



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**FATORES DETERMINANTES NA ASSIDUIDADE ÀS
CONSULTAS DE TERAPIA PERIODONTAL DE SUPORTE**

Trabalho submetido por
Inês Alexandra Ramos Barradas
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2022



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**FATORES DETERMINANTES NA ASSIDUIDADE ÀS
CONSULTAS DE TERAPIA PERIODONTAL DE SUPORTE**

Trabalho submetido por
Inês Alexandra Ramos Barradas
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Ricardo Castro Alves

setembro de 2022

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Doutor Ricardo Alves, pela confiança, ajuda e dedicação prestadas e pelo conhecimento transmitido ao longo de todo o percurso académico.

Ao Prof. Doutor Luís Proença, pela disponibilidade, ajuda no tratamento estatístico do estudo e pela simpatia com que sempre me recebeu.

À Cláudia, pela preciosa ajuda na seleção e recolha de processos sem a qual não teria sido possível.

A toda a minha família, mas em especial aos meus pais, Alexandra e Tobias, e ao meu irmão, Bruno, é um privilégio ter-vos comigo, é com muita felicidade que sei que me veem concluir esta etapa. Agradeço-vos todos os esforços, paciência e toda a dedicação, um obrigado nunca será suficiente.

Aos meus amigos de faculdade, que partilharam comigo os seus conhecimentos ao longo deste percurso e que contribuíram, direta ou indiretamente, na elaboração deste projeto.

Por último, gostaria de agradecer ao Instituto Universitário Egas Moniz, por ter sido a minha segunda casa nestes últimos 5 anos e por todas as oportunidades.

RESUMO

Objetivo: Avaliação dos fatores determinantes da assiduidade às consultas de Tratamento Periodontal de Suporte numa amostra de pacientes da Clínica Dentária Egas Moniz.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo através da análise de 104 processos clínicos de pacientes que completaram o tratamento periodontal não cirúrgico e foram seguidos nas consultas de Tratamento Periodontal de Suporte na Clínica Universitária Egas Moniz entre os meses de dezembro 2019 e março 2020.

A adesão dos pacientes foi avaliada pelos intervalos entre consultas de TPS e foram classificados como assíduos (compareceram a pelo menos 2 consultas por ano), irregulares (interromperam o tratamento durante um período, sendo que ao longo das demais consultas demonstraram ser assíduos) e os restantes como não assíduos.

Foi feita uma análise para cada grupo para correlacionar o grau de adesão com o sexo, idade, situação profissional, proximidade à clínica, escalão de rendimento anual, diagnóstico periodontal, número de dentes ausentes no diagnóstico, índice de placa, índice gengival, patologias sistémicas, hábitos tabágicos, presença de implantes, presença de prótese dentária, tratamento ortodôntico e duração do tratamento.

Resultados: Apenas 41,3% dos pacientes mostraram ser assíduos. Pacientes mais velhos e pacientes com IG mais baixo tiveram melhor adesão à TPS, assim como pacientes com maior duração de tratamento demonstraram ser mais assíduos. Não houve diferenças significativas entre os pacientes assíduos, irregulares e não assíduos em relação às restantes variáveis.

Conclusão: Nesta amostra foi observada uma baixa adesão à terapia periodontal. A idade, o IG, a Hipercolesterolemia e a duração do tratamento representaram modificadores significativos na adesão à TPS. No entanto, mais estudos são necessários para avaliar se estes resultados são válidos para a população portuguesa.

Palavras-chave: adesão dos pacientes; assiduidade; doença periodontal; tratamento periodontal de suporte

ABSTRACT

Aim: Evaluation of the determinating factors related to assiduity in Supportive Periodontal Therapy appointments in a sample of patients from Clínica Universitária Egas Moniz.

Materials and Methods: A retrospective study was carried out through the analysis of 104 clinical files of patients who completed non-surgical periodontal treatment and were followed in the Periodontal Support Treatment appointments at Clínica Dentária Egas Moniz between december 2019 and march 2020.

Patients' adherence was evaluated by the intervals between SPT consultations and they were classified as assiduous (at least 2 consultations per year), irregular (interrupted treatment for a period and during the other consultations they proved to be assiduous) and the remaining as non assiduous.

An analysis was performed for each group to correlate the degree of adherence with sex, age, professional status, proximity to the clinic, annual income level, periodontal diagnosis, number of missing teeth at diagnosis, plaque index, gingival index, systemic pathologies, smoking habits, presence of implants, presence of dental prosthesis, orthodontic treatment and duration of treatment.

Results: Only 41.3% of the patients demonstrated to be assiduous. Older patients and patients with a lower GI had better adherence to the SPT. Older patients and patients with a lower GI had better adherence to the TPS, as well as patients with longer duration of treatment demonstrated to be more assiduous. There were no significant differences between assiduous, irregular and non assiduous patients in relation to the remaining variables.

Conclusion: In this sample was observed low adherence to periodontal therapy. Age, GI, hypercholesterolemia and duration of treatment represented significant modifiers in results in adherence to SPT. However, more studies are needed to assess whether these results are valid for the portuguese population.

Keywords: patient compliance; assiduity; periodontal disease; supportive periodontal therapy

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	15
1. PERIODONTITE	15
1.1. Epidemiologia	16
1.2. Etiopatogenia.....	16
1.3. Fatores de risco.....	17
2. TRATAMENTO PERIODONTAL	19
2.1. Plano de tratamento	19
2.2. Critérios de sucesso	21
3. TRATAMENTO PERIODONTAL DE SUPORTE.....	22
3.1. A consulta de Suporte Periodontal	22
3.2. Avaliação do Risco Periodontal	24
3.3. Importância da TPS na manutenção dos resultados a longo prazo	25
II. OBJETIVOS.....	27
III. MATERIAIS E MÉTODOS	29
1. Considerações Éticas	29
2. Tipo de estudo.....	29
3. Local de estudo	29
4. Amostra	29
4.1. Seleção da amostra	29
4.2. Critérios de inclusão	30
4.3. Critérios de exclusão.....	30
5. Variáveis analisadas	30
6. Análise Estatística.....	31
IV. RESULTADOS.....	33
1. Caracterização da amostra	33

2. Caracterização da amostra quanto à assiduidade.....	34
3. Caracterização da amostra quanto à faixa etária e ao género.....	35
4. Caracterização da amostra quanto à situação profissional e local de residência.....	36
5. Caracterização da amostra quanto ao nível de escolaridade e escalão de rendimentos	40
6. Caracterização da amostra quanto ao diagnóstico periodontal e número de dentes ausentes no diagnóstico.....	42
7. Caracterização da amostra quanto ao índice de placa e índice gengival.....	45
8. Caracterização da amostra quanto a patologias sistémicas e hábitos tabágicos	47
9. Caracterização da amostra quanto à presença de implantes, próteses dentárias e tratamento ortodôntico	53
10. Caracterização da amostra quanto à duração do tratamento e quanto ao período do tratamento em que deixaram de comparecer	57
11. Análise estatística entre a assiduidade e as variáveis em estudo.....	59
V. DISCUSSÃO.....	61
VI. CONCLUSÕES	73
VII. BIBLIOGRAFIA.....	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Consulta de TPS - “The recall hour”. (Adaptado de Lindhe, 2022).	23
Figura 2 – Diagrama de Avaliação do Risco Periodontal. (Adaptado de Lang & Tonetti, 2003).	24

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Análise descritiva da amostra quanto à assiduidade face ao género.....	35
Tabela 2 – Análise descritiva da amostra quanto à assiduidade face à situação profissional.	37
Tabela 3 – Análise descritiva da amostra quanto à assiduidade face à área de residência.	39
Tabela 4 – Análise descritiva da amostra quanto ao nível de escolaridade.	40
Tabela 5 – Análise descritiva da amostra quanto à assiduidade face ao nível de escolaridade.	40
Tabela 6 – Análise descritiva da amostra quanto ao escalão de rendimento.....	41
Tabela 7 – Análise descritiva quanto à assiduidade face ao diagnóstico periodontal....	43
Tabela 8 – Análise descritiva quanto à assiduidade face às patologias sistémicas.....	49
Tabela 9 – Análise descritiva quanto à assiduidade face aos hábitos tabágicos.....	52
Tabela 10 – Análise descritiva quanto à assiduidade face à presença de implantes.....	53
Tabela 11 – Análise descritiva quanto à assiduidade face à presença prótese e aparelho ortodôntico.....	56
Tabela 12 – Análise estatística para avaliação da associação entre a assiduidade e as variáveis para dados paramétricos através do teste kruskal-wallis.....	59
Tabela 13 – Análise estatística para comparação entre a assiduidade e as variáveis para dados não paramétricos entre grupos através do teste qui-quadrado.....	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes por género na amostra estudada.	33
Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes por idade.	33
Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes segundo a assiduidade na amostra estudada.	34
Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face ao género.	35
Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à idade.	36
Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes em relação à situação profissional na amostra estudada.	37
Gráfico 7 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face à situação profissional.	38
Gráfico 8 – Distribuição dos pacientes por local de residência na amostra estudada.	38
Gráfico 9 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face ao local de residência.	39
Gráfico 10 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face ao nível de escolaridade.	41
Gráfico 11 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face ao rendimento anual.	42
Gráfico 12 – Distribuição dos pacientes em relação ao número de dentes ausentes no diagnóstico periodontal.	44
Gráfico 13 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face ao número de dentes ausentes no diagnóstico periodontal.	45
Gráfico 14 – Distribuição dos pacientes quanto ao IP e IG.	46
Gráfico 15 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face ao IP.	46
Gráfico 16 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face ao IG.	47
Gráfico 17 – Distribuição dos pacientes por número de patologias na amostra estudada.	48
Gráfico 18 – Distribuição dos pacientes quanto às patologias mais frequentes.	48
Gráfico 19 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face ao número de patologias.	50
Gráfico 20 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à Hipertensão Arterial.	50
Gráfico 21 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à Hipercolesterolemia.	51

Gráfico 22 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face a outras patologias menos frequentes.	51
Gráfico 23 – Distribuição dos pacientes quanto aos hábitos tabágicos.	52
Gráfico 24 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face a hábitos tabágicos.	53
Gráfico 25 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à presença de implantes.	54
Gráfico 26 – Distribuição dos pacientes quanto à presença de prótese dentária.	54
Gráfico 27 – Distribuição dos pacientes quanto à presença de aparelho ortodôntico. ..	55
Gráfico 28 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à presença de prótese.	56
Gráfico 29 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à presença de aparelho ortodôntico.	57
Gráfico 30 – Distribuição dos pacientes quanto à duração do tratamento periodontal..	57
Gráfico 31 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à duração do tratamento periodontal.	58

LISTA DE ABREVIATURAS

DAR - Destartarização e Alisamento Radicular

DP - Doença Periodontal

HO - Higiene Oral

HS - Hemorragia à sondagem

HTA - Hipertensão Arterial

IG - Índice gengival

IP - Índice de placa

PS - Profundidade de sondagem

TPS - Terapia Periodontal de Suporte

I. INTRODUÇÃO

1. PERIODONTITE

A periodontite define-se como uma doença inflamatória crónica multifatorial associada a um biofilme disbiótico que começa por afetar o tecido gengival e pode levar, com o tempo, à destruição progressiva dos tecidos de suporte, podendo mesmo levar à perda dentária (Cabrera, 2015; Soto et al., 2017; Steffens, 2018). Como qualquer outra doença crónica, a doença periodontal, pode ser tratada, mas não totalmente eliminada (Echeverría et al., 2019).

Alguns sinais que podem alertar para o início da doença periodontal podem ser o sangramento gengival, recessões, mobilidade e sensibilidade. No entanto, o tratamento especializado nem sempre é procurado devido à crença de que a perda dentária e a mobilidade estão inextricavelmente ligadas ao envelhecimento (Manresa et al., 2018; Midwood et al., 2019; Echeverría et al., 2019). O motivo mais comum para a procura de tratamento dentário são a dor e desconforto. A doença periodontal raramente causa dor, pelo que a motivação do paciente para o tratamento periodontal pode ser bastante desafiadora (Gokulanathan et al., 2014).

O tratamento periodontal é constituído por uma fase ativa e uma fase de manutenção, o Tratamento Periodontal de Suporte (TPS). A assiduidade e adesão a estas consultas são cruciais para o sucesso a longo prazo do tratamento (Sonnenschein, 2020).

Sabe-se que apenas uma pequena parte dos pacientes afetados pela periodontite realizam os cuidados de higiene oral de forma correta e frequentam as consultas de manutenção com a frequência estabelecida (Johansson et al., 1984; Novaes & Novaes, 1999). Considerando que o Tratamento Periodontal de Suporte é uma parte essencial da estabilização da doença periodontal e que pacientes que compareceram às consultas de tratamento periodontal de forma regular têm um melhor prognóstico e menor probabilidade de perda dentária a longo prazo, a adesão do paciente pode ser considerada um fator crítico para o sucesso do tratamento (De Micheli et al., 2001).

1.1. Epidemiologia

As doenças periodontais são altamente prevalentes, com padrões variados em diferentes populações (Demmer e Papapanou, 2010). Estima-se que a doença periodontal afeta cerca de 50% da população mundial e que cerca de 11% sofra da forma mais grave de periodontite (Tonetti et al., 2015).

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde realizou o III estudo nacional de Prevalência das Doenças Orais em 2015 no qual a prevalência da periodontite foi de cerca de 11%. No entanto, são necessários mais estudos, com um número significativo de participantes que permitam caracterizar a saúde oral no geral e a saúde periodontal em Portugal.

1.2. Etiopatogenia

A periodontite é uma doença inflamatória causada por uma infeção na qual a composição do biofilme desempenha um papel importante (Könönen, Gursoy, & Gursoy 2019). A placa bacteriana é composta por um agregado de micro-organismos associados numa matriz orgânica composta por material derivado da dieta, fluidos biológicos e produtos do metabolismo bacteriano. É um biofilme ainda não mineralizado, que com o decorrer do tempo vai mineralizando e formando tártaro nas superfícies dos dentes, próteses, implantes, restaurações e aparelhos ortodônticos quando as medidas de higiene são ineficazes ou abandonadas (Lindhe, 2022). O acúmulo de placa na margem gengival inicia uma resposta inflamatória que, por sua vez, causa alterações microbianas e pode levar a consequências drásticas no periodonto de indivíduos suscetíveis. A inflamação crónica afeta a gengiva e pode evoluir para periodontite, que caracteristicamente resulta na perda irreversível de inserção e osso alveolar (Könönen, Gursoy, & Gursoy 2019).

No periodonto, a transição da saúde para a doença ocorre através de uma alteração de uma comunidade simbiótica (principalmente bactérias Gram-positivas) para uma comunidade microbiana disbiótica (principalmente bactérias Gram-negativas) (Hajishengallis, 2015; Marsh, 1994).

A periodontite está frequentemente associada à progressão de uma doença instituída, gengivite reversível não tratada (Lang et al., 2009). O acúmulo de biofilme favorece o

crescimento de determinadas espécies bacterianas capaz de induzir no hospedeiro uma resposta mais intensa (Meyle & Chapple, 2015). Como resultado, é estabelecido um ciclo, sustentado por disbiose e inflamação formando um ciclo de feedback (Hajishengallis, 2015; Meyle & Chapple, 2015). Uma tríade de bactérias anaeróbicas, *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola* e *Tannerella forsythia* (designada por complexo vermelho), têm sido consideradas como o agente causal da periodontite (Darveau, 2010; Socransky & Haffajee, 2005). No entanto, outros complexos também se encontram envolvidos na fisiopatologia da periodontite, onde esta condição resulta de uma sinergia polimicrobiana e disbiose (Hajishengallis, 2015).

Embora as bactérias desempenhem um papel fundamental no início da doença periodontal, os fatores de risco (relacionados ao paciente) podem afetar a apresentação clínica e a progressão da doença periodontal (Meyle & Chapple, 2015).

1.3. Fatores de risco

Têm sido sugeridos vários fatores de risco modificáveis e não modificáveis para a periodontite. Os fatores de risco modificáveis são geralmente de natureza ambiental ou comportamental, enquanto os fatores de risco não modificáveis também podem ser designados por determinantes, uma vez que são geralmente intrínsecos ao indivíduo (Van Dyke & Sheilesh, 2005).

O acúmulo de placa bacteriana, o sistema imunitário do hospedeiro e processos destrutivos específicos podem ser considerados fatores etiológicos da periodontite, embora disbiose e acúmulo de placa bacteriana por si só não desenvolvam periodontite no hospedeiro (Hajishengallis, 2015; Slots, 2017).

O sistema imunitário do hospedeiro desempenha um papel importante no desenvolvimento da periodontite, no qual a predisposição genética também pode influenciar o seu aparecimento, visto que a maior parte dos genes considerados responsáveis pela doença também estão relacionados com a resposta imune (Van Dyke & Sheilesh, 2005; Genco & Borgnakke, 2013; Hajishengallis, 2015).

Um exemplo de desregulação imune do hospedeiro e o seu efeito na periodontite é a *diabetes mellitus*. Vários estudos sugerem uma relação bidirecional entre diabetes e periodontite. Estes estudos demonstram existir uma destruição periodontal mais grave em pacientes com diabetes e um pior controle metabólico em pacientes com periodontite (Cabrera, 2015).

Assim como a diabetes, o tabagismo apresenta uma forte relação com a doença periodontal. O tabagismo é considerado um dos maiores fatores de risco para a periodontite e a sua cessação tem sido demonstrada como benéfica para os tecidos periodontais. A probabilidade de desenvolver doença periodontal mostrou ser dependente da dose de tabaco consumida (Tomar & Asma, 2000).

Outros fatores/indicadores de risco relacionados com o paciente como a idade, sexo, obesidade, alguns hábitos (como o consumo de álcool e a higiene oral), medicação, stresse, nível socioeconómico e a educação podem contribuir para desregular o sistema imunitário do hospedeiro e aumentar o risco de aparecimento e progressão da periodontite (Genco & Borgnakke, 2013; Nazir, 2017; Eke et al., 2016).

A relação entre idade e periodontite é complexa. Embora o envelhecimento esteja associado a um aumento da incidência da doença periodontal, inicialmente acreditava-se que esta era consequência inevitável da idade (Burt, 1994; Dye et al., 2007). No entanto, tem sido sugerido que o aumento do nível de destruição periodontal observado com o envelhecimento é o resultado da destruição cumulativa, sendo resultado do efeito cumulativo prolongado a verdadeiros fatores de risco ou influência de outros fatores como a presença de doenças sistémicas, medicação e comorbidades na população mais idosa e não o resultado do aumento da taxa de destruição. Assim, o envelhecimento não é considerado um fator de risco *per se* (Papanou et al, 1991; Genco, 1996; Albandar & Tinoco, 2002).

2. TRATAMENTO PERIODONTAL

2.1. Plano de tratamento

É essencial diagnosticar corretamente a periodontite de forma a ser possível definir planos preventivos e planos de tratamento personalizados, adaptados às necessidades de cada paciente. A sequência de tratamento periodontal é composta por quatro fases: fase sistêmica, fase inicial, fase corretiva e por fim a fase do tratamento periodontal de suporte (Sanz et al., 2020).

A fase sistêmica é a primeira e tem como objetivo a eliminação ou pelo menos a diminuição de condições sistêmicas nos resultados do tratamento, fazendo-se também nesta fase consultas de cessação tabágica em pacientes fumadores. É onde devem ser feitas as perguntas em relação à história clínica do paciente e o seu envio à consulta com o médico assistente caso seja necessário (Lindhe, 2022).

Na fase inicial, que também pode ser denominada de fase causal ou higiênica, são feitas as consultas de Diagnóstico Periodontal, Status Radiográfico e Destartarização e Alisamento Radicular (DAR). É feita a eliminação dos depósitos de placa bacteriana das superfícies dentárias supra e sub-gengivais e a prevenção da sua recorrência através de motivação, instruções para higiene oral e eliminação de fatores locais de retenção de placa. Nesta fase pode ainda ser feito o tratamento de cáries, tratamentos endodônticos, assim como extrações dos dentes necessários para reabilitação protética provisória (Lindhe, 2022).

Após feitos todos os alisamentos radiculares necessários, aguardamos 6 a 8 semanas para ser feita uma reavaliação periodontal. Neste período vai haver uma cicatrização das bolsas através da formação de epitélio juncional longo.

Depois, nesta fase existem três possibilidades: o paciente já não apresenta bolsas periodontais ($PS \leq 3\text{mm}$) e tem uma boa higiene oral, ainda apresenta bolsas ($PS \geq 4\text{mm}$) mas tem uma boa higiene oral ou ainda apresenta bolsas ($PS \geq 4\text{mm}$) e tem uma má higiene oral (IP e $IG > 15\%$) (Sanz et al., 2020).

Se o paciente já não apresentar bolsas e tiver uma boa higiene oral passa para a fase de Tratamento Periodontal de Suporte (TPS) cerca de 3 meses após a consulta de reavaliação. Caso ainda apresente bolsas mas uma boa higiene oral, passa para a fase corretiva ou cirúrgica. E se ainda apresentar bolsas e uma má higiene oral é necessário remotivar o paciente para a higiene oral até os Índices de Placa e Gengival estarem abaixo dos 15% (Sanz et al., 2020).

A fase corretiva tem como objetivo criar acessibilidade para uma instrumentação mais eficaz, estabelecer uma morfologia gengival que facilite a HO do paciente, assim como a regeneração dos tecidos periodontais perdidos pela periodontite, quando possível. Está indicada a cirurgia periodontal quando existem bolsas residuais com PS $\geq$ 5mm com hemorragia à sondagem ou supuração (Lindhe, 2022).

Entre a fase corretiva e a fase de TPS fazemos uma nova reavaliação periodontal, 6 a 8 semanas após a cirurgia do último quadrante, para avaliar se conseguimos atingir critérios de sucesso.

A fase de TPS é a fase que se segue à fase ativa, tendo como principal objetivo assegurar a manutenção dos efeitos obtidos com o tratamento e prevenir a sua recidiva, desempenhando assim um papel fundamental na manutenção dos resultados a longo prazo. Nesta fase, o intervalo entre consultas é estabelecido consoante o perfil de risco individual do doente (Lang & Tonetti, 2003; Manresa et al., 2018).

Uma vez estabilizada a doença periodontal, pode-se avançar para uma fase reabilitadora com os restantes tratamentos necessários.

2.2. Critérios de sucesso

O grau de sucesso no início do tratamento é desconhecido e dependente do resultado dos alisamentos radiculares, da capacidade e vontade do paciente de exercer o controle adequado de placa e adotar hábitos alimentares adequados (Lindhe, 2022).

Os critérios de sucesso no final da fase ativa, para avançar para a fase de manutenção periodontal são atingir uma profundidade de sondagem dentro dos valores normais para um periodonto saudável ($PS \leq 3\text{mm}$) e verificar se a periodontite se encontra estabilizada, um nível de inserção periodontal também estabilizado e verificar se melhorou desde o início do tratamento, confirmar a ausência de inflamação (através da ausência de hemorragia à sondagem (HS)) e se o paciente se encontra satisfeito em termos de função, conforto e estética (Lindhe, 2022).

Segundo o estudo de Van der Weijden, Dekkers & Slot (2019), o sucesso do tratamento pareceu depender do tipo de dente, no qual os resultados em dentes anteriores monoradiculares e pré-molares foram melhores do que em dentes molares. A análise revelou que em 55% dos casos o envolvimento da furca nos molares foi associado à ausência de sucesso, o tratamento endodôntico foi associado à ausência de sucesso em 8%-11% dos casos e fumar influenciava negativamente o sucesso do tratamento. Neste estudo foi considerado que o tratamento tinha sido bem-sucedido quando foram obtidas $PS \leq 5\text{mm}$, sendo que em molares pode ser difícil alcançar estes valores através da terapia periodontal não cirúrgica.

No estudo de Kim et al. (2007), concluiu-se que parece haver mais fatores associados ao defeito (como o dente) que influenciam o resultado do tratamento, do que fatores associados ao paciente.

3. TRATAMENTO PERIODONTAL DE SUPORTE

3.1. A consulta de Suporte Periodontal

A manutenção da estabilidade adquirida com o tratamento periodontal está diretamente relacionada com uma boa adesão por parte do doente, tanto nos cuidados de higiene oral, bem como na assiduidade às consultas de tratamento periodontal de suporte (TPS). O objetivo de uma fase de manutenção é a preservação contínua da saúde gengival e periodontal, obtida após o tratamento periodontal ativo. Para o cumprimento deste objetivo são necessários exames clínicos regulares, com tratamento intercativo adequado, acompanhamento e compromisso médico-doente (Lindhe, 2022).

Os procedimentos de manutenção normalmente incluem a atualização da história médica, reavaliação periodontal e radiográfica, tratamento dos locais reinfetados e, se necessário, polimento dos dentes e uma reavaliação da eficácia do controle de placa do paciente (American Academy of Periodontology [AAP], 2001; Lindhe, 2022). Além disso, a TPS visa reduzir a recorrência de periodontite através de intervenções preventivas, uma vez que os pacientes periodontais têm maior risco de futuros episódios da doença, geralmente afetando os mesmos locais (Fardal et al., 2004; Lang & Tonetti, 2003; Manresa et al., 2018).

A consulta de TPS deve ser planeada atendendo às necessidades individuais do paciente. “*The recall hour*” do Tratamento Periodontal de Suporte (Figura 1) é composta por cerca de uma hora de consulta, como o nome indica. É constituída por cerca de 10 a 15 minutos de exame, reavaliação e procedimentos de diagnósticos (deve ser realizada a atualização da história clínica, assim como o exame intra e extra-oral). São seguidos por 30 a 40 minutos de motivação, re-instrução e instrumentação, que é a parte que utiliza mais tempo da consulta de TPS. Durante esta parte deve ser explicada a situação atual ao doente, re-instrução das técnicas de HO e re-instrumentação das localizações que apresentem sinais de inflamação (HS) ou progressão da doença (PS>4mm).

De seguida, o tratamento das localizações re-infetadas pode incluir pequenas correções cirúrgicas, aplicações de antissépticos e antimicrobianos tópicos ou apenas instrumentação sob anestesia local. O tratamento das localizações re-infetadas pode exigir uma segunda consulta, dependendo do seu número.

Esta consulta é normalmente concluída com a remoção de placa bacteriana e pigmento, polimento, aplicação de flúor ou clorhexidina e avaliação da situação para determinar o intervalo das futuras consultas de TPS. Esta parte dura cerca de 5 a 10 minutos (Lindhe, 2022).

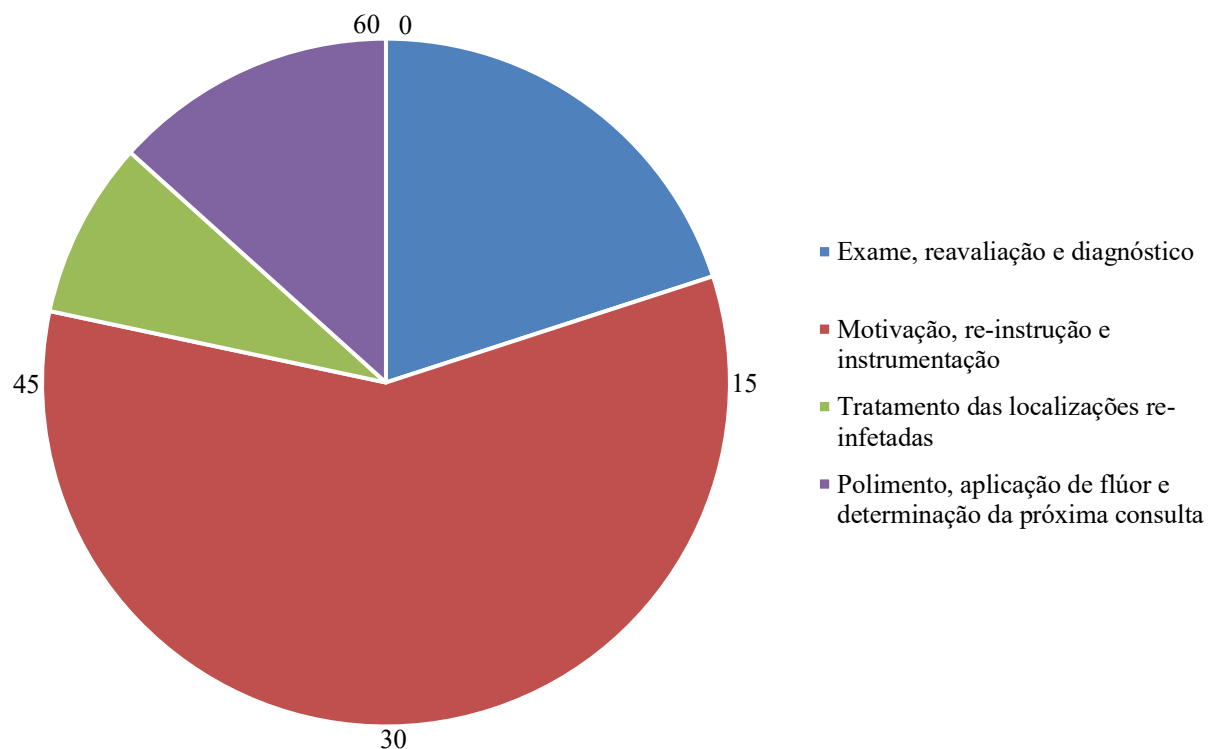


Figura 1 – Consulta de TPS - “The recall hour”. (Adaptado de Lindhe, 2022).

Para a determinação da periodicidade entre consultas de TPS devem ser tidos em conta alguns fatores como o padrão de higiene oral, a prevalência das localizações com HS, hábitos tabágicos, doenças sistémicas (como a diabetes), o nível de inserção periodontal e o nível ósseo antes de iniciado o tratamento. O intervalo de tempo entre estas consultas deve ser inicialmente de 3 a 4 meses e depois redefinido de acordo com a evolução do caso. Deve ser definido também tendo em consideração o perfil de risco geral e o benefício esperado para o paciente (Lang & Tonetti, 2003; Manresa et al., 2018; Lindhe, 2022).

3.2. Avaliação do Risco Periodontal

A análise individual do risco periodontal deve ser efetuada a 3 níveis: indivíduo, dente e localização.

A Avaliação de Risco Periodontal para o paciente é baseada em seis parâmetros específicos definidos por Lang & Tonetti (2003): 1) percentagem de localizações com HS, 2) prevalência de bolsas residuais maiores que 4 mm (≥ 5 mm), 3) perda dentária (de um total de 28 dentes), 4) perda de suporte periodontal em relação à idade, 5) condições sistêmicas e genéticas, 6) fatores ambientais (como o tabagismo). Cada um destes parâmetros é avaliado numa escala de baixo, médio ou alto risco (Lang & Tonetti, 2003).

O diagrama hexagonal (Figura 2) fornece o risco do paciente para progressão ou recorrência da periodontite. Cada fator de risco está representado num vetor do diagrama e todos os fatores de risco devem ser avaliados em conjunto.

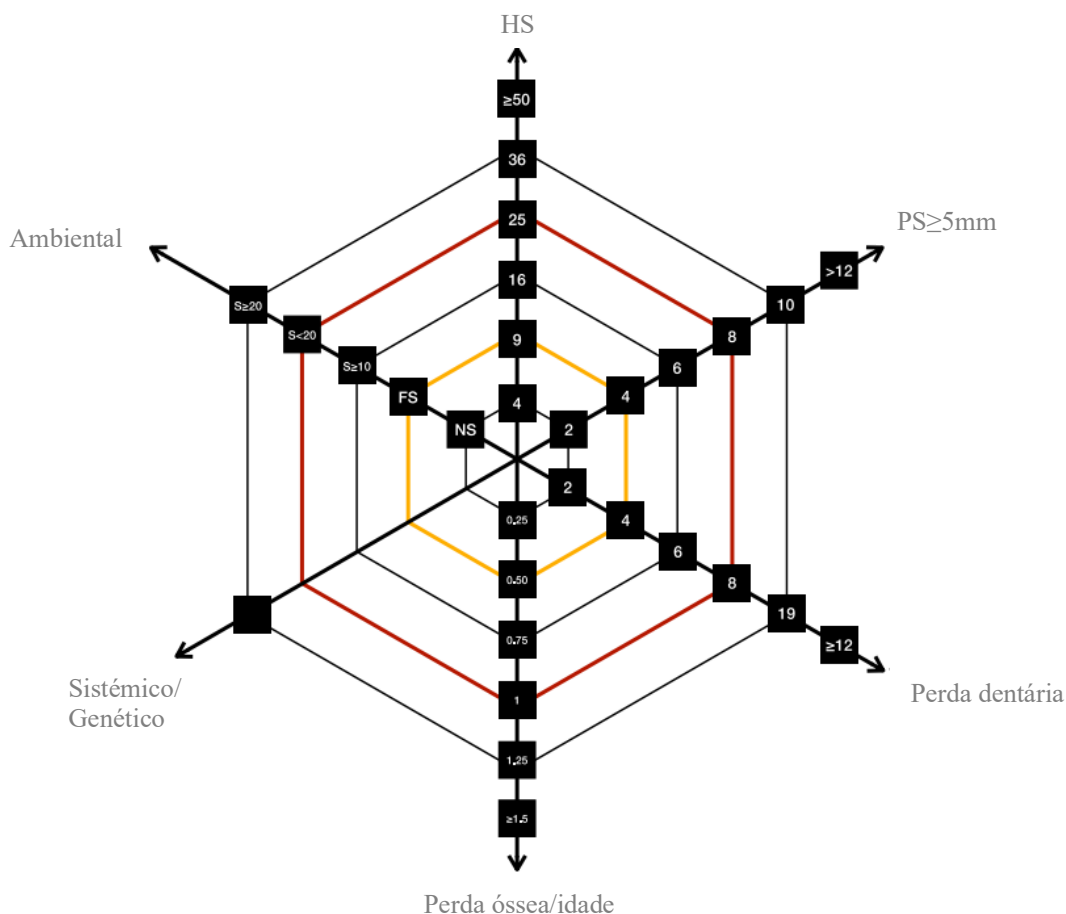


Figura 2 – Diagrama de Avaliação do Risco Periodontal. (Adaptado de Lang & Tonetti, 2003).

HS – Hemorragia à Sondagem; PS – Profundidade de Sondagem.

Ao nível do dente deve ser tida em conta a sua posição na arcada, a existência de lesões com envolvimento da furca, fatores iatrogénicos, mobilidades e o suporte periodontal residual. A avaliação de risco ao nível do dente pode ser útil para avaliar o prognóstico e função de um dente individualmente e pode indicar a necessidade de medidas terapêuticas específicas durante as consultas de TPS. Ao nível da localização, é avaliada a HS, PS, perda de inserção e as localizações com supuração (Lindhe, 2022).

3.3. Importância da TPS na manutenção dos resultados a longo prazo

Ao avaliar a eficácia da Terapia Periodontal de Suporte, vários estudos demonstram que a frequência entre visitas contribuiu para a redução da perda dentária pelos pacientes a longo prazo, redução da perda de suporte, evolução clínica e da necessidade de retratamento (Miyamoto et al., 2010; Ng et al., 2011; Kim et al., 2014; Goh et al., 2017).

O sucesso da TPS foi demonstrado em vários estudos epidemiológicos retrospectivos a longo prazo que, seja em ambientes universitários, hospitalares ou de prática especializada, apenas 2% a 5% dos dentes em pacientes originalmente tratados periodontalmente foram perdidos num período de 5 a 10 anos (Wilson et al., 1987; Fardal et al., 2004; Chambrone & Chambrone 2006; Manresa et al., 2018). Além disso, a perda dentária é mais propensa a ocorrer num grupo reduzido de pacientes de alto risco (Chambrone & Chambrone, 2006).

Foi documentado em vários estudos clínicos longitudinais sobre o resultado da terapia periodontal o papel crucial da TPS na manutenção do sucesso dos resultados obtidos (Ramfjord et al., 1975; Lindhe & Nyman 1975, 1984; Nyman et al., 1977; Knowles et al., 1980; Hill et al., 1981; Kaldahl et al., 1988). Em todos estes estudos, as profundidades de sondagem e os níveis de inserção clínica foram mantidos como resultado de um programa de cuidados de manutenção profissional (com intervalos entre consultas variando entre 3 e 6 meses), independentemente do tratamento inicial realizado.

No estudo de Nyman, Lindhe & Rosling 1977, o resultado foi que pacientes tratados para a periodontite avançada envolvendo técnicas cirúrgicas, mas que não se encontravam incorporados num programa de cuidados de manutenção supervisionados,

exibiram periodontite recorrente, incluindo perda de inserção numa taxa três a cinco vezes maior do que para a progressão natural periodontite em grupos populacionais com alta suscetibilidade à doença (Løe et al. 1978, 1986).

Becker et al. 1984, mostrou que 5 anos após o sucesso da fase ativa do tratamento 45% dos pacientes apresenta condições similares ao seu estado pré-tratamento, quando as consultas de suporte periodontal foram realizadas apenas em intervalos que variam entre os 9 e 18 meses.

II. OBJETIVOS

- Avaliar a adesão dos pacientes às consultas de Tratamento Periodontal de Suporte
- Avaliar os fatores determinantes da assiduidade às consultas de TPS

III. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Considerações Éticas

O estudo foi conduzido conforme os princípios da declaração de Helsínquia e foi submetido à Comissão de Ética Egas Moniz (processo nº 1025), tendo sido aprovado.

Todos os pacientes da Clínica Dentária Egas Moniz (CDEM) assinam na primeira consulta um consentimento para a utilização dos seus dados para fins científicos. Os dados foram utilizados exclusivamente para análise estatística, mantendo-se a confidencialidade e o anonimato.

2. Tipo de estudo

Estudo retrospectivo baseado na consulta dos processos clínicos dos utentes da CDEM

3. Local de estudo

O estudo decorreu na clínica dentária Egas Moniz do Instituto Universitário Egas Moniz, no Monte da Caparica.

4. Amostra

4.1. Seleção da amostra

O estudo decorreu entre março e julho de 2022. Os dados recolhidos são relativos ao período compreendido entre dezembro de 2019 e março 2020, os mesmos foram obtidos através da história clínica, periodontograma e diário clínico contidos no processo de cada paciente que frequentou a consulta de periodontologia, bem como através da análise dos status radiográficos. Foram selecionados e analisados 104 processos, sendo que foram excluídos 4 processos por informação insuficiente.

4.2. Critérios de inclusão

Neste estudo incluíram-se pacientes:

- Que frequentem a Clínica Universitária Egas Moniz;
- Que completaram o tratamento periodontal não cirúrgico.

4.3. Critérios de exclusão

No estudo excluíram-se pacientes que:

- Estiveram hospitalizados durante o intervalo de estudo;
- Se recusam a assinar o consentimento informado.

5. Variáveis analisadas

- Idade;
- Sexo;
- Situação profissional;
- Área de residência;
- Nível de escolaridade;
- Escalão de rendimento anual;
- Diagnóstico Periodontal;
- Número de dentes ausentes do diagnóstico;
- Índice de placa;
- Índice gengival;
- Patologias sistémicas;
- Hábitos tabágicos;
- Presença de implantes;
- Presença de prótese dentária;
- Tratamento ortodôntico;
- Duração do tratamento periodontal;
- Frequência das consultas de periodontologia.

6. Análise Estatística

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados criada no programa Microsoft Excel® para Microsoft 365. A análise estatística foi efetuada no programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 28.0). A análise estatística foi realizada por meio do teste qui-quadrado para dados não paramétricos e teste kruskal-wallis para dados paramétricos.

IV. RESULTADOS

1. Caracterização da amostra

Foi feita uma caracterização da amostra pelas variáveis género e idade. Neste estudo, observou-se uma distribuição relativamente equilibrada em relação ao género, com 51% de pacientes do sexo feminino e 49% do sexo masculino.

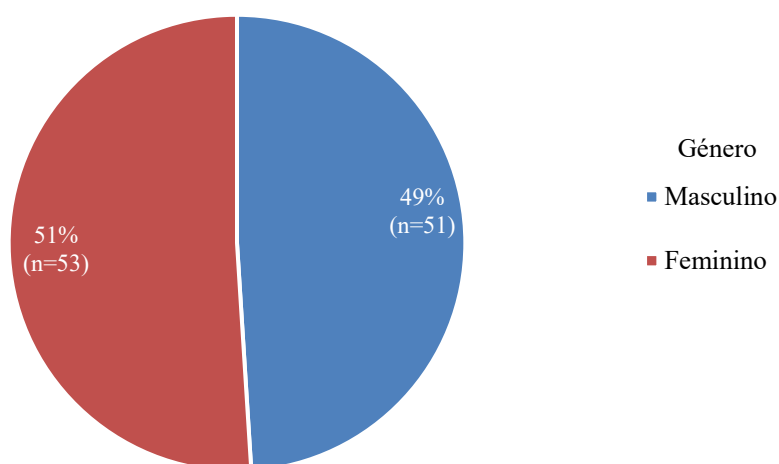


Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes por género na amostra estudada.

A idade dos doentes incluídos no estudo está compreendida entre os 27 e os 86 anos, sendo que as mulheres tinham entre 27 e os 86, e os homens entre 33 e os 85 anos.

O valor médio das idades foi de 60,29 anos, o desvio padrão de 12,24 anos e a mediana é de 62 anos.

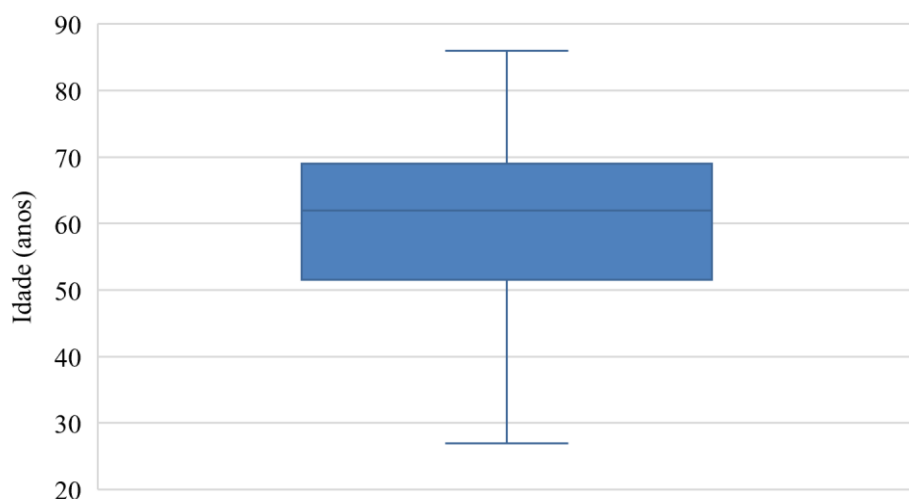


Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes por idade.

2. Caracterização da amostra quanto à assiduidade

Neste estudo foram analisados 104 processos de doentes que frequentaram a consulta de Periodontologia da CDEM entre os meses de dezembro de 2019 e março de 2020 e que cumpriram os critérios de inclusão estabelecidos.

A assiduidade dos pacientes foi avaliada pelos intervalos entre consultas de TPS, sendo considerado assíduo um paciente que tenha comparecido a pelo menos duas consultas por ano. Foram considerados “irregulares” os pacientes que interromperam o tratamento durante um período sendo que ao longo das restantes consultas demonstraram ser assíduos. Os restantes pacientes foram classificados como não assíduos.

O grupo mais prevalente na amostra mostrou ser o de pacientes não assíduos 43,3% (n=45), seguindo-se os pacientes que foram assíduos às consultas 41,3% (n=43) e por fim os pacientes irregulares 15,4% (n=16).

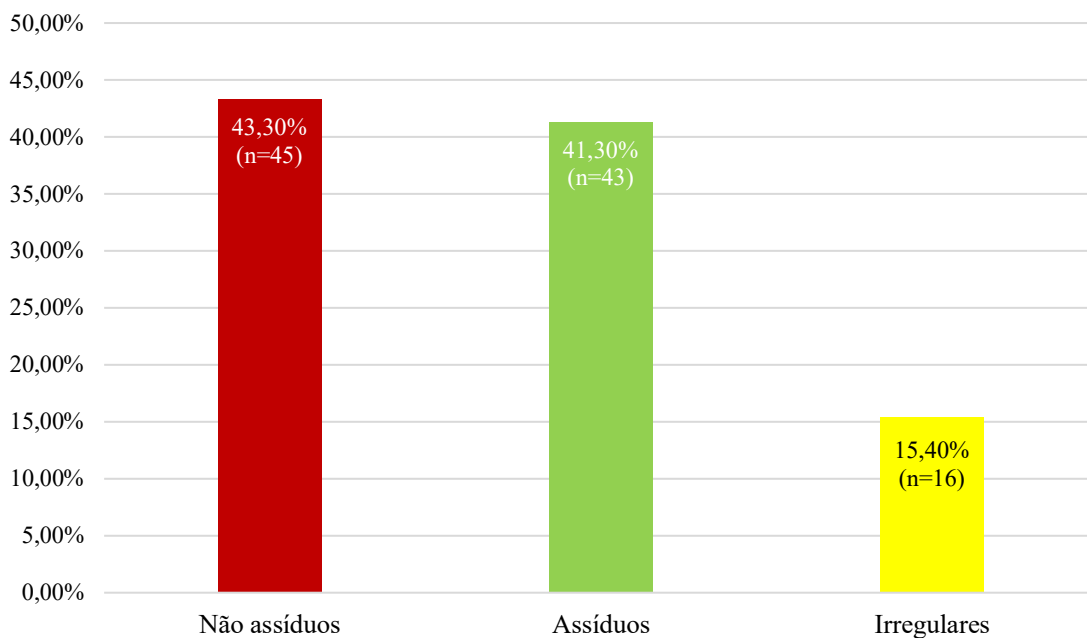


Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes segundo a assiduidade na amostra estudada.

3. Caracterização da amostra quanto à faixa etária e ao género

O grupo de pacientes do género feminino foi maioritariamente mais assíduo (24,0%), enquanto o grupo masculino demonstrou ser maioritariamente não assíduo (21,3%).

Tabela 1 – Análise descritiva da amostra quanto à assiduidade face ao género.

Género			Assiduidade			Total
			Não Assíduo	Assíduo	Irregular	
Feminino	n		21	25	7	53
		% Assiduidade	46,7%	58,1%	43,8%	51,0%
		% Total	20,2%	24,0%	6,7%	51,0%
	Masculino	n	24	18	9	51
		% Assiduidade	53,3%	41,9%	56,3%	49,0%
		% Total	23,1%	17,3%	8,7%	49,0%
Total	n		45	43	16	104
		% Total	43,3%	41,3%	15,4%	100,0%

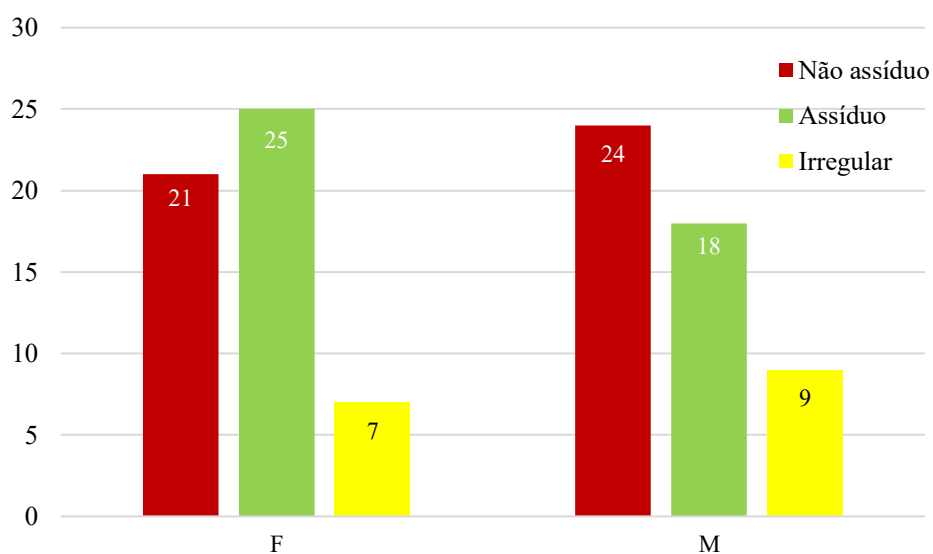


Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face ao género.

O grupo de pacientes não assíduos foi o grupo com a média de idades mais baixa (56 anos), enquanto o grupo de pacientes irregulares foi o grupo com a média de idades mais elevado (67 anos). O grupo de pacientes assíduos apresentou uma média de idades de 62 anos.

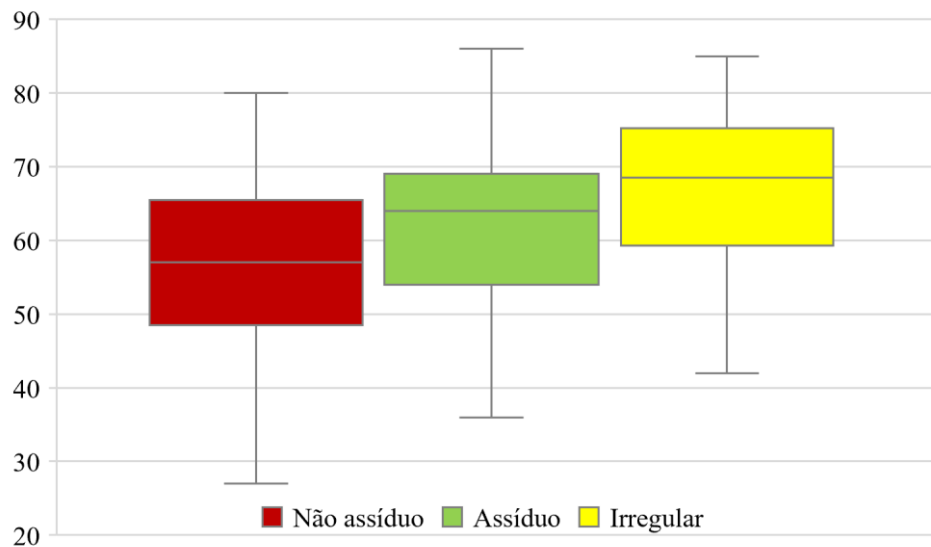


Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à idade.

4. Caracterização da amostra quanto à situação profissional e local de residência

Relativamente à situação profissional, a maioria dos pacientes analisados encontra-se empregado (51,0%), seguido de pacientes reformados (39,4%) e por fim os desempregados (3,8%). Em 5,8% dos casos essa informação não constava do processo clínico.

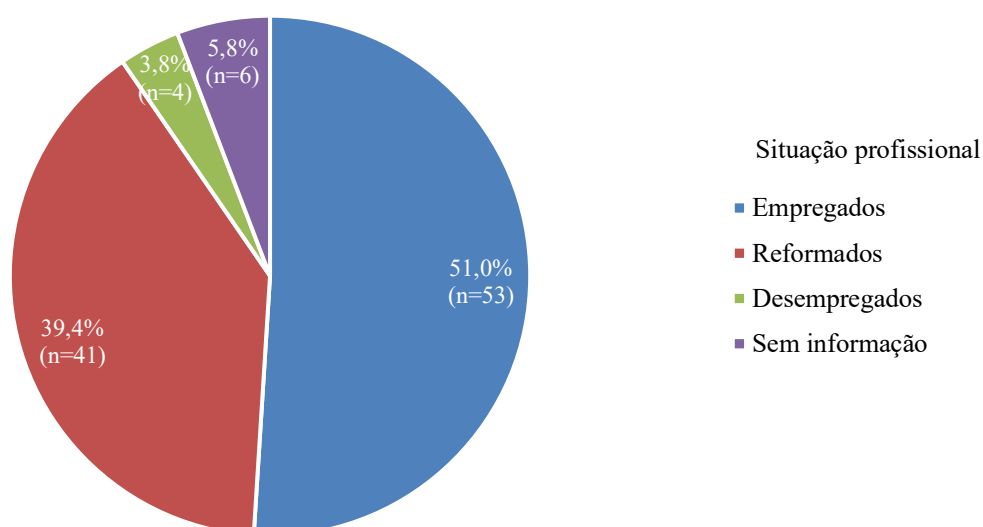


Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes em relação à situação profissional na amostra estudada.

No grupo de pacientes empregados, a maioria (27,6%) foram não assíduos, enquanto no grupo de reformados a maior parte do grupo (18,4%) foi assíduo ao longo do tratamento. No grupo de pacientes desempregados os valores de assiduidade foram semelhantes para todos os grupos de pacientes.

Tabela 2 – Análise descritiva da amostra quanto à assiduidade face à situação profissional.

			Assiduidade			Total
			Não Assíduo	Assíduo	Irregular	
Situação profissional	Desempregado	n	2	1	1	4
		% Assiduidade	4,9%	2,4%	6,3%	4,1%
		% Total	2,0%	1,0%	1,0%	4,1%
	Empregado	n	27	22	4	53
		% Assiduidade	65,9%	53,7%	25,0%	54,1%
		% Total	27,6%	22,4%	4,1%	54,1%
	Reformado	n	12	18	11	41
		% Assiduidade	29,3%	43,9%	68,8%	41,8%
		% Total	12,2%	18,4%	11,2%	41,8%
Total	n		41	41	16	98
	% Total		41,8%	41,8%	16,3%	100,0%

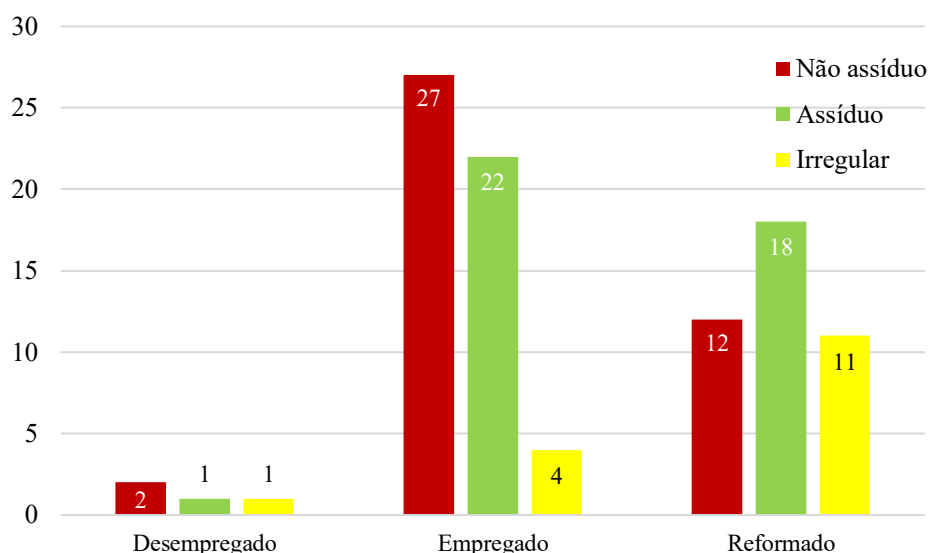


Gráfico 7 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face à situação profissional.

Em relação ao local de residência os pacientes foram agrupados em três grupos.

O primeiro, agrupa os concelhos de Almada e Seixal. O segundo grupo reúne os concelhos de Sesimbra, Barreiro e Moita. E o último grupo é relativo ao concelho de Lisboa.

A maioria dos pacientes residem nos concelhos de Almada e Seixal, mais próximos da clínica Egas Moniz (58,7%), seguido de pacientes de Sesimbra, Barreiro e Moita (7,7%) e por fim do concelho de Lisboa (4,8%). Dos restantes pacientes não se encontrava esta informação no processo (28,8%).

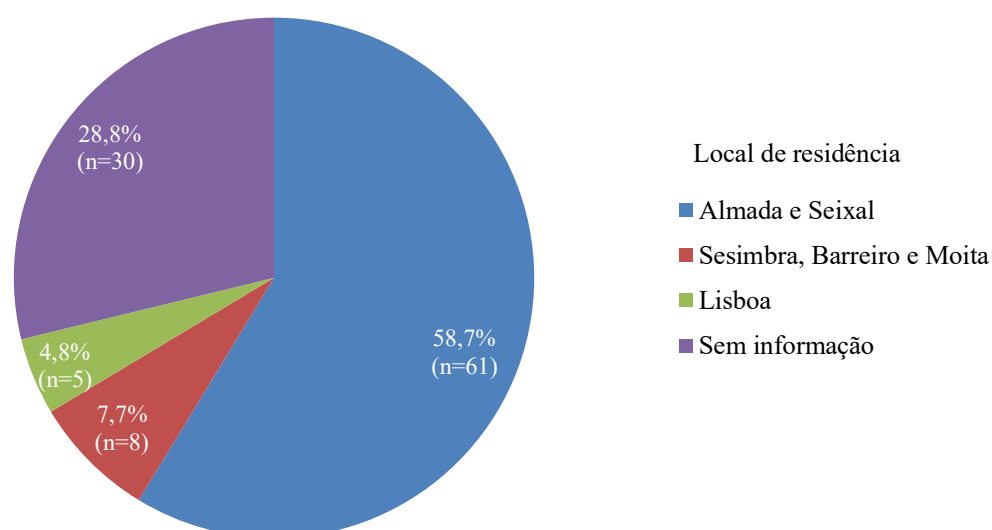


Gráfico 8 – Distribuição dos pacientes por local de residência na amostra estudada.

No grupo de pacientes que residem nas áreas de Almada/Seixal e Moita/Barreiro/Sesimbra, a maioria foi assíduo (40,5% e 6,8% respetivamente). No grupo de pacientes residentes na área de Lisboa os valores de assiduidade foram semelhantes para todos os grupos de pacientes.

Tabela 3 – Análise descritiva da amostra quanto à assiduidade face à área de residência.

Área de residência			Assiduidade			Total
			Não Assíduo	Assíduo	Irregular	
Área de residência	Almada/Seixal	n	22	30	9	61
		% Assiduidade	84,6%	81,1%	81,8%	82,4%
		% Total	29,7%	40,5%	12,2%	82,4%
	Moita/Barreiro/Sesimbra	n	3	5	0	8
		% Assiduidade	11,5%	13,5%	0,0%	10,8%
		% Total	4,1%	6,8%	0,0%	10,8%
	Lisboa	n	1	2	2	5
		% Assiduidade	3,8%	5,4%	18,2%	6,8%
		% Total	1,4%	2,7%	2,7%	6,8%
Total		n	26	37	11	74
		% Total	35,1%	50,0%	14,9%	100,0%

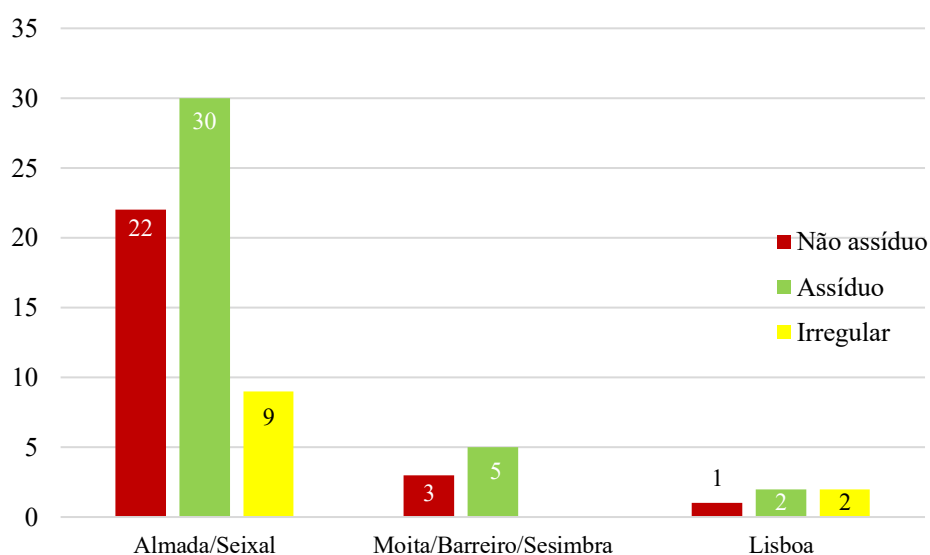


Gráfico 9 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face ao local de residência.

5. Caracterização da amostra quanto ao nível de escolaridade e escalão de rendimentos

A maioria dos processos analisados não tinham informação relativa ao nível de escolaridade (51,0%) e ao escalão de rendimento (88,4%).

Dos processos com informação relativa ao nível de escolaridade, a maioria, 20,2% apresentavam o Ensino Básico. Cerca de 10,6% tinham o Ensino Secundário e 18,3% o Ensino Universitário.

Tabela 4 – Análise descritiva da amostra quanto ao nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	n	%
Ensino Básico	21	20,2
Ensino Secundário	11	10,6
Ensino Universitário	19	18,3
Sem informação	53	51,0
Total	104	100,0

No grupo de pacientes com o Ensino Básico, a maioria dos pacientes foram não assíduos (25,5%). Nos grupos de pacientes com o Ensino Secundário e Ensino Universitário a amostra esteve equilibrada em relação a pacientes assíduos e não assíduos.

Tabela 5 – Análise descritiva da amostra quanto à assiduidade face ao nível de escolaridade.

			Assiduidade			Total
			Não Assíduo	Assíduo	Irregular	
Nível de escolaridade	Ensino Básico	n	13	3	5	21
		% Assiduidade	46,4%	17,6%	83,3%	41,2%
		% Total	25,5%	5,9%	9,8%	41,2%
	Ensino Secundário	n	6	5	0	11
		% Assiduidade	21,4%	29,4%	0,0%	21,6%
		% Total	11,8%	9,8%	0,0%	21,6%
	Ensino Universitário	n	9	9	1	19
		% Assiduidade	32,1%	52,9%	16,7%	37,3%
		% Total	17,6%	17,6%	2,0%	37,3%
Total	n		28	17	6	51
	% Total		54,9%	33,3%	11,8%	100,0%

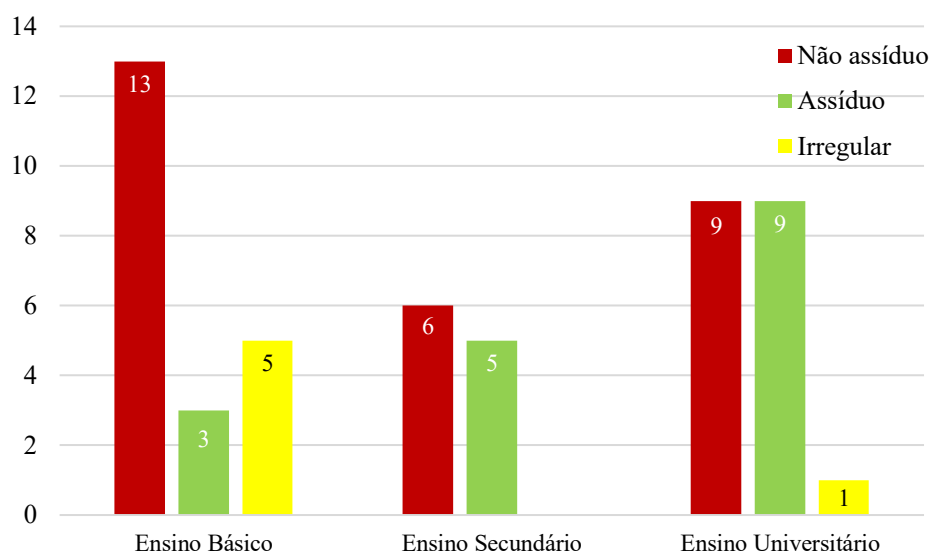


Gráfico 10 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face ao nível de escolaridade.

Dos processos com informação relativa ao escalão de rendimento, a maioria, 4,8% recebia até 7.000 euros anuais. Cerca de 2,9% recebia entre 7.000 e 20.000 anuais. E 3,9% recebia mais de 20.000 euros anuais. Os pacientes com informação relativa ao rendimento representaram apenas 11,6% da amostra total.

Tabela 6 – Análise descritiva da amostra quanto ao escalão de rendimento.

Escalão de Rendimento	n	%
NS/NR	38	36,5
até 7.000€ anuais	5	4,8
+ de 7.000€ anuais e menos de 20.000€	3	2,9
+ de 20.000 € anuais	4	3,9
Sem informação	54	51,9
Total	104	100,0

Os pacientes que não responderam à questão sobre o rendimento foram, na sua maioria, não assíduos. O grupo de pacientes com rendimento até 7.000€ anuais demonstrou ser não assíduo.

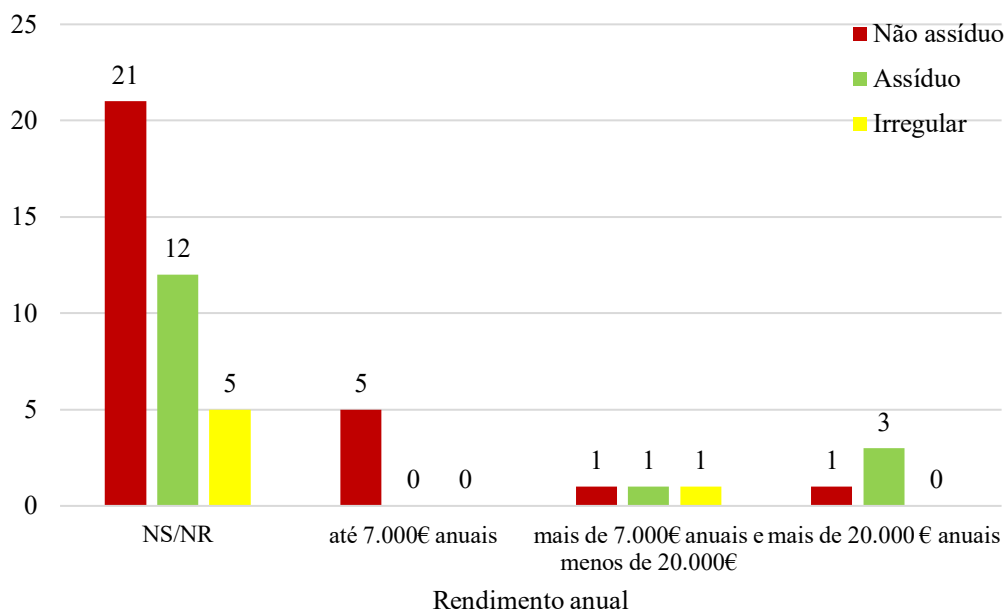


Gráfico 11 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face ao rendimento anual.

6. Caracterização da amostra quanto ao diagnóstico periodontal e número de dentes ausentes no diagnóstico

A classificação utilizada para categorizar a DP foi a Classificação para doenças e condições Periodontais e Peri-implantes estabelecida pelo Workshop Mundial de Periodontologia de 2017.

Dos pacientes com periodontite (95,2%), o estadio III foi o mais prevalente (56,6%) e o estadio I o menos prevalente (2,0%). O grau que apresentou maior prevalência foi o B (60,6%) e com menor prevalência o grau A (13,1%). Quanto à extensão da periodontite, 73,0% dos pacientes apresentam periodontite generalizada e 27,0% periodontite localizada. Os restantes pacientes tinham saúde periodontal (1,9%), gengivite (1,9%) ou apenas peri-implantite (1,0%).

Os grupos de pacientes pertencentes aos Estádios mais baixos (Estádios I, II e III) demonstraram ser maioritariamente assíduos. O grupo de pacientes pertencentes ao Estadio IV foi maioritariamente não assíduo.

Em relação ao Grau, os grupos de pacientes assíduos e não assíduos estiveram equilibrados dentro de cada grau da periodontite. O grupo de pacientes irregulares pertence maioritariamente ao Grau B.

Em relação à Extensão, os valores de assiduidade foram semelhantes para pacientes assíduos e não assíduos em ambos os grupos. E pacientes irregulares apresentaram maioritariamente periodontite generalizada.

O mesmo número de pacientes com saúde periodontal pertenceu ao grupo de pacientes assíduos e não assíduos. Pacientes com gengivite foram não assíduos e com peri-implantite assíduos.

Tabela 7 – Análise descritiva quanto à assiduidade face ao diagnóstico periodontal.

			Assiduidade			Total		
			Não Assíduo	Assíduo	Irregular			
Periodontite			n	42	41	16	99	
			% Total	42,4%	41,4%	16,2%	95,20%	
Estadio	I	n	0	2	0	2		
			% Assiduidade	0,0%	4,9%	0,0%	2,0%	
			% Total	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%	
		II	n	5	6	1	12	
				% Assiduidade	11,9%	14,6%	6,3%	12,1%
				% Total	5,1%	6,1%	1,0%	12,1%
		III	n	23	25	8	56	
				% Assiduidade	54,8%	61,0%	50,0%	56,5%
				% Total	23,2%	25,3%	8,1%	56,6%
	IV	n	14	8	7	29		
			% Assiduidade	33,3%	19,5%	43,8%	29,3%	
			% Total	14,1%	8,1%	7,1%	29,3%	
	Grau	A	n	6	6	1	13	
				% Assiduidade	14,3%	14,3%	6,3%	13,1%
				% Total	6,1%	6,1%	1,0%	13,1%
		B	n	23	24	13	60	
				% Assiduidade	54,8%	58,5%	81,3%	60,6%
				% Total	23,2%	24,2%	13,1%	60,6%
C		n	13	11	2	26		
			% Assiduidade	31,0%	26,8%	12,5%	26,3%	
			% Total	13,1%	11,1%	2,0%	26,3%	
Extensão	Localizada	n	10	13	4	27		
			% Assiduidade	23,8%	31,0%	25,0%	27,0%	
			% Total	10,0%	13,0%	4,0%	27,0%	
	Generalizada	n	32	29	12	73		
			% Assiduidade	76,2%	69,0%	75,0%	73,0%	
			% Total	32,0%	29,0%	12,0%	73,0%	

Saúde periodontal	n	1	1	0	2
	% Total	1,0%	1,0%	0,0%	1,9%
Gengivite	n	2	0	0	2
	% Total	1,9%	0,0%	0,0%	1,9%
Peri-implantite	n	0	1	0	1
	% Total	0,0%	1,0%	0,0%	1,0%
Total	n	45	43	16	104
	% Total	43,3%	41,3%	15,4%	100,0%

Para a análise dos dentes ausentes no diagnóstico não foram contabilizadas as ausências de terceiros molares.

A grande maioria dos pacientes, 91,3% (n=95) apresenta ausência de pelo menos uma peça dentária, enquanto apenas 8,7% (n=9) não apresentou dentes ausentes no diagnóstico.

A média de dentes ausentes foi de 6,22, com um desvio padrão de 5,51. O número de dentes ausentes oscilou entre 0 e 26, com uma mediana de 5.

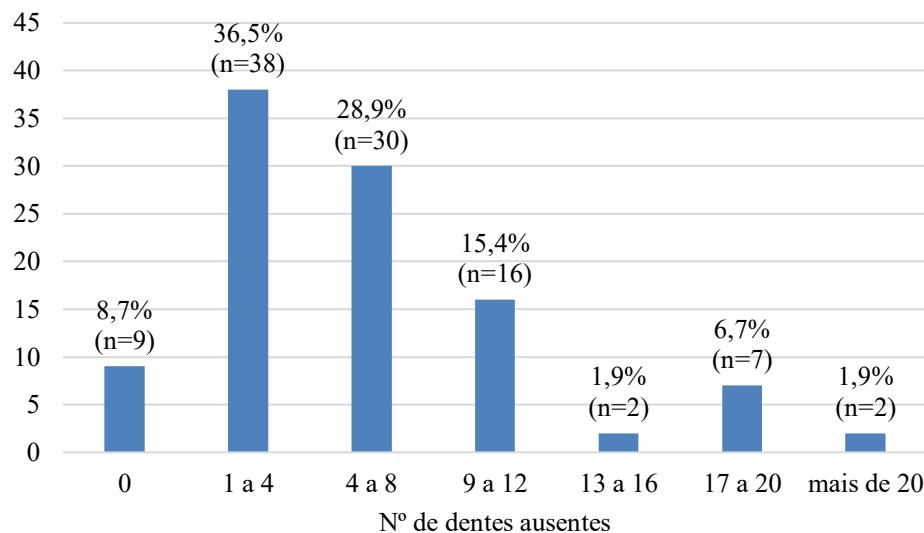


Gráfico 12 – Distribuição dos pacientes em relação ao número de dentes ausentes no diagnóstico periodontal.

O grupo de pacientes assíduos foi o grupo com a média de dentes ausentes no diagnóstico mais baixa (5 dentes), enquanto o grupo de pacientes irregulares foi o grupo com a média de dentes ausentes mais elevado (8 dentes), sendo também o grupo ao qual pertence o paciente com mais dentes ausentes no diagnóstico (26 dentes). O grupo de pacientes não assíduos apresentou uma média de 7 dentes ausentes no diagnóstico.

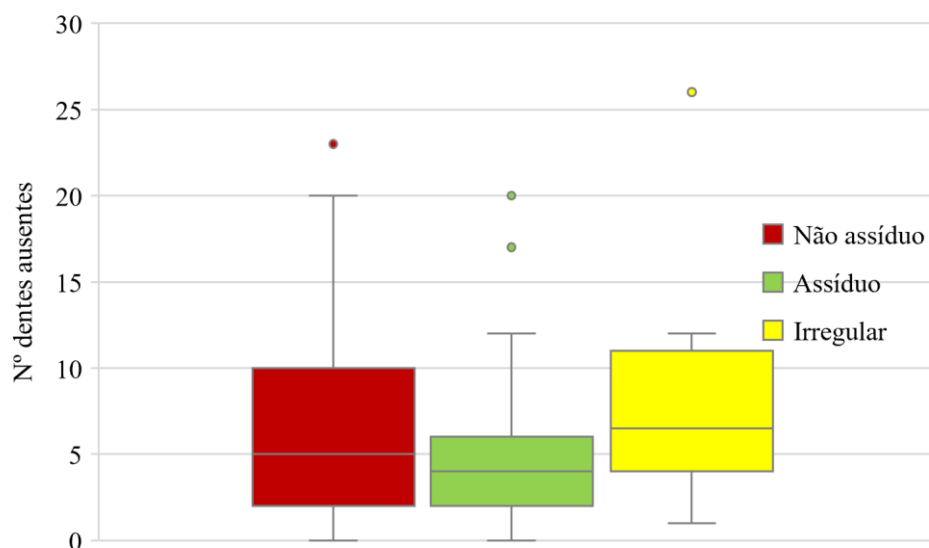


Gráfico 13 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face ao número de dentes ausentes no diagnóstico periodontal.

7. Caracterização da amostra quanto ao índice de placa e índice gengival

O Índice de placa (IP) variou entre os 0% e 94,0%.

A média do índice de placa foi de 29,33%, o desvio padrão de 20,66% e a mediana 25%.

O Índice gengival (IG) foi compreendido entre os 0% e 95,0%.

A média do índice de gengival foi de 9,29%, o desvio padrão de 15,42% e a mediana 3%. Para ambos os índices verifica-se que existem “*outliers*” que representam os valores máximos.

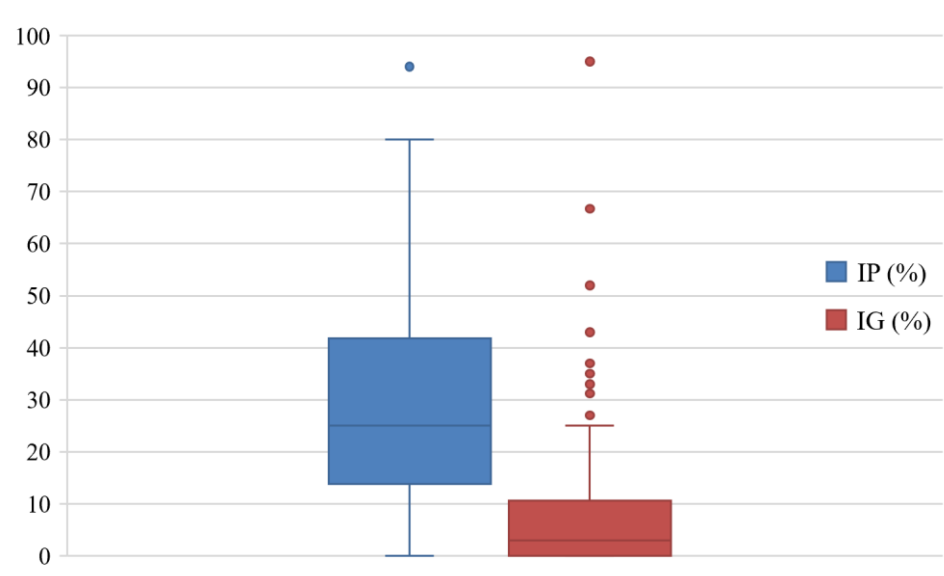


Gráfico 14 – Distribuição dos pacientes quanto ao IP e IG.

O grupo de pacientes assíduos foi o grupo que apresentou a média de IP mais baixa (25,8%), enquanto o grupo de pacientes irregulares foi o grupo com a média mais elevada (37,4%). O grupo de pacientes não assíduos apresentou uma média de IP de 29,8%, sendo também o grupo ao qual pertence o paciente com o índice de placa mais elevado (94%).

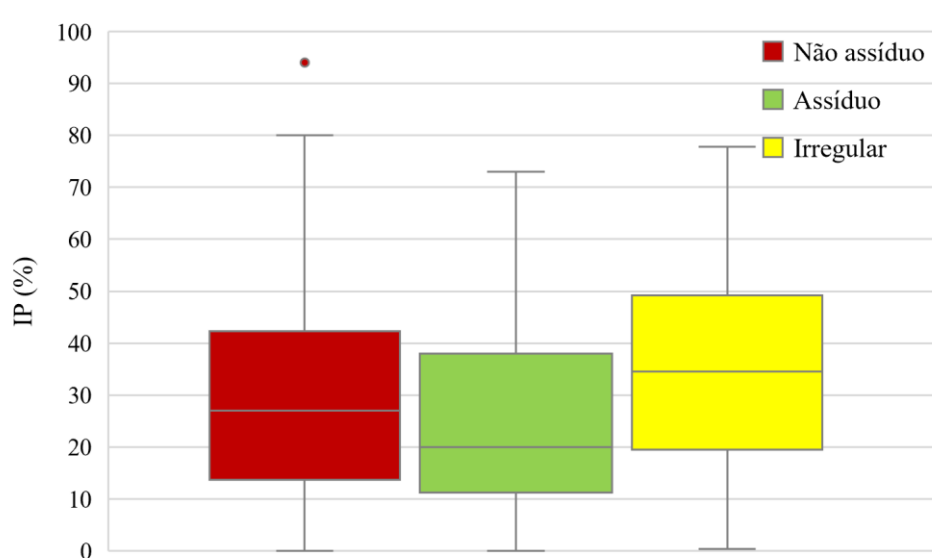


Gráfico 15 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face ao IP.

O grupo de pacientes assíduos foi o grupo que apresentou a média de IG mais baixa (5,9%), enquanto o grupo de pacientes não assíduos foi o grupo com a média mais elevada (12,9%). O grupo de pacientes irregulares apresentou uma média de IG de 8,2%. No entanto o grupo de pacientes não assíduos e assíduos apresentam vários “outliers”, sendo o valor mais elevado pertencente a um paciente do grupo não assíduo (95%).

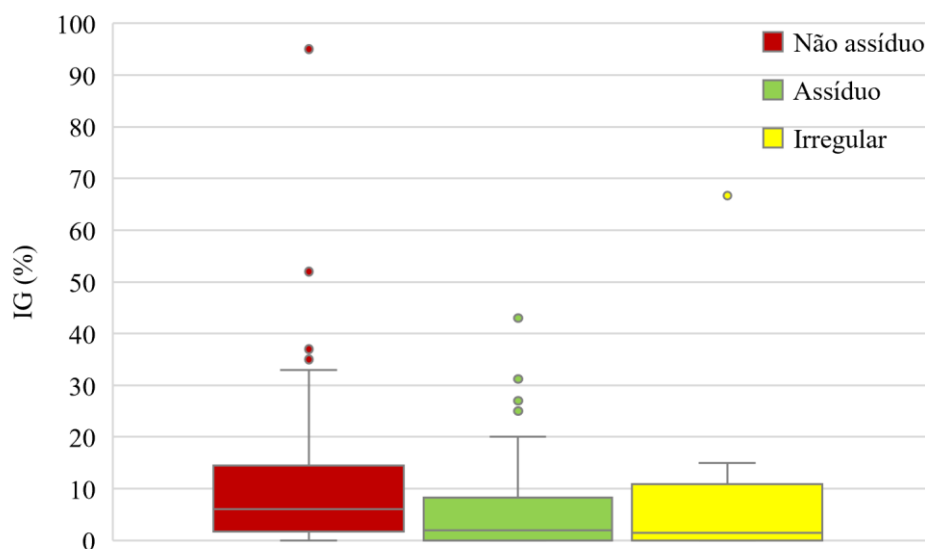


Gráfico 16 – Distribuição dos pacientes em relação à assiduidade face ao IG.

8. Caracterização da amostra quanto a patologias sistémicas e hábitos tabágicos

As patologias sistémicas encontradas na amostra incluem doenças cardiovasculares, doenças hepáticas, pulmonares, endócrinas (diabetes e doenças da tiróide), hipertensão arterial, hipercolesterolemia, Parkinson, osteoporose, imunossupressão por quimioterapia e radioterapia, distúrbios sanguíneos e doenças infecciosas.

A patologia sistémica mais prevalente 42,3% (n=44) na amostra foi a hipertensão arterial, seguida de hipercolesterolemia com 26,0% (n=27).

Cerca de 34,6% (n=36) dos pacientes apresentam outras patologias além das referidas e aproximadamente 37,5% não apresentavam qualquer patologia sistémica (n=39).

Quanto à distribuição da amostra em relação ao número de patologias sistêmicas, 26,9% (n=28) apresenta apenas uma patologia, 24,0% (n=25) duas patologias e 11,6% (n=12) reúne três ou mais patologias.

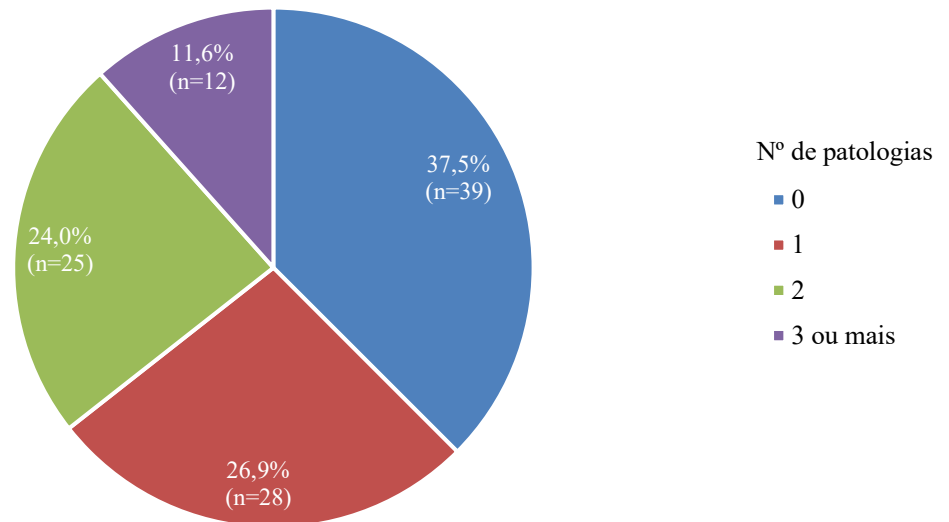


Gráfico 17 – Distribuição dos pacientes por número de patologias na amostra estudada.

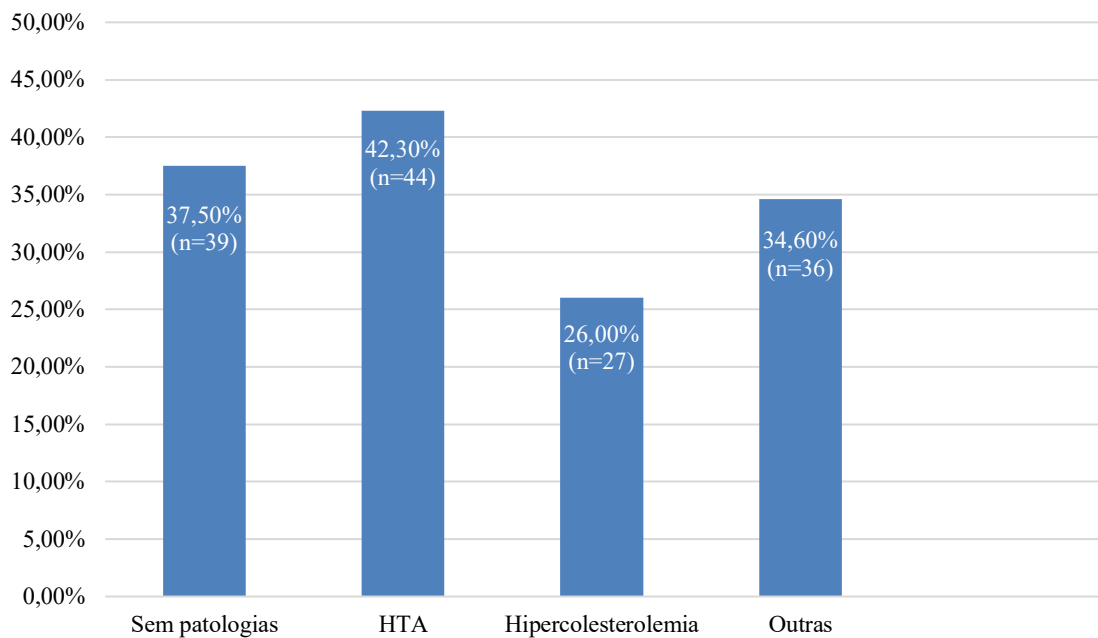


Gráfico 18 – Distribuição dos pacientes quanto às patologias mais frequentes.

Tabela 8 – Análise descritiva quanto à assiduidade face às patologias sistémicas.

			Assiduidade			
			Não Assíduo	Assíduo	Irregular	Total
Nº de patologias	0	n	22	15	2	39
		% Assiduidade	48,9%	34,9%	12,5%	37,5%
		% Total	21,2%	14,4%	1,9%	37,5%
	1	n	10	14	4	28
		% Assiduidade	22,2%	32,6%	25,0%	26,9%
		% Total	9,6%	13,5%	3,8%	26,9%
	2	n	8	13	4	25
		% Assiduidade	17,8%	30,2%	25,0%	24,0%
		% Total	7,7%	12,5%	3,8%	24,0%
	3	n	4	0	5	9
		% Assiduidade	8,9%	0,0%	31,3%	8,7%
		% Total	3,8%	0,0%	4,8%	8,7%
	4	n	1	1	1	3
		% Assiduidade	2,2%	2,3%	6,3%	2,9%
		% Total	1,0%	1,0%	1,0%	2,9%
HTA	n	17	16	11	44	
	% Assiduidade	37,8%	37,2%	68,8%	42,3%	
	% Total	16,3%	15,4%	10,6%	42,3%	
Hipercolesterolemia	n	6	10	11	27	
	% Assiduidade	13,3%	23,3%	68,8%	26,0%	
	% Total	5,8%	9,6%	10,6%	26,0%	
Outras patologias	Não	n	39	33	5	77
		% Assiduidade	86,7%	76,7%	31,3%	74,0%
		% Total	37,5%	31,7%	4,8%	74,0%
	Sim	n	6	10	11	27
		% Assiduidade	13,3%	23,3%	68,8%	26,0%
		% Total	5,8%	9,6%	10,6%	26,0%
Total	n	45	43	16	104	
	% Total	43,3%	41,3%	15,4%	100,0%	

Os grupos de pacientes sem patologias sistémicas foi maioritariamente não assíduo. Os grupos de pacientes com uma ou duas patologias sistémicas foram maioritariamente assíduos. O grupo de pacientes com 3 patologias apresentou valores semelhantes para pacientes não assíduos e irregulares e o grupo com 4 patologias apresentou resultados semelhantes em todos os grupos.

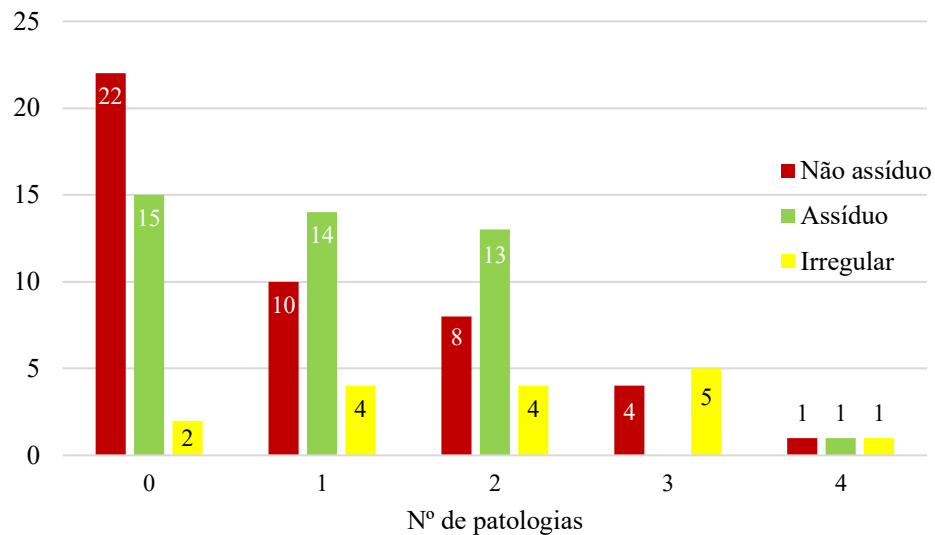


Gráfico 19 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face ao número de patologias.

Quanto à hipertensão arterial, ambos os grupos apresentaram resultados semelhantes em relação a pacientes assíduos e não assíduos. Os pacientes irregulares apresentaram na sua maioria hipertensão arterial.

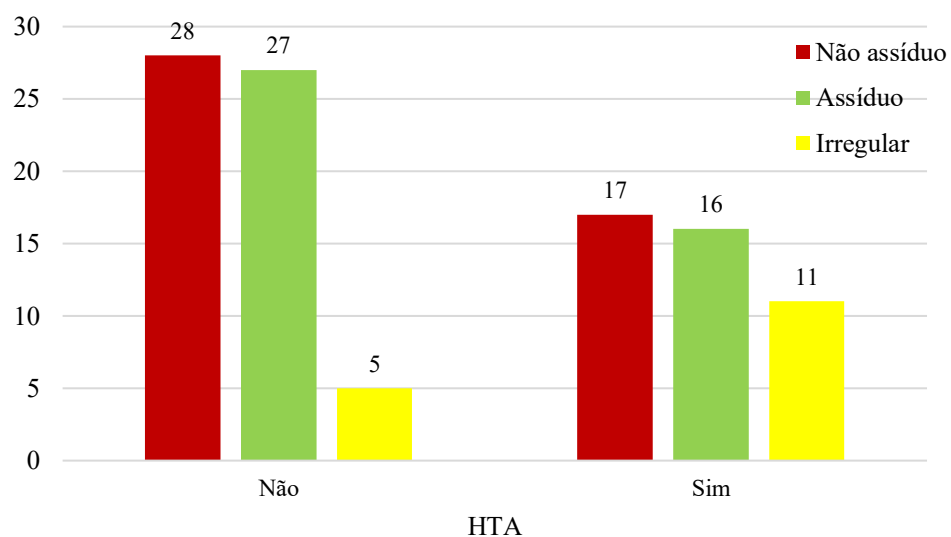


Gráfico 20 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à Hipertensão Arterial.

Em relação à hipercolesterolemia, pacientes não assíduos são maioritariamente pertencentes ao grupo sem hipercolesterolemia, assim como os pacientes assíduos. Os pacientes irregulares pertenceram maioritariamente ao grupo com hipercolesterolemia.

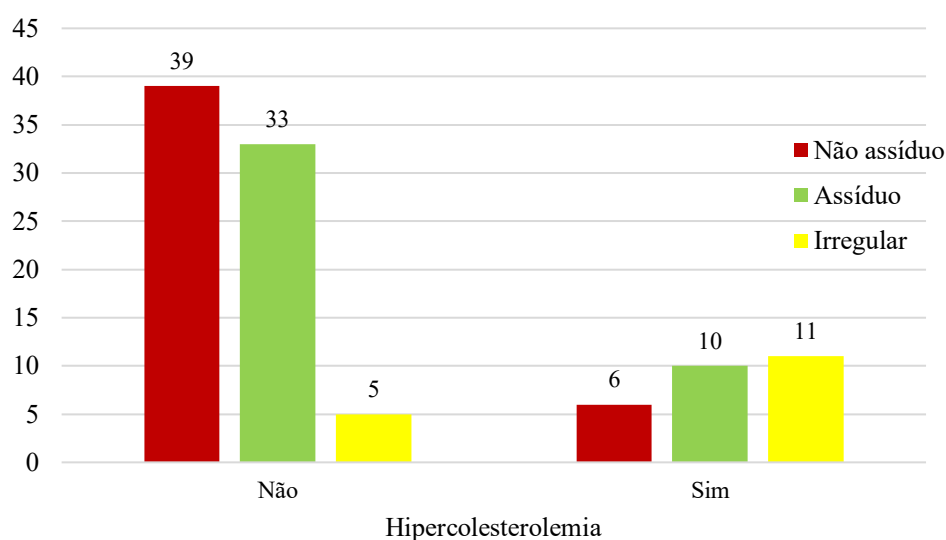


Gráfico 21 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à Hipercolesterolemia.

O grupo com outras patologias sistêmicas menos prevalentes foi maioritariamente assíduo e os pacientes sem outra patologia foram, na sua maioria, não assíduos apesar dos pacientes assíduos apresentarem um valor próximo neste grupo. Em relação a pacientes irregulares, o valor foi igual para pacientes com ou sem outras patologias sistêmicas.

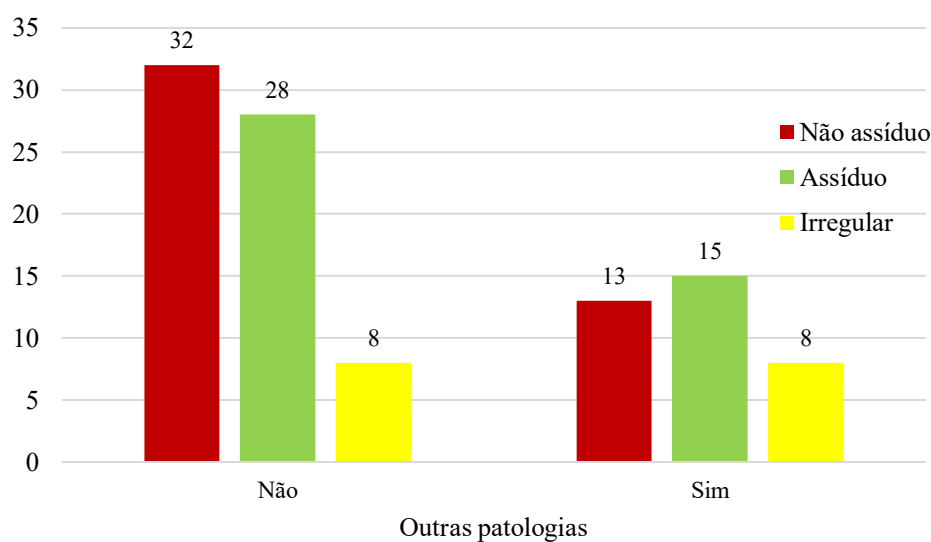


Gráfico 22 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face a outras patologias menos frequentes.

Relativamente aos hábitos tabágicos, a maioria dos pacientes, 78,8% (n=82) são não fumadores. Dentro do grupo dos pacientes fumadores, 13,5% fuma mais de 10 cigarros por dia (n=14) e os restantes 7,7% fumam até 10 cigarros por dia (n=8).

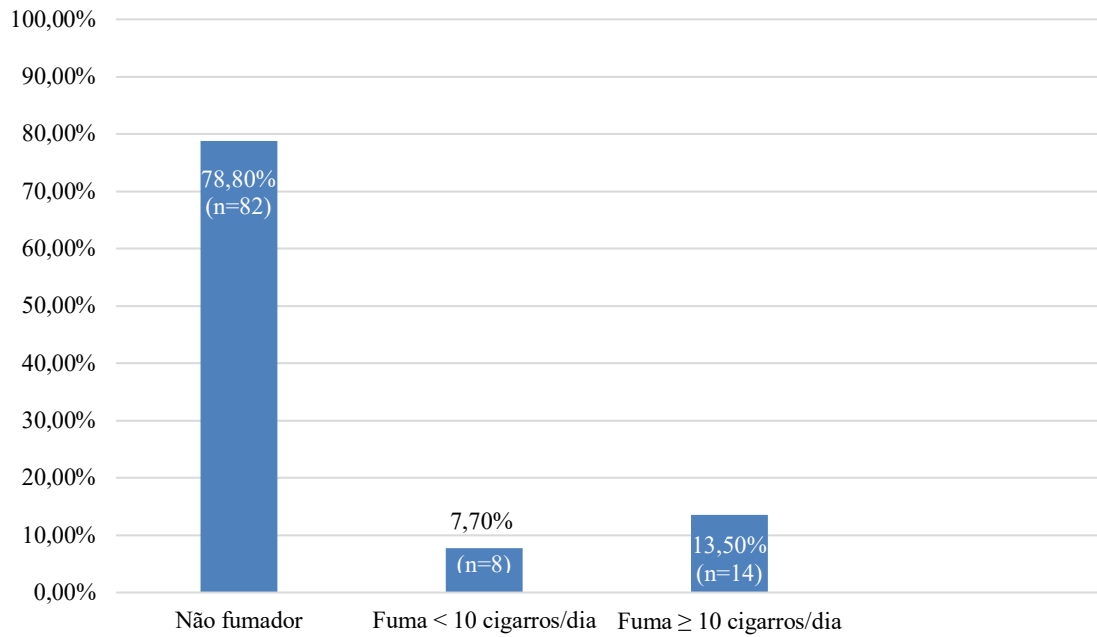


Gráfico 23 – Distribuição dos pacientes quanto aos hábitos tabágicos.

Em relação à assiduidade, foi semelhante dentro dos grupos de fumadores e não fumadores para pacientes assíduos e não assíduos. Os pacientes irregulares pertenceram maioritariamente ao grupo de não fumadores.

Tabela 9 – Análise descritiva quanto à assiduidade face aos hábitos tabágicos.

			Assiduidade			Total
			Não Assíduo	Assíduo	Irregular	
Hábitos tabágicos	Não fumador	n	35	34	13	82
		% Assiduidade	77,8%	79,1%	81,3%	78,8%
		% Total	33,7%	32,7%	12,5%	78,8%
	Fuma < 10 cigarros/dia	n	3	3	2	8
		% Assiduidade	30,0%	33,3%	66,7%	36,4%
		% Total	13,6%	13,6%	9,1%	36,4%
	Fuma ≥ 10 cigarros/dia	n	7	6	1	14
		% Assiduidade	70,0%	66,7%	33,3%	63,6%
		% Total	31,8%	27,3%	4,5%	63,6%
	Total	n	45	43	16	104
		% Total	43,3%	41,3%	15,4%	100,0%

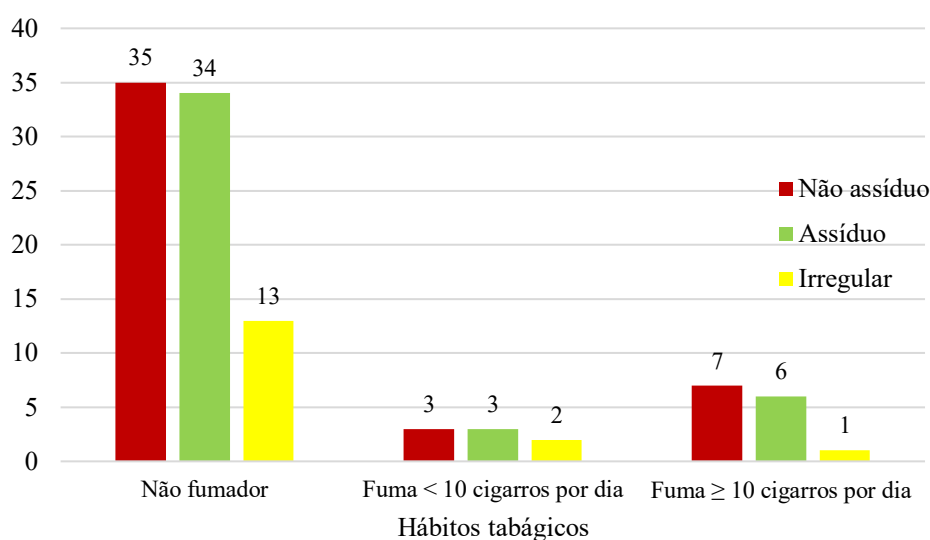


Gráfico 24 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face a hábitos tabágicos.

9. Caracterização da amostra quanto à presença de implantes, próteses dentárias e tratamento ortodôntico

A grande maioria dos pacientes 73,1% (n=76) não apresentam implantes, no entanto 8,7% (n=9) tem intenção de colocar implantes.

Aproximadamente 18,3% (n=19) dos pacientes tem pelo menos um implante em boca.

Tabela 10 – Análise descritiva quanto à assiduidade face à presença de implantes.

		Assiduidade			Total
		Não Assíduo	Assíduo	Irregular	
Implantes	n	38	28	10	76
	% Assiduidade	84,4%	65,1%	62,5%	73,1%
	% Total	36,5%	26,9%	9,6%	73,1%
	n	5	10	4	19
	% Assiduidade	11,1%	23,3%	25,0%	18,3%
	% Total	4,8%	9,6%	3,8%	18,3%
	n	2	5	2	9
	% Assiduidade	4,4%	11,6%	12,5%	8,7%
	% Total	1,9%	4,8%	1,9%	8,7%
n		45	43	16	104
% Total		43,3%	41,3%	15,4%	100,0%

O grupo de pacientes sem implantes foi maioritariamente não assíduo (36,5%). Os grupos de pacientes com implantes ou com intenção de colocar são, na sua maioria, assíduos (9,6% e 4,8% respetivamente).

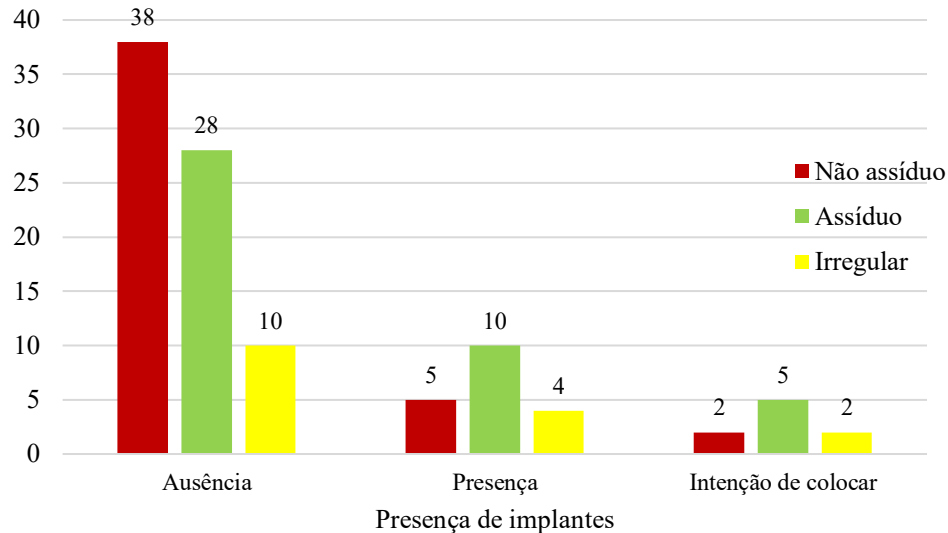


Gráfico 25 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à presença de implantes.

A maioria dos pacientes não apresenta prótese dentária 56,7% (n=59). Sendo que 43,3% (n=45) apresenta algum tipo de prótese dentária, seja removível ou fixa.

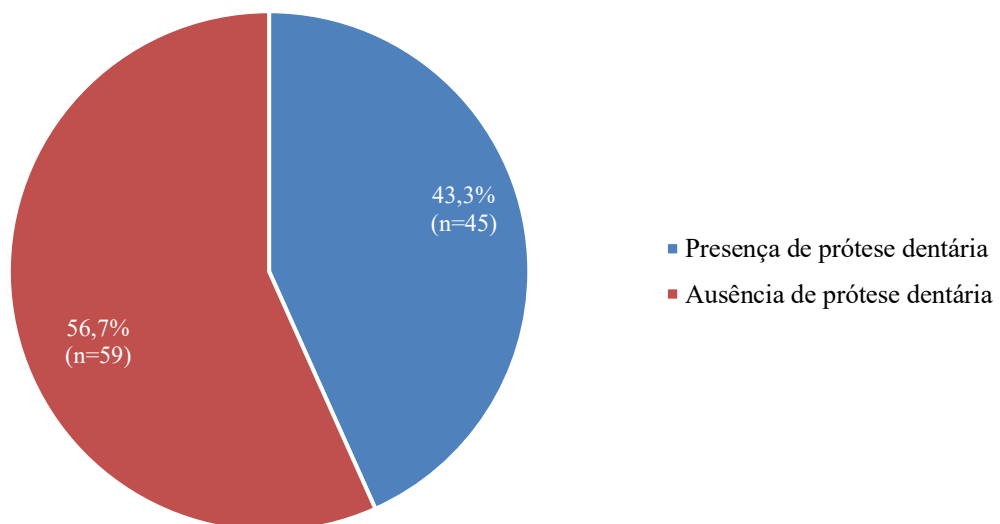


Gráfico 26 – Distribuição dos pacientes quanto à presença de prótese dentária.

A maior parte dos pacientes não se encontram em tratamento ortodôntico 90,4% (n=94), nem fez tratamento. Uma pequena percentagem 3,8% (n=4) já realizou tratamento ortodôntico e 5,8% (n=6) realizou tratamento ortodôntico durante o intervalo de estudo.

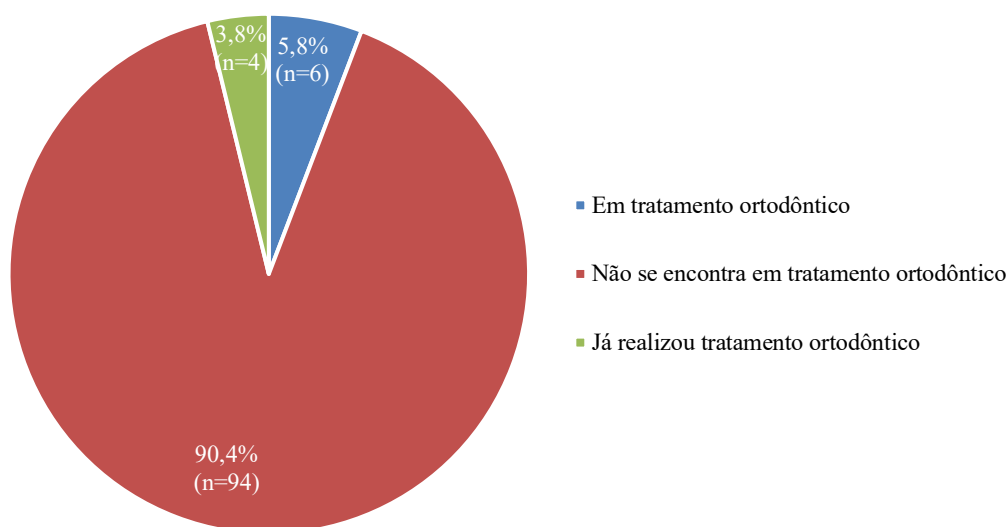


Gráfico 27 – Distribuição dos pacientes quanto à presença de aparelho ortodôntico.

O grupo de pacientes sem prótese foi maioritariamente não assíduo (26,9%). O grupo de pacientes com prótese é, na sua maioria, assíduo (18,3%).

No grupo de pacientes que não se encontravam em tratamento ortodôntico, a maioria foi não assíduo (40,4%). O grupo de pacientes em tratamento ortodôntico é, na sua maioria assíduo (3,8%). Em relação ao grupo que já tinha realizado tratamento ortodôntico, apresentou valores semelhantes para pacientes assíduos e não assíduos.

Tabela 11 – Análise descritiva quanto à assiduidade face à presença prótese e aparelho ortodôntico.

			Assiduidade			Total
			Não Assíduo	Assíduo	Irregular	
Prótese	Ausência	n	28	24	7	59
		% Assiduidade	62,2%	55,8%	43,8%	56,7%
		% Total	26,9%	23,1%	6,7%	56,7%
	Presença	n	17	19	9	45
		% Assiduidade	37,8%	44,2%	56,3%	43,3%
		% Total	16,3%	18,3%	8,7%	43,3%
	Já fez tratamento	n	2	2	0	4
		% Assiduidade	4,4%	4,7%	0,0%	3,8%
		% Total	1,9%	1,9%	0,0%	3,8%
Ortodontia	Ausência	n	42	37	15	94
		% Assiduidade	93,3%	86,0%	93,8%	90,4%
		% Total	40,4%	35,6%	14,4%	90,4%
	Presença	n	1	4	1	6
		% Assiduidade	2,2%	9,3%	6,3%	5,8%
		% Total	1,0%	3,8%	1,0%	5,8%
	Total	n	45	43	16	104
		% Total	43,3%	41,3%	15,4%	100,0%

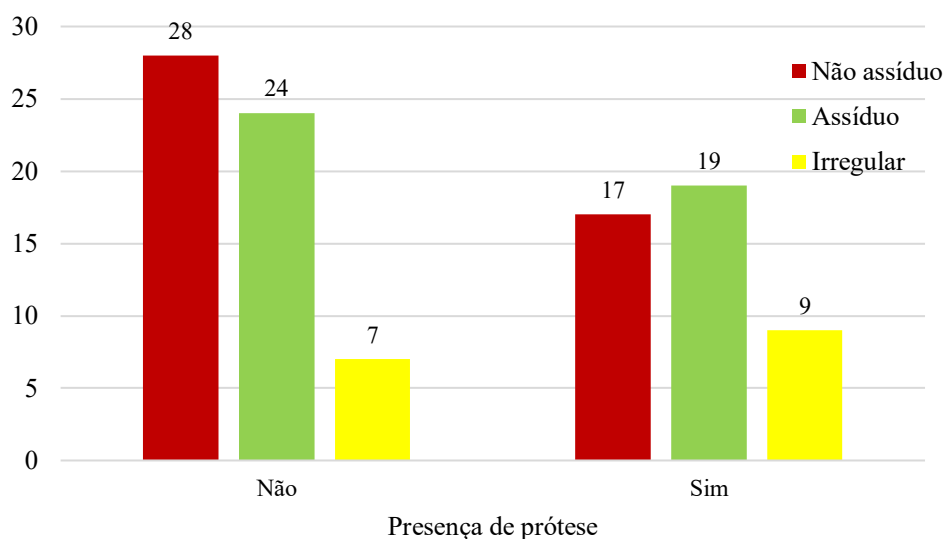


Gráfico 28 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à presença de prótese.

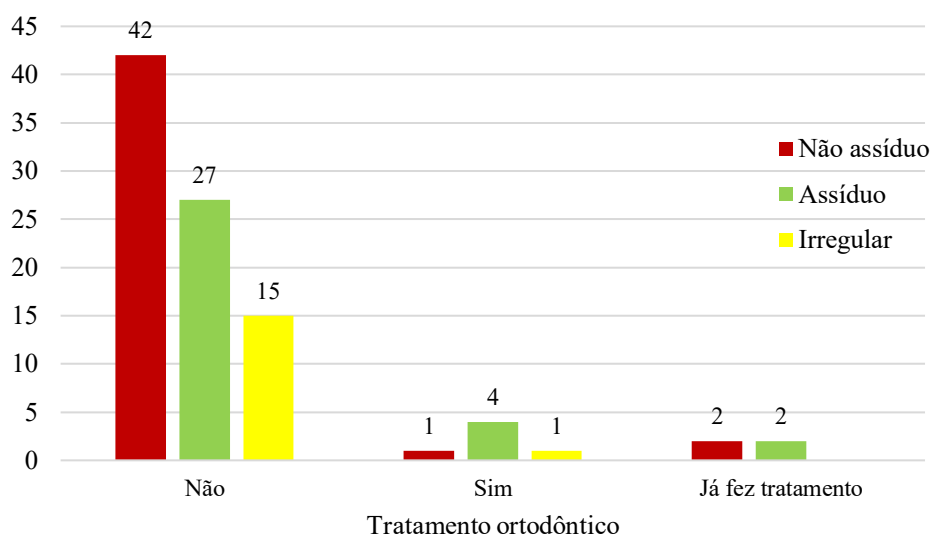


Gráfico 29 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à presença de aparelho ortodôntico.

10. Caracterização da amostra quanto à duração do tratamento e quanto ao período do tratamento em que deixaram de comparecer

A duração média do tratamento periodontal foi de 4,64 anos, com um desvio padrão de 3,33 anos. O tempo mínimo de tratamento foi de 1 ano (após o fim do tratamento periodontal não cirúrgico) e o máximo de 22 anos, com valor mediano de 3 anos.

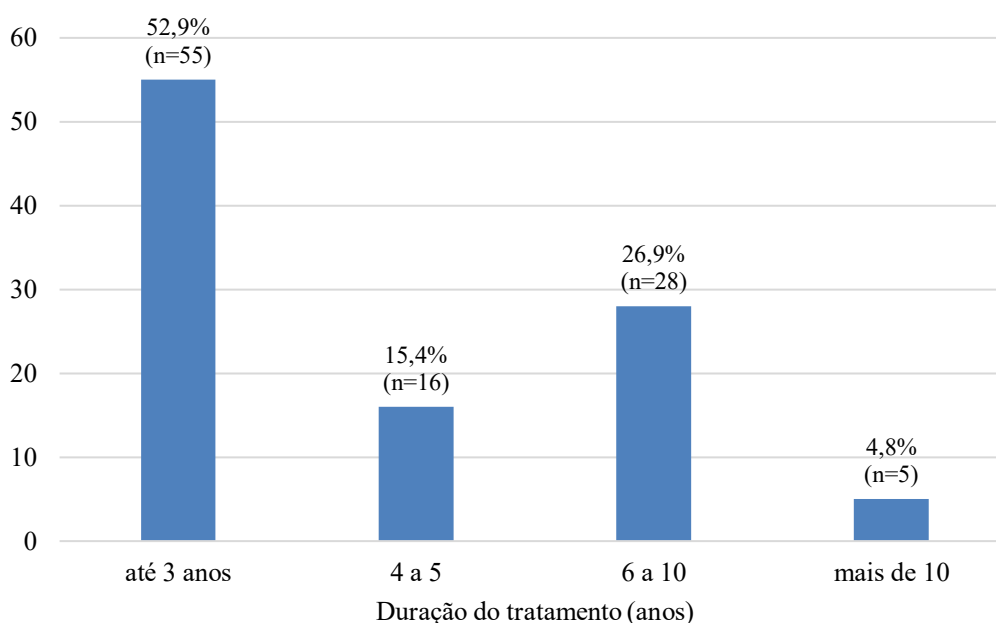


Gráfico 30 – Distribuição dos pacientes quanto à duração do tratamento periodontal.

O grupo de pacientes não assíduos foi o grupo com a média de duração do tratamento mais baixa (3 anos), enquanto o grupo de pacientes assíduos foi o grupo com a média mais elevada (6 anos), sendo também o grupo ao qual pertence o paciente com maior duração de tratamento (22 anos). O grupo de pacientes irregulares apresentou uma média de 5 anos.

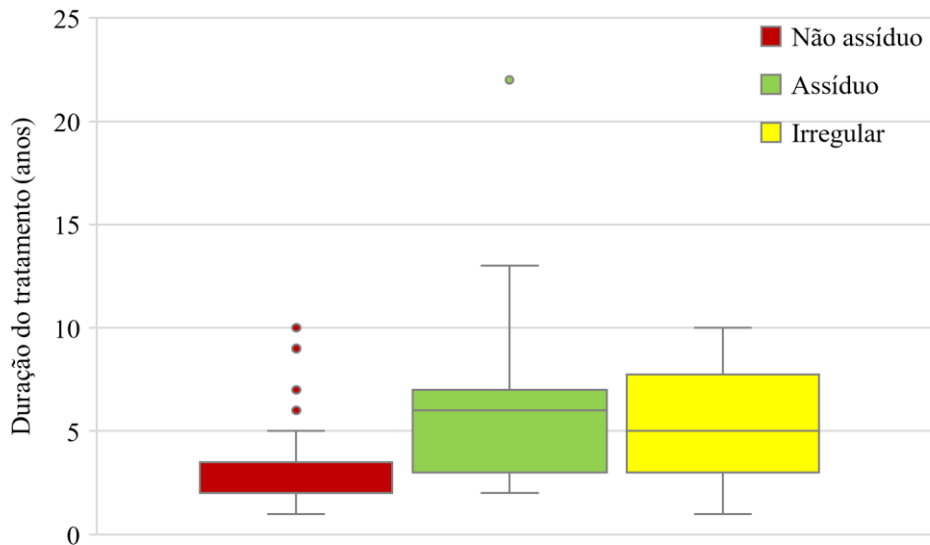


Gráfico 31 – Distribuição dos pacientes quanto à assiduidade face à duração do tratamento periodontal.

Observou-se também que 25% dos pacientes não assíduos (n=26) e 12,5% dos irregulares (n=13) deixaram de comparecer durante os primeiros meses da pandemia COVID-19, sendo que a prestação de cuidados dentários esteve interrompida por decreto governamental no período entre 16 de março e 4 de maio, excetuando o atendimento de situações de urgência.

11. Análise estatística entre a assiduidade e as variáveis em estudo

A idade e o índice gengival apresentaram-se como variáveis significativas ($p < 0,05$), assim como a hipercolesterolemia e a duração do tratamento ($p < 0,001$). Das restantes variáveis, nenhuma emergiu como um fator determinante significativo para a assiduidade às consultas de tratamento periodontal de suporte nesta amostra.

Tabela 12 – Análise estatística para avaliação da associação entre a assiduidade e as variáveis para dados paramétricos através do teste kruskal-wallis.

	p
Idade	0,011
Número de dentes ausentes do diagnóstico	0,087
IP	0,117
IG	0,012
Duração do tratamento	<0,001

Tabela 13 – Análise estatística para comparação entre a assiduidade e as variáveis para dados não paramétricos entre grupos através do teste qui-quadrado.

	p
Sexo	0,460
Situação profissional	NA
Área de residência	NA
Nível de escolaridade	NA
Escalão de rendimento anual	NA
Diagnóstico Periodontal	
Estadio	NA
Grau	NA
Extensão	0,747
Patologias sistémicas	NA
HTA	0,067
Hipercolesterolemia	<0,001
Outras patologias	0,312
Hábitos tabágicos	0,957
Presença de implantes	NA
Presença de prótese dentária	0,435
Tratamento ortodôntico	NA

NA – não aplicável

V. DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi a avaliação dos fatores determinantes da assiduidade às consultas de Tratamento Periodontal dos pacientes que frequentam a Clínica de Medicina Dentária Egas Moniz.

A fase inicial da terapia periodontal de suporte tem demonstrado ser o período mais importante para um paciente entender a necessidade de manutenção. Como demonstrado pelos estudos de Checchi et al. (1994) e Delola et al. (2014), o primeiro ano mostrou ser o período crítico para os pacientes decidirem se continuariam a fase do tratamento de suporte recomendado. Assim, é necessário um reforço da motivação ao longo de todo o tratamento e não apenas durante uma fase inicial, com especial importância nos primeiros anos de tratamento periodontal de suporte. No estudo de Delola et al. (2014), dos pacientes que interromperam o tratamento, 49,6% eram frequentadores regulares até ao momento que deixaram de comparecer. Este estudo demonstra que pode ser de difícil previsibilidade a assiduidade futura e que todos os pacientes devem ser abordados e motivados como possíveis “desistências”.

Muitos dos estudos existentes foram realizados em instituições de ensino/hospitais pela facilidade de acesso à informação, bem como pela diversidade de informação que pode ser avaliada. Assim, foram encontrados vários estudos realizados em instituições de ensino à semelhança do nosso: o de Navarro-Pardo et al., (2022), realizado na Universidade Católica de Valência; o de Agrawal et al. (2015) na People's Dental Academy; o de Lee et al. (2019) no Ewha Womans University Mokdong Hospital; o de Demirel & Efeodlu (1995) na Faculty of Dentistry, da universidade de Istanbul; Kim et al. (2014) na Gangneung-Wonju National University; o de Ojima, Hanioka & Shizukuishi (2001) no Osaka University Dental Hospital; o de Park et al. (2009) no Hospital Odontológico da Universidade de Gangneung. A generalização dos resultados destes estudos realizados em ambiente académico ou hospitalar constitui uma limitação dos mesmos.

Os estudos de Delola et al. (2014) e Perrell-Jones & Ireland (2016) são relativos a clínicas privadas, o que pode resultar em diferenças nos dados obtidos. Num estudo de Costa et al. em 2012, a TPS mostrou minimizar o efeito negativo das variáveis de risco para a doença periodontal independentemente do local onde era realizado. No entanto,

em clínicas privadas apresentou progressão significativamente menor para a periodontite e perda dentária em comparação com o grupo de instituições de ensino.

Em Portugal, segundo o nosso conhecimento, ainda não existe nenhum estudo que avalie a relação destes fatores em relação à assiduidade às consultas de tratamento periodontal de suporte. Os dados obtidos foram comparados com os estudos realizados noutros países, sendo que o estudo geograficamente mais próximo foi realizado em Espanha, na Universidade Católica de Valência.

Seguindo a metodologia utilizada por outros autores, (Demirel & Efeodlu, 1995; Park et al., 2009; Delola et al., 2014; Kim et al., 2014; Perrell-Jones & Ireland, 2016; Lee et al., 2019) foi realizado um estudo retrospectivo, através da seleção de processos de pacientes que frequentaram as consulta de Tratamento Periodontal de Suporte na área de Periodontologia entre os meses de dezembro de 2019 e março de 2020.

Dos doentes incluídos, cerca de 41,3% demonstrou ser assíduo ao longo de todo o tratamento, frequentando pelo menos duas consultas de terapia periodontal de suporte por ano. Visto que o intervalo de tempo entre as consultas de TPS deve ser determinado tendo em conta o perfil de risco geral e o benefício esperado para o paciente, para determinados pacientes frequentar apenas duas consultas de tratamento de suporte não é suficiente e, por isso, os critérios de classificação para o grau de adesão variam entre estudos, pelo que é difícil fazer uma comparação precisa. No entanto, noutros estudos foram encontrados resultados semelhantes para a taxa de adesão, tais como no de Agrawal et al. em 2015 (44,6%), no de Demirel & Efeodlu em 1995 (36,48%) e no de Perrell-Jones & Ireland em 2016 (32%). Nestes últimos a adesão dos pacientes às consultas de tratamento periodontal foi considerada baixa, contudo bastante mais elevada do que comparando com outros estudos como o de Delola et al. de 2014 (10,5%); o de Kim et al. também de 2014 (11,2%); o de Lee et al. de 2019 (14,1%); o de Navarro-Pardo et al. de 2022 (27,14%); e o de Park et al. de 2009 (24,7%).

No presente estudo, observou-se uma distribuição relativamente balanceada em relação ao género, com 51% de pacientes do sexo feminino e 49% do sexo masculino. Em alguns estudos (Ojima, Hanioka & Shizukuishi, 2001; Park et al., 2009; Agrawal et al., 2015; Perrell-Jones & Ireland, 2016) observa-se um desequilíbrio relativamente ao

sexo dos doentes, o que pode influenciar os resultados uma vez que segundo alguns estudos as mulheres geralmente são mais preocupadas com a sua saúde (Bansal, Mittal & Singh, 2015).

No que diz respeito à faixa etária, neste estudo, a idade dos pacientes encontrava-se compreendida entre os 27 e os 86 anos, sendo que a média de idades rondou os 60 anos. Dos estudos consultados, o que apresentou a média de idades mais próxima foi de Navarro-Pardo et al., (2022) em Valência, Espanha, em que a média da idade da população estudada foi de 54 anos.

Por outro lado, existem estudos realizados noutros países em que a média de idades foi bastante distinta da média obtida neste estudo, por exemplo no estudo de Agrawal et al., (2015) realizado na Índia, a média da idade da população estudada foi de 33,7 anos, e no estudo de Demirel & Efeodlu (1995) realizado na Turquia obtiveram a média de 37,18 anos. No entanto estes valores vão de encontro às pirâmides demográficas nestas regiões do globo, nas quais a média de idades é bastante inferior à média na Europa ocidental. A disparidade encontrada nos valores relativos às médias de idade dos pacientes que frequentaram as consultas de TPS pode também dever-se ao facto destes estudos terem sido realizados em locais onde as realidades socioeconómicas e culturais são distintas, assim como a importância de cuidados de saúde oral. Pode depender do local onde o estudo foi realizado (universidades, hospitais ou clínicas privadas) e dos critérios de inclusão e exclusão definidos pelos autores.

Embora o género feminino tenha demonstrado maior assiduidade em relação ao género masculino, nesta amostra não foi observada associação entre a adesão às consultas e o género, o que vai de encontro aos resultados de alguns estudos anteriores : (Mendoza et al., (1991); Checchi et al., (1994); Demirel & Efeodlu (1995); Ojima et al., (2001); Fardal et al. (2003); Delola et al., (2014); Varela-Centelles et al., (2019); Navarro-Pardo et al., (2022)), mas contrastando com outros estudos (Demetriou et al., (1995); Novaes et al., (1999); Soolari & Rokn (2003); Famili & Short (2010); Lee et al., (2019)) que indicam que as mulheres são mais cumpridoras. Os estudos de Perrell-Jones & Ireland (2016) e de Park et al. (2009) apresentaram resultados contrários com os homens a demonstrarem maior adesão ao tratamento periodontal. Os resultados deste último estudo realizado na Coreia do Sul podem estar relacionados com a associação a uma área rural onde a mulher

tem um papel importante no sustento da família, não tendo tanto tempo para frequentar as consultas de medicina dentária, ao contrário dos restantes estudos realizados em grandes cidades.

Não existe diferença estabelecida entre homens e mulheres em relação à suscetibilidade para a DP, embora os homens tenham demonstrado pior saúde periodontal em diversos estudos em diferentes populações (Susin et al., 2004; Holtfreter et al., 2009; Dye, 2012; Eke et al., 2016). Essa diferença tem sido considerada como um reflexo de melhores práticas de higiene oral associada ou não a uma maior frequência das consultas de medicina dentária entre as mulheres (Dunlop et al., 2002; Christensen et al., 2003; Roberts-Thomson & Stewart, 2003). Estes dados podem indicar que as mulheres estão mais conscientes da importância e necessidade de tratamentos dentários, sendo assim mais cumpridoras (Bansal, Mittal & Singh, 2015). Por outro lado, existe um maior consumo de tabaco e álcool nos homens, o que pode indicar uma menor preocupação com a saúde em geral (Delker, Brown & Hasin 2016; Eke et al., 2016).

Da mesma forma que as observações de Mendoza et al. (1991), Checchi et al. (1994), Demetriou et al. (1995) e Ojima et al. (2001), mas ao contrário de Glavind (1986), Fardal et al. (2003), Fardal et al., (2004), Park et al., (2009) e Delola et al. (2014), a idade influenciou o padrão de adesão ao tratamento ($p < 0,05$). Neste estudo, as principais diferenças encontradas foram entre o grupo de pacientes não assíduos (que é o grupo com a média de idades mais baixa, com média de 56 anos) e os grupos de pacientes assíduos e irregulares (com médias superiores a 60 anos).

Segundo de Demirel & Efeodlu em 1995 e Navarro-Pardo et al. em 2022, e contrariamente a este estudo, o grupo de pacientes mais velhos demonstrou ser menos assíduo em relação aos pacientes mais jovens. Os estudos de Mendoza et al. (1991) e Ojima et al. (2001) vão de encontro aos resultados obtidos de que os pacientes assíduos são mais velhos. Possivelmente estes resultados encontram-se relacionados com uma maior disponibilidade de tempo em indivíduos idosos associados à preocupação com a saúde nesta faixa etária. Por outro lado, muitos dos pacientes no estudo já se encontram aposentados o que poderia afetar a ida ao dentista devido ao menor nível de rendimentos.

Em relação à proximidade à clínica, não foi encontrada relevância significativa visto que o mais comum em todos os grupos de pacientes foi residirem nos concelhos

mais próximos da CDEM, o que vai de encontro aos estudos de Ojima et al., (2001) e Lee et al., (2019) que indicam que os pacientes procuram clínicas próximas da sua área de residência. No estudo de Park et al. em 2009, todos os grupos de pacientes residiam nas áreas mais distantes do local de estudo, no entanto também não foi considerada uma variável significativa.

De uma forma geral pacientes reformados tenderam a ser mais assíduos e pacientes empregados ou com o ensino básico tenderam a ser não assíduos. No entanto os testes utilizados não foram aplicáveis em relação à situação profissional, nível de escolaridade e escalão de rendimento anual face à assiduidade e não foram encontrados outros estudos que avaliassem a relação destas variáveis.

Não foi estabelecida uma relação significativa entre o diagnóstico periodontal e a adesão ao tratamento, como relatado anteriormente (Checchi et al., 1994; König et al., 2001; Fardal et al., 2003; Park et al., 2009; Delola et al., 2014). Num estudo de Agrawal et al. em 2015, os pacientes foram classificados com base nos critérios estabelecidos pelo Workshop Internacional para Classificação de Doenças Periodontais de 1999, o que constitui uma limitação para comparação de resultados. No entanto, nesse estudo a adesão foi melhor em pacientes com Periodontite Agressiva Generalizada do que naqueles com Periodontite Crónica Generalizada. Segundo Delola et al. em 2014, a condição periodontal foi considerada um fator significativo da adesão à terapia inicial, mas não da adesão à TPS.

Para a contabilização do número de dentes ausentes no diagnóstico periodontal não foram consideradas ausências de terceiros molares, tal como no estudo de Demirel & Efeodlu (1995). O número de dentes perdidos sem os terceiros molares (28 dentes) foi contabilizado, independentemente da sua substituição.

Neste estudo não houve diferença significativa entre o número de dentes ausentes no diagnóstico periodontal e a adesão dos pacientes, sendo que o número médio de dentes ausentes foi semelhante em todos os grupos. Embora o motivo da perda dentária não seja conhecido, o número de dentes remanescentes numa dentição reflete a funcionalidade da mesma. Se mais de oito dentes de um total de 28 dentes forem perdidos, a função oral encontra-se geralmente prejudicada. Pacientes com até quatro dentes perdidos podem ser

considerados pacientes de baixo risco, enquanto pacientes com mais de oito dentes perdidos são considerados de alto risco (Käyser, 1981, 1994).

No estudo de Demirel & Efeodlu em 1995, em relação ao número médio de dentes encaminhados para extração no início do tratamento, não existiram diferenças significativas entre os grupos de pacientes assíduos e não assíduos, tendo o número médio sido semelhante em ambos os grupos.

Segundo as revisões sistemáticas de Lee et al. (2015) e Campos et al. (2021), e os estudos de Checchi et al., (2002) e Kim et al., (2014), pacientes com periodontite que não cumpram a TPS têm um risco maior de perda dentária do que os pacientes que aderem ao tratamento.

Seria interessante em futuros estudos avaliar também a perda dentária ao longo do tratamento periodontal, visto que é um critério importante para avaliar os resultados do tratamento.

O índice de placa neste estudo teve tendência a ser ligeiramente mais baixo no grupo de pacientes assíduos, apesar de não ter apresentado diferenças significativas em relação à assiduidade. Foram encontrados resultados semelhantes nos estudos de Perrell-Jones & Ireland em 2016 e Mendoza et al. em 1991. Do mesmo modo, Konig et al. em 2001 mostrou que o índice de placa foi significativamente maior em pacientes não aderentes, no entanto pode existir potencial viés neste estudo pela falta de calibragem dos examinadores.

É importante a avaliação deste índice uma vez que reflete o nível de higiene do doente. A presença de placa bacteriana começa por afetar o tecido gengival, levando à sua inflamação e consequentemente pode levar à progressão da doença. Assim, pacientes mais motivados podem apresentar um melhor controlo de placa e ser mais assíduos às consultas.

O índice gengival teve tendência a ser mais elevado no grupo de pacientes não aderentes, apresentando diferença significativa entre o grupo de pacientes assíduos e não assíduos ($p < 0,05$). Estes dados vão de encontro aos estudos de Novaes et al. em 1996 e Perrell-Jones & Ireland em 2016, que demonstraram que o índice gengival foi mais baixo em pacientes assíduos. A avaliação deste índice é de elevada importância, uma vez que reflete o grau de inflamação dos tecidos periodontais.

Não foi verificado nenhum padrão de assiduidade em relação à presença de patologias sistémicas, nem quanto ao número de patologias apresentadas. Das patologias mais frequentes na amostra destacaram-se a Hipertensão Arterial e a Hipercolesterolemia, sendo que quanto à HTA não se verificou relação com a assiduidade. Quanto à Hipercolesterolemia, este estudo demonstrou haver relação significativa com a adesão ao tratamento ($p < 0,001$). Pacientes saudáveis tenderam a ser não assíduos e pacientes com a doença tenderam a ser mais assíduos ou irregulares, ainda que a assiduidade possa estar relacionada com outros fatores como a idade e não diretamente com a Hipercolesterolemia, podendo esta ser considerada como uma associação meramente circunstancial.

O estudo de Delola et al. (2014) avaliou a condição sistémica dos pacientes segundo a classificação de estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA-PS) modificado para a área da medicina dentária (Maloney & Weinberg, 2008). Neste estudo não houve relação significativa entre a condição sistémica do paciente e a adesão ao tratamento, o que vai de encontro com os resultados obtidos no presente estudo mas também no de outros autores como Park et al. em 2009.

Em relação aos hábitos tabágicos, não foi encontrada associação com a assiduidade. Segundo os estudos de Mendoza et al. em 1991, Park et al. em 2009, Ramseier et al. em 2014, Delola et al. no mesmo ano e Perrell-Jones & Ireland em 2016, o número de pacientes fumadores que aderiram à TPS foi significativamente menor do que não fumadores. Esta observação, relacionada com o papel bem estabelecido do tabagismo na progressão da doença periodontal (Lorentz et al., 2009), destaca a atenção especial que deve ser dada a pacientes fumadores para adesão ao tratamento.

De uma forma geral pacientes sem implantes tenderam a ser menos assíduos neste estudo, pacientes com implantes ou com intenção de colocar implantes tenderam a ser mais assíduos, apesar do teste utilizado ter sido não aplicável.

Segundo vários estudos (Wilson et al., (1984); Park et al., (2009); Frisch et al., (2014); Lee et al., (2019)) foi demonstrado haver uma associação significativa entre a presença de implantes e adesão ao tratamento. Pacientes com a presença de pelo menos um implante apresentaram maior adesão do que pacientes sem implantes. Este facto pode

estar relacionado com a dor associada à perda do dente, o tempo necessário para o tratamento com vista à sua substituição e os custos envolvidos. Estes pacientes entendem a importância de consultas de medicina dentária regulares, levando a uma maior taxa de adesão.

Segundo o estudo de Zeza et al., (2017), sobre assiduidade dos pacientes à TPS apenas em pacientes com implantes, mostrou que pacientes com implantes cumprem parcialmente o tratamento periodontal de suporte programado sendo que a maioria compareceu a mais de 50% das consultas previstas.

Segundo alguns autores, pacientes em tratamento ortodôntico tenderam a ser mais assíduos, ainda que neste estudo não se tenha aplicado. O facto de durante o tratamento ortodôntico o doente ter consultas mensais de controlo do aparelho pode fazer com que mais facilmente seja alertado para a necessidade de realizar nova consulta de suporte periodontal (Müssig et al., 2008; Al Shammery et al., 2015).

O mais comum nos grupos de pacientes assíduos e não assíduos foi não serem portadores de próteses dentárias. No entanto, uma percentagem apreciável de pacientes é portadora de prótese dentária, provavelmente devido à idade mais elevada da população estudada e à perda dentária associada à doença periodontal. Não foram encontrados outros estudos que avaliassem a relação do tratamento ortodôntico e presença de prótese em relação à assiduidade.

Da mesma forma que no estudo de Park et al. em 2009, a duração do tratamento influenciou o padrão de adesão às consultas de TPS ($p < 0,001$). Os resultados obtidos demonstraram que pacientes não assíduos têm em média uma menor duração de tratamento em comparação com pacientes assíduos e irregulares. Mais de metade dos pacientes na amostra (52,9%) apenas frequentou as consultas de terapia periodontal até um período de 3 anos.

Nos estudos analisados, a avaliação da duração do tratamento foi feita em meses. Neste estudo o tempo de tratamento foi avaliado em anos, visto que sendo o intervalo de assiduidade considerado de pelo menos duas consultas por ano seria difícil a avaliação em meses, desta forma é difícil fazer comparações com os restantes estudos. Os pacientes tendem a desmotivar com o tempo aumentando a taxa de *drop-outs* daí a necessidade de remotivação constante e de um sistema de *recall* eficaz.

Mendoza et al., (1991), Checchi et al. (1994), Park et al., (2009) e Delola et al. (2014) relataram que a adesão a longo prazo é mais provável em pacientes assíduos durante o primeiro ano de TPS, sendo que a taxa de abandono é maior durante o primeiro ano de tratamento. A assiduidade demonstrou diminuir com uma maior duração de seguimento dos pacientes (Demetriou, Tsami-Pandi & Parashis (1995), Novaes et al. (1999) e Park et al. (2009)).

De uma forma geral, a adesão ao tratamento de pacientes com doenças crônicas tende a ser baixa. Estudos sobre pacientes que realizaram o tratamento em instituições universitárias tiveram uma taxa de não adesão entre 11% e 45% e em consultórios privados foi observado que apenas um terço ou menos dos pacientes aderiu completamente ao tratamento (Wilson, 1998).

Fatores sociais, culturais, económicos e psicológicos, como o medo, assim como a atitude do paciente, a sua autoconfiança e falta de percepção da necessidade de tratamento foram identificados como determinantes para o padrão de adesão durante a manutenção periodontal (Gatchel et al., 1983; Becker et al., 1984; Wilson et al., 1987; Mendoza et al., 1991; Demetriou et al., 1995; Ojima et al., 2005; Lorentz et al., 2009; Agrawal et al., 2015).

Yeh & Lai em 2011 demonstraram que sintomas agudos podem ser considerados um preditor positivo para o início do tratamento periodontal, no entanto é também um preditor negativo para a conclusão do tratamento. O estudo de Oppenheim, Bergman & English em 1979, revelou também a falta de satisfação como um dos fatores que afetam a adesão ao tratamento.

Outros fatores como a idade do paciente, sexo, condição periodontal, tratamento realizado e características culturais e geográficas também demonstraram afetar a assiduidade (Demetriou et al., 1995; Demirel & Efeodlu 1995; Novaes et al., (1999); Ojima et al., 2001; Fardal et al., 2003; Soolari & Rokn 2003; Famili & Short, 2010).

Fardal em 2006, através de entrevistas a pacientes que não aderiram ao tratamento, revelou que o principal motivo da não adesão era o encaminhamento dos pacientes a outros médicos dentistas. O estudo de Park et al. (2009) mostrou que os principais motivos para a baixa adesão ao tratamento foram a localização inconveniente e o tempo insuficiente, resultados que se encontram em consonância com o estudo de Agrawal et al. em 2015.

Neste estudo, um dos aparentes principais motivos de não adesão pareceu ser a pandemia, sendo que a maioria do grupo de pacientes não assíduos eram assíduos até ao início da pandemia e depois deixaram de comparecer. Do grupo de pacientes irregulares, a maior parte deixou de comparecer no ano de 2020 e regressou em 2022, o que corresponde ao período inicial, das quatro primeiras vagas da pandemia COVID-19 em Portugal. O receio associado à situação pandémica pode ter sido a principal causa de não adesão ao tratamento desde março 2020, tendo assim influenciado os resultados de forma negativa. A percentagem de pacientes não assíduos e irregulares pode ter sido mais elevada do que comparativamente ao esperado numa situação considerada normal.

A amostra do presente estudo foi constituída por 104 pacientes. Nos estudos realizados por Agrawal et al. (2015) e Kim et al. (2014), as amostras foram constituídas por 101 e 134 pacientes respetivamente, que são os estudos com a amostra mais próxima do presente estudo. Nos restantes estudos sobre o tema, encontramos amostras constituídas por mais de 190 indivíduos: Navarro-Pardo et al. em 2022 (199 pacientes); Lee et al. em 2019 (206 pacientes); Delola et al. em 2014 (218 pacientes); Demirel & Efeodlu em 1995 (233 pacientes); Perrell-Jones & Ireland em 2016 (310 pacientes); Park et al. em 2009 (405 pacientes) e Ojima, Hanioka & Shizukuishi em 2001 (1896 pacientes).

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente ao nível da dimensão relativamente reduzida da amostra e à escassa abrangência demográfica. O facto de o estudo ter sido realizado em ambiente universitário e de utilizar uma amostra não-probabilística limita a extrapolação das conclusões obtidas para a totalidade da população. O facto dos fatores avaliados não terem sido analisados sempre pelo mesmo operador, pode levar a um viés em relação ao diagnóstico periodontal, medição do índice de placa e índice gengival. A comparação do diagnóstico periodontal com estudos anteriores foi bastante limitada, visto que a classificação utilizada não foi a mesma, assim como a comparação da assiduidade, pois os intervalos utilizados entre consultas variaram entre estudos. Por outro lado, o desenho retrospectivo do estudo leva a que em muitos casos existam dados incompletos.

Em Portugal ainda não existem estudos que avaliem estas mesmas variáveis, motivo pelo qual os dados obtidos tenham sido comparados com estudos realizados noutros países.

Futuros estudos poderiam alargar esta investigação a mais regiões do nosso país para ser possível perceber se os resultados dentro da população portuguesa teriam tendência a convergir, ou se por outro lado fatores geográficos podem afetar a assiduidade.

Seria interessante a realização de mais estudos em relação aos motivos que levam à não frequência das consultas de TPS através da realização de questionários por correio ou contacto telefónico com os pacientes que abandonaram as consultas de TPS, contribuindo assim para explicar os motivos envolvidos.

VI. CONCLUSÕES

Foi observada uma baixa adesão à terapia periodontal de suporte, visto que apenas 41,30% dos pacientes demonstraram ser assíduos. Pacientes mais velhos e pacientes com índice gengival mais baixo tiveram melhor adesão ao tratamento periodontal de suporte, assim como pacientes com maior duração de tratamento demonstraram ser mais assíduos. Das restantes variáveis, nenhuma emergiu como um fator determinante significativo para a assiduidade às consultas de tratamento periodontal de suporte nesta amostra.

VII. BIBLIOGRAFIA

- Agrawal, N., Jain, R., Jain, M., Agarwal, K., & Dubey, A. (2015). Compliance with supportive periodontal therapy among patients with aggressive and chronic periodontitis. *Journal of oral science*, 57(3), 249–254. <https://doi.org/10.2334/josnusd.57.249>
- Al Shammary, N. H., Newton, T., McDonald, F., Scambler, S., & Asimakopoulou, K. (2015). Adherence in orthodontic settings: understanding practitioner views in a UK sample. *The Angle orthodontist*, 85(5), 826–832. <https://doi.org/10.2319/091014-635.1>
- Albandar, J.M. & Tinoco, E.M.B. (2002). Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. *Periodontology* 2000, 29(1), 153-176. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0757.2002.290108.x>
- American Academy of Periodontology. (2001). *Glossary of Periodontal Terms*, 4th edn. (Vol. 67, Issue 2). The American Academy of Periodontology. <https://doi.org/10.1902/jop.1996.67.2.177>
- Bansal, M., Mittal, N., & Singh, T.B. (2015). Assessment of the prevalence of periodontal diseases and treatment needs: A hospital-based study. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 19(2), 211 - 215.
- Becker, W., Becker, B. E., & Berg, L. E. (1984). Periodontal treatment without maintenance. A retrospective study in 44 patients. *Journal of periodontology*, 55(9), 505–509. <https://doi.org/10.1902/jop.1984.55.9.505>
- Burt, B. A. (1994). Periodontitis and aging: reviewing recent evidence. *Journal of the American Dental Association* (1939), 125(3), 273–279. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1994.0034>
- Cabrera, V. (2015). Diabetes y su impacto en los tejidos periodontales. *Rev. chil. endocrinol. diabetes*, 8(2).

- Campos, I., de Freitas, M. R., Costa, F. O., Cortelli, S. C., Rovai, E. S., & Cortelli, J. R. (2021). The Effects of Patient Compliance in Supportive Periodontal Therapy on Tooth Loss: A systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the International Academy of Periodontology*, 23(1), 17–30.
- Chambrone, L. A., & Chambrone, L. (2006). Tooth loss in well-maintained patients with chronic periodontitis during long-term supportive therapy in Brazil. *Journal of Clinical Periodontology*, 33(10), 759–764. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2006.00972.x>
- Checchi, L., Pelliccioni, G. A., Gatto, M. R., & Kelescian, L. (1994). Patient compliance with maintenance therapy in an Italian periodontal practice. *Journal of clinical periodontology*, 21(5), 309–312. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.1994.tb00718.x>
- Checchi, L., Montevecchi, M., Gatto, M. R., & Trombelli, L. (2002). Retrospective study of tooth loss in 92 treated periodontal patients. *Journal of clinical periodontology*, 29(7), 651–656. <https://doi.org/10.1034/j.1600-051x.2002.290710.x>
- Christensen, L. B., Petersen, P. E., Krstrup, U., & Kjøller, M. (2003). Self-reported oral hygiene practices among adults in Denmark. *Community dental health*, 20(4), 229–235.
- 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(3), 301–311. <https://doi.org/10.1902/jop.2011.110101>
- Darveau R. P. (2010). Periodontitis: a polymicrobial disruption of host homeostasis. *Nature reviews. Microbiology*, 8(7), 481–490. <https://doi.org/10.1038/nrmicro2337>

- De Micheli, G., Jorge, M. C., Lotufo, R. F. M., Conde, M. C., Romito, G. A., & Carvalho, C. V. (2001). *O tratamento periodontal de suporte e a importância da cooperação consciente*. 13(3), 203–213.
- Delatola, C., Adonogianaki, E., & Ioannidou, E. (2014). Non-surgical and supportive periodontal therapy: predictors of compliance. *Journal of clinical periodontology*, 41(8), 791–796. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12271>
- Delker, E., Brown, Q., & Hasin, D. S. (2016). Alcohol Consumption in Demographic Subpopulations: An Epidemiologic Overview. *Alcohol research : current reviews*, 38(1), 7–15.
- Demetriou, N., Tsami-Pandi, A., & Parashis, A. (1995). Compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study. *Journal of periodontology*, 66(2), 145–149. <https://doi.org/10.1902/jop.1995.66.2.145>
- Demirel, K., & Efeodlu, A. (1995). Retrospective evaluation of patient compliance with supportive periodontal treatment. *The Journal of Nihon University School of Dentistry*, 37(3), 131–137. <https://doi.org/10.2334/josnusd1959.37.131>
- Demmer, R. T., & Papapanou, P. N. (2010). Epidemiologic patterns of chronic and aggressive periodontitis. *Periodontology* 2000, 53, 28–44. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2009.00326.x>
- Dunlop, D. D., Manheim, L. M., Song, J., & Chang, R. W. (2002). Gender and ethnic/racial disparities in health care utilization among older adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 57(4), S221–S233. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.4.s221>
- Dye B. A. (2012). Global periodontal disease epidemiology. *Periodontology* 2000, 58(1), 10–25. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2011.00413.x>

Dye, B.A., Tan, S., Smith, V., et al. (2007). Trends in Oral Health Status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. *Vital and Health Statistics*, 11(248), 1-92.

Echeverría, J. J., Echeverría, A., & Caffesse, R. G. (2019). Adherence to supportive periodontal treatment. *Periodontology* 2000, 79(1), 200–209. <https://doi.org/10.1111/prd.12256>

Eke, P. I., Wei, L., Thornton-Evans, G. O., Borrell, L. N., Borgnakke, W. S., Dye, B., & Genco, R. J. (2016). Risk Indicators for Periodontitis in US Adults: NHANES 2009 to 2012. *Journal of periodontology*, 87(10), 1174–1185. <https://doi.org/10.1902/jop.2016.160013>

Famili, P., & Short, E. (2010). Compliance with periodontal maintenance at the University of Pittsburgh: Retrospective analysis of 315 cases. *General dentistry*, 58(1), e42–e47.

Fardal Ø. (2006). Interviews and assessments of returning non-compliant periodontal maintenance patients. *Journal of clinical periodontology*, 33(3), 216–220. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2006.00891.x>

Fardal, Ø., Johannessen, A. C., & Linden, G. J. (2003). Compliance in a Norwegian periodontal practice. *Oral health & preventive dentistry*, 1(2), 93–98.

Fardal, Ø., 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(7), 550–555. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2004.00519.x>

Frisch, E., Ziebolz, D., Vach, K., & Ratka-Krüger, P. (2014). Supportive post-implant therapy: patient compliance rates and impacting factors: 3-year follow-up. *Journal of clinical periodontology*, 41(10), 1007–1014. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12298>

- Gatchel, R. J., Ingersoll, B. D., Bowman, L., Robertson, M. C., & Walker, C. (1983). The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. *Journal of the American Dental Association* (1939), 107(4), 609–610. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1983.0285>
- Genco R. J. (1996). Current view of risk factors for periodontal diseases. *Journal of periodontology*, 67(10 Suppl), 1041–1049. <https://doi.org/10.1902/jop.1996.67.10.1041>
- Genco, R. J., & Borgnakke, W. S. (2013). Risk factors for periodontal disease. *Periodontology* 2000, 62(1), 59–94. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2012.00457.x>
- Glavind L. (1986). The result of periodontal treatment in relationship to various background factors. *Journal of clinical periodontology*, 13(8), 789–794. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.1986.tb00883.x>
- Goh, V., Hackmack, P. P., Corbet, E. F., & Leung, W. K. (2017). Moderate- to long-term periodontal outcomes of subjects failing to complete a course of periodontal therapy. *Australian Dental Journal*, 62(2), 152–160. <https://doi.org/10.1111/adj.12440>
- Gokulanathan, S., Balan, N., Aravind, R. J., & Thangavelu, K. (2014). Patient compliance and supportive periodontal therapy: Study among young adults of Namakkal district. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, 6(Suppl 1), S171–S173. <https://doi.org/10.4103/0975-7406.137443>
- Hajishengallis G. (2015). Periodontitis: from microbial immune subversion to systemic inflammation. *Nature reviews. Immunology*, 15(1), 30–44. <https://doi.org/10.1038/nri3785>
- Hill, R. W., Ramfjord, S. P., Morrison, E. C., Appleberry, E. A., Caffesse, R. G., Kerry, G. J., & Nissle, R. R. (1981). Four types of periodontal treatment compared over

- two years. *Journal of periodontology*, 52(11), 655–662. <https://doi.org/10.1902/jop.1981.52.11.655>
- Holtfreter, B., Schwahn, C., Biffar, R., & Kocher, T. (2009). Epidemiology of periodontal diseases in the Study of Health in Pomerania. *Journal of clinical periodontology*, 36(2), 114–123. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2008.01361.x>
- Johansson, L.-Å., Oster, B., & Hamp, E. (1984). *Evaluation of cause-related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations*. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.1984.tb01317.x>
- Kaldahl, W. B., Kalkwarf, K. L., Patil, K. D., Dyer, J. K., & Bates, R. E., Jr (1988). Evaluation of four modalities of periodontal therapy. Mean probing depth, probing attachment level and recession changes. *Journal of periodontology*, 59(12), 783–793. <https://doi.org/10.1902/jop.1988.59.12.783>
- Käyser A. F. (1981). Shortened dental arches and oral function. *Journal of oral rehabilitation*, 8(5), 457–462. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.1981.tb00519.x>
- Käyser, A.F. (1994). Limited treatment goals – shortened dental arches. *Periodontology 2000*, 4(1), 7-14. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.1994.tb00001.x>
- Kim, S. Y., Lee, J. K., Chang, B. S., & Um, H. S. (2014). Effect of supportive periodontal therapy on the prevention of tooth loss in Korean adults. *Journal of periodontal & implant science*, 44(2), 65–70. <https://doi.org/10.5051/jpis.2014.44.2.65>
- Kim, T. S., Schenk, A., Lungeanu, D., Reitmeir, P., & Eickholz, P. (2007). Nonsurgical and surgical periodontal therapy in single-rooted teeth. *Clinical oral investigations*, 11(4), 391–399. <https://doi.org/10.1007/s00784-007-0144-x>

- Knowles, J., Burgett, F., Morison, E., Nisle, R. & Ramfjord, S. (1980). Comparison of results following three modalities of periodontal therapy related to tooth type and initial pocket depth. *Journal of Clinical Periodontology*, 7(1), 32–47. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.1980.tb01947.x>
- König, J., Plagmann, H. C., Langenfeld, N., & Kocher, T. (2001). Retrospective comparison of clinical variables between compliant and non-compliant patients. *Journal of clinical periodontology*, 28(3), 227–232. <https://doi.org/10.1034/j.1600-051x.2001.028003227.x>
- Könönen, E., Gursoy, M., & Gursoy, U. K. (2019). Periodontitis: A Multifaceted Disease of Tooth-Supporting Tissues. *Journal of clinical medicine*, 8(8), 1135. <https://doi.org/10.3390/jcm8081135>
- Lang, N. P., & Tonetti, M. S. (2003). Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral health & preventive dentistry*, 1(1), 7–16.
- Lang, N. P., Schätzle, M. A., & Löe, H. (2009). Gingivitis as a risk factor in periodontal disease. *Journal of clinical periodontology*, 36 Suppl 10, 3–8. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2009.01415.x>
- Lee, C. T., Huang, H. Y., Sun, T. C., & Karimbux, N. (2015). Impact of Patient Compliance on Tooth Loss during Supportive Periodontal Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of dental research*, 94(6), 777–786. <https://doi.org/10.1177/0022034515578910>
- Lee, J. B., Shin, H. J., Kim, D. Y., & Pang, E. K. (2019). Evaluation of prognosis related to compliance with supportive periodontal treatment in patients with chronic periodontitis: a clinical retrospective study. *Journal of periodontal & implant science*, 49(2), 76–89. <https://doi.org/10.5051/jpis.2019.49.2.76>
- Lindhe, J. (2022). *Clinical Periodontology and Implant Dentistry* (7th ed.). Oxford, Willey Blackwell.

- Lindhe, J., & Nyman, S. (1975). The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of periodontal health. A longitudinal study of periodontal therapy in cases of advanced disease. *Journal of clinical periodontology*, 2(2), 67–79. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.1975.tb01727.x>
- Lindhe, J., & Nyman, S. (1984). Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology*, 11(8), 504–514. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.1984.tb00902.x>
- Löe, H., Anerud, A., Boysen, H., & Smith, M. (1978). The natural history of periodontal disease in man. The rate of periodontal destruction before 40 years of age. *Journal of periodontology*, 49(12), 607–620. <https://doi.org/10.1902/jop.1978.49.12.607>
- Löe, H., Anerud, A., Boysen, H., & Morrison, E. (1986). Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *Journal of clinical periodontology*, 13(5), 431–445. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.1986.tb01487.x>
- Lorentz, T. C., Cota, L. O., Cortelli, J. R., Vargas, A. M., & Costa, F. O. (2009). Prospective study of complier individuals under periodontal maintenance therapy: analysis of clinical periodontal parameters, risk predictors and the progression of periodontitis. *Journal of clinical periodontology*, 36(1), 58–67. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2008.01342.x>
- Maloney, W. J., & Weinberg, M. A. (2008). Implementation of the American Society of Anesthesiologists Physical Status classification system in periodontal practice. *Journal of periodontology*, 79(7), 1124–1126. <https://doi.org/10.1902/jop.2008.070625>
- Manresa, C., Sanz-Miralles, E. C., Twigg, J., & Bravo, M. (2018). Supportive periodontal therapy (SPT) for maintaining the dentition in adults treated for

- periodontitis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 24(9), 450–451.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009376.pub2>
- Marsh P. D. (1994). Microbial ecology of dental plaque and its significance in health and disease. *Advances in dental research*, 8(2), 263–271.
<https://doi.org/10.1177/08959374940080022001>
- Mendoza, A. R., Newcomb, G. M., & Nixon, K. C. (1991). Compliance with supportive periodontal therapy. *Journal of periodontology*, 62(12), 731–736.
<https://doi.org/10.1902/jop.1991.62.12.731>
- Meyle, J., & Chapple, I. (2015). Molecular aspects of the pathogenesis of periodontitis. *Periodontology* 2000, 69(1), 7–17.
<https://doi.org/10.1111/prd.12104>
- Midwood, I., Davies, M., Newcombe, R. G., & West, N. (2019). Patients' perception of their oral and periodontal health and its impact: a cross-sectional study in the NHS. *British dental journal*, 227(7), 587–593. <https://doi.org/10.1038/s41415-019-0721-9>
- Miyamoto, T., Kumagai, T., Lang, M. S., & Nunn, M. E. (2010). Compliance as a Prognostic Indicator. II. Impact of Patient's Compliance to the Individual Tooth Survival. *Journal of Periodontology*, 81(9), 1280–1288.
<https://doi.org/10.1902/jop.2010.100039>
- Müssig, E., Berger, M., Komposch, G., & Brunner, M. (2008). Prädiktoren für die Compliance in der kieferorthopädischen Behandlung [Predictors for compliance in orthodontic treatment]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 70(3), 164–169.
<https://doi.org/10.1055/s-2008-1062732>
- Navarro-Pardo, M., Márquez-Arrico, C. F., Pallarés-Serrano, A., & Silvestre, F. J. (2022). Adherence to supportive periodontal treatment in relation to patient

- awareness. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 14(1), e1–e8.
<https://doi.org/10.4317/jced.59035>
- Nazir, M. A. (2017). Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *International Journal of Health Sciences*, 1(2), 72–80.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28539867>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5426403>
- Ng, M. C., Ong, M. M., 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(5), 499–508.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2011.01708.x>
- Novaes, A. B., Jr, de Lima, F. R., & Novaes, A. B. (1996). Compliance with supportive periodontal therapy and its relation to the bleeding index. *Journal of periodontology*, 67(10), 976–980. <https://doi.org/10.1902/jop.1996.67.10.976>
- Novaes, A. B., & Novaes, A. B. (1999). *Compliance With Supportive Periodontal Therapy. Part 1. Risk of Non-Compliance in the First 5-Year Period*.
<https://doi.org/10.1902/jop.1999.70.6.679>
- Novaes, A. B., Jr, Novaes, A. B., Bustamanti, A., Villavicencio, J. J., Muller, E., & Pulido, J. (1999). Supportive periodontal therapy in South America. A retrospective multi-practice study on compliance. *Journal of periodontology*, 70(3), 301–306. <https://doi.org/10.1902/jop.1999.70.3.301>
- Nyman, S., Lindhe, J., & Rosling, B. (1977). Periodontal surgery in plaque-infected dentitions. *Journal of clinical periodontology*, 4(4), 240–249.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.1977.tb01896.x>
- Ojima, M., Hanioka, T., & Shizukuishi, S. (2001). Survival analysis for degree of compliance with supportive periodontal therapy. *Journal of clinical periodontology*, 28(12), 1091–1095. <https://doi.org/10.1034/j.1600-051x.2001.281202.x>

- Oppenheim, G., Bergman, J.J., & English, E.C. (1979). Failed appointments: a review. *The Journal of family practice*, 8(4), 789–796.
- Papapanou, P.N., Lindhe, J., Sterrett, J.D. & Enderoth, L. (1991). Considerations on the contribution of ageing to loss of periodontal tissue support. *Journal of Clinical Periodontology*, 18(8), 611–615. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.1991.tb00098.x>
- Park, WK., Lee, JK., Chang, BS. & Um, HS. (2009). A retrospective study on patients' compliance with supportive periodontal therapy. *J Korean Acad Periodontol*, 39(1), 59-70. <https://doi.org/10.5051/jkape.2009.39.1.59>
- Perrell-Jones, C., & Ireland, R. S. (2016). What factors influence patient compliance with supportive periodontal therapy in a general practice setting?. *British dental journal*, 221(11), 701–704. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2016.904>
- Ramfjord, S. P., Knowles, J. W., Nissle, R. R., Burgett, F. G., & Shick, R. A. (1975). Results following three modalities of periodontal therapy. *Journal of periodontology*, 46(9), 522–526. <https://doi.org/10.1902/jop.1975.46.9.522>
- Ramseier, C. A., Kobrehel, S., Staub, P., Sculean, A., Lang, N. P., & Salvi, G. E. (2014). Compliance of cigarette smokers with scheduled visits for supportive periodontal therapy. *Journal of clinical periodontology*, 41(5), 473–480. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12242>
- Roberts-Thomson, K. & Stewart, J. (2003). Access to dental care by young South Australian adults. *Australian Dental Journal*, 48(3), 169-174. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2003.tb00027.x>
- Sanz, M., Herrera, D., Kebschull, M., Chapple, I., Jepsen, S., Beglundh, T., Sculean, A., Tonetti, M. S., & EFP Workshop Participants and Methodological Consultants (2020). Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice

- guideline. *Journal of clinical periodontology*, 47 Suppl 22(Suppl 22), 4–60.
<https://doi.org/10.1111/jcpe.13290>
- Slots, J. (2017). Periodontitis: facts, fallacies and the future. *Periodontology* 2000, 75(1), 7–23. <https://doi.org/10.1111/prd.12221>
- Socransky, S. S., & Haffajee, A. D. (2005). Periodontal microbial ecology. *Periodontology* 2000, 38, 135–187. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2005.00107.x>
- Sonnenschein, S. K., Kohnen, R., Ruetters, M., Krisam, J., & Kim, T.-S. (2020). Adherence to long-term supportive periodontal therapy in groups with different periodontal risk profiles. *Journal of Clinical Periodontology*, 47(3), 352–261. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13252>
- Soolari, A., & Rokn, A. R. (2003). Adherence to periodontal maintenance in Tehran, Iran. A 7-year retrospective study. *Quintessence international (Berlin, Germany : 1985)*, 34(3), 215–219.
- Soto, F. E. A., Morales, F. J. S., Anaya, Y. B., & García, Z. F. (2017). Periodontitis una enfermedad multifactorial: Diabetes Mellitus. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud: RICS*, 6(11), 61–86. <https://doi.org/10.23913/RICS.V6I11.51>
- Steffens, J. (2018). *Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: Guia Prático e Pontos-Chave*. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.04704>
- 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(7), 1033–1041. <https://doi.org/10.1902/jop.2004.75.7.1033>

- Tomar, S. L., & Asma, S. (2000). Smoking-attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of periodontology*, 71(5), 743–751. <https://doi.org/10.1902/jop.2000.71.5.743>
- Tonetti, M. S., Chapple, I. L., Jepsen, S., & Sanz, M. (2015). Primary and secondary prevention of periodontal and peri-implant diseases: Introduction to, and objectives of the 11th European Workshop on Periodontology consensus conference. *Journal of clinical periodontology*, 42 Suppl 16, S1–S4. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12382>
- Van der Weijden, G., Dekkers, G. J., & Slot, D. E. (2019). Success of non-surgical periodontal therapy in adult periodontitis patients: A retrospective analysis. *International journal of dental hygiene*, 17(4), 309–317. <https://doi.org/10.1111/idh.12399>
- Van Dyke, T. E., & Sheilesh, D. (2005). Risk factors for periodontitis. *Journal of the International Academy of Periodontology*, 7(1), 3–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15736889>
- Varela-Centelles, P., Diz-Iglesias, P., Estany-Gestal, A., Blanco-Hortas, A., Bugarín-González, R., Seoane-Romero, J. M., & Blanco, J. (2019). Periodontal awareness and what it actually means: A cross-sectional study. *Oral diseases*, 25(3), 831–838. <https://doi.org/10.1111/odi.13026>
- Wilson T. G., Jr (1998). How patient compliance to suggested oral hygiene and maintenance affect periodontal therapy. *Dental clinics of North America*, 42(2), 389–403.
- Wilson, T. G., Jr, Glover, M. E., Malik, A. K., Schoen, J. A., & Dorsett, D. (1987). Tooth loss in maintenance patients in a private periodontal practice. *Journal of periodontology*, 58(4), 231–235. <https://doi.org/10.1902/jop.1987.58.4.231>

- Wilson, T. G., Jr, Glover, M. E., Schoen, J., Baus, C., & Jacobs, T. (1984). Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. *Journal of periodontology*, 55(8), 468–473. <https://doi.org/10.1902/jop.1984.55.8.468>
- Yeh, H. C., & Lai, H. (2011). Association between patients' chief complaints and their compliance with periodontal therapy. *Journal of clinical periodontology*, 38(5), 449–456. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2011.01711.x>
- Zeza, B., Pilloni, A., Tatakis, D. N., Mariotti, A., Di Tanna, G. L., & Mongardini, C. (2017). Implant Patient Compliance Varies by Periodontal Treatment History. *Journal of periodontology*, 88(9), 846–853. <https://doi.org/10.1902/jop.2017.160528>

VIII. ANEXOS

I.



Comissão de Ética EGAS MONIZ

Proc. Interno nº 1025

Ex.ma Senhora
Inês Alexandra Ramos Barradas

Monte de Caparica, 27 de janeiro de 2022.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado **“Fatores determinantes na assiduidade às consultas de Terapia Periodontal de Suporte”**, foi aprovado por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Prof^a. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

