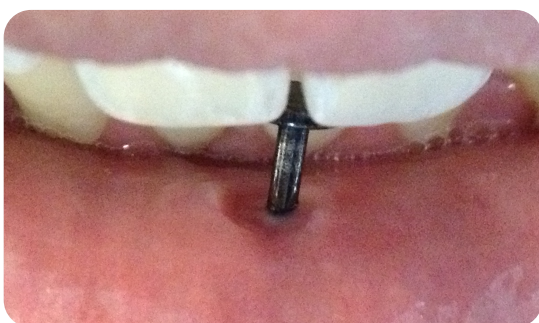


Figura 17: Depressão labial



Figura 18: Recessão gengival



Figura 19: Fractura dentária (31)



Figura 20: Depressão lingual

## 2. MATERIAL & MÉTODOS

### 2.1. Revisão bibliográfica

Foi efectuada uma pesquisa nas bases de dados primárias, *Pubmed (Medline)* e *Embase (Science Direct)*, com termino em Janeiro de 2013, utilizando as seguintes palavras-chave: “*Oral piercings*”, “*Oral piercing complications*”, “*Oral piercings AND adverse effects*”. Foram assim seleccionados artigos científicos em língua inglesa, espanhola e portuguesa publicados nos últimos 16 anos.

### 2.2. Trabalho de campo

Foi realizado um estudo observacional do tipo transversal. A amostra foi determinada por conveniência, sendo constituída por indivíduos que pertenciam à Escola Artística de Soares dos Reis no ano lectivo 2012/2013 e indivíduos cujo o autor tinha conhecimento de possuírem *piercings* orais.

Para tal, foram definidos os seguintes critérios, previamente ao início do estudo.

Critérios de Inclusão:

- Possuir *piercing* oral ou perioral;
- Participar voluntariamente no estudo e assinar o consentimento informado;
- Apresentar idade compreendida entre 13 e 30 anos inclusive.

Critérios de Exclusão:

- Apresentar patologia sistémica;
- Tomar algum medicamento com impacto na cavidade oral.

A todos os voluntários foi explicado o objectivo do estudo e os procedimentos a realizar. Depois de devidamente esclarecidos e uma vez assinado o consentimento informado (anexo a) pelo voluntário ou seu responsável foi efectuada um questionário, com base numa entrevista, realizado pelo investigador. O questionário aplicado foi adaptado de Boardman, R. & Smith, R. (1997) encontrando-se, o mesmo, em anexo (anexo b).

Após a recolha de dados, foi realizada uma observação clínica visual da região oral e perioral de cada indivíduo, com recurso a um espelho plano nº5 com cabo nº25 e sonda periodontal CP12. O exame clínico incluiu, além da determinação da localização do *piercing*, uma observação pormenorizada das estruturas adjacentes ao local perfurado. Estas observações foram categorizadas da seguinte forma: fractura dentária, recessão gengival, inflamação, mobilidade dentária, nódulo, laceração e outras alterações, como depressão labial, depressão lingual, depressão na mucosa, edema do freio labial, edema da língua, hiperplasia no lábio, lesão no palato e quelóide.

A análise estatística dos dados obtidos foi efectuada com recurso ao IBM SPSS Statistics vs21 ( $\alpha=0,05$ ). Foram realizados testes de qui-quadrado na maior parte das situações, um teste de t-student e um teste de fisher.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Descrição e análise comparativa da amostra por participante:

Foram avaliados 82 indivíduos com idades compreendidas entre os 14 e os 30 anos (média= 20,16 anos), pertencendo a maior parte da amostra ao sexo feminino (76,8%). Não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,227$ ) na idade média dos participantes por sexo (Tabela 1).

Tabela 1: Idade (anos) de todos os participantes e subdivisão por sexo (n=82)

		n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	P*
Todos		82	20,16	4,1	19	14	30	
Sexo	Feminino	63	19,86	3,9	18	14	29	0,227
	Masculino	19	21,16	4,6	19	15	30	

\*teste t-Student

Relativamente a hábitos tabágicos, 82,9% dos indivíduos afirmaram ser fumadores, sendo que a maioria (45,1% da amostra) fuma menos de 10 cigarros por dia, 32,9% fuma entre 10 a 20 cigarros por dia e 4,9% fuma mais de 20 cigarros por dia (Tabela 2).

A maioria dos participantes declararam ser consumidores de drogas (59,8%), destes, 14,6% consome drogas diariamente, 34,1% semanalmente, 4,9% mensalmente e 6,1% esporadicamente (Tabela 2).

De acordo com o observado na tabela 2, 70,7% dos indivíduos apresentava apenas 1 piercing, 25,6% possuía 2 piercings e 3,7% continha 3 piercings na cavidade oral, perfazendo um total de 109 piercings observados.

Tabela 2: Análise descritiva por participante (n=82)

Características da amostra	n	%
Idades:		
13-20	51	62,2
21-25	19	23,2
≥26 anos	12	14,6
Fuma?		
Sim	68	82,9
Não	14	17,1
nº de cigarros/dia:		
<10 cigarros/dia	37	45,1

Características da amostra (continuação)	n	%
10-20 cigarros/dia	27	32,9%
>20 cigarros/dia	4	4,9
Consome drogas?		
Sim	49	59,8
Não	33	40,2
Regularidade:		
Diariamente	12	14,6
Semanalmente	28	34,1
Mensalmente	4	4,9
Anualmente	5	6,1
nº piercings/participante:		
1	58	70,7
2	21	25,6
3	3	3,7

### 3.2. Descrição e análise comparativa da amostra por *piercing*:

Foram avaliados 109 *piercings* em 82 indivíduos e conforme se pode verificar na tabela 3 o *piercing* mais frequente foi o *piercing* labial (50,4%), o *piercing* lingual verificou-se em 25,7% das perfurações, o *piercing* no freio labial em 16,5%, o *piercing* no freio lingual em 4,6% e finalmente o *piercing* na bochecha em 2,8%.

Tabela 3: Análise descritiva por *piercing* (n=109)

Caracterização da amostra relativamente ao <i>piercing</i>	n	%
Localização do <i>Piercing</i> :		
Lábio	55	50,4
Língua	28	25,7
Freio lingual	5	4,6
Freio labial	18	16,5
Bochecha	3	2,8
Tempo de uso:		
<6 meses	27	24,8
6-12 meses	15	13,8
>12 meses-24 meses	13	11,9
>24 meses	54	49,5
Razão da colocação:		
Moda	3	2,8
Influência de amigos	3	2,8
Expressão de identidade	24	22
Beleza/ Questões estéticas	49	45
Identificação com grupo	1	0,9
Rebeldia	8	7,3
Outra	21	19,3
Sente diferença na viscosidade saliva?		
Não	96	88,1
Sim	13	11,9
Tem sensibilidade alterada?		
Não	93	85,3
Sim	16	14,7
Alterações sentidas ao nível da Cavidade Oral:		
Deglutição	7	6,4
Fala	24	22
Paladar	1	0,9

Prevalência de complicações associadas à colocação de *Piercings* Oraís

<b>Caracterização da amostra relativamente ao <i>piercing</i> (continuação)</b>	n	%
Dificuldade em higienizar	6	5,5
Fractura Dentária	11	10,1
Alteração na gengiva	16	14,7
Dor persistente	2	1,8
Inflamação persistente	0	0
Outra	4	3,7
Foi anestesiado?		
Não	54	49,5
Sim	55	50,5
Sentiu dor na colocação do <i>piercing</i> ?		
Não	62	56,9
Sim	47	43,1
Escala de Dor		
1 (Dor mínima)	7	6,4
2	17	15,6
3	13	11,9
4	8	7,3
5 (Dor máxima)	2	1,8
Utilizou algum analgésico no pós-operatório?		
Não	100	91,7
Sim	9	8,3
Material utilizado:		
Nenhum material esterilizado ou descartável	4	3,7
Agulhas descartáveis + Materiais Esterilizados	2	1,8
Tudo (Luvas descartáveis, agulhas descartáveis e Materiais Esterilizados)	103	94,5
Recebeu orientações de higiene local do <i>piercing</i> ?		
Não	12	11
Sim	97	89
Higieniza <i>piercing</i> individualmente?		
Não	39	35,8
Sim	70	64,2
Removendo-o?		
Não	17	15,6
Sim	53	48,6
Recorreu a algum dentista após fazer o <i>piercing</i> ?		
Não	55	50,5
Sim	54	49,5
Voltava a fazer o <i>piercing</i> ?		
Não	5	4,6
Sim	104	95,4

Os *piercings* para os quais os participantes referem ter sentido alguma diferença na cavidade oral associada à sua colocação foram 45, perfazendo, contudo, um total de 71 alterações sentidas (Tabela 3).

Das alterações mencionadas 9,9% referiam-se a alteração na deglutição com uma percentagem de 9,9% do total de alterações mencionadas (7 localizados na língua), a fala 33,8% (4 no lábio, 15 na língua, 3 freio lingual e 2 freio labial), o paladar 1,4% (1 na língua), dificuldade em higienizar 8,5% (2 na língua, 1 freio lingual e 3 freio labial), fractura dentária 15,5% (3 no lábio e 8 na língua), alteração na gengiva 22,5% (6 no

lábio, 5 língua e 5 freio labial), dor persistente 5,6% (1 no lábio e 1 na língua) e outras alterações 5,6% dos *piercings* (2 no lábio e 2 na língua) (Tabela 4 e Tabela 5).

Tabela 4: Alterações sentidas ao nível da cavidade oral (n=109)

		n	% por piercing	% Pessoas
Alteração ao nível da cavidade oral	Deglutição	7	9,90	15,60
	Fala	24	33,80	53,30
	Paladar	1	1,40	2,20
	Dificuldade em higienizar	6	8,50	13,30
	Fractura dentária	11	15,50	24,40
	Alteração na gengiva	16	22,50	35,60
	Dor Persistente	2	2,80	4,40
	Outra	4	5,60	8,90
Total		71	100,00	157,80

Tabela 5: Distribuição das alterações sentidas ao nível da cavidade oral por localização do *piercing* (n=71)

		Localização do <i>Piercing</i>				Total
		Lábio	Língua	Freio lingual	Freio labial	
Alteração ao nível da cavidade oral	Deglutição	0	7	0	0	7
	Fala	4	15	3	2	24
	Paladar	0	1	0	0	1
	Dificuldade em higienizar	0	2	1	3	6
	Fractura dentária	3	8	0	0	11
	Alteração na gengiva	6	5	0	5	16
	Dor Persistente	1	1	0	0	2
	Outra	2	2	0	0	4

Ao analisarmos a percentagem de *piercings* por sexo verificamos que a localização no lábio é mais frequente em homens, enquanto que, os *piercings* no freio labial e lingual são mais requeridos por mulheres. As restantes localizações apresentam uma distribuição semelhante (Gráfico 1).

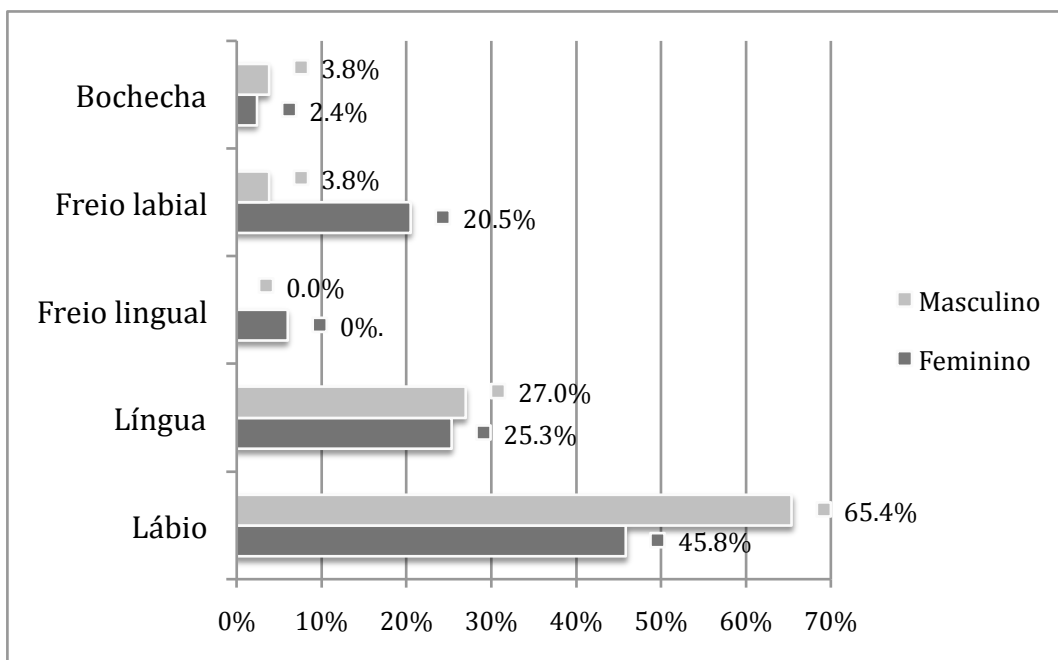


Gráfico 1: Localização do *Piercing* por sexo (n=109)

Relativamente à percentagem de colocação por faixa etária, o *piercing* labial observa-se mais em pessoas com idades maiores ou iguais a 26 anos e menores que 21 anos, enquanto que o *piercing* lingual verifica-se mais nos indivíduos com idades compreendidas entre os 21 e 25 anos inclusive. Os *piercings* no freio labial e no freio lingual são mais frequentes em indivíduos com menos de 21 anos (Gráfico 2).

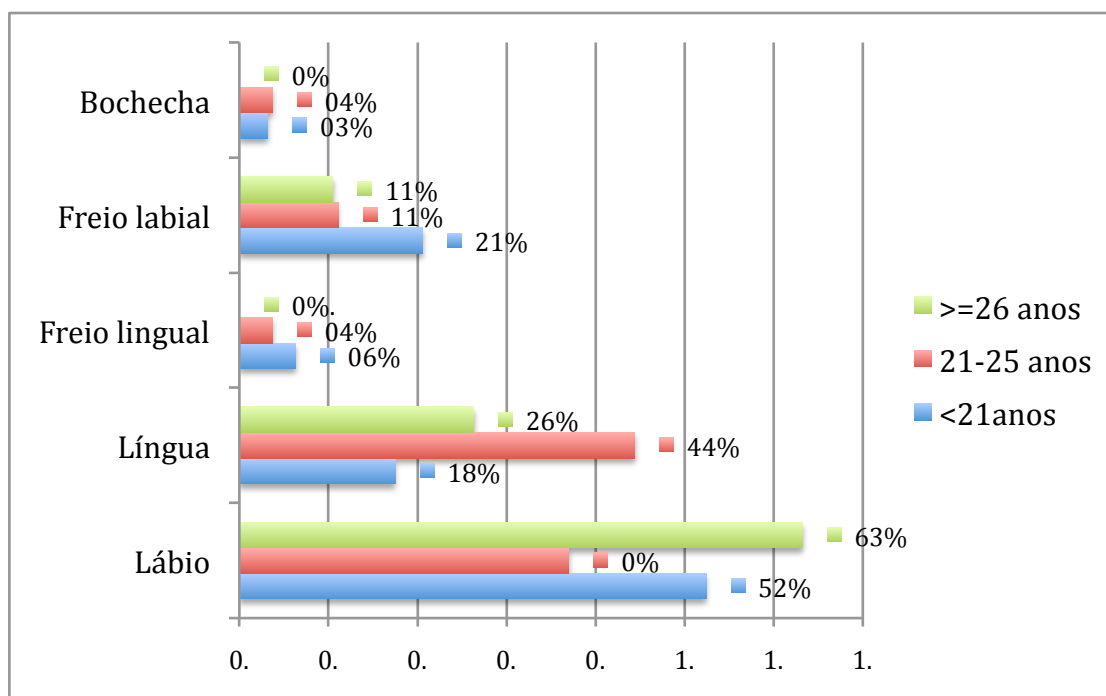


Gráfico 2: Localização do *Piercing* por idade (n=109)

Quanto ao tempo de uso do *piercing*, a maior parte das perfurações foram realizadas há mais de 24 meses (49,5%), 24,8% há menos de 6 meses, 13,8% entre 6 meses e 12 meses e 11,9% há mais de 12 meses e menos de 24 meses (Tabela 3).

Relativamente à razão da colocação do *piercing*, 45% das perfurações foram justificadas devido a questões estéticas, 2,8% por ser moda, 22% por expressão de identidade, 0,9% para identificação com grupo, 7,3% por rebeldia, 2,8% por influência de amigos e 19,3% por outra causa (Tabela 3).

A diferença quanto à viscosidade da saliva não foi sentida em consequência da colocação do *piercing*, na maior parte dos locais perfurados (88,1%) (Tabela 3).

A alteração da sensibilidade, na zona da perfuração ou nas zonas próximas ao *piercing*, foi relatada positivamente em 14,7% dos *piercings* observados, e, destes, todos afirmaram alteração para maior sensibilidade (Tabela 3).

Antes do procedimento de colocação dos *piercings*, 50,5% destes foram anestesiados (Tabela 3).

A dor na colocação do *piercing* foi sentida em 43,1% das perfurações, 6,4% caracterizou a dor como grau 1 (dor mínima), 15,6% como grau 2, 11,9% em grau 3, 7,3% em grau 4 e 1,8% qualificou-a como grau 5 (dor máxima). Contudo, apenas 8,3% utilizaram analgésico no pós-operatório (Tabela 3).

Relativamente a uma possível associação entre anestesia e dor, não se verificou associação, ou seja, a anestesia não teve o efeito para o qual é indicada, ou não foi eficaz, conforme se pode verificar na tabela (Tabela 6).

Tabela 6: Relação entre dor na colocação do *piercing* e anestesia (n=109)

		Sentiu dor na colocação do <i>Piercing</i> ?		p*
		Não	Sim	
Foi anestesiado?	Não	30 55,60%	24 44,40%	0,782
	Sim	32 58,20%	23 41,80%	
Total		62 56,90%	47 43,10%	

\*teste qui-quadrado

Quanto ao material utilizado no processo de colocação do *piercing*, em 94,5% das incorporações o operador utilizou luvas descartáveis, agulhas descartáveis e materiais esterilizados, 1,8% apenas foram utilizadas agulhas descartáveis e materiais esterilizados e 3,7% não utilizou nenhum material acima referido (Tabela 3).

89% receberam orientações de higiene local do *piercing* por parte do operador. No entanto, apenas 64,2% dos *piercings* observados são higienizados, sendo que, 48,6% dos ornamentos são removidos para a higienização (Tabela 3).

49,5% dos *piercings* observados já tinham sido observados por um Médico Dentista (Tabela 3).

Em relação à questão de voltar a fazer o *piercing*, apenas 4,6% afirmou que não voltava a realizar o procedimento (Tabela 3).

A existência de placa bacteriana e/ou tártaro no ornamento verificou-se em 24,8% dos *piercings* observados, apresentando-se os restantes livre de placa (Tabela 7).

63,3% dos *piercings* avaliados possuía algum tipo de complicação/alteração no local da perfuração ou nas suas proximidades. A fractura dentária em consequência da utilização do ornamento ocorreu em 11,9% dos *piercings*, a mobilidade dentária verificou-se em 0,9%, recessão gengival em 39,4%, inflamação em 2,8%, laceração em 0,9%, nódulo não foi associado a nenhum *piercing* e outras complicações/alterações verificaram-se em 20,2% (Tabela 7).

Tabela 7: Exame clínico do *piercing* e zonas envolventes (n=109)

Exame clínico	n	%
O <i>piercing</i> tem placa?		
Não	82	75,2
Sim	27	24,8
Tem complicações orais?		
Não	40	36,7
Sim	69	63,3
Fractura Dentária:		
Não	96	88,1
Sim	13	11,9
Mobilidade Dentária:		
Não	108	99,1
Sim	1	0,9
Recessão Gengival:		
Não	66	60,6
Sim	43	39,4
Inflamação:		
Não	106	97,2
Sim	3	2,8

<b>Exame clínico (continuação)</b>	n	%
Nódulo:		
Não	109	100
Laceração:		
Não	108	99,1
Sim	1	0,9
Outras complicações orais:		
Depressão labial	10	9,2
Depressão na língua	1	0,9
Depressão na mucosa	4	3,6
Edema freio labial	2	1,8
Edema língua	1	0,9
Hiperplasia no lábio	1	0,9
Lesão no palato	1	0,9
Quelóide	2	1,8

De 109 *piercings* observados neste estudo, apenas 40 não apresentam complicações e/ou alterações associadas, sendo que, 52,5% destes correspondem a *piercings* localizados no lábio, 10% a *piercings* linguais, 12,5% a *piercings* no freio lingual e 25% a *piercings* do freio labial. Todos os *piercings* da bochecha apresentam alguma complicação associada (Tabela 8).

13 *piercings* foram responsáveis por fracturas dentárias e, apenas os *piercings* da língua e do lábio contribuíram para este facto. Contudo, o *piercing* lingual assume 69,2% dos casos para 30,8% relativos ao *piercing* labial (Tabela 8).

A recessão gengival observou-se associada a 43 *piercings*, sendo que todos os defeitos observados neste estudo pertenciam, de acordo com a Classificação de Miller, a classes I e II. O *piercing* labial apresentou-se como o maior responsável por esta complicação (53,5%), seguindo-se o lingual (39,5%) e, finalmente, o do freio labial com 7% dos casos (Tabela 8).

A inflamação observou-se associada a um *piercing* do lábio, um *piercing* da língua e um *piercing* da bochecha, perfazendo um total de três *piercings* implícitos com esta alteração (Tabela 8).

Apenas um *piercing* predispõe para mobilidade dentária, sendo que a localização responsável é correspondente ao *piercing* da língua (Tabela 8).

Outras complicações e/ou alterações acometeram 22 *piercings*. 54,5% destes correspondem a *piercings* labiais, 27,3% a *piercings* no freio labial, 13,6% a *piercings* linguais e 4,5% a *piercings* localizados na bochecha. A alteração mais observada é a depressão labial (10 *piercings* associados), todos relativos a *piercings* labiais, seguida

da depressão na mucosa (4 *piercings* associados), todos relativos a *piercings* no freio labial, edema do freio labial (2 *piercings* no freio labial envolvidos), quelóide (2 *piercings*), um referente a um *piercing* labial e outro a um localizado na bochecha, edema da língua (1 *piercing* lingual envolvido), lesão no palato (1 *piercing* lingual responsável) e hiperplasia no lábio (1 *piercing* labial) (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição de complicações e/ou alterações por localização do *piercing* (n=109)

Alterações e/ou Complicações		Localização do <i>Piercing</i>					Total n=109
		Lábio n=55	Língua n=28	Freio lingual n=5	Freio labial n=18	Bochecha n=3	
Sem complicações orais	n	21	4	5	10	0	40
	%	52,5%	10%	12,5%	25%	0%	
Fractura Dentária	n	4	9	0	0	0	13
	%	30,8%	69,2%	0%	0%	0%	
Recessão Gengival	n	23	17	0	3	0	43
	%	53,5%	39,5%	0%	7,0%	0%	
Inflamação	n	1	1	0	0	1	3
	%	33,3%	33,3%	0%	0%	33,3%	
Mobilidade Dentária	n	0	1	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	
Nódulo	n	0	0	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%	0%	
Outras complicações	n	12	3	0	6	1	22
	%	54,5%	13,6%	0,0%	27,3%	4,5%	
Depressão Labial	n	10	0	0	0	0	10
	%	100%	0%	0%	0%	0%	
Depressão na Língua	n	0	1	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	
Depressão na Mucosa	n	0	0	0	4	0	4
	%	0%	0%	0%	100%	0%	
Edema Freio Labial	n	0	0	0	2	0	2
	%	0%	0%	0%	100%	0%	
Edema Língua	n	0	1	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	
Hiperplasia no Lábio	n	1	0	0	0	0	1
	%	100%	0%	0%	0%	0%	
Lesão no Palato	n	0	1	0	0	0	1

Alterações e/ou Complicações (continuação)		Lábio n=55	Língua n=28	Freio lingual n=5	Freio labial n=18	Bochecha n=3	Total n=109
		%	0%	100%	0%	0%	0%
Quelóide	n	1	0	0	0	1	2
	%	50%	0%	0%	0%	50%	

Na presença de fractura, não há associação entre a localização dos dentes (anterior versus posterior) e se a fractura envolve esmalte ou dentina ( $p=0,294$ , teste fisher) (Tabela 9).

Tabela 9: Relação entre fracturas (esmalte e dentina) e localização dos dentes (anterior vs posterior) (n=17)

		Fractura de esmalte	Fractura de dentina	Total
Localização	Anterior	12	0	12
		75%	0%	70,6%
Posterior	4	1	5	
		25%	100%	29,4%
Total		16	1	17
		100%	100%	100%

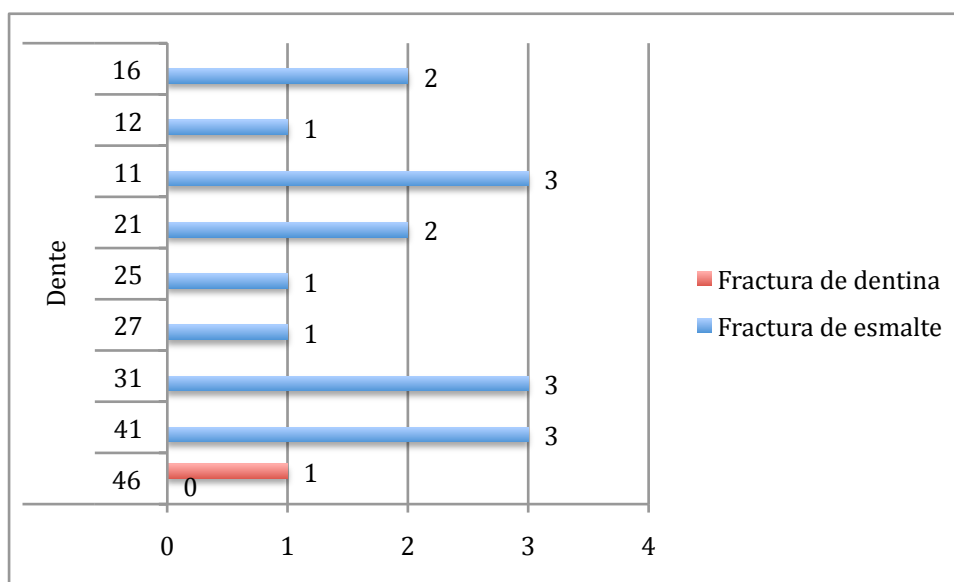


Gráfico 3: Distribuição da quantidade de fracturas por dente (n=17)

De acordo com o que se pode verificar no gráfico 3 ocorreram duas fracturas de esmalte ao nível do dente 16, uma no dente 12, três no dente 11, duas no dente 21, uma no dente 25, uma no dente 27, três no dente 31 e três no dente 41 (Todas Classe 1 de Garcia-

Godoy). Fracturas com envolvimento da dentina, apenas se observou uma, referente ao dente 46 (Classe 2 de Garcia-Godoy).

Constatou-se uma associação negativa (o que o investigador observa não é sentido pelos participantes) entre a observação de recessão gengival (investigador) e a sensação de alteração ao nível da gengiva (participante). A maior parte dos participantes com recessão gengival, observada pelo investigador, (74,4%) não refere ter sentido essa alteração, pelo contrário, quando não é observada recessão gengival (investigador), 7,6% refere ter sentido alteração (Tabela 10).

Tabela 10: Relação entre recessão gengival (examinador) e alteração sentida pelo participante ao nível da gengiva (n=109)

		Recessão Gengival		Total	p*
		Não	Sim		
Alteração ao nível da cavidade oral: Alteração na gengiva	Não	61	32	93	0,009
		92,40%	74,40%	85,30%	
	Sim	5	11	16	
		7,60%	25,60%	14,70%	
Total		66	43	109	
		100,00%	100,00%	100,00%	

\*teste qui-quadrado

De acordo com o que se pode observar no gráfico 4, os dentes 31 e 41 são os mais afectados por recessão gengival, independentemente da dimensão da mesma (medida em mm desde a linha amelocementária até a margem gengival no sentido coronopical). Vinte e quatro incisivos centrais inferiores esquerdos (31) possuem recessão gengival entre 1 e 2mm, três contêm profundidades de 3mm e dois apresentam defeitos iguais ou superiores a 4mm. Em relação ao incisivo central inferior direito (41), vinte e três dentes apresentaram recessão gengival entre 1 e 2mm, seis com 3mm de recessão e três com 4mm ou mais. Com excepção de um incisivo lateral inferior esquerdo (32), que possui 3mm de recessão gengival, todos os outros registam valores que variam entre 1 e 2mm - um incisivo central superior direito (11), um canino superior esquerdo (23), dois incisivos centrais superiores esquerdos (21), dois caninos inferiores direitos (43), dois incisivos laterais inferiores esquerdos (32) e quatro incisivos laterais inferiores direitos (42).

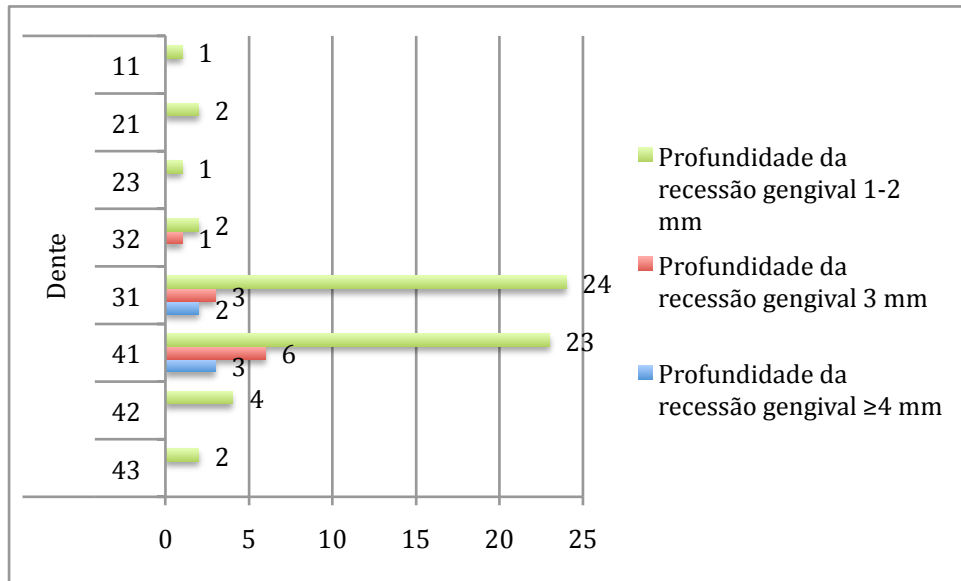


Gráfico 4: Distribuição da quantidade de recessão gengival por dente (n=74)

Globalmente, 74 dentes apresentam recessão gengival. Contudo, a maioria (59 dentes) possui profundidades de recessão gengival entre 1 e 2mm, 10 dentes registam recessão gengival de 3mm e apenas 5 dentes adquire defeitos iguais ou superiores a 4mm (Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição da profundidade da recessão gengival global observada em 74 dentes

		Total
Recessão Gengival Global	Presença	74
	1-2 mm	59
	3 mm	10
	≥4 mm	5

Observando a tabela 12, percebe-se que 33 dentes, pertencentes ao 5º sextante, manifestam algum tipo de recessão gengival a nível lingual. Destes, 24 apresentam deslocamento apical da margem gengival entre 1 e 2mm, sete igual a 3mm e dois igual ou superior a 4mm.

Tabela 12: Distribuição da profundidade da recessão gengival a nível anterior, lingual e mandibular em 33 dentes

	Total	
Recessão Gengival Anterior, Lingual, Mandibular	Presença	33
	1-2 mm	24
	3 mm	7
	≥4 mm	2

37 dentes, também pertencentes ao 5º sextante, mas neste caso em vestibular, apresentam recessão gengival. A recessão gengival variou maioritariamente entre 1 e 2mm (31 dentes), três apresentaram 3mm de recessão e noutros três registaram-se valores iguais ou superiores a 4mm (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição da profundidade da recessão gengival a nível anterior, vestibular e mandibular em 37 dentes

	Total	
Recessão Gengival Anterior, Vestibular, Mandibular	Presença	37
	1-2 mm	31
	3 mm	3
	≥4 mm	3

Com o aumento no tempo de utilização do *piercing*, aumenta a frequência de fracturas dentárias. Neste caso, o número de dentes fracturados é maior nos indivíduos que colocaram o *piercing* há mais de 24 meses comparando com os que possuem o *piercing* há 24 meses ou menos ( $p=0,043$ , teste qui-quadrado) (Tabela 14).

A maior parte das recessões gengivais verificam-se associadas a *piercings* que se encontram colocados há mais de 24 meses na cavidade oral ( $p=0,043$ , teste qui-quadrado) (Tabela 14).

Tabela 14: Distribuição da Fractura Dentária e Recessão Gengival pelo tempo de uso do *piercing*

		Tempo de uso				Total
		< 6 meses	6-12 meses	>12 meses-24 meses	>24 meses	
Fractura Dentária	n	1	0	2	14	17
	%	5,9%	0%	11,8%	82,4%	100%
Recessão Gengival	n	18	13	7	36	74
	%	24,3%	17,6%	9,5%	48,6%	100%

#### 4. DISCUSSÃO

No presente estudo a maior parte da amostra pertence ao sexo feminino (76,8%), não sendo significativamente diferente dos resultados dos estudos de Oberholzer, T. & George, R. (2010), De Moor, R. et al (2005), Hickey, B. et al (2010), Kapferer, I. et al (2010), López-Jornet, P. & Camacho-Alonso, F. (2006a) e Vieira, E. et al (2011) ( $p=0,798$ ;  $p=0,559$ ;  $p=0,391$ ;  $p=0,336$ ;  $p=0,183$ ;  $p=0,052$ , teste qui-quadrado, respectivamente).

Contudo, nos estudo de Venta, I. et al (2005), Kieser, J. et al (2005) e Kapferer, I. et al (2007) os indivíduos do sexo feminino eram significativamente mais ( $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,002$ , teste qui-quadrado, respectivamente), do que os que constituíram a amostra do presente estudo. Pelo contrário, nos estudos de Plessas, A. & Pepelassi, E. (2012), Firrozmand, L., Paschotto, D. & Almeida, J. (2009) e Inchingolo, F. et al (2011) existiam significativamente mais participantes do sexo masculino (para todas as situações  $p<0,001$ , teste qui-quadrado), do que no nosso estudo.

Apesar de Almeida, A. et al (2008) referir que a utilização de *piercings* ocorre sobretudo por parte de adolescentes e jovens adultos com idades compreendidas entre os 13 e os 30 anos, neste estudo, a amplitude variou entre os 14 e os 30 anos, sendo que, a distribuição de pessoas por faixa etária não é significativamente diferente (qui-quadrado=2,39; gl=2;  $p=0,303$ ) das faixas etárias do estudo de De Moor (2005).

No entanto, é importante referir que dentro dos critérios de inclusão definidos neste estudo, as idades possíveis eram dos 13 aos 30 anos.

A percentagem de fumadores no nosso estudo foi de 82,9%, o que não é significativamente diferente dos estudo de Kapferer, I. et al (2007), Pires, I. et al (2010), Venta, I. et al (2005), Hickey, B. et al (2010) e Kapferer, I. et al (2010) ( $p=0,827$ ;  $p=0,309$ ;  $p=0,097$ ;  $p=0,055$ ;  $p=0,054$ , teste qui-quadrado, respectivamente).

Relativamente ao número de indivíduos consumidores de drogas os nossos resultados (59,8%) são significativamente diferentes ( $p=0,003$ , teste qui-quadrado) dos obtidos por Venta, I. et al (2005), havendo, neste último, mais pessoas a consumir.

Neste estudo verificou-se que 29,3% dos indivíduos possuem mais do que um *piercing* na cavidade oral, o que é um valor significativamente superior ao encontrado nos

estudos de Firoozmand, L., Paschotto, D. & Almeida, J. (2009), López-Jornet, P. & Camacho-Alonso, F. (2006a), Vieira, E. et al (2011) e Kapferer, I. et al (2010) ( $p=0,009$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ , teste qui-quadrado, respectivamente).

De acordo com a literatura, os *piercings* localizados no lábio e língua são os mais frequentes, tal como se pode observar no presente estudo. Contudo, a percentagem de perfurações labiais (50,4%) foi superior à de perfurações linguais (25,7%) o que está de acordo com os estudos de López-Jornet, P. & Camacho-Alonso, F. (2006a), Kapferer et al (2010) e Plessas, A. & Pepelassi, E. (2012). Contrariamente, nos estudos de Kieser, J. et al (2005), Hickey, B. et al (2010), Saquet, P. et al (2009) e Vieira, E. et al (2011) onde o *piercing* localizado na língua foi mais observado que o *piercing* labial.

Plessas, A. & Pepelassi, E. (2012) referem que depois das perfurações mais frequentes (lábio e língua), o *piercing* na bochecha é o mais comum. No entanto, neste estudo a percentagem de *piercings* no freio labial (16,5%) e no freio lingual (4,6%) apresentaram uma percentagem superior aos localizados na bochecha (2,8%), tal como afirma Marquezan, M. et al (2008).

38,5% dos *piercings* observados foram colocados há menos de 12 meses (tabela 3), sendo este valor significativamente superior ( $p<0,001$ , teste qui-quadrado) ao verificado por Oberholzer, T. & George, R. (2010), em que apenas 23,4% dos *piercings* tinham sido colocados nesse período de tempo. Pelo contrário, o período de tempo do *piercing* na cavidade oral no estudo de Plessas, A. & Pepelassi, E. (2012) não é significativamente diferente do observado por nós ( $p=0,582$ , teste qui-quadrado) no que se refere à percentagem de *piercings* colocados há menos de 12 meses, no momento do estudo.

A percentagem de ornamentos colocadas há 24 meses ou menos na nossa amostra foi de 55,5%, o que não é significativamente superior ( $p=0,131$ , teste qui-quadrado) ao verificado no estudo de Pires, I. et al (2010), em que a percentagem observada foi de 43,3%. Pelo contrario Campbell, A. et al (2002) observaram 25% de *piercings* colocados há menos de 24 meses, e, neste caso, o valor observado é significativamente inferior ( $p<0,001$ , teste qui-quadrado) ao presenciado neste estudo.

Plessas, A. & Pepelassi, E. (2012) afirmam que o tempo de uso do ornamento afecta a prevalência de danos dentários e recessão gengival, o que está de acordo com o observado neste estudo para tempo de uso superiores a 24 meses.

No presente estudo, a questão estética/beleza foi a principal razão referida pelos indivíduos relativa à colocação do *piercing* na cavidade oral (45%). Seguindo-se a expressão de identidade 22%, identificação com grupo 0,9%, moda 2,8%, influência de amigos 2,8%, rebeldia 7,3% e outra 19,3%. O que é semelhante ao verificado por Plessas, A. & Pepelassi, E. (2012) onde 63,7% dos indivíduos mencionou a questão estética como principal razão da colocação do *piercing*. Seguindo-se a expressão de identidade 23,7%, identificação com grupo 3,6%, influência de amigos/moda 2,7%, carisma sexual 6,3%.

Contrariamente no estudo de Saquet, P. et al (2009) a maioria dos indivíduos optaram por colocar o *piercing* por se tratar de uma forma de expressão de identidade (37%). Sendo a beleza mencionada apenas em 22% da amostra, seguindo-se a moda 17%, rebeldia 11%, influência de amigos 9% e identificação com grupo 4%.

21,2% dos participantes no estudo de Firoozmand, L., Paschotto, D. & Almeida, J. (2009) não higienizam o seu *piercing*. Comparativamente com o actual estudo, existe diferença significativa ( $p < 0,001$ , teste qui-quadrado), uma vez que o número de utilizadores que não higienizam o *piercing* é superior no nosso estudo (35,8%, tabela 3).

No estudo de Firoozmand, L., Paschotto, D. & Almeida, J. (2009) a percentagem de placa bacteriana observada no *piercing* foi de 17,9%, o que não é significativamente diferente no estudo agora apresentado (24,8%) ( $p = 0,061$ , teste qui-quadrado),

Na questão efectuada ao participante, relativamente ao facto deste sentir diferença na viscosidade da saliva, após a colocação do *piercing*, não foi quantificada a viscosidade da saliva neste estudo, no entanto, 11,9% dos *piercings* provocaram esta alteração.

A prevalência de complicações e/ou alterações presenciadas neste estudo é de 63,3% o que é significativamente superior ( $p < 0,001$ , teste qui-quadrado) ao observado nos estudos de de Hickey, B. et al (2010) e López-Jornet, P. et al (2006a). Pelo contrário, no estudo de Firoozmand, L., Paschotto, D. & Almeida, J. (2009), a prevalência de complicações foi significativamente superior ( $p = 0,009$ , teste qui-quadrado) à do presente estudo.

Neste estudo a percentagem de recessão gengival observada é de 39,4%, o que é significativamente maior, comparando com os resultados dos estudos de Saquet, P. et al (2009), Vieira, E. et al (2011), Hickey, B. et al (2010), Campbell, A. et al (2002), Vilchez-Perez et al (2009), López-Jornet, P. & Camacho-Alonso, F. (2006a), Inchingolo, F. et al (2011), Levin, L., Zadik, Y. & Becker, T. (2005) e Firoozmand, L., Paschotto, D. & Almeida, J. (2009) ( $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,002$ ;  $p<0,001$ , teste qui-quadrado, respectivamente). Pelo contrário, a prevalência de recessão gengival neste estudo é significativamente menor, aquando da comparação com os estudos de Kapferer, I. et al (2007) e Leichter, J. & Monteith, B (2006) ( $p<0,001$ , teste qui-quadrado).

A maior parte da recessão, neste estudo, envolve *piercings* labiais, o que está de acordo com Hickey, B. et al (2010).

Segundo Campbell, A. et al (2002) e Levin, L., Zadick, Y. & Becker, T. (2005) os incisivos centrais inferiores são os dentes mais afectados por recessão gengival, o que não é diferente do observado neste estudo.

Neste estudo o incisivo central inferior esquerdo (31) apresentou-se como o dente mais acometido por recessão gengival, assim como, no estudo de Campbell, A. et al (2002).

A prevalência de fracturas dentárias, no estudo agora apresentado, é de 11,9%. Este valor não é significativamente diferente dos observados nos estudos de López-Jornet, P. & Camacho-Alonso, F. (2006a), Levin, L., Zadik, Y. & Becker, T. (2005), Campbell, A. et al (2002) ( $p=0,673$ ;  $p=0,551$ ;  $p=0,054$ , teste qui-quadrado, respectivamente).

Já nos estudos de Hickey, B. et al (2010), Vieira, E. et al (2011), Saquet, P. et al (2009) e Firoozmand, L., Paschotto, D. & Almeida, J. (2009) as prevalências observadas são significativamente diferentes ( $p=0,044$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,001$ , teste qui-quadrado, respectivamente), pelo que, os autores observaram menos dentes fracturados comparativamente com este estudo. Por outro lado, os estudos de Pires, I. et al (2010), Inchingolo, F. et al (2011), Stead, L. et al (2006) e Oberholzer, T. & George, R. (2010) observaram um número significativamente maior de fracturas em comparação com o presente estudo ( $p=0,035$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ , teste qui-quadrado, respectivamente).

Segundo Levin, L., Zadick, Y. & Becker, T. (2005) os incisivos centrais maxilares foram os dentes mais abrangidos por fracturas dentárias. Contudo, neste estudo, os incisivos centrais mandibulares apresentam um número superior de fracturas.

Neste estudo a percentagem de perfurações com inflamação é de 2,8%, o que não é significativamente diferente dos estudos de Pires, I. et al (2010) (3,3%) e Firoozmand, L., Paschotto, D. & Almeida, J. (2009) (7,7%) ( $p=0,749$ ;  $p=0,053$ , teste qui-quadrado, respectivamente)

A percentagem de lesões ao nível do palato é de 0,9% no nosso estudo, não existindo diferenças significativas ( $p=0,638$ , teste qui-quadrado) quando comparado com o estudo de Saquet, P. et al (2010). Contudo, nos estudos de Inchingolo, F. et al (2011) e Vieira, E. et al (2011) este tipo de lesões foi significativamente maior ( $p<0,001$ ;  $p=0,001$ , teste qui-quadrado, respectivamente).

Neste estudo a mobilidade dentária ocorre associada a um *piercing* lingual. Contudo, Kapferer, I. et al (2010) afirma que o *piercing* localizado na zona média do lábio é o que mais frequentemente origina esta complicação.

Importante referir que na amostra deste estudo só temos um caso com mobilidade dentária.

Neste estudo 1,8% das perfurações tinham quelóide associado, o que não é significativamente diferente ( $p=0,481$ , teste qui-quadrado) do estudo de Pires, I. et al (2010) (4,5% das perfurações).

Apesar de já existir bibliografia considerando a prevalência de complicações provenientes da implementação de *piercings* na cavidade oral, não existe nenhum estudo realizado e publicado sobre esta temática a nível nacional.

### III. CONCLUSÃO

Dentro das limitações impostas pelo tipo de estudo, podemos concluir que:

- A prevalência de complicações e/ou alterações inerentes à colocação de *piercings* orais é elevada (63,3%);
- A recessão gengival é a complicação mais observada (39,4%), seguindo-se a fractura dentária (11,9%);
- O *piercing* mais prevalente é o *piercing* localizado no lábio (50,4%);
- Há uma associação negativa entre a observação de recessão gengival (investigador) e a sensação de alteração ao nível da gengiva (participante);
- A principal razão de colocação do *piercing* é beleza/questões estéticas (45%);
- A maioria dos participantes voltava a realizar o procedimento de colocação do *piercing* (95,4%).

#### IV. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Trata-se de um estudo cuja amostra foi obtida por conveniência pelo que os resultados podem não serem indicativos do que acontece na população em geral.

Por se tratar de um estudo transversal :

- Não foi possível aferir se, no caso das recessões gengivais e fracturas dentárias, as mesmas já se encontravam presentes antes da colocação dos ornamentos.

No parâmetro fractura dentária as considerações tiveram por base a resposta transmitida ao investigador pelo participante quando questionadas acerca da origem da fractura.

## BIBLIOGRAFIA

Theodossy, T. (2003). A complication of tongue piercing. A case report and review of the literature. *British Dental Journal*, 194(10), pp. 551-2;

Stead, L. *et al* (2006). An investigation into the practice of tongue piercing in the South West of England. *British Dental Journal*, 200(2), pp. 103-7;

Pires, I. *et al* (2010). Association between periodontal condition and use of tongue piercing: a case-control study. *Journal of Clinical Periodontology*, 37(8), pp. 712-8;

Oberholzer, T. & George, R. (2010). Awareness of complications of oral piercing in a group of adolescents and young South African adults. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontics*, 110(6), pp. 744-7;

Almeida, A. *et al* (2008). Complicações do Piercing Bucal: uma Revisão de Literatura. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 10(2), pp. 5-14;

Hickey, B. *et al* (2010). Complications following oral piercing. A study among 201 young adults in Strasbourg, France. *Community Dental Health*, 27, pp. 35-40;

Hennequin-Hoenderdos, N., Slot, D. & Van der Weijden, G. (2011). Complications of oral and peri-oral piercings: a summary of case reports. *International Journal of Dental Hygiene*, 9(2), pp. 101-9;

De Moor, R. *et al* (2005). Dental and oral complications of lip and tongue piercings. *British Dental Journal*, 199(8), pp. 506-9;

Plessas, A. & Pepelassi, E. (2012). Dental and periodontal complications of lip and tongue piercing: prevalence and influencing factors. *Australian Dental Association*, 57(1), pp. 71-8;

Boardan, R. & Smith, R. (1997). Dental implications of oral piercing. *Journal of the California Dental Association*, 25(3), pp. 200-7;

Kustner, E. *et al* (2003). Estética y cultura: patología bucal asociada a ciertas modas “actuals” (tatuajes, perforaciones bucales, etc.). *Medicina Oral*, 8(3), pp. 197-206;

Brooks, J., Hooper, K. & Reynolds, M. (2003). Formation of mucogingival defects associated with intraoral and perioral piercing Case reports. *The Journal of American Dental Association*, 134, pp. 837-843;

Pradeep, K. *et al* (2012). Gingival Recession: Review and Strategies in Treatment of Recession. *Case Reports in Dentistry*, Volume 2012;

Chambrone, L. & Chambrone, L. A. (2003). Gingival recessions caused by lip piercing: case report. *Journal of the Canadian Dental Association*, 69(8), pp. 505-8;

Sardella, A. *et al* (2002). Labial piercing resulting in gingival recession. A case series. *Journal of Clinical Periodontology*, 29, pp. 961-963;

Kapferer, I. *et al* (2007). Lip piercing: prevalence of associated gingival recession and contributing factors. A cross-sectional study. *Journal Periodontal Research*, 42, pp. 177-183;

Brennan, M, O’Connell, B. & O’Sullivan, M. (2006). Multiple dental fractures following tongue barbell placement: a case report. *Dental Traumatology*, 22(1), pp. 41-43;

Levin, L., Zadik, Y. & Becker, T. (2005). Oral and dental complications of intra-oral piercing. *Dental Traumatology*, 21(6), pp. 341-343;

López-Jornet, P. *et al* (2006a). Oral and Dental Complications of Intra-Oral Piercing. *Journal of Adolescent Health*, 39, pp. 767-769;

López-Jornet, P. *et al* (2006b). Oral and facial piercings: a case series and review of the literature. *International Journal of Dermatology*, 45(7), pp. 805-809;

Escuredo-Castano, N. *et al* (2008). Oral and Perioral Piercing Complications. *The Open Dentistry Journal*, 2, pp. 133-136;

Peticolas, T., Tilliss, T. & Cross-Poline, G. (2000). Oral and Perioral Piercing: A Unique Form of Self-Expression. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 1(3), pp. 30-46;

Inchingolo, F. *et al* (2011). Oral Piercing and Oral Diseases: A Short Time Retrospective Study. *International Journal of Medical Sciences*, 8(8), pp. 649-652;

Kieser, J. *et al* (2005). Oral piercing and oral trauma in New Zealand sample. *Dental Traumatology*, 21, pp. 254-257;

Firoozmand, L., Paschotto, A. & Almeida, J. (2009). Oral Piercing Complications Among Teenage Students. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 7(1), pp. 77-81;

Palacios-Sánchez, B. *et al* (2007). Oral piercing: dental considerations and the legal situation in Spain. *International Dental Journal*, 57, pp. 60-64;

Venta, I. *et al* (2005). Oral piercings among first-year university students. *Surgery Oral, Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontics*, 99, pp. 546-9;

Vieira, E. *et al* (2011). Oral Piercings: Immediate and Late Complications. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 69, pp. 3032-3037;

Maheu-Robert, L., Adrian, E. & Grenier, D. (2007). Overview of Complications Secondary to Tongue and Lip Piercings. *Journal of the California Dental Association*, 73(4), pp. 327-331;

Saquet, P. *et al* (2009). Perfil dos usuários de piercing oral e implicações decorrentes de seu uso. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 57(1), pp. 41-45;

Vilchez-Perez, M. *et al* (2009). Periodontal health and lateral lower lip piercings: a split-mouth cross-sectional study. *Journal of Clinical Periodontology*, 36, pp. 558-563;

Gusmão, E. *et al* (2011). Piercing lingual: complicações nos tecidos periodontais. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 11(4), pp. 43-48;

Marquezan, M., Souza, L. & Tanaka, O. (2008). Piercing Oral: beleza, riscos e o papel da odontologia. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 49(1), pp. 12-15;

Leichter, J. & Monteith, B. (2006). Prevalence and risk of traumatic gingival recession following elective lip piercing. *Dental Traumatology*, 22, pp. 7-13;

Alves, L. *et al* (2011). Problemas relacionados com o uso de piercing na lingual- relato de caso. *Revista Adolescência e Saúde*, 8(1), pp. 59-62;

Stefani, A., Junior, S. & Rosa, J. (2012). Recobrimento de recessão gingival utilizando a técnica do enxerto subepitelial. *Jornal do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico*, 6(1), pp. 25-30;

Kapferer, I. *et al* (2010). Self-reported complications with lip and tongue piercing. *Quintessence International*, 41(9), pp. 731-737;

Pini-Prato, G. (2011). The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. *Journal of Clinical Periodontology*, 38, pp. 243-245;

Hennequin-Hoenderdos, N., Slot, D. & Van der Weijden, G. (2012). The prevalence of oral and peri-oral piercings in young adults: a systematic review. *International Journal of Dental Hygiene*, 10, pp. 223-228;

Choe, J., Almas, K. & Schoor, R. (2005). Tongue Piercing, Risk Factor to Periodontal Health. *New York State Dental Journal.*, pp. 40-43;

Campbell, A. *et al* (2002). Tongue Piercing: Impact of Time and Barbell Stem Length on Lingual Gingival Recession and Tooth Chipping. *Journal of Periodontology*, 73(3), pp. 289-297;

García-Godoy, F. & Pulver, F. (2000). Treatment of trauma to the primary and young permanent dentitions. *Dental clinics of North America*, 44(3), pp.597–632.

## ANEXOS

### a) CONSENTIMENTOS INFORMADOS

# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

**Designação do Estudo (em português):**

***Prevalência de complicações associadas à colocação de Piercings Orais***

---

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----**

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

**Assinatura do doente ou voluntário**

**são:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:**

**Assinatura:**

# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

**Designação do Estudo (em português):**

***Prevalência de complicações associadas à colocação de Piercings Orais***

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----**

**Responsável pelo participante no projecto (nome completo) -----**

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que lhe seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

**Assinatura do Responsável pelo participante no projecto: \_\_\_\_\_**

O Investigador responsável:

**Nome:**

**Assinatura:**

b) QUESTIONÁRIO

# Universidade Fernando Pessoa

## Faculdade de Ciências da Saúde

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Porto, 2013



### PREVALÊNCIA DE COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À COLOCAÇÃO DE *PIERCINGS* ORAIS

**Local de recolha de dados:** Escola Artística de Soares dos Reis, Rua Major David Magno- Porto.

**Responsável:** Andreia Filipa de Araújo Simões, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa.

**Objectivo:** Avaliar quais as complicações inerentes à colocação de *Piercings* Oraís e Periorais. Determinar prevalência das complicações.

**Metodologia:** A participação no estudo passa por responder a um questionário composto por 18 questões de resposta rápida e por um exame clínico visual à cavidade oral realizado pela responsável. O exame visual da cavidade oral tem uma duração média de 5 minutos e é executado com o auxílio de um espelho e sonda periodontal pelo investigador.

**Participante N°:**

**Data:**

## Questionário

**Idade:** \_\_\_ anos

**Sexo:** F ( ) M ( )

**Localização do Piercing:** Lábio ( ), Língua ( ), Freio lingual ( ), Freio labial ( ), Bochecha ( ), Dente ( ), Úvula ( ).

**Tempo de uso:** < 6 meses ( ); 6-12 meses ( ); >12 meses- 24 meses ( ); > 24 meses ( ).

**Razão da colocação:** Moda ( ), Influência de amigos ( ), Expressão de identidade ( ), Beleza/Questões Estéticas ( ), Identificação com grupo ( ), Rebelia ( ), Cariz Sexual ( ), Outro \_\_\_\_\_.

**Sente diferença na viscosidade da saliva?** Sim ( ) Não ( ) Obs. \_\_\_\_\_.

**Tem sensibilidade alterada?** Sim ( ) Não ( ). Se **Sim** → Maior Sensibilidade ( ) Menor Sensibilidade ( )

**Foi anestesiado?** Sim ( ) Não ( )

**Sentiu dor na colocação do piercing?** Sim ( ) Não ( )

Se **Sim** classifique-a de 0 a 5:

Dor mínima 1  2  3  4  5  Dor máxima  
Escala de Dor

**Utilizou algum analgésico no pós-operatório?** Sim ( ) Não ( )

**Foi utilizado:** Luvas descartáveis ( ), Agulhas descartáveis ( ), Materiais esterilizados ( ).

**Notou alguma diferença na cavidade oral?**

Deglutição ( )	Dificuldade em higienizar ( )	Dor persistente ( )
Fala ( )	Fractura Dentária ( )	Inflamação persistente ( )
Paladar ( )	Alteração na gengiva ( )	Outro _____.

**Fuma?** Sim ( ) Não ( ). Se **Sim:** < 10 cigarros/dia ( ); 10-20 cigarros/dia ( ); > 20 cigarros/dia ( )

**Consome drogas?** Sim ( ); Não ( ). Se **Sim:** diariamente ( ); semanalmente ( ); mensalmente ( ); anualmente ( ).

**Recebeu orientações de higienização local do piercing?** Sim ( ) Não ( )

**Higieniza o Piercing individualmente?** Sim ( ) Não ( )

Se **Sim:** Higieniza removendo-o? Sim ( ) Não ( )

**Recorreu a algum dentista após colocação do piercing?** Sim ( ) Não ( )

**Voltava a fazer o piercing?** Sim ( ) Não ( )

## Exame Clínico

**Localização do Piercing:** Lábio (  ), Língua (  ), Freio lingual (  ), Freio labial (  ), Bochecha (  ), Dente (  ), Úvula (  ).

**O piercing tem placa?** Sim (  ) Não (  )

**Tem complicações Orais?** Sim (  ) Não (  )

Se **Sim** qual ou quais?

- Fratura Dentária (  ) → esmalte (  ) dentina (  )
- Recessão gengival (  ) → \_\_\_mm
- Inflamação
- Mobilidade Dentária
- Nódulo
- Laceração
- Outra \_\_\_\_\_.

**Observações:**

---

---

---

---

---

## c) PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



Universidade Fernando Pessoa  
www.ufp.pt

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Luís Martins  
Director da FCS

Porto, 30 de Novembro de 2012

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

Em relação ao projeto de investigação apresentado por Andreia Filipa de Araújo Simões, a Comissão de Ética não tem nada a opor, recomenda contudo que o formulário de declaração do Consentimento Informado a utilizar seja o da UFP.

Se o estudo envolver a participação de menores terá de ser prevista a declaração de Consentimento Informado dos respetivos Encarregados de Educação.

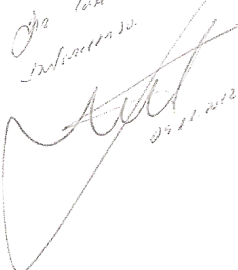
Deverá ainda ser pedida a devida autorização para a recolha de dados ao Ministério da Educação.

Com os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da  
Comissão de Ética

  
Teresa Martinho Toldy

*Opa, o documento  
está assinado.  
20/11/2012*



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

N.º 200 937 692 - Reg. Geral da UFP - 26 General D. Carlos I da Póvoa de Varzim

REITORIA - | Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | | Faculdade de Ciência e Tecnologia | Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto-Portugal - T. +351 22 507 1300 - F. +351 22 550 8268 - geral@ufp.pt  
| Faculdade de Ciências da Saúde | | Escola Superior de Saúde | R. Carlos Da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630 - F. +351 22 507 4637 - R. Delfim Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal  
T. +351 22 509 6371 - geral.ssaude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Berridos - 1990-078 Ponte de Lima-Portugal - T. +351 258 741 026 - F. +351 258 741 412 - geral.plima@ufp.pt