

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
ODONTOLÓGICAS**

**CONDIÇÃO PERIODONTAL DE PACIENTES
TRATADOS POR ESPECIALISTAS EM UNIDADE DE
ATENDIMENTO FILANTRÓPICO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Jociana Boligon

Santa Maria, RS, Brasil

2013

**CONDIÇÃO PERIODONTAL DE PACIENTES TRATADOS
POR ESPECIALISTAS EM UNIDADE DE ATENDIMENTO
FILANTRÓPICO**

Jociana Boligon

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Área de concentração em Odontologia, com ênfase em Periodontia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Ciências Odontológicas.**

Orientador: Profº Drº Carlos Heitor Cunha Moreira

Santa Maria, RS, Brasil
2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

BOLIGON, JOCIANA
CONDIÇÃO PERIODONTAL DE PACIENTES TRATADOS POR
ESPECIALISTAS EM UNIDADE DE ATENDIMENTO FILANTRÓPICO /
JOCIANA BOLIGON.-2013.
53 p. ; 30cm

Orientador: CARLOS HEITOR CUNHA MOREIRA
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Ciências Odontológicas, RS, 2013

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA 2. OBJETIVOS 3.
ARTIGO 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 5. REFERÊNCIAS I. CUNHA
MOREIRA, CARLOS HEITOR II. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação

**CONDIÇÃO PERIODONTAL DE PACIENTES TRATADOS POR
ESPECIALISTAS EM UNIDADE DE ATENDIMENTO FILANTRÓPICO**

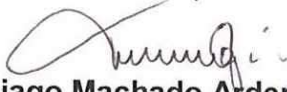
elaborada por
Jociana Boligon

como requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre em Ciências Odontológicas

COMISSÃO EXAMINADORA


Carlos Heitor Cunha Moreira, Profº Drº Adj
(Presidente/Orientador - UFSM)


Alex Nogueira Haas, Profº Drº Adj
(UFRGS)


Thiago Machado Ardenghi, Profº Drº Adj
(UFSM)

Santa Maria, 02 de agosto de 2013.

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais, **Eli e Elba**. A vocês que me ensinaram os maiores de todos os conhecimentos: índole, caráter, humildade e respeito. Que possamos sempre, juntos, vibrar a felicidade e o sucesso de nossa família. Obrigada por sempre me apoiarem e ser meu EXEMPLO e meu ORGULHO. **Amo vocês pra sempre!!!**

“... **PAI, MÃE**
Razões da minha vida, minha força minha inspiração
Luz do meu caminho que me guia e me da direção
Abraço que ampara e acalma o meu coração
PAI, MÃE
Queria lhes dizer o que eu sinto aqui dentro de mim
Sentimento puro e verdadeiro de um amor sem fim
Resumindo PAI E MÃE TE AMO e vai ser sempre assim...”

(Pai e Mãe – Michel Telo)

Ao meu mano **Rodrigo**, sinônimo de companheirismo e amigo para todas as horas. Dizem que ter irmãos significa estar em contato constante com a infância; e que bela infância a nossa. Obrigada por tudo sempre!!!

À minha cunhada **Juliana**, grande incentivadora e exemplo de profissional docente, mas acima de tudo uma grande amiga. Foste essencial durante o período que moramos juntas. Obrigada pelo carinho!!!

E obrigada a vocês dois, pelo presente que é nossa mocinha **Alice**. Sobrinha e afilhada linda. Fuzilica da Dinda!!!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por sempre me proteger e me guiar ao longo de toda minha vida. Meus desafios não seriam encarados da mesma maneira se eu não acreditasse em “algo” superior.

Ao meu orientador, professor **Carlos Heitor Cunha Moreira**, pelos ensinamentos, pelas oportunidades e incentivos ao conhecimento prático e teórico. És um exemplo de docente e profissional sempre preocupado com a excelência na formação de seus alunos. Obrigada pela confiança e por acreditar no meu potencial.

Aos professores **Fabrcio Zanatta** e **Karla Kantorski** que tive a oportunidade de conviver e aprender ao longo da minha formação. Vocês são fundamentais para que nosso grupo da Periodontia seja cada vez melhor. Obrigada pelo carinho e pelo respeito.

Ao **Grupo da Periodontia**, agradeço a parceria e o convívio. Que sempre estejamos dispostos a aprender juntos, a dividir experiências, as angústias e principalmente as nossas conquistas. Desejo sucesso a cada um de vocês!

À minha amiga e dupla de sempre, **Ticiane Mário**. Tici, amigos são anjos que Deus coloca em nossa vida e você não poderia ser diferente. Somos, às vezes, tão diferentes e ao mesmo tempo nos complementamos. É um prazer trabalhar e conviver contigo. Obrigada pelo companheirismo, pelos papos, pelos conselhos e principalmente pela nossa amizade para a vida toda!

Às amigas inseparáveis da **Liga do Ka**: Patrícia Henke, Sara Fraga e Tatiana Mllitz. **“Pati”** sinônimo de bom humor, de risadas, de papos memoráveis, mensagens diárias e uma companhia mais do que agradável que deixa meus dias ainda melhores. Agradeço a Deus por ter nos reaproximado e saibas que tenho um carinho muito especial por ti! **“Sarinha”** exemplo de dedicação e inteligência sempre disposta e pronta para ajudar, além de um carisma inigualável. Admiro-te do jeitinho que você é! **“Tati”**, minha companheira de indiada, tu és uma pessoa maravilhosa e que batalha para ser cada dia melhor. Adoro-te e estarei sempre por aqui a te animar e colocar um sorriso no teu rosto! Meninas, obrigada pelo maravilhoso

convívio da amizade de vocês, pelo carinho e pelas preocupações sempre dispensadas a mim... Estarei sempre torcendo por cada uma de vocês!

À amiga **Camila Sfreddo**, pela amizade, pelas conversas e pelo carinho. É muito gratificante conviver contigo. Saiba que sempre estarei à disposição, principalmente para meus conselhos e incentivos. Aproveite intensamente o que a vida tem a te oferecer!

Às meninas do “**Panela de Pressão**”: Carina, Cássia, Daniela, Joana, Letícia, Mariana, Pauline e Renata. Vocês certamente foram os melhores presentes que o Mestrado me proporcionou. Uma amizade construída pouco a pouco, a cada conversa, a cada janta, uma foi chamando à outra até nosso grupo se completar. E que jantas hein, cardápio de dar inveja a qualquer chefe de cozinha! Vale ressaltar o que sempre ficou muito claro entre nós, a Pós Graduação nos proporciona conhecimentos, mas o que realmente deixa marcas são as amizades conquistadas. Agradeço emocionada a cada uma de vocês os maravilhosos momentos que passamos juntas e que nossa amizade se mantenha não importa onde estejamos!

Às amigas da “**Confraria da Salada**”: **Helissa, Raquel e Ziâni**. Amizade de longa data iniciada nas aulas do cursinho pré-vestibular de 2004, onde juntas trilhávamos o sonho e a busca pelo nosso futuro profissional. Hoje cheia de orgulho, passados tantos anos, percebo que nossa amizade só se fortalece e que estávamos juntas nos momentos mais importantes de nossas vidas. E essa mulherada sendo fera concluiu o que um dia era apenas objetivo, não é?! Enfermeira Helissa, Arquiteta e Urbanista Ziâni e Médica Raquel! Imenso orgulho de vocês e obrigada por fazerem parte da minha vida!

A todos meus familiares, em especial minha prima **Leíse Pozzobon** que acompanhou de perto, muito perto minha trajetória do mestrado. Foi paciente, “amostra de tese”, anotadora entre outras funções. Tu és uma guerreira, minha querida, e tenho muito orgulho de ti por acompanhar tudo o que você passou e te ver sempre com um sorriso no rosto. Estarei sempre aqui para nossos shows, risadas na “night”, seriados, copiar a pintura da tua unha, Big Mac, ahhh terminou nossos vampirinhos no cinema, enfim estou por aqui para o que precisares!

Ao **Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo** e a **equipe do Ambulatório do Projeto Mão Amiga**: Luciano e Marcos (Periodontistas), Irma (Enfermeira), Maria Aparecida (Secretária) e Zélia (Serviços Gerais) que me receberam de braços abertos e me proporcionaram tranquilidade e bem estar na execução da minha dissertação. Inúmeras são as dificuldades em realizarmos pesquisas distante da universidade, mas com a ajuda imprescindível deste pessoal tudo ocorreu muito bem. Fica aqui meu agradecimento e minha gratidão a toda esta equipe maravilhosa! Senti-me em casa e estarei retornando em breve!

Aos alunos da graduação que me ajudaram na execução da dissertação, em especial a **Silvia de David** que me acompanhou praticamente em todos os dias de coleta de dados. Obrigada imensamente pela disponibilidade, pelo comprometimento e pela atenção aos pacientes. Tua dedicação certamente será sempre lembrada com muito carinho e gratidão por mim!

Aos professores das disciplinas de Periodontia I, Clínica Integrada I, II e IV, Saúde Coletiva II e III que tive o prazer de trabalhar durante o período como professor substituto que, foi uma das melhores e mais importante experiência que já tive oportunidade de participar. Obrigada a todos pela ajuda, pelo respeito e pelo carinho que foram fundamentais para que eu pudesse encarar esse desafio que, sem dúvida, mudaram completamente minha postura pessoal e profissional. Deixo um agradecimento especial ao **Profº Alexandre Susin**, que ao conhecê-lo, aprendi a admirar esse ser humano maravilhoso.

À **UFSM** que me possibilitou aprendizado gratuito e de boa qualidade, tanto na Graduação quanto Pós-graduação. Escolhi continuar nesta instituição para engrandecê-la ainda mais.

Enfim, obrigada a todas as pessoas que de uma maneira ou outra fizeram parte deste trabalho e da minha vida durante este período. A vocês, minha gratidão!!

“Me cerco de boas intenções, me reservo pros poucos e melhores amigos. Me encho de luz. Me permito o riso.”
(Caio Fernando de Abreu)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas
Universidade Federal de Santa Maria
**CONDIÇÃO PERIODONTAL DE PACIENTES TRATADOS POR
ESPECIALISTAS EM UNIDADE DE ATENDIMENTO FILANTRÓPICO**
AUTORA: JOCIANA BOLIGON
ORIENTADOR: CARLOS HEITOR CUNHA MOREIRA
Local da Defesa: Santa Maria, 02 de Agosto de 2013.

O objetivo deste estudo transversal foi avaliar a condição periodontal de pacientes tratados por especialistas em unidade de atendimento filantrópico. Pacientes elegíveis (submetidos à raspagem subgengival) foram contatados e uma entrevista estruturada e exames clínicos periodontais realizados. Setenta e nove pacientes foram estratificados em três grupos de acordo com as frequências de retorno as consultas de manutenção após término do tratamento periodontal: com manutenção periódica preventiva (CMPP), com manutenção periódica preventiva esporádica (CMPPE) e sem manutenção periódica preventiva (SMPP). O desfecho desse estudo está relacionado às necessidades de reintervenção/retratamento periodontal avaliado através dos parâmetros clínicos subgengivais entre os diferentes grupos. Características demográficas, sócioeconômicas e comportamentais foram semelhantes entre os grupos ($p > 0,05$). Diferenças estatisticamente significantes intergrupos somente foram encontradas nos estratos de Índice de Placa (IPI), nas consultas de retorno e no percentual de sangramento à sondagem (SS) estratificado. Pacientes do grupo CMPP tiveram, em média, duas vezes mais consultas de manutenção periodontal pós-terapia periodontal do que aqueles CMPPE e oito vezes mais do que os SMPP ($p < 0,05$). Já em relação aos estratos de IPI, o Grupo SMPP apresentou mais placa visível (IPI2) quando comparado ao Grupo CMPPE ($p = 0,03$) e apresenta a totalidade dos pacientes no percentual de sítios com SS residual igual ou superior a 35% enquanto os grupos CMPPE e CMPP tiveram valores, respectivos de 77,30% e 87,50%. ($p = 0,04$). Nós concluímos que, independente da frequência de retorno para manutenção periódica preventiva, muitos sítios nos pacientes encontram-se com necessidade de reintervenção/retratamento e podem apresentar alto risco de progressão de doença periodontal.

Palavras-chave: manutenção; periodontite; retratamento; cooperação

ABSTRACT

Masters Dissertation
Dentistry Sciences Post-Graduation Program
Federal University of Santa Maria

PERIODONTAL CONDITION OF PATIENTS TREATED BY SPECIALISTS IN CARE UNIT PHILANTHROPIC

AUTHOR: JOCIANA BOLIGON

TUTOR: CARLOS HEITOR CUNHA MOREIRA

Date and Local of Defense: Santa Maria, 2012, March 29

The aim of this cross-sectional study was to evaluate the periodontal condition of patients treated by specialists in care unit philanthropic. Eligible patients (subjected to subgingival scaling) were contacted and a structured interview and clinical periodontal examinations performed. Seventy-nine patients were stratified into three groups according to the frequency of return consultations maintenance after completion of periodontal treatment: periodic preventive maintenance (CMPP), with periodic preventive maintenance sporadic (CMPPE) and no periodic preventive maintenance (SMPP). The outcome of this study is related to the needs of reintervention / retreatment periodontal assessed by clinical parameters subgingival between different groups. Demographic, socioeconomic and behavioral characteristics were similar between groups ($p > 0.05$). Statistically significant differences between groups were only found in the strata of visible plaque index (IPI), in return visits and the percentage of bleeding on probing (SS) stratified. Patients CMPP group had, on average, two times more queries periodontal maintenance after periodontal therapy than those CMPPE and eight times more SMPP than ($p < 0.05$). In relation to the strata IPI, the Group had over SMPP (visible plaque IPI2) compared to Group CMPPE ($p = 0.03$) and shows all the patients in the percentage of sites with residual SS less than 35% while groups CMPPE and CMPP had values, respective 77.30% and 87.50%. ($p = 0.04$). We conclude that, regardless of the frequency of return for periodic preventive maintenance, many sites are in patients requiring reintervention / retreatment and may present high risk for progression of periodontal disease.

Key-words: maintenance, periodontitis, retreatment; compliance

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA | 12 |
| 2. OBJETIVOS | 16 |
| 2.1- Objetivo geral:..... | 16 |
| 2.2- Objetivos específicos:..... | 16 |
| 3. ARTIGO..... | 17 |
| Relevância clínica | 18 |
| Resumo..... | 19 |
| Introdução | 20 |
| Materiais e métodos..... | 22 |
| Resultados..... | 27 |
| Discussão | 29 |
| Referências..... | 33 |
| Lista de ilustrações..... | 37 |
| Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas entre os grupos | 38 |
| Tabela 2 – Percentual médio de sítios com necessidade de reintervenção/retratamento periodontal nos diferentes grupos..... | 39 |
| Figura 1: Fluxograma..... | 40 |
| Figura 2: Percentual médio dos estratos de PS e NIC nos diferentes grupos..... | 41 |
| Figura 3: Percentual médio de sítios por paciente nos estratos de Sangramento à Sondagem nos diferentes grupos. | 42 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 43 |
| 5. REFERÊNCIAS | 45 |
| ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa | 50 |
| ANEXO B: Entrevista | 52 |
| ANEXO C: Fichas Clínicas | 53 |

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

Periodontite é uma doença infecto-inflamatória que acomete os tecidos de suporte dos dentes (PAGE, KORNMAN, 1997), sendo altamente prevalente tanto em países desenvolvidos (ALBANDAR, BRUNELLE, KINGMAN, 1999) quanto em desenvolvimento (SUSIN et al., 2004). Por ser uma doença de caráter polimicrobiano, endógeno e associado à formação de biofilme seu tratamento torna-se complexo, sendo assim, a mais efetiva terapia para essas infecções é o controle mecânico dos microrganismos causais (HAFFAJEE, 2006). Dessa maneira, o tratamento “gold standard” das periodontites consiste na raspagem e alisamento radicular e a obtenção de medidas de higiene bucal adequadas tendo como objetivo níveis bastante reduzidos de inflamação periodontal (COOB, 1996). Com isso se visa, além da desorganização do biofilme supra e subgingival e remoção de depósitos mineralizados, assegurar a retenção, em longo prazo, da dentição natural saudável em conforto e função (RAMFJORD, 1993).

Estudos longitudinais têm demonstrado que as periodontites podem ser tratadas e os dentes mantidos com saúde e função ao longo dos anos, mesmo quando o prognóstico inicial pareça ser desfavorável (AXELSSON, LINDHE, NYSTRÖM, 1991; FARDAL, JOHANNESSEN, LINDEN, 2004; TONETTI et al., 2000). Nesse contexto, a manutenção periódica e longitudinal da saúde obtida no tratamento tem-se mostrado essencial para evitar perda de inserção adicional, uma vez que os pacientes têm dificuldades em manter, ao longo do tempo, hábitos de higiene oral adequados (WILSON, 1996). Axelsson & Lindhe (1981), em seis anos de acompanhamento, demonstraram que pacientes tratados periodontalmente e não incluídos em programa de manutenção sistemática apresentaram 55% dos sítios com perda de inserção adicional variando de 2mm a 5mm. Em contrapartida, 99% dos sítios de pacientes incluídos na manutenção mantiveram-se estáveis ou ganharam inserção. Quando esses mesmos pacientes, cuidadosamente monitorados, foram avaliados após 30 anos demonstrou-se, nesse período, uma pequena perda de inserção clínica em torno de 0.2mm em face livre e ganho de inserção em faces interproximais relativo a 0.3-0.5 mm (AXELSSON, NYSTRÖM, LINDHE, 2004).

Mesmo sendo muitas vezes negligenciada, a manutenção periódica preventiva (MPP) ou terapia periodontal de suporte (TPS) é uma parte integral do

tratamento periodontal, principalmente, para pacientes com histórico de doenças periodontais. Esta fase se inicia após o término da terapia periodontal ativa e continua em intervalos variados ao longo da vida da dentição, sendo a frequência de visitas baseada nas necessidades clínicas individuais de cada paciente. Seus objetivos incluem monitoramento clínico das condições periodontais, revisão radiográfica, medidas de controle de placa, reforço de higiene oral, reavaliação do histórico médico e dental visando assim, prevenir e minimizar a recorrência da doença, prevenir ou reduzir a perda dental e aumentar a probabilidade de diagnóstico e tratamento de doença recorrente e/ou outras doenças orais em tempo hábil (COHEN, 2003; AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2000).

De um modo geral, pacientes que frequentam programas regulares de manutenção periodontal têm significativamente menores perdas de inserção e perda dental (NG Mc-H et al., 2011; KOCKER et al., 2000; KONIG et al., 2002; LORENTZ et al., 2010) quando comparado aqueles que não recebem manutenção periodontal (FARDAL, JOHANNESSEN, LINDEN, 2004; LORENTZ et al., 2009; TONETTI et al., 2000; COSTA et al., 2011; BECKER, BECKER, BERG, 1984) ou que não cooperam de forma assídua (CHECCHI et al., 2002). Está claro na literatura que terapia periodontal sem cooperação no regime de manutenção tem resultados duvidosos (BECKER, BECKER, BERG, 1984; KOCKER et al., 2000; CHECCHI et al., 2002). Porém, muitos estudos têm demonstrado que as taxas de presença nas visitas de chamadas de manutenção são pobres, variando de 11% a 45% (CHECCHI et al., 1994; DEMETRIOU, TSAMI-PANDI, PARASHIS, 1995; LORENTZ et al., 2009; MIYAMOTO et al., 2006; NOVAES et al., 1996) e somente a minoria dos pacientes realizam corretamente as recomendações prescritas (CHECCHI et al., 1994; DEMETRIOU, TSAMI-PANDI, PARASHIS, 1995; MENDONZA, NEWCOMB, NIXON, 1991; WILSON et al., 1984).

Maiores sucessos em relação ao comparecimento nas chamadas marcadas são mostradas por autores que acompanham os pacientes no período de até três anos (WILSON, HALE, TEMPLE, 1993). Infelizmente, evidências demonstram que aproximadamente 20-40% dos indivíduos abandonam o programa de manutenção após o primeiro ano (LORENTZ et al., 2009; CHECCHI et al., 1994; NOVAES et al., 1996). Quando ocorrem esforços para melhorar a cooperação durante a manutenção esta pode ser benéfica na redução da necessidade de retratamento (FARDAL, LINDEN, 2005).

Avaliação da necessidade de reintervenção ou retratamento após término do tratamento periodontal está relacionada com a suscetibilidade a doença periodontal e o risco para reinfecção e progressão de lesões periodontais (LANG et al., 1990). Presença de sangramento à sondagem (SS) representa um processo inflamatório local e um preditor para perda de inserção futura. Joss et al 1994 demonstraram que uma prevalência de 25% dos sítios com SS positivo foi determinado como ponto limite entre pacientes com estabilidade periodontal e pacientes com recorrência de doença. Entretanto, quando esse percentual é reduzido para menos de 10% das superfícies os pacientes podem ser considerados de baixo risco para recorrência de doença (LANG et al., 1990). Outro fator relacionado ao alto risco de progressão de doença é a presença de altas frequências de bolsas residuais profundas e o aumento da profundidade de bolsas (PS) durante MPP. Bolsas residuais com PS \geq 5 mm presentes em mais de oito sítios no indivíduo é considerado um indicador de alto risco para recorrência de doença periodontal (CLAFFEY et al., 1990), embora este parâmetro analisado individualmente não seja o suficiente para determinar existência de processo inflamatório na presença de biofilme subgingival e, conseqüentemente, necessidade de reintervenção.

No que se refere à doença periodontal, a literatura é rica em evidências sobre a relação entre alterações sistêmicas, fatores sociais e o estado de saúde do periodonto. Um dos fatores sociais mais relevantes é a renda familiar, a qual representa uma medida sócioeconômica que influencia diretamente inúmeros outros fatores que agem como elementos diferenciadores no acesso à saúde e na exposição aos riscos para doenças bucais (BOING et al., 2005). Mais recentemente, estudos transversais tem associado baixo nível socioeconômico com maior histórico de perda de inserção (SUSIN et al., 2004). Essa verificação denota grande importância quando avaliamos que uma parcela considerável de pacientes tratados periodontalmente apresenta tal condição socioeconômica em algumas populações (GESSER, PERES, MARCENES, 2001).

Evidências avaliaram a condição periodontal de pacientes tratados inclusos ou não em programas de manutenção (PRESHAW, HEASMAN, 2005; COSTA et al., 2011). Contudo, esses estudos na sua grande maioria foram realizados em universidades (COSTA et al., 2012; WOOD, GRECO, McFALL, 1989) ou clínicas privadas (COSTA et al., 2011; AXELSSON, NYSTRÖM, LINDHE, 2004; HIRSCHFELD, WASSERMAN, 1978). Dessa maneira, pouco se conhece da

condição periodontal de pacientes tratados por especialistas no atendimento filantrópico, de suas adesões e possibilidades de acesso a programas de manutenção, principalmente de pacientes com nível socioeconômico baixo. Além disso, pacientes na condição de desdentados parciais e totais ou perdendo significativa inserção clínica ainda são observados entre a população, o que pode nos predizer uma possível perda do elemento dental. Essa situação ocorre mesmo naqueles que já receberam tratamento periodontal e nos instiga a avaliar que tipo de tratamento e manutenção esses pacientes estão sendo conduzidos.

Assim, o objetivo do presente estudo será avaliar a condição periodontal de pacientes tratados por especialistas em uma unidade de atendimento filantrópico, verificar as implicações e consequências da condição periodontal nesse serviço, conforme adesão à manutenção periódica preventiva. Os resultados obtidos poderão nortear políticas de saúde na perspectiva de proporcionar adequado atendimento das necessidades periodontais da população.

2. OBJETIVOS

2.1- Objetivo geral:

O objetivo geral do presente estudo foi descrever a condição periodontal de pacientes tratados por periodontistas em unidade de atendimento filantrópico e buscar associações relacionadas à mesma.

2.2- Objetivos específicos:

Comparar condições periodontais entre pacientes tratados por periodontistas, submetidos à manutenção periódica preventiva, à manutenção periódica preventiva esporádica e sem manutenção periódica e preventiva.

Avaliar necessidade de reintervenção/retratamento nos diferentes grupos.

3. ARTIGO

Condição periodontal de pacientes tratados por especialistas em unidade de atendimento filantrópico.

Palavras-chaves: manutenção; periodontite; retratamento; cooperação

Jociana Boligon¹, Ticiane de Góes Mário¹, Carlos Heitor Cunha Moreira²

¹ Aluno(a) de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil;

² Professor(a) Adjunto, Disciplina de Periodontia, Departamento de Estomatologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor correspondente:

Carlos Heitor Cunha Moreira

Rua Marechal Floriano Peixoto 1184, 97015-372, Santa Maria/RS, Brasil.

Telefone – Fax: +55.55.3220.9284

Email: carlosheitor@rosulonline.com.br

O artigo foi formatado segundo as normas do periódico *Journal of Clinical Periodontology* (julho de 2013).

Relevância clínica

Razões científicas do estudo: determinar a condição periodontal de pacientes que receberam tratamento periodontal por especialistas em unidade de atendimento filantrópico que retornaram para MPP regular, esporádica ou que não retornaram as consultas de MPP.

Principais achados: independente da frequência de consultas de retorno para MPP, alto percentual de sítios com SS foi verificado entre os pacientes, o que denota necessidade de reintervenção/retratamento.

Implicações práticas: desenvolver um protocolo de re Chamada dos pacientes para MPP e orientar o serviço de saúde da necessidade de exames clínicos periodontais prévios ao tratamento, na reavaliação após terapia periodontal completa e durante visitas de retorno a MPP.

Resumo

Objetivos: Este estudo transversal avaliou a condição periodontal de pacientes tratados por especialistas em unidade de atendimento filantrópico.

Materiais e métodos: Setenta e nove pacientes foram examinados e distribuídos em três grupos de acordo com a frequência de retorno a manutenção periódica preventiva após término da terapia periodontal.

Resultados: Características demográficas, sócioeconômicas e comportamentais foram semelhantes entre os grupos ($p > 0,05$). Diferenças estatisticamente significantes intergrupos somente foram encontradas nos estratos de Índice de Placa (IPI), nas consultas de retorno e no percentual de Sangramento à sondagem estratificado. Pacientes do grupo com manutenção periódica preventiva tiveram, em média, duas vezes mais consultas de manutenção periodontal pós-terapia periodontal do que aqueles com manutenção periódica preventiva esporádica e oito vezes mais do que os sem manutenção periódica preventiva ($p < 0,05$). Já em relação aos estratos de IPI, o Grupo SMPP apresentou mais placa visível (IPI2) quando comparado ao Grupo CMPPE ($p = 0,03$) e apresenta a totalidade dos pacientes no percentual de sítios com SS residual igual ou superior a 35% enquanto os grupos CMPPE e CMPP tiveram valores, respectivos de 77,30% e 87,50%. ($p = 0,04$).

Conclusão: Independente da frequência de retorno para manutenção periódica preventiva, muitos sítios nos pacientes encontram-se com necessidade de reintervenção/retratamento por apresentarem alto risco de progressão de doença periodontal.

Introdução

Periodontite é uma doença infecto-inflamatória que acomete os tecidos de suporte dos dentes (Page & Kornman, 1997), sendo altamente prevalente tanto em países desenvolvidos (Albandar et al. 1999) quanto em desenvolvimento (Susin et al. 2004). O impacto das necessidades de tratamento periodontal no serviço filantrópico é desconhecido, enquanto no serviço público é considerado alto, gerando uma parcela considerável de tempo e custo dispendido (Watt & Petersen, 2012). Além disso, os atendimentos são realizados em indivíduos com baixo nível socioeconômico no qual os estudos transversais tem associado esta condição com maior histórico de perda de inserção (Susin et al. 2004, Haas et al. 2012).

Estudos longitudinais têm demonstrado que as periodontites podem ser tratadas e os dentes mantidos com saúde e função ao longo dos anos, mesmo quando o prognóstico inicial pareça ser desfavorável (Axelsson et al. 1991; Axelsson et al. 2004; Fardal et al. 2004; Tonetti et al. 2000). Nesse contexto, a manutenção periódica preventiva (MPP) é considerada uma parte integral do tratamento periodontal e imprescindível, principalmente, para pacientes com histórico de doenças periodontais. Entretanto, a necessidade de consultas de retorno pode sobrecarregar ainda mais os serviços públicos e filantrópicos.

De um modo geral, pacientes que frequentam programas regulares de manutenção periodontal têm significativamente menores perdas de inserção e perda dental (NG Mc-H et al. 2011; Kocker et al. 2000; Konig et al. 2002; Lorentz et al. 2010) quando comparados aqueles que não recebem manutenção periodontal (Fardal et al. 2004; Tonetti et al. 2000; Costa et al. 2011; Becker et al. 1984) ou que não cooperam de forma assídua (Checchi et al. 2002). Está claro na literatura que terapia periodontal sem cooperação no regime de manutenção tem resultados duvidosos (Becker et al. 1984; Kocker et al. 2000; Checchi et al. 2002), enquanto a previsibilidade da terapia periodontal ativa seguida por manutenção tem demonstrado estabilidade e melhorias do periodonto em longo prazo (Kaldhal et al. 1996; Axelsson et al. 2004) sendo benéfica na redução da necessidade de retratamento (Fardal & Linden, 2005).

Avaliação da necessidade de reintervenção ou retratamento após término do tratamento periodontal está relacionada com a suscetibilidade a doença periodontal

e o risco para reinfecção e progressão de lesões periodontais. Presença de SS a uma proporção de 25% dos sítios nos indivíduos (Joss et al. 1994), bolsas residuais com PS \geq 5 mm presentes em mais de oito sítios no indivíduo (Lang et al. 1990) são considerados indicadores de alto risco para recorrência de doença periodontal (Claffey et al. 1990).

Evidências avaliaram a condição periodontal de pacientes tratados inclusos ou não em programas de manutenção (Preshaw & Heasman, 2005; Costa et al. 2011). Contudo, esses estudos foram realizados em universidades (Costa et al. 2012; Wood et al. 1989) ou clínicas privadas (Costa et al. 2011; Axelsson et al. 2004; Hirschfeldl & Wasserman, 1978) . Dessa maneira, pouco se conhece da condição periodontal de pacientes tratados por especialistas no atendimento filantrópico e de suas adesões e acesso a programas de manutenção.

Assim, o objetivo do presente estudo será avaliar a condição periodontal de pacientes tratados por especialistas em uma unidade de atendimento filantrópico, verificar as implicações e consequências da condição periodontal nesse serviço, conforme adesão a manutenção periódica preventiva. Os resultados obtidos poderão nortear políticas de saúde na perspectiva de proporcionar adequado atendimento das necessidades periodontais da população.

Materiais e métodos

Delineamento e amostra do estudo

O presente estudo apresentou delineamento transversal. A amostra foi constituída por um censo, e tendo como população alvo, pacientes atendidos no ambulatório filantrópico do Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (HCAA), denominado Projeto Mão Amiga I, localizado no Centro Social Marista Santa Marta - Vila Pôr do Sol – Santa Maria/RS. Além desse serviço, o HCAA mantêm outros quatro ambulatórios filantrópicos nesta cidade.

O ambulatório localiza-se em área de assentamento, constituída de uma população com características de êxodo e constante mudança de endereço. Está situado junto a uma escola e constam de uma equipe multiprofissional de médicos, dentistas, assistente social, fonoaudióloga, enfermeira e psicóloga. Todos os atendimentos odontológicos periodontais são realizados pelos dois cirurgiões-dentistas, especialistas em Periodontia, que trabalham no local desde o início das atividades no ambulatório. Atendimento odontológico é disponibilizado para toda população do bairro, perante cadastro com assistente social, renovado anualmente, e entrega de documentação para comprovação de carência.

Para determinação da amostra todos os prontuários de pacientes que receberam tratamento odontológico relativo a procedimentos periodontais, no período de maio de 2006 a dezembro de 2011, foram avaliados. Este período equivale à abertura do ambulatório até o mês antecedente ao início da coleta dos dados. Dessa maneira, todos os pacientes que receberam tratamento periodontal com procedimentos de raspagem e alisamento radicular subgengival (RASUB), neste período, de ambos os sexos, e com idade mínima de 18 anos foram elegíveis para o estudo. Estes foram contatados através do telefone, caso o contato não fosse estabelecido o pesquisador foi ao endereço relatado no prontuário. Os exames foram realizados no mínimo um ano após o término do tratamento periodontal relatado no prontuário.

O tratamento de todos os pacientes consistiu de terapia periodontal não cirúrgica realizado com instrumentos manuais. Os procedimentos eram relacionados à remoção dos fatores retentivos de placa, selamento de cavidades e orientação de higiene oral. Nos prontuários avaliados não constavam exames clínicos periodontais,

diagnóstico ou exames complementares radiográficos prévios ao tratamento periodontal executado.

A taxa de resposta do estudo esteve relacionada com o número de pacientes elegíveis examinados.

Considerações éticas

O presente estudo foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil sob o protocolo de CAEE nº: 00555612.5.0000.5346.

Os pacientes elegíveis foram informados quanto aos propósitos das avaliações, e em seguida convidados a participar do estudo. Concordando, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pacientes que durante o exame apresentassem alterações periodontais foram encaminhados para tratamento no próprio Ambulatório no qual os exames foram realizados.

Treinamento e Calibragem

Todos os parâmetros clínicos periodontais foram avaliados por um único examinador (JB), a qual passou por um período de treinamento para a aplicação da entrevista e para as avaliações de Índice de Placa (IPI) (Silness & Løe, 1964), Índice Gengival (IG) (Løe, 1967), presença de fatores retentivos de placa (FRP), Sangramento à sondagem (SS). O examinador realizou calibragem para as avaliações de Profundidade de Sondagem (PS) e de Nível de Inserção Clínica (NIC).

Calibragem intraexaminador foi realizada utilizando-se uma sonda periodontal milimetrada (CP15 UNC, Neumar), em 10 pacientes, por meio de exames duplicados, com intervalo de até uma semana. A reprodutibilidade dos resultados da calibragem foi testada por meio do teste *Kappa* ponderado ± 1 mm (Landis & Kock, 1977). As medidas de reprodutibilidade também foram realizadas durante o estudo.

Os valores de *Kappa* ponderado (± 1 mm) intra-examinador prévio ao estudo foram 0,96 (PS) e 0,70 (NIC) e durante o estudo 0,99 (PS) e 0,93 (NIC).

Avaliações

O período de coleta de dados foi de janeiro de 2012 a março de 2013. Uma entrevista estruturada foi realizada para coletar dados referentes a características demográficas, aspectos comportamentais, socioeconômico, histórico odontológico e médico. Condição socioeconômica foi determinada pela renda familiar mensal em salários mínimos e pelo nível educacional do indivíduo em anos de estudo (Piovesan et al. 2011).

Todos os exames clínicos periodontais foram realizados em seis sítios de cada dente (mésio-vestibular, vestibular, disto-vestibular, mésio-lingual, lingual e disto-lingual), excluindo-se os 3º molares, que somente foram contabilizados para a média de dentes remanescentes. Os exames foram realizados no consultório odontológico do ambulatório, sob condições adequadas, utilizando-se sonda periodontal milimetrada (CP15 UNC, Neumar) e espelho plano nº 5.

Os parâmetros periodontais avaliados foram: Índice de Placa, Índice Gengival, presença de fatores retentivos de placa, Profundidade de Sondagem, Sangramento a Sondagem e Nível de Inserção Clínica. Os dados coletados foram anotados nas fichas de exame clínico.

A Profundidade de sondagem foi considerada a distância entre a margem gengival e a porção mais apical sondável da bolsa/sulco. O Nível de Inserção Clínica foi considerado como a distância da junção amelo-cementária até a porção mais apical sondável da bolsa/sulco. Ambos os exames (PS e NIC) foram medidos em milímetros e arredondados para o milímetro mais próximo. Caso houvesse dificuldades de aferição nesses exames, pela presença de algum fator retentivo de placa, o sítio dental era excluído. As medidas interproximais foram realizadas o mais próximo possível do ponto de contato. O Sangramento à sondagem foi registrado concomitantemente com a mensuração da PS e categorizado em presente ou ausente.

Determinação dos grupos

Após a realização das avaliações os pacientes foram divididos em três grupos de acordo com a frequência, a periodicidade e a cooperação de retorno a manutenção periódica preventiva (Demirel & Efeodlu, 1995) após término da terapia periodontal verificada perante análise do prontuário. Os três grupos foram assim estabelecidos:

GRUPO 1 (CMPP): aqueles que, após a conclusão do tratamento periodontal, cooperaram corretamente com os retornos de manutenção periódica preventiva caracterizada por pelo menos duas visitas anuais ao serviço odontológico;

GRUPO 2 (CMPPE): aqueles que, após a conclusão do tratamento periodontal, seguiram em manutenção periódica preventiva esporádica caracterizada pela não cooperação assídua nas visitas de retorno;

GRUPO 3 (SMPP): aqueles que, após a conclusão do tratamento periodontal, não cooperaram e não seguiram em manutenção periódica e preventiva.

Contabilizamos como retorno do paciente para MPP apenas as consultas relacionadas a procedimentos periodontais (orientação de higiene oral, controle supra ou subgingival).

Desfecho

O desfecho desse estudo está relacionado às necessidades de reintervenção/retratamento periodontal, avaliado através dos parâmetros clínicos subgingivais entre os diferentes grupos. Necessidade de reintervenção/retratamento periodontal dos pacientes foi considerada através da presença, em qualquer sítio dental, de PS ≥ 4 mm associado com Sangramento à Sondagem (SS total), independente das PS inicial, já que esses dados não estavam disponíveis.

Análise estatística

Para análise descritiva dos dados, médias e desvios-padrões e/ou prevalência das variáveis na amostra foram calculadas. Acúmulo de placa e sangramento gengival foram avaliados, respectivamente, pelos escores médios do IPI e IG. Sangramento à sondagem foi avaliado pelo percentual médio de pacientes apresentando SS total (SS1+SS2).

Renda familiar foi categorizada em menor ou igual a um salário mínimo, e maior que um salário mínimo; e nível educacional foi categorizado em menor ou igual há oito anos de estudo e mais do que oito anos de estudo (Piovesan et al. 2010). Fumo foi analisado segundo descrito por Susin et al. (2004), sendo considerado fumante pacientes que relataram fumar 10 maços/ano ou mais e ex fumantes aqueles que relataram ter cessado o uso por pelo menos 6 meses. Tempo decorrido desde o final do tratamento periodontal foi considerado em meses, pelo tempo decorrido desde o término do tratamento até a data do exame clínico.

A distribuição normal dos dados foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste paramétrico de Análise de Variância (ANOVA – One-Way) e o teste post Hoc Tukey foram realizados para comparações entre médias de idade, e de parâmetros periodontais (IPL, IG, PS, SS, NIC). Para variáveis categóricas de valores absolutos o teste utilizado foi Qui-Quadrado. Nível de significância estatística foi de 5%. Para análise foi utilizado o programa *SPSS Statistics 18* (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, EUA).

Resultados

Durante o período de maio de 2006 a dezembro de 2011, todos os prontuários odontológicos relatando procedimentos periodontais, no Ambulatório do Projeto Mão Amiga I, foram revisados buscando determinar os pacientes que tinham recebido tratamento para periodontite. Dos 123 pacientes elegíveis, 79 foram examinados e estratificados em três grupos de acordo com a frequência de retorno para consultas de MPP: 16 do grupo 1 (CMPP), 23 do grupo 2 (CMPPE) e 40 do grupo 3 (SMPP). Após várias tentativas de contato, 44 pacientes não foram examinados. (Figura 1). A taxa de não-resposta foi compreendida de 29 mulheres (65,90%) e 15 homens (34,10%), uma média de idade e de tempo desde o término de tratamento de 49,29 anos e 46,73 meses respectivamente.

A tabela 1 resume as características sócio-demográficas, comportamentais e clínicas dos diferentes grupos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos ($p > 0,05$).

Pacientes do grupo CMPP tiveram, em média, duas vezes mais consultas de manutenção periodontal pós-terapia periodontal do que aqueles CMPPE e oito vezes mais do que os SMPP ($p < 0,05$). O tempo decorrido desde o término da terapia periodontal até a consulta de exame variou entre três e quatro anos, não havendo diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($p = 0,081$).

Ao avaliarmos os parâmetros clínicos periodontais, médias de IG, de PS e de NIC não demonstraram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos ($p > 0,05$), apesar de o grupo SMPP apresentar as maiores médias em todos os parâmetros. Já em relação aos estratos de IPI, o Grupo SMPP apresentou mais placa visível (IPI2) quando comparado ao Grupo CMPPE ($p = 0,03$). Independentemente do grupo, mais da metade dos sítios dos pacientes tratados tinham SS total residual de $62,11 \pm 20,32$, $56,34 \pm 21,36$ e $63,53 \pm 16,41$ para os grupos CMPP, CMPPE e SMPP, respectivamente.

Percentual médio de sítios com PS e NIC estratificados em ≤ 3 , 4-6 e ≥ 7 mm nos diferentes grupos estão apresentados na Figura 2. Comparação entre grupos demonstrou diferenças estatisticamente significantes somente em estratos de $PS \geq 7$ mm ($p = 0,019$) e $NIC \geq 7$ mm ($p = 0,020$), nos demais estratos todos os grupos tiveram resultados semelhantes. Pacientes que não realizavam manutenção

periódica preventiva (SMPP) tiveram um percentual mais elevado de sítios com maior profundidade de sondagem ($PS \geq 7\text{mm}$) e perda de inserção clínica ($NIC \geq 7\text{mm}$) com valores de $1,61 \pm 4,65$ e $10,07 \pm 20,15$, respectivamente.

Para determinarmos a persistência/recorrência de doença periodontal nos pacientes dos diferentes grupos, dois pontos de corte foram avaliados através dos estratos de PS associado a SS (tabela 2). Quando avaliamos o estrato de $PS \geq 4\text{mm}$ em associação com SS, 14,18% dos sítios entre os pacientes do grupo CMPP necessitam ser reintervidos/retratados, seguidos por 10,66% do grupo CMPPE e 11,52% do grupo SMPP. Na observação da $PS \geq 5\text{mm}$ em associação com SS, percentuais reduzidos de sítios por pacientes necessitando reintervenção/retratamento foram de 4,25%, 3,03% e 3,55% nos grupos CMPP, CMPPE e SMPP respectivamente. Diferenças estatisticamente significante não foram observados entre os grupos ($p=0,74$).

Quando analisamos Sangramento à Sondagem (Figura 3), todos os grupos demonstraram a presença de um alto percentual de pacientes com SS residual ($\geq 35\%$), com diferenças estatisticamente significantes entre eles ($p=0,04$). O grupo SMPP apresenta a totalidade dos pacientes no percentual de sítios com SS residual igual ou superior a 35% enquanto os grupos CMPPE e CMPP tiveram valores, respectivos de 77,30% e 87,50%.

Discussão

Após o período entre três a quatro anos decorrentes do término do tratamento periodontal, parâmetros clínicos semelhantes (IG, PS, NIC, SS total) foram observados nos três grupos experimentais. Diferenças estatisticamente significantes intergrupos somente foram encontradas nos estratos de IPI, nas consultas de retorno e no percentual de SS estratificado.

Evidências consolidadas na literatura, desde o final da década de 70, demonstram que somente o tratamento odontológico convencional, não mantém ao longo do tempo os resultados obtidos na manutenção da saúde bucal (Axelsson & Lindhe, 1978). Estabilidade dos parâmetros clínicos e inflamatórios (Axelsson et al. 2004; Kaldahl et al. 1996), diminuição da recorrência de doença e necessidade de retratamento são alcançados com efetiva MPP. Esta efetividade diz respeito a consultas de retorno para MPP e tem, segundo a literatura, diferentes abordagens no âmbito de clínicas privadas (Checchi et al. 2002), de universidades (Costa et al. 2011) de serviços públicos de saúde e inexistentes estudos em relação a serviços filantrópicos. Em nossa pesquisa, a amostra estudada é atendida em um cenário distinto que, apesar de suas peculiaridades em relação ao atendimento filantrópico e de não haver um protocolo específico para as visitas de manutenção a cada paciente, dispõe de acesso a consultas de rechamada para MMP na tentativa de diminuição no risco de restabelecimento e progressão de doença.

Altas frequências de bolsas residuais profundas e variação no nível de inserção clínica avaliadas na presença de SS têm sido associadas ao alto risco de progressão de doença periodontal (Claffey et al. 1990; Joss et al. 1994). Sangramento à sondagem tem sido utilizado como um dos parâmetros clínicos para avaliar inflamação periodontal (Greenstein et al. 1981; Greenstein 1984). Quando observado, é associado com a presença de biofilme e cálculo subgingival (Cecchi et al. 2009), indicando a necessidade de intervenção nesse ambiente (Joss et al. 1994; Serino et al. 2001) e a sua ausência contínua durante a manutenção periodontal pode ser considerado um bom preditor de estabilidade periodontal (Lang et al. 1990). Em nosso estudo, 56,25%, 50,0% e 41,02% da amostra e 14,18%, 10,66% e 11,52% dos sítios dos respectivos grupos CMPP, CMPPE e SMPP foram considerados com alto risco de recorrência de doença periodontal por apresentarem, em média, mais que oito sítios com PS residual (≥ 4 mm) seguido por um menor

percentual de indivíduos e sítios com bolsas residuais $\geq 5\text{mm}$, ambos associado a SS. Alterações nas medidas de NIC não foram utilizadas como parâmetro de progressão de doença devido ausência de exames prévios a nossa coleta de dados.

Resultados encontrados na estratificação de percentual de SS reforçam a presença de processo inflamatório na amostra. O grupo SMPP apresentou a totalidade dos pacientes com SS em mais de 35% dos sítios em contraste com 87,50% e 77,30% nos grupos CMPP e CMPPE, respectivamente. Enquanto a presença de SS em menos de 10% dos sítios não foi observada tanto em pacientes CMPP e SMPP. Portanto, pacientes sem manutenção periódica preventiva apresentaram maior risco para progressão de doença periodontal quando comparado aos grupos CMPP e CMPPE. Esses achados corroboram estudos que demonstram não haver estabilidade do periodonto e maior risco de reinfecção na ausência ou na ineficácia na MPP (Fardal et al. 2004; Becker et al. 1984; Checchi et al. 2002).

Nossa amostra demonstra predominância de 3/4 da população do sexo feminino em todos os grupos. Conforme literatura periodontal este fato está relacionado a um aumento na demanda por tratamento dentário por mulheres quando comparado aos homens (Tonetti & Claffey 2005). Condições relacionadas a renda e a escolaridade foram similares em todos os grupos. Estudos demonstram que indivíduos com baixo nível socioeconômico apresentam piores condições periodontais quando comparado aqueles com altos níveis (Susin et al. 2004 ; Costa et al. 2011) e também apresentam um risco mais alto para progressão de perda de inserção (Haas et al., 2012). Todos os grupos avaliados apresentaram condição socioeconômica baixa, não havendo diferenças entre eles, o que pode explicar as similaridades entre os parâmetros clínicos encontrados.

Na amostra estudada somente encontramos diferenças entre os grupos quando estratificamos os escores de IPI. O grupo SMPP apresentou mais placa visível quando comparado aos grupos CMPP e CMPPE. Isto pode estar relacionado com a ausência de visitas de manutenção periódica preventiva para controle e ajuste do controle do biofilme por parte do paciente. E este acúmulo de placa pode intervir numa reinfecção mais rápida do meio subgingival e aumentar o risco de progressão de doença periodontal enquanto uma prática de higiene oral adequada parece ser fundamental para garantir uma estabilidade em longo prazo dos resultados de tratamento (Knowles et al. 1979).

Um percentual médio de sítios por paciente de 95,99%, 93,61% e 89,92% para NIC nos respectivos grupos CMPP, CMPPE e SMPP apresentava uma extensão de doença periodontal de leve a moderada segundo Academia Americana de Periodontia. Os valores de extensão severa tanto para PS quanto NIC foram observados em maiores proporções no grupo SMPP, enquanto o perfil de severidade de doença se apresenta semelhante entre os grupos.

No presente estudo, uma significativa diferença em relação à média de consultas de retorno para MPP foi observada entre os grupos. Pacientes do grupo CMPP tiveram, em média, 8,81 consultas de manutenção periodontal pós-terapia periodontal, enquanto CMPPE foi de 4,43 e praticamente nenhuma consulta o grupo SMPP. Entretanto essa constatação não foi suficiente na determinação de diferenças nas condições periodontais nos diferentes grupos. A explicação pode estar relacionada à extensão e severidade da doença quando, pelo critério do serviço filantrópico, maiores visitas ao ano eram necessárias quanto maior fossem as necessidades individuais de manutenção.

A condição periodontal verificada na amostra demonstra a necessidade de reintervenção/retratamento para a resolutividade dos casos e então, após cicatrização dos sítios, o paciente possa seguir ou retornar as consultas de MPP. Alterações na periodicidade de retorno poderão ocorrer conforme avaliação individual.

A ausência de exames clínicos periodontais, tanto no baseline quanto na reavaliação após término do tratamento, nos limita na determinação da variação dos parâmetros clínicos, de quais sítios permaneceram com sinais inflamatórios ao longo do tempo e precisariam ser retratados ou aqueles que tiveram reinfecção necessitando a reintervenção em consultas de MPP. Além disso, pelo delineamento do estudo, um possível viés de confundimento está relacionado à diferenciação entre o sangramento marginal e de fundo de bolsa. Embora tenhamos um alto percentual de SS nos grupos, a verificação da média de IG demonstrando inflamação moderada nos sugere que esse sangramento verificado seja possivelmente de fundo de bolsa.

Pode ser concluído que a presença da condição periodontal inflamatória nos três grupos (CMPP, CMPPE e SMPP) foi alta e pode estar associada a necessidade de reintervenção/retratamento de uma parcela significativa de indivíduos tratados.

Após isso uma modificação na sistemática de MPP oferecida deve ser implementada.

Referências

- Albandar, J., Brunelle, J.A. & Kingman, A. (1999) Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States 1988-1994. *Journal of Periodontology* **70**,13-29.
- American Academy of Periodontology. (2000) Parameter on periodontal maintenance. *Journal of Periodontology* **71**, 849-850.
- Axelsson, P. & Lindhe, J. (1978) Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. *Journal of Clinical Periodontology* **5**, 133-151.
- Axelsson, P. & Lindhe, J. (1981) Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. *Journal of Clinical Periodontology* **8**, 239-248.
- Axelsson, P., Lindhe, J. & Nyström, B. (1991) On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15-year longitudinal study in adults. *Journal of Clinical Periodontology* **18**, 182-189.
- Axelsson, P., Nyström, B. & Lindhe, J. (2004) The long-term of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *Journal of Clinical Periodontology* **31**, 749-757.
- Becker, W., Becker, B.E. & Berg, L.E. (1984) Periodontal treatment without maintenance. A retrospective study in 44 patients. *Journal of Periodontology* **55**, 505-509.
- Checchi, L., Pelliccioni, G.A., Gatto, M.R. & Kelescian, L. (1994) Patient compliance with maintenance therapy in a Italian periodontal practice. *Journal of Clinical Periodontology* **21**, 309-312.
- Checchi, L., Montevecchi, M., Gatto, M.R.A. & Trombelli, L. (2002) Retrospective study of tooth loss in 92 treated periodontal patients. *Journal of Clinical Periodontology* **29**, 651-656.
- Claffey, N., Nylund, K., Kiger, R., Garret, S. & Egelbert, J. (1990) Diagnostic predictability of scores of plaque, bleeding, suppuration, and probing pocket depths for probing attachment loss. 3 ½ years of observation following initial therapy. *Journal of Clinical Periodontology* **17**, 108-114.
- Costa, F.O., Cota, L.O.M., Lages, E.J.L., Lorentz, T.C.M., Oliveira, A.M.S.D., Oliveira, P.A.D., & Costa, J.E. (2011) Progression of periodontitis in a sample of regular and irregular compliers under maintenance therapy: a 3-years follow-up study. *Journal of Periodontology* **82**,1279-1287.

Costa, F.O., Santuchi, C.C., Lages, E.J., Cota, L.O., Cortelli, S.C., Cortelli, J.R., Lorentz, T.C. & Costa, J.E. (2012) Prospective study in periodontal maintenance therapy: comparative analysis between academic and private practices. *Journal of Periodontology* **83**, 301-311.

Demirel, K. & Efeodlu, (1995) A. Retrospective evaluation of patient compliance with supportive periodontal treatment. *The Journal oh Nihon University School of Dentistry* **37**,131-137.

Fardal, O., Johannessen, A.C. & Linden, G.J. (2004) Tooth loss during maintenance following periodontal treatment in a periodontal practice in Norway. *Journal of Clinical Periodontology* **31**, 550-555.

Fardal, Ø. & Linden, G.J. (2005) Re-treatment profiles during long-term maintenance therapy in a periodontal practice in Norway. *Journal of Clinical Periodontology* **32**, 744-749.

Greenstein, G. (1984) The role of bleeding upon probing in the diagnosis of periodontal disease. A literature review. *Journal of Periodontology* **55**, 684-688.

Greenstein, G., Caton, J. & Polson, A.M. (1981) Histologic characteristics associated with bleeding after probing and visual signs of inflammation. *Journal of Periodontology* **52**, 420-425.

Haas, A.N., Gaio, E.J., Oppermann, R.V., Rösing, C.K., Albandar, J.M. & Susin, C. (2012) Pattern and rate of progression of periodontal attachment loss in an urban population of South Brazil: a 5-years population-based prospective study. *Journal of Clinical Periodontology* **39**, 1-9.

Hirschfeld, L. & Wasserman, B. (1978) A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *Journal of Periodontology* **49**, 225-37.

Joss, A., Adler, R. & Lang, N.P. (1994) Bleeding on probing. A parameter for monitoring periodontal conditions in clinical practice. *Journal of Clinical Periodontology* **21**, 402-408.

Kaldahl, W.B., Kalkwarf, K.L., Patil, K.D., Molvar, M.P. & Dyer, J.K. (1996) Long-term evaluation of periodontal therapy: II Incidence of breaking down. *Journal of Periodontology* **67**,103-108.

Knowles, J.W. (1973) Oral hygiene related to long-term effects of periodontal therapy. *The Journal of the Michigan Dental Association* **55**, 147-150.

Kocher, T., König, J., Dzierzon, U., Sawaf, H. & . Plagmann, H-C. (2000) Disease progression in periodontally treated and untreated patients- a retrospective study. *Journal of Clinical Periodontology* **27**, 866-872.

König, J., Plagmann, H-C., Rühling, A. & Kocher, T. (2002) Tooth loss and pocket probing depths in compliant periodontally treated patients: a retrospective analysis. *Journal of Clinical Periodontology* **29**, 1092-1100.

Landis, J.R. & Kock, G.G. (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* **33**, 159-174.

Lang, N.P., Adler, R., Joss, A. & Nyman, S. (1990) Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability. *Journal of Clinical Periodontology* **17**, 714-721.

Lindhe, J. & Nyman, S. (1984) Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* **11**, 504-514.

Löe, H. (1967) The gingival index, the plaque index and the retention index systems. *Journal of Periodontology* **38**, 610-616.

Lorentz, T.C.M., Cota, L.O.M., Cortelli, J.R., Vargas, A.M.D. & Costa, F.O. (2010) Tooth loss in individuals under periodontal maintenance therapy: prospective study. *Brazilian Oral Research* **24**, 231-237.

Ng, M.C-H., Ong, M.M-A., Lim, L.P., Koh, C.G. & Chan, Y.H. (2011) Tooth loss in compliant and non-compliant periodontally treated patients: 7 years after active periodontal therapy. *Journal of Clinical Periodontology* **38**, 499-508.

Page, R.C. & Kornman, K.S. (1997) The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. *Periodontology 2000* **14**, 9-11.

Piovesan, C., Marquezan, M., Kramer, P.F., Bönecker, M. & Ardenghi, T.M. (2011) Socioeconomic and clinical factors associated with caregivers' perceptions of children's oral health in Brazil. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* **39**, 260-267.

Preshaw, P.M. & Heasman, P.A. (2005) Periodontal maintenance in a specialist clinic and in general dental practice. *Journal of Clinical Periodontology* **32**, 280-286.

Serino, G., Rosling, B., Ramberg, P., Socransky, S.S. & Lindhe, J. (2001) Initial outcome and long-term effect of surgical and non-surgical treatment of advanced periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* **28**, 910-916.

Silness, J. & Löe, H. (1964) Periodontal disease in pregnancy II - Correlation between oral hygiene and periodontal conditions. *Acta Odontologica Scandinavica*, **22**, 121-135.

Susin, C., Dalla Vecchia, C.F., Oppermann, R.V., Haugejorden, O. & Albandar, J.M. (2004) Periodontal attachment loss in an urban population of Brazilian adults: effect of demographic, behavioral, and environmental risk indicators. *Journal of Periodontology* **75**, 1033-41.

Tonetti, M.S., Steffen, P., Muller-Campanile, V., Suvan, J. & Lang, N.P. (2000) Initial extractions and tooth loss during supportive care in a periodontal population seeking comprehensive care. *Journal of Clinical Periodontology* **27**, 824-831.

Tonetti, M.S. & Claffey, N. (2005) Advances in the progression of periodontitis and proposal of definitions of a periodontitis case and disease progression for use in risk factor research. *Journal of Clinical Periodontology* **32**, 210-213.

Watt, R.G. & Petersen, P.E. (2012) Periodontal health through public health--the case for oral health promotion. *Periodontol 2000* **60**, 147-155.

Wood, W.R.; Greco, G.W.; McFall, W.T Jr. (1989) Tooth loss in patients with moderate periodontitis after treatment and long-term maintenance care. *Journal of Periodontology* **60**, 516-520.

Lista de ilustrações

Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas dos grupos

Tabela 2: Percentual médio de sítios por paciente/ percentual total de sítios com necessidade de retratamento periodontal por estrato de PS associado à SS nos diferentes grupos

Figura 1 – Fluxograma

Figura 2 – Percentual médio dos estratos de PS e NIC nos diferentes grupos

Figura 3 – Percentual médio de sítios por paciente nos estratos de Sangramento à Sondagem nos diferentes grupos

Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas entre os grupos

| Característica | CMPP (n=16) | CMPPE (n=23) | SMPP (n=40) |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Demográficas | | | |
| Idade*§ | 50±6,87 ^a | 48±7,71 ^a | 49,37±7,69 ^a |
| Gênero – n (%)£ | | | |
| Feminino | 12 (75,0) ^a | 17 (73,9) ^a | 30 (75,0) ^a |
| Masculino | 4 (25,0) ^a | 6 (26,1) ^a | 10 (25,0) ^a |
| Socioeconômicas | | | |
| Renda familiar - n (%)£ | | | |
| ≤ 1 salário mínimo | 9 (56,25) ^a | 13 (56,52) ^a | 25 (62,5) ^a |
| > 1 salário mínimo | 7 (43,75) ^a | 10 (43,48) ^a | 15 (37,5) ^a |
| Nível Educacional – n (%)£ | | | |
| ≤ 8 anos de educação | 14 (87,5) ^a | 18 (78,26) ^a | 35 (87,5) ^a |
| > 8 anos de educação | 2 (12,5) ^a | 5 (21,74) ^a | 5 (12,5) ^a |
| Comportamental | | | |
| Hábito de fumar – n (%)£ | | | |
| Fumante | 4 (25,0) ^a | 9 (39,1) ^a | 19 (47,5) ^a |
| Ex fumante | 8 (50,0) ^a | 5 (21,8) ^a | 11 (27,5) ^a |
| Nunca fumante | 4 (25,0) ^a | 9 (39,1) ^a | 10 (25,0) ^a |
| Frequência de escovação diária – n (%) £ | | | |
| Até 2 vezes ao dia | 7 (43,8) ^a | 12 (52,17) ^a | 19 (47,5) ^a |
| 3 vezes ou mais ao dia | 9 (56,2) ^a | 11 (47,83) ^a | 21 (52,5) ^a |
| Autorelato de limpeza interdental – n (%) £ | | | |
| Sim | 13 (81,25) ^a | 12 (52,17) ^a | 30 (75,0) ^a |
| Não | 3 (18,75) ^a | 11 (47,83) ^a | 10 (25,0) ^a |
| Tempo desde o término do tratamento – meses*§ | 40,19±18,00 ^a | 36,82±19,58 ^a | 46,75±15,49 ^a |
| Consultas de retorno*§ | 8,81±3,97 ^a | 4,43±2,99 ^b | 0,40±0,81 ^b |
| Parâmetros clínicos* | | | |
| | (n=16) | (n=22) | (n=39) |
| IPI § | 1,66±0,31 ^a | 1,47±0,42 ^a | 1,70±0,24 ^a |
| IG § | 1,21±0,17 ^a | 1,22±0,28 ^a | 1,27±0,19 ^a |
| PS § | 2,52±0,66 ^a | 2,39±0,43 ^a | 2,62±0,77 ^a |
| SS total § | 62,11±20,32 ^a | 56,34±21,36 ^a | 63,53±16,41 ^a |
| NIC § | 3,01±1,11 ^a | 2,89±1,43 ^a | 3,22±1,75 ^a |
| Dentes remanescentes § | 23,75±4,68 ^a | 20,34±8,72 ^a | 20,70±7,67 ^a |

*média(±desvio padrão);

CMPP: com manutenção periódica preventiva; CMPPE: com manutenção periódica preventiva esporádica; SMPP: sem manutenção periódica preventiva; IPL: índice de placa; IG: índice gengival; PS: profundidade de sondagem; NIC: nível de inserção clínica; SS total: sangramento à sondagem (SS1+SS2);

§ Teste Análise de Variância de um fator; teste post-hoc Tukey - letras minúsculas diferentes demonstram diferenças intergrupos (p<0,05);

£ Teste Qui-quadrado

Tabela 2 – Percentual médio de sítios com necessidade de reintervenção/retratamento periodontal nos diferentes grupos.

| | Sítios examinados* | PS≥4mm+SS* | | PS≥5mm+SS* | |
|--------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|---------------------------|
| CMPP (n=16) | 117,56±30,45 | 14,18±17,86 ^{§a} | n=9 (56,25%) [£] | 4,25±7,17 ^{§a} | n=3 (18,75%) [£] |
| CMPPE (n=22) | 111,00±41,95 | 10,66±10,42 ^{§a} | n=11 (50,0%) [£] | 3,06±3,47 ^{§a} | n=3 (13,64%) [£] |
| SMPP (n=39) | 104,71±42,81 | 11,52±14,99 ^{§a} | n= 16 (41,02%) [£] | 3,55±6,58 ^{§a} | n=2 (5,13%) [£] |

*média±desvio padrão

CMPP: com manutenção periódica preventiva; CMPPE: com manutenção periódica preventiva esporádica; SMPP: sem manutenção periódica preventiva

§ Percentual médio de sítios por paciente;

£ amostra de pacientes (percentual na amostra) por grupo que apresentam no mínimo 8 sítios nos estratos de PS associado a SS;

Teste Análise de Variância de um fator; teste post-hoc Tukey - letras minúsculas diferentes demonstram diferenças intergrupos (p<0,05);

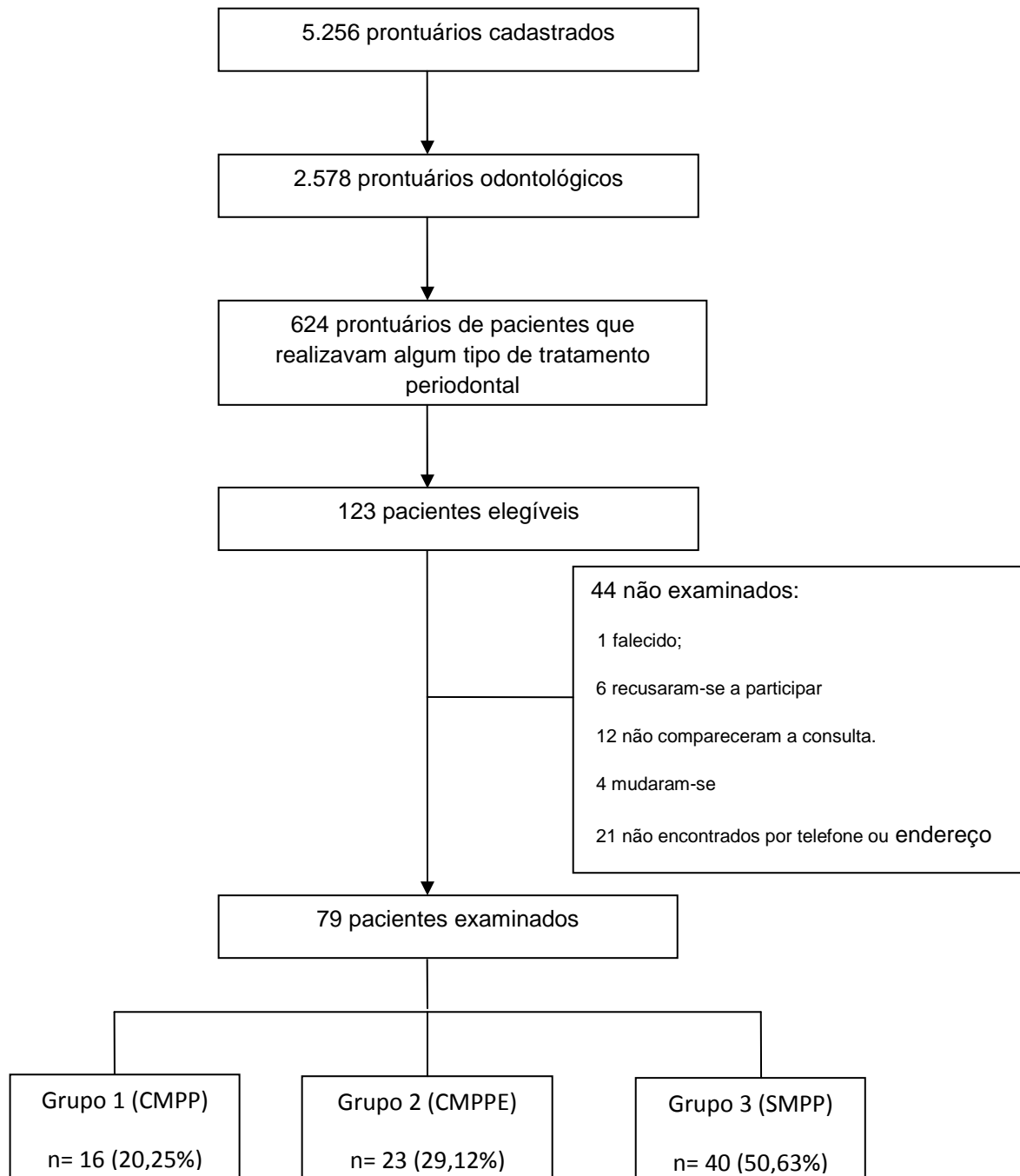


Figura 1: Fluxograma

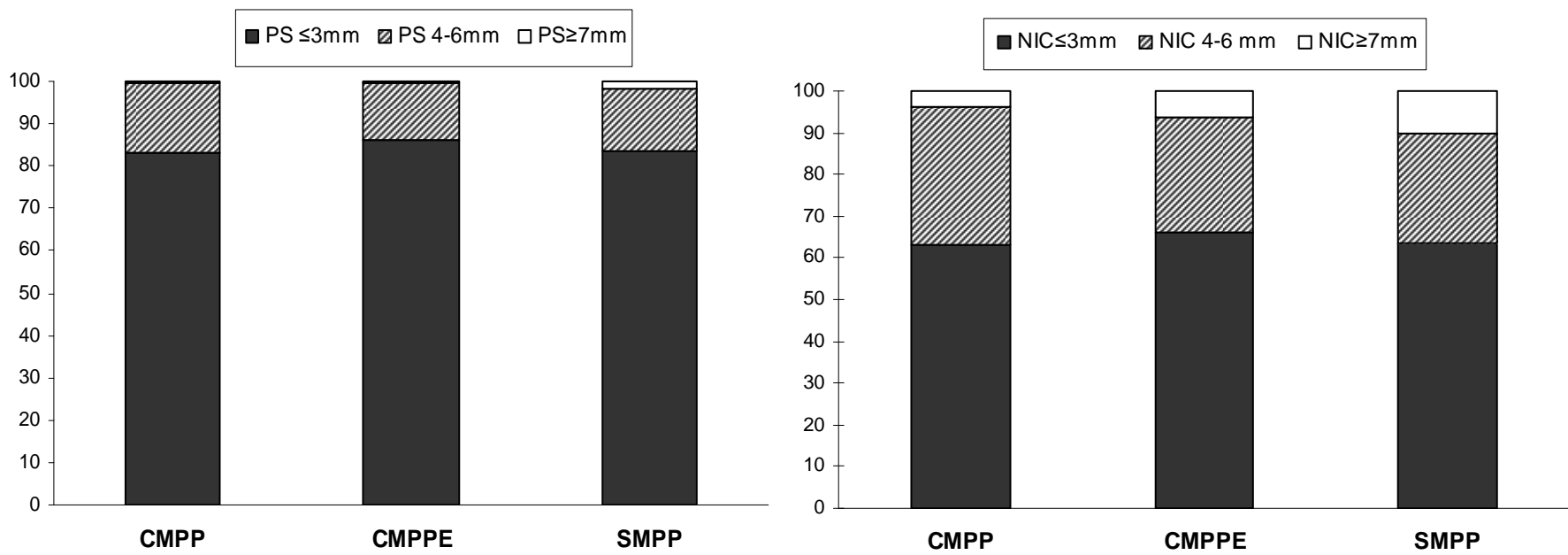
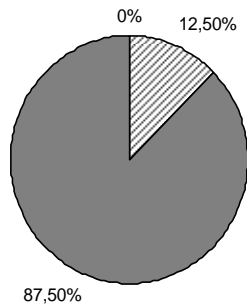


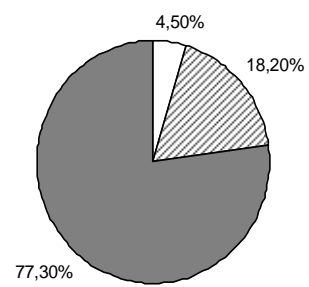
Figura 2: Percentual médio dos estratos de PS e NIC nos diferentes grupos

□ SS<25% ▨ SS25-35% ■ SS≥35%



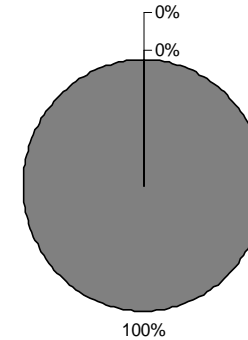
CMPP (n=16)

□ SS<25% ▨ SS25-35% ■ SS≥35%



CMPPE (n=22)

□ SS<25% ▨ SS25-35% ■ SS≥35%



SMPP (n=39)

Figura 3: Percentual médio de sítios por paciente nos estratos de Sangramento à Sondagem nos diferentes grupos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condição bucal de pacientes tratados periodontalmente e submetidos a um programa de manutenção periódica preventiva, há muitos anos, tem sido estudado e demonstram que os resultados pós tratamento periodontal somente são mantidos se uma efetiva MPP for realizada. Entretanto, ao buscarem-se maiores informações relacionadas ao tema em âmbito de serviços público de saúde e filantrópico, evidencia-se a escassez e mesmo a ausência de estudos. Sabendo-se que o impacto das necessidades de tratamento periodontal no serviço público e filantrópico é alto gerando uma parcela considerável de tempo dispendido, conhecer o que está sendo realizado nesses locais é de fundamental interesse para que políticas públicas de saúde sejam realizadas conforme necessidade.

A pesquisa foi realizada com a proposta de avaliar a condição periodontal de pacientes tratados por especialistas em unidade de atendimento filantrópico. O local foi escolhido por ser filantrópico e principalmente porque os dois cirurgiões dentistas que trabalham nessa unidade de saúde são especialistas em Periodontia, possibilitando um adequado tratamento periodontal na população atendida. Critérios de elegibilidade buscaram abranger todos os pacientes atendidos no ambulatório avaliando inclusive características da taxa de não-resposta. Critérios de reprodutibilidade foram seguidos a fim de manter a padronização dos exames e evitar vieses de aferição. Uma das limitações deste estudo diz respeito à ausência de quaisquer exames periodontais prévios que nos pudessem mostrar severidade e extensão de doença bem como efetividade do tratamento realizado. Com isto avaliação de necessidade de retratamento dos sítios ou apenas reintervenção ficou prejudicada.

Pode ser concluído que a presença da condição periodontal inflamatória nos três grupos (CMPP, CMPPE e SMPP) foi alta e pode estar associada a necessidade de reintervenção/retratamento de uma parcela significativa de indivíduos tratados. Após isso uma modificação na sistemática de MPP oferecida deve ser implementada.

Avaliar sistematicamente os resultados dos diferentes serviços de saúde pode ajudar no estabelecimento e planejamento de metas a serem alcançadas e mantidas. Promover a saúde bucal mantendo dentes em conforto e função é uma das metas dos serviços odontológicos. Uma parcela significativa da população torna-se edêntula com o avanço da idade devido principalmente a presença de cárie e doenças periodontais. Fatores como o nível socioeconômico limitam o acesso a adequado tratamento odontológico. Do ponto de vista de saúde pública é fundamental o planejamento de prioridades que possibilitem não somente restabelecer um quadro de saúde bucal, mas possibilitar a sua manutenção ao longo da vida. Nesse contexto, pacientes com histórico de periodontites necessitam participar de programas de manutenção periódica preventiva, assim como programas que estimulem mudanças de hábitos relacionados à saúde. Abordagens relacionadas a fatores de risco estabelecidos para as periodontites como o hábito de fumar e a diabetes podem e devem ser inseridos nessa sistemática de manutenção.

5. REFERÊNCIAS

ALBANDAR, J.; BRUNELLE, J.A.; KINGMAN, A. Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States 1988-1994. **J Periodontol**, v.70, n.1, p.13-29, 1999.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Parameter on periodontal maintenance. **J Periodontol**, v.71, n.5, p.849-850, 2000.

AXELSSON, P.; LINDHE, J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. **J Clin Periodontol**, v.5, n.2, p.133-151, 1978.

AXELSSON, P.; LINDHE, J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. **J Clin Periodontol**, v.8, n.3, p.239-248, 1981.

AXELSSON, P.; LINDHE, J.; NYSTRÖM, B. On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15-year longitudinal study in adults. **J Clin Periodontol**, v.18, n.3, p.182-189, 1991.

AXELSSON, P.; NYSTRÖM, B.; LINDHE, J. The long-term of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. **J Clin Periodontol**, v.31, n.9, p.749-757, 2004.

BECKER, W.; BECKER, B.E.; BERG, L.E. Periodontal treatment without maintenance. A retrospective study in 44 patients. **J Periodontol**, v.55, n.9, p.505-509, 1984.

BOING, A.F. et al. Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. **Cad Saúde Pública**, v.21, n.3, p.673-678, 2005.

CHECCHI, L. et al. Patient compliance with maintenance therapy in a Italian periodontal practice. **J Clin Periodontol**, v.21, n.5, p.309-312, 1994.

CHECCHI, L. et al. Retrospective study of tooth loss in 92 treated periodontal patients. **J Clin Periodontol**, v.29, n.7, p.651-656, 2002.

CLAFFEY, N. et al. Diagnostic predictability of scores of plaque, bleeding, suppuration, and probing pocket depths for probing attachment loss. 3 ½ years of observation following initial therapy. **J Clin Periodontol**, v.17, n.2, p.108-114, 1990.

COBB, C.M. Non-surgical pocket therapy: mechanical. *Ann Periodontol*, v.1, n.1, p.443-490, 1996.

- COHEN, R.E. Periodontal maintenance. Position paper of the American Academy of Periodontology. **J Periodontol**, v.74, n.9, p.1395-1401, 2003.
- COSTA, F.O. et al. Progression of periodontitis in a sample of regular and irregular compliers under maintenance therapy: a 3-years follow-up study. **J Periodontol**, v.82, n.9, p.1279-1287, 2011a.
- COSTA, F.O. et al. Prospective study in periodontal maintenance therapy: comparative analysis between academic and private practices. **J Periodontol**, v.83, n.3, p. 301-311, 2012.
- DEMETRIOU, N.; TSAMI-PANDI, A.; PARASHIS, A. Compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-years retrospective study. **J Periodontol**, v.66, n.2, p.145-149, 1995.
- DEMIREL, K.; EFEODLU, A. Retrospective evaluation of patient compliance with supportive periodontal treatment. **J Nihon Univ Sch Dent**, v.37, n.3, p. 131-137, 1995.
- FARDAL, O.; JOHANNESSEN, A.C.; LINDEN, G.J. Tooth loss during maintenance following periodontal treatment in a periodontal practice in Norway. **J Clinical Periodontol**, v. 31, n.7, p.550-555, 2004.
- FARDAL, Ø.; LINDEN, G.J. Re-treatment profiles during long-term maintenance therapy in a periodontal practice in Norway. **J Clin Periodontol**, v.32, n.7, p.744-749, 2005.
- GESSER, H.C; PERES, M.A.; MARCENES, W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.3, p.289-293, 2001.
- GREENSTEIN, G. The role of bleeding upon probing in the diagnosis of periodontal disease. A literature review. **J Periodontol**, v.55, n.12, p. 684-688, 1984.
- GREENSTEIN, G.; CATON, J.; POLSON, A.M. Histologic characteristics associated with bleeding after probing and visual signs of inflammation. **J Periodontol**, v.52, n.8, p. 420-425, 1981.
- HAAS, A.N. et al. Pattern and rate of progression of periodontal attachment loss in an urban population of South Brazil: a 5-years population-based prospective study. **J Clin Periodontol**, v. 39, n.1, p.1-9, 2012.

HAFFAJEE, A.D. Systemic antibiotics: to use or not use in the treatment of periodontal infections. That is the question. **J Clin Periodontol**, v.33, n.5, p.359-361, 2006.

HIRSCHFELD, L.; WASSERMAN, B. A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. **J Periodontol**, v.49, n.5, p.225-37, 1978.

JOSS, A.; ADLER, R.; LANG, N.P. Bleeding on probing. A parameter for monitoring periodontal conditions in clinical practice. **J Clin Periodontol**, v. 21, n.6, p. 402-408, 1994.

KALDAHL, W.B. et al. Long-term evaluation of periodontal therapy: II Incidence of breaking down. **J Periodontol**, v.67, n.2, p.103-108, 1996.

KNOWLES, J.W. Oral hygiene related to long-term effects of periodontal therapy. **J Mich Dent Assoc**, v.55, n.9, p.147-150, 1973.

KOCHER, T. et al. Disease progression in periodontally treated and untreated patients- a retrospective study. **J Clin Periodontology**, v.27, n.11, p.866-872, 2000.

KÖNIG, J. et al. Tooth loss and pocket probing depths in compliant periodontally treated patients: a retrospective analysis. **J Clin Periodontol**, v.29, n.12, p.1092-1100, 2002.

LANDIS, J.R.; KOCK, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v.33, n.1, p.159-174, 1977.

LANG, N.P. et al. Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability. **J Clin Periodontol**, v.17, n.10, p. 714-721, 1990. LINDHE, J.; NYMAN, S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. **J Clin Periodontol**, v.11, n.8, p.504-514, 1984.

LÖE, H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems. **J Periodontol**, v.38, n.6, p. 610-616, 1967.

LORENTZ, T.C.M. et al. Prospective study of complier individuals under periodontal maintenance therapy: analysis of clinical periodontal parameters, risk predictors and the progression of periodontitis. **J Clin Periodontol**, v.36, n.1, p.58-67, 2009.

LORENTZ, T.C.M. et al. Tooth loss in individuals under periodontal maintenance therapy: prospective study. **Braz Oral Res**, v.24, n.2, p.231-237, 2010.

MENDONZA, A.R.; NEWCOMB, G.M; NIXON, K.C. Compliance with supportive periodontal therapy. **J Periodontol**, v.62, n.12, p.731-736, 1991.

- MIYAMOTO, T. et al. Compliance as a prognostic indicator: retrospective study of 505 patients treated and maintained for 15 years. **J Periodontol**, v.77, n.2, p.223-232, 2006.
- NG MC-H. et al. Tooth loss in compliant and non-compliant periodontally treated patients: 7 years after active periodontal therapy. **J Clin Periodontol**, v.38, n.5, p.499-508, 2011.
- NOVAES, A.B. et al. Compliance with supportive periodontal therapy. **J Periodontol**, v.67, n.3, p.213-216, 1996.
- PAGE, R.C.; KORNMAN, K.S. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. **Periodontol 2000**, v.14, p.9-11, 1997.
- PIOVESAN, C. et al. Socioeconomic and clinical factors associated with caregivers' perceptions of children's oral health in Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.39, n.3, p.260-267, 2011.
- PRESHAW, P.M.; HEASMAN, P.A. Periodontal maintenance in a specialist clinic and in general dental practice. **J Clin Periodontol**, v.32, n.3, p.280-286, 2005.
- RAMFJORD, S.P. Maintenance care and supportive periodontal therapy. **Quintessence Int**, v.24, n.7, p.465-471, 1993.
- SERINO, G. et al. Initial outcome and long-term effect of surgical and non-surgical treatment of advanced periodontal disease. **J Clin Periodontol**, v.28, n.10, p. 910-916, 2001.
- SILNESS, J.; LÖE, H. Periodontal disease in pregnancy II - Correlation between oral hygiene and periodontal conditions. **Acta Odont Scand**, v.22, p.121-135, 1964.
- SUSIN, C. et al. Periodontal attachment loss in an urban population of Brazilian adults: effect of demographic, behavioral, and environmental risk indicators. **J Periodontol**, v. 75, n. 7, p.1033-41, 2004.
- TONETTI, M.S. et al. Initial extractions and tooth loss during supportive care in a periodontal population seeking comprehensive care. **J Clin Periodontol**, v. 27, n.11, p.824-831, 2000.
- TONETTI, M.S.; CLAFFEY, N. Advances in the progression of periodontitis and proposal of definitions of a periodontitis case and disease progression for use in risk factor research. **J Clin Periodontol**, v.32, n.6, p.210-213, 2005.
- WATT, R.G.; PETERSEN, P.E. Periodontal health through public health: the case for oral health promotion. **Periodontol 2000**, v.60, n.1, p.147-155, 2012.

WILSON, T.G JR. et al. Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. **J Periodontol**, v.55, n.8, p.468-473, 1984.

WILSON, T.G. Compliance and its role in periodontal therapy. **Periodontol**, v.12, p.16-23, 1996.

WILSON, T.G.; HALE, S.; TEMPLE, R. The results of efforts to improve compliance with supportive periodontal therapy in the private practice. **J Periodontol**, v.64, n.4, p.311-314, 1993.

WOOD, W.R.; GRECO, G.W.; McFALL, W.T Jr. Tooth loss in patients with moderate periodontitis after treatment and long-term maintenance care. **J Periodontol**, v.60, n.9, p.516-520, 1989.

ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

PROJETO DE PESQUISA

Título: Condição periodontal de pacientes tratados por especialistas em unidade de filantropia

Área Temática:

Pesquisador: KARLA ZANINI KANTORSKI

Versão: 2

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CAAE: 00555612.5.0000.5346

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 30876

Data da Relatoria: 29/05/2012

Apresentação do Projeto:

Periodontite é uma doença infecto-inflamatória que acomete os tecidos de suporte dos dentes. O tratamento dessa condição consiste na raspagem e alisamento radicular que visa desorganizar o biofilme subgingival e remover depósitos mineralizados a fim de manter os dentes com saúde e função ao longo dos anos. Nesse contexto, a adesão por parte dos pacientes em uma manutenção periódica e preventiva tem-se mostrado essencial para evitar perda de inserção adicional. Assim, o presente estudo avaliará, transversalmente, a condição periodontal de pacientes tratados por periodontistas em unidade de filantropia e verificar a efetividade da manutenção. A amostra será obtida por meio de um censo de todos os pacientes que receberam tratamento periodontal caracterizado por raspagem e alisamento radicular no período de maio de 2006 a setembro de 2011. Pacientes que necessitaram de uso de antibióticos para a realização dos exames periodontais serão excluídos. Pacientes que concordarem em participar do estudo assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados relacionados com as condições demográficas e socioeconômicas serão obtidos por meio de uma entrevista estruturada. Os dados referentes às condições dos tecidos gengivais e periodontais serão obtidos por meio da realização de exame clínico envolvendo avaliação de: índice de placa, índice gengival, profundidade de sondagem, sangramento a sondagem, nível clínico de inserção e lesões de furca. Todos os exames serão realizados por dois examinadores previamente treinados e calibrados. A previsão de execução do estudo é de 12 meses e os custos serão financiados pelos próprios pesquisadores.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

O objetivo geral do presente estudo será descrever a condição periodontal de pacientes tratados por periodontistas em unidade de filantropia.

Objetivos específicos:

Comparar condições periodontais entre pacientes tratados por periodontistas em unidade de filantropia, submetidos ou não a manutenção periódica preventiva.
Avaliar associações entre as condições periodontais com possíveis indicadores e fatores de risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa estão descritos no projeto e referem-se ao cansaço e desconforto da entrevista e ao risco mínimo de o paciente vir a se machucar com os instrumentos odontológicos, caso ocorra algum movimento brusco. No projeto de pesquisa não consta os benefícios da participação no estudo, porém no TCLE estes estão descritos de modo claro e são diretos para os participantes da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados em sua nova versão

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar o projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa, referente a elaboração de uma dissertação de mestrado, apresenta a fundamentação teórica sucinta. O pesquisador responsável tem experiência na área e currículo lattes atualizado. Os objetivos são claros e adequados a metodologia proposta. A população do estudo (150) consta apenas na plataforma Brasil. Os critérios de inclusão e exclusão, assim como riscos e benefícios estão descritos de modo claro no TCLE. A casuística e o método estão descritos de modo que permite a compreensão dos procedimentos que serão adotados. O TCLE necessita adequação da terminologia técnica a população que participará no estudo.

ANEXO B: Entrevista**Dados pessoais e demográficos:**

Paciente: _____

Endereço: _____

Profissão: _____ Estado Civil: _____

Data de Nascimento: _____ Telefones para contato: _____

1. Quantas vezes você escova seus dentes por dia? _____
2. Que tipo de escova usa (cerdas)? _____
3. Faz uso de algum dispositivo para limpar entre seus dentes? _____
4. Você usa esse dispositivo com que frequência? _____
5. Faz uso de pasta de dente? Qual? _____
6. Faz uso de alguma solução para bochecho? Qual? _____
7. Por qual motivo você usa bochecho? _____
8. Percebe se sangra sua gengiva quando escova? _____
9. Percebe sangue no travesseiro ao acordar? _____
10. Tem sensibilidade nos dentes? _____
11. Sente mau gosto na boca? _____
12. Percebe ou já percebeu dentes frouxos? _____
13. Se você perdeu algum dente, qual foi a causa (dentes frouxos, dor, cárie, necessidade de tratamento de canal, fratura)? _____
14. Sente-se confortável para mastigar qualquer tipo de alimento (carnes, frutas, balas)? _____
15. É fumante? _____
16. Se sim, há quanto tempo fuma? Quantos cigarros/dia? _____
17. Se não, mas é ex-fumante: há quanto tempo deixou o hábito? Quanto tempo fumou? Quantos cigarros/dia fumava? _____
18. Tem diabetes? Alguém em sua família é diabético? _____
19. Quantas vezes/ano frequenta o ambulatório? _____
20. Qual o principal motivo que o leva a procurar atendimento odontológico? _____
21. Você tem conhecimento da doença periodontal? _____
22. Você recebeu orientações de como limpar seus dentes? _____
23. Os dentistas relataram a necessidade de retorno para acompanhamento? _____
24. A cada consulta há explicação sobre cuidados com a higiene oral? _____
25. Está fazendo uso de algum medicamento? Qual? _____
26. Qual é a renda da sua família? _____ salários mínimos.
27. Você recebe algum auxílio do governo? (bolsa família) _____
28. Qual é seu grau de escolaridade? _____
29. Qual o grau de escolaridade do chefe da sua família? _____

