

**DIRETRIZ PARA A PRÁTICA CLÍNICA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: TRATAMENTO DA PERIODONTITE ESTÁGIOS I-III
(VOLUME 3) – MANUTENÇÃO PERIÓDICA PREVENTIVA**

Editores-Gerais:

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Nésio Fernandes de Medeiros Junior

Coordenação Técnica-Geral:

Doralice Severo da Cruz

Elaboração de texto

Francisco Wilker Mustafa Gomes Muniz

Caroline Fernandes e Silva

Cassiano Kuchenbecker Rösing

Fabricio Batistin Zanatta

Maísa Casarin

Natália Marcumini Pola

Maria Lanuse Davila Gadelha de Oliveira

Ricardo Souza Martins

Yasmim Nobre

Ândrea Daneris

Eduardo Dickie de Castilhos

Nicole Aimée Rodrigues José

Amanda Pinto Bandeira de Sousa Marques

Betina Suziellen Gomes da Silva

Gustavo Vinícius do Nascimento Ribeiro

GODeC – *Global Observatory for Dental Care Group*

Comitê Organizador

Francisco Wilker Mustafa Gomes Muniz

Yasmim Nobre

Ândrea Daneris

Painel de especialistas

Ândrea Daneris

Caroline Fernandes e Silva

Cassiano Kuchenbecker Rösing

Eduardo Dickie de Castilhos

Fabricio Batistin Zanatta

Francisco Wilker Mustafa Gomes Muniz

Maísa Casarin

Maria Lanuse Davila Gadelha de Oliveira

Natália Marcumini Pola

Ricardo Souza Martins

Yasmim Nobre

GODeC – Global Observatory for Dental Care Group

Revisão técnica:

Amanda Pinto Bandeira de Sousa Marques

Betina Suziellen Gomes da Silva

Doralice Severo da Cruz

Élem Cristina Cruz Sampaio

Gustavo Vinícius do Nascimento Ribeiro

Flávia Santos Oliveira de Paula

Laura Cristina Martins de Souza

Nicole Aimée Rodrigues José

Renato Taqueo Placeres Ishigame

Sandra Cecília Aires Cartaxo

Sumaia Cristine Coser

Wellington Mendes Carvalho

APRESENTAÇÃO

A análise e síntese do conhecimento científico atualizado para dar suporte às decisões na prática clínica, bem como para a proposição de políticas públicas custo-efetivas, cujos benefícios são consenso entre os atores envolvidos na produção de saúde, constitui-se como desafio para os formuladores de políticas públicas, gestores e profissionais de saúde, dentre os quais estão os cirurgiões-dentistas (FAGGION; TU, 2007; SUTHERLAND, 2000).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção responsável pelo cuidado e pela resolução das principais condições de saúde das pessoas, sendo a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), e a ordenadora da rede de atenção. É, portanto, elemento precípua da organização de sistemas de saúde efetivos, e no Brasil, a APS tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) seu principal modelo de organização. A APS está fundamentada nos atributos propostos por Barbara Starfield, entre os quais estão o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Além disso, a APS tem como compromisso o atendimento aos preceitos constitucionais e legais do SUS, entre os quais estão a universalidade, a integralidade e a equidade. A APS oferece melhores resultados de saúde a custos mais baixos para o sistema de saúde público, sendo importante para a racionalização dos recursos financeiros empregados pelo SUS (ANDERSON *et al.*, 2018).

As ações em saúde realizadas na APS envolvem diagnóstico, tratamento e reabilitação de problemas de saúde agudos e crônicos, prevenção de doenças, promoção de saúde e coordenação do cuidado de saúde das pessoas e de suas famílias. Para o alcance desses atributos na APS, entre outras medidas, é recomendada a oferta de cuidados de saúde bucal, sobretudo na ESF, por meio das equipes de Saúde Bucal (eSB).

O processo de trabalho dessas equipes tem como diretriz a operacionalização dos fundamentos da APS e deve ser norteado pelo compromisso de promover a resolução dos problemas de saúde bucal da população, produzindo grande impacto na situação de saúde das pessoas e famílias, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. O Ministério da Saúde disponibiliza aos gestores, profissionais de saúde bucal e usuários um rol de ações dispostas na Carteira de Serviço da Atenção Primária à Saúde - não

vinculativo ou exaustivo - a serem desenvolvidas pelas eSB, conforme recursos disponíveis, demanda existente e processos de educação continuada ofertados.

Ao se considerar todos os benefícios que a formulação de políticas baseada em evidências traz à sociedade, tanto no que tange à qualidade e segurança do cuidado produzido, quanto no emprego de recursos públicos para a adoção de políticas públicas de saúde efetivas, a Coordenação-Geral de Saúde Bucal, em parceria com a iniciativa GODEC (Global Observatory for Dental Care) da Universidade Federal de Pelotas, disponibilizará 22 diretrizes clínicas para a qualificação do cuidado em saúde bucal ofertado na APS.

O GODEC/UFPel firmou cooperação com o Ministério da Saúde por intermédio do Termo de Execução Descentralizada para o desenvolvimento de 22 diretrizes para a prática clínica na Atenção Primária à Saúde (Processo nº 57/2019). Esta Diretriz para a Prática Clínica Odontológica na Atenção Primária à Saúde: Tratamento da Periodontite Estágios I-III – Manutenção Periódica Preventiva, em seu terceiro volume, é um dos documentos gerados com base nesse projeto de cooperação. O primeiro volume aborda a fase inicial da terapia periodontal (controle dos fatores de risco locais e sistêmicos, incluindo a remoção do biofilme supra e gengival), já o segundo volume aborda a fase das reintervenções do tratamento da periodontite.

OBJETIVO

Esta publicação tem o objetivo de adaptar uma diretriz para prática clínica já publicada sobre o tratamento da periodontite. Para esse volume, será especificada a fase de manutenção periódica preventiva periodontal, no intuito de orientar o dentista clínico a executar o melhor tratamento (manutenção periódica preventiva), baseado em evidência, considerando sua atuação na APS e a realidade brasileira. É válido apontar que esse é o **terceiro volume** da diretriz acerca do tratamento da periodontite estágios I-III.

INTRODUÇÃO

O tratamento periodontal consiste em uma fase de terapia ativa, em que é alcançada uma condição periodontal compatível com saúde, a um nível que pode ser mantida pelo usuário. Após a obtenção dessa fase terapêutica, deve-se seguir com a terapia periodontal de suporte ou a manutenção

periódica preventiva. Esses indivíduos requerem cuidados periodontais individualizados e especificamente projetados, consistindo em uma combinação de intervenções preventivas e terapêuticas realizadas em diferentes intervalos, que devem incluir: avaliação e monitoramento da saúde sistêmica e periodontal, reforço das instruções de higiene oral - uma vez que esses indivíduos devem estar em conformidade com os regimes de higiene oral recomendados -remoção mecânica de biofilme pelo profissional e instrumentação subgengival localizada em bolsas residuais (SANZ *et al.*, 2020).

As consultas de manutenção periódica preventiva também incluem comportamentos individuais, uma vez que esses indivíduos devem estar em conformidade com os regimes de higiene oral recomendados e apresentarem estilos de vida saudáveis, motivando o indivíduo para o controle contínuo dos fatores de risco. Essas consultas apresentam o objetivo de reduzir o risco de reinfecção ou progressão da doença (HUYNH-BA *et al.*, 2009; LEE *et al.*, 2015; TONETTI *et al.*, 2015a).

Diante disso, esse volume irá abordar questões importantes referentes às consultas de manutenção periódica preventiva, reforçando a importância da adesão, o intervalo de tempo entre as consultas, o controle mecânico e químico pelos indivíduos e profissionais, a motivação, além do controle dos fatores de risco sistêmicos nesses indivíduos.

METODOLOGIA

Aspectos metodológicos detalhados podem ser consultados no volume 1 dessa diretriz (tratamento inicial da periodontite estágios I-III). Em resumo, essa diretriz para a prática clínica foi desenvolvida e reportada de acordo com o guia de reporte AGREE II (BROUWERS *et al.*, 2016). O processo geral de adaptação do guia foi realizado conforme uma adaptação do método do GRADE-ADOLOPMENT (SCHÜNEMANN *et al.*, 2017). A elaboração das recomendações foi produzida e avaliada de acordo com a construção de tabelas de recomendações e força de evidência do GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation) (GUYATT *et al.*, 2011).

Para tanto, um painel, composto por pesquisadores, cirurgiões-dentistas com experiência em atendimentos de indivíduos com doenças periodontais

e/ou na APS e profissionais da saúde com experiência em gestão no âmbito do SUS, foram envolvidos. Esse painel realizou diversas reuniões, entre os meses de agosto de 2020 a maio de 2021, para discussões e obtenção de consensos acerca de todas as recomendações. As reuniões foram organizadas pelo Ministério da Saúde/Coordenação-Geral de Saúde Bucal e GODEC/UFPel.

Nessas reuniões, as questões prioritárias e a metodologia de trabalho do GRADE foram apresentadas. Em seguida, discutiu-se cada uma das questões. Para o estabelecimento das recomendações clínicas, utilizou a ferramenta de diretrizes clínicas GRADEpro-GDT (gdt.grade.org/app). Em todas as questões, a síntese da evidência era apresentada, e as recomendações eram realizadas com base nos critérios estabelecidos pelo GRADE. A coordenação do painel foi a responsável pela síntese da discussão. O texto final foi submetido para apreciação e aprovado por todos os membros do painel.

Questões prioritárias

O Comitê Organizador considerou, inicialmente, a sigla PIPDS (P: População; I: Intervenção; P: Profissional-alvo; D: Desfecho; S: Sistema de Saúde) como base para o desenvolvimento das questões:

P: indivíduos adultos com periodontite estágios I-III;

I: abordagens para tratamento da periodontite;

P: cirurgiões-dentistas que atuam na APS do SUS;

D: número de dentes perdidos, redução de profundidade de sondagem, ganho de inserção clínica e redução de sangramento à sondagem;

S: prática de atenção primária.

A presente diretriz é uma adaptação de uma diretriz para a prática clínica, recentemente publicada, pela Federação Europeia de Periodontia (*European Federation of Periodontology*) (SANZ *et al.*, 2020). Para o presente volume, apenas as questões relacionadas à fase da manutenção periódica preventiva da diretriz prévia foram consideradas. A escolha da manutenção dessas questões foi realizada por consenso pelo painalista. Além disso, os painelistas poderiam propor questões adicionais caso fosse percebido que algum aspecto do tratamento da periodontite não havia sido completamente preenchido. O Quadro 1 expressa o número de questões da diretriz adaptada e o número de questões adotadas para este volume da presente diretriz.

Quadro 1. Número de questões em saúde identificadas na diretriz para a prática clínica adaptadas e na presente diretriz.

Nome da seção da diretriz adaptada (em inglês)	Número de questões da diretriz adaptada	Nome da seção na presente diretriz	Número de questões adotadas na presente diretriz	Número de questões adicionais na presente diretriz
<i>“Supportive periodontal care”</i>	20	Manutenção periódica preventiva	14	00

Identificação de diretrizes ou revisões sistemáticas

Inicialmente, o Comitê Organizador realizou uma busca por guias potencialmente elegíveis nas bases de dados: PubMed, Scopus, Embase, *Web of Science*, *Cochrane Library* e *National Institute for Clinical Evidence* (NICE). Além disso, buscas manuais nos sites da Sociedade Brasileira de Periodontologia, *“European Federation of Periodontology”*, *“American Academy of Periodontology”* e *“American Dental Association”* foram realizadas para identificar guias potencialmente elegíveis. Uma busca manual também foi realizada no periódico *Revista Periodontia* (Fortaleza), pertencente à Sociedade Brasileira de Periodontologia.

A estratégia de busca completa, os critérios de inclusão e de exclusão adotados podem ser identificados no volume 1 da presente diretriz. Dessa maneira, uma diretriz foi selecionada (SANZ *et al.*, 2020), apresentando um conceito excelente ($6,5 \pm 0,6$) na avaliação realizada pelo “AGREE II Online Appraisal Tool.” Maiores detalhes desse processo também estão reportados no volume 1.

Síntese das Evidências

A diretriz a ser adaptada já contava com a avaliação da certeza da evidência GRADE (GUYATT *et al.*, 2011). Apesar disso, todas as questões foram analisadas novamente. Toda a avaliação GRADE foi realizada por um pesquisador e validada por todos os painelistas, durante as reuniões síncronas.

O Quadro 2 demonstra os símbolos utilizados para representar a certeza da evidência e a força da recomendação.

Quadro 2. Representações sugeridas da qualidade da evidência e força das recomendações de acordo com a avaliação GRADE.

	Resultados da avaliação GRADE	Símbolo
Certeza da evidência	Alta	⊕⊕⊕⊕
	Moderada	⊕⊕⊕○
	Baixa	⊕⊕○○
	Muito Baixa	⊕○○○
Força da Recomendação	Forte a favor de uma intervenção	↑↑
	Fraco a favor de uma intervenção	↑
	Equivalência na intervenção	↕
	Fraco contra uma intervenção	↓
	Forte contra uma intervenção	↓↓

As tabelas com a síntese de evidências, resumos dos achados da literatura e fluxogramas para tomada de decisões em relação às recomendações podem ser consultadas no site: <https://wp.ufpel.edu.br/godec/>

Questão 1: A adesão à manutenção periódica preventiva é importante?

Resumo dos achados

Duas revisões sistemáticas (CAMPOS *et al.*, 2021; TROMBELLI; FRANCESCHETTI; FARINA, 2015) e dois estudos de coorte retrospectivos (PETIT *et al.*, 2019; RAMSEIER *et al.*, 2019) abordaram os efeitos da manutenção periódica preventiva e de sua adesão por parte dos indivíduos nos desfechos de perfil de bolsas residuais, profundidade de sondagem, nível de inserção clínica, sangramento à sondagem, presença de biofilme e perda dentária, com um período de acompanhamento variando de cinco a vinte anos.

A revisão sistemática de Trombelli *et al.* (2015) incluiu 19 estudos que compararam o efeito da terapia de manutenção periódica preventiva em diversos parâmetros periodontais (TROMBELLI; FRANCESCHETTI; FARINA, 2015). Dentre os estudos incluídos, que avaliaram a adesão dos indivíduos a essa terapêutica, resultados significativamente melhores foram encontrados para os níveis de profundidade de sondagem, nível de inserção clínico, sangramento à sondagem, presença de biofilme e perda dentária para os indivíduos que comparecem regularmente às consultas de manutenção periódica preventiva. No geral, indivíduos que não aderiram à manutenção periódica preventiva e/ou não compareciam a essas consultas de forma regular apresentaram piores resultados, com menor estabilidade periodontal e maior perda dentária ao longo de cinco anos de acompanhamento (COSTA *et al.*, 2014).

Da mesma forma, uma revisão sistemática (CAMPOS *et al.*, 2021) também avaliou a adesão dos indivíduos à manutenção periódica preventiva com relação ao risco de perda dentária. Foram incluídos 14 estudos, sendo 13 retrospectivos e um prospectivo. Oito estudos foram incluídos na metanálise que avaliou o risco de perda dentária. Os resultados demonstraram que os indivíduos que não aderiram à manutenção periódica preventiva têm um risco 26% maior de perda dentária quando comparados com indivíduos que aderiram. Especial atenção pode ser dada ao estudo retrospectivo de coorte de Costa *et al.* (2014), o qual foi incluído em ambas as revisões sistemáticas (COSTA *et al.*, 2014). Nesse estudo, os autores avaliaram 256 indivíduos

inseridos em um programa de manutenção periódica preventiva por 5 anos com o objetivo de comparar a estabilidade periodontal entre aqueles que aderiram e os que não aderiram a terapia de suporte. Os resultados encontrados demonstraram que indivíduos que não compareceram de forma regular às consultas propostas apresentaram piores parâmetros periodontais e maiores taxas de perda dentária.

Um estudo comparou o efeito de diferentes taxas de adesão e comparecimento às consultas de manutenção periódica preventiva com relação a perda dentária (PETIT *et al.*, 2019). Nesse estudo, foram determinados três padrões diferentes relacionados à falta de comparecimento dos indivíduos nas consultas. Indivíduos irregulares foram considerados aqueles com menos de 1,4 consultas por ano. Indivíduos com adesão esporádica à terapia de manutenção foram aqueles com um período contínuo sem consultas de manutenção durante dois anos. Por fim, indivíduos sem adesão à manutenção periódica preventiva foram aqueles com dois períodos contínuos sem comparecimento às consultas estabelecidas em uma faixa de dois a cinco anos. Os resultados demonstraram que indivíduos com adesão esporádica e que não aderiram à manutenção periódica preventiva apresentaram perda dentária por ano significativamente maior do que em indivíduos que aderiram. Da mesma forma, o número de indivíduos com mais de três dentes perdidos foi significativamente maior entre os indivíduos com adesão esporádica e os que não aderiram. Ainda, é reportado que o número de dentes perdidos antes do início da terapia ativa e a presença de mais de 3% de bolsas profundas (profundidade de sondagem >7 mm) foram significativamente associados à maior perda dentária por ano e, respectivamente, à perda de mais de três dentes.

Ramseier *et al.*, (2019) avaliaram a mudança no perfil de bolsas periodontais residuais e a sua estabilidade em relação à duração dos intervalos da manutenção periódica preventiva e comparecimento nas consultas em uma amostra de indivíduos incluídos em terapia de suporte por pelo menos 5 anos. Foram realizadas comparações entre os indivíduos que retornaram para manutenção periódica preventiva pelo menos um mês antes do intervalo previamente calculado e aqueles que retornaram pelo menos um mês depois

do estabelecido. Os resultados encontrados indicam que, independentemente da exposição ao fumo, um aumento no intervalo de tempo entre as consultas de manutenção periódica preventiva resultou em instabilidade periodontal com aumento das profundidades de sondagem e subsequente perda dentária, enquanto um menor intervalo e assiduidade entre as consultas resultou em redução da profundidade de sondagem, além de estabilidade periodontal.

A adesão à manutenção periódica preventiva por parte dos usuários parece ser imprescindível para garantir estabilidade periodontal, reduzir os riscos de progressão da doença e, conseqüentemente, a perda dentária. É importante que os indivíduos sejam esclarecidos sobre o papel dessa fase terapêutica do tratamento periodontal, assim como recebam reforço de instruções de higiene bucal. Além disso, devem ser motivados e encorajados a comparecerem, na frequência recomendada, para essas consultas.

Recomendações

Entende-se que as consultas de manutenção periódica preventiva possuem uma melhor complexidade, sendo passíveis de serem realizadas no contexto da APS. Dessa maneira, a seguinte recomendação foi fornecida: "Para usuários em tratamento para periodontite, sugere-se que a adesão à manutenção periódica preventiva seja considerada importante para garantir a estabilidade dos parâmetros clínicos resultantes do tratamento periodontal."

Observações

O tratamento periodontal consiste em uma fase de terapia ativa, em que é alcançada uma condição periodontal compatível com saúde, a um nível que pode ser mantida pelo usuário. Após a obtenção dessa fase terapêutica, deve-se seguir com a terapia periodontal de suporte ou a manutenção periódica preventiva. Essas consultas apresentam o objetivo de reduzir o risco de reinfecção ou progressão da doença (HUYNH-BA *et al.*, 2009; LEE; *et al.*, 2015; TONETTI *et al.*, 2015a; TONETTI *et al.*, 2015b). A inclusão do indivíduo nas consultas de manutenção periódica preventiva permite um adequado acompanhamento e controle da saúde bucal, não se restringindo apenas aos

cuidados da saúde periodontal (HUYNH-BA *et al.*, 2009; LEE; *et al.*, 2015; TONETTI *et al.*, 2015a; TONETTI *et al.*, 2015b).

No entanto, um problema recorrente durante essa fase terapêutica é a falta de adesão e regularidade de comparecimento por parte dos usuários. Neste contexto, estudos recentes têm avaliado o impacto da falta de participação regular nos programas de manutenção periódica preventiva na manutenção dos parâmetros periodontais (AXELSSON; NYSTRÖM; LINDHE, 2004; LORENTZ *et al.*, 2009; WILSON *et al.*, 1987). Em essência, esses estudos demonstram que os indivíduos que comparecem regularmente às consultas de manutenção periódica preventiva possuem melhor saúde bucal, além de menor número de dentes perdidos ao longo do tempo. Resultados mais aprofundados são fornecidos a seguir.

Quadro 3. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 1.

1) A adesão à manutenção periódica preventiva é importante?
Para usuários em tratamento para periodontite, o painel sugere que a adesão à manutenção periódica preventiva seja considerada importante para garantir a estabilidade dos parâmetros clínicos resultantes do tratamento periodontal.
Literatura de suporte: CAMPOS <i>et al.</i> , 2021; PETIT <i>et al.</i> , 2019; RAMSEIER <i>et al.</i> , 2019; TROMBELLI; FRANCESCHETTI; FARINA, 2015
Evidência disponível: Vinte quatro estudos observacionais com período de acompanhamento variando de cinco a vinte anos.
Recomendação GRADE: ⊕○○○ ↓
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 2: Com qual intervalo de tempo a terapia de manutenção periódica preventiva deve ser realizada?

Resumo dos achados

Uma revisão sistemática (CAMPOS *et al.*, 2021) e dois estudos de coorte retrospectivos (DE WET; SLOT; VAN DER WEIJDEN, 2018; RAMSEIER *et al.*, 2019) abordaram os efeitos da manutenção periódica preventiva e de sua adesão por parte dos indivíduos nos desfechos de perfil de bolsas residuais, profundidade de sondagem, sangramento à sondagem, recessão gengival e perda dentária, com um período de acompanhamento variando de dois a vinte anos.

Uma revisão sistemática incluiu 14 estudos, sendo 13 retrospectivos e um prospectivo (CAMPOS *et al.*, 2021). Desses, apenas oito foram incluídos na metanálise que avaliou o risco de perda dentária em relação a adesão ou não adesão dos indivíduos à manutenção periódica preventiva. Os resultados da metanálise demonstraram que os indivíduos não aderentes à manutenção periódica preventiva apresentam uma razão de chance 26% maior de perda dentária quando comparados com indivíduos aderentes. Além disso, foi realizada uma análise de subgrupo, comparando as diferentes recomendações de intervalos de tempo da manutenção periódica preventiva, e um efeito significativo foi reportado apenas para intervalos de 3 a 6 meses demonstrando uma razão de chance 27% maior de perda dentária para os indivíduos sem adesão neste intervalo específico. É importante ressaltar que estes resultados foram obtidos de dados de estudos retrospectivos e que até o momento não existem ensaios clínicos comparando o efeito de diferentes intervalos de manutenção na perda dentária.

O estudo de De Wet, Slot, Van der Weijden (2018) avaliou, em um período de 10 anos, 54 indivíduos inseridos em manutenção periódica preventiva com intervalos de tempo variando de 3-6 meses. Os autores reportam que, durante o período de manutenção periódica preventiva, houve uma diminuição geral na profundidade de sondagem média dos indivíduos, na porcentagem de sítios com profundidade de sondagem de 4-5 mm e na porcentagem de sítios com profundidade de sondagem ≥ 6 mm. Após 10 anos dessa terapia, 74,2% dos molares superiores e 75,2% dos molares inferiores ainda estavam presentes. Com relação aos fumantes, foram detectados escores significativamente maiores de sangramento à sondagem. Além disso, significativas maiores porcentagens de sítios com profundidade de sondagem

de 4-5 mm e com profundidade de sondagem ≥ 6 mm foram detectadas nos fumantes quando comparadas com os não fumantes.

Ramseier *et al.*, (2019) avaliaram a mudança no perfil de bolsas periodontais residuais e a estabilidade destas em relação à duração dos intervalos da manutenção periódica preventiva em uma subamostra de indivíduos em terapia de suporte por pelo menos cinco anos. Os autores desenvolveram um algoritmo, a partir do qual foi calculada a duração entre duas consultas consecutivas de terapia de manutenção periódica preventiva, sem que houvesse nenhuma mudança na profundidade de sondagem residual, considerando intervalos de três, quatro, seis, nove e 12 meses. Ainda, com o intuito de comparar as alterações de bolsa periodontal residual e perda dentária, os autores realizaram comparações entre os indivíduos que retornaram para manutenção periódica preventiva pelo menos um mês antes do intervalo previamente calculado e aqueles que retornaram pelo menos um mês depois.

Os autores reportam que os indivíduos que retornaram para a manutenção periódica preventiva mais tarde em cinco vezes consecutivas demonstraram uma porcentagem média de profundidade de sondagem ≥ 4 mm de 19,2%, enquanto os indivíduos que retornaram para as consultas de manutenção periódica preventiva mais cedo em cinco vezes consecutivas apresentaram uma porcentagem média de profundidade de sondagem ≥ 4 mm de apenas 5,8%. Com relação a perda dentária, foi demonstrado que aqueles que retornaram em mais de 50% de suas consultas de manutenção periódica preventiva pelo menos 1 mês antes do calculado apresentaram frequência média de perda dentária ao longo de 20 anos de 0,60, sendo significativamente menor quando comparada aos indivíduos que em mais de 50% de suas consultas retornaram pelo menos 1 mês depois.

Ainda, ao considerar indivíduos que apresentavam bolsas residuais ≥ 6 mm, na primeira consulta de manutenção periódica preventiva, e retornaram antes em mais de 50% das consultas, a frequência de perda dentária foi significativamente elevada durante os primeiros 10 anos em comparação com a frequência de perda dentária em indivíduos sem bolsas residuais ≥ 6 mm em sua primeira consulta. Contudo, ao longo dos 10 anos seguintes de manutenção periódica preventiva, a perda dentária caiu para o nível de indivíduos sem bolsas

residuais ≥ 6 mm. Em indivíduos que retornaram mais tarde em mais de 50% das consultas, a frequência de perda dentária aumentou ao longo de 20 anos de manutenção periódica preventiva, permanecendo significativamente maior em indivíduos com bolsa residual ≥ 6 mm. De forma geral, os resultados desse estudo indicam que, independentemente da exposição ao fumo, um aumento no intervalo de tempo entre as consultas de manutenção periódica preventiva resultou em instabilidade periodontal com aumento da profundidade de sondagem e subsequente perda dentária. Em contrapartida, um menor intervalo entre as consultas resultou em redução da profundidade de sondagem e estabilidade periodontal. Os autores concluíram que, para atingir e manter a estabilidade periodontal durante a manutenção periódica preventiva, dados individuais que considerem a quantidade de bolsas periodontais residuais podem contribuir para o planejamento melhorado dos intervalos das consultas de manutenção periódica preventiva, oferecendo uma terapia personalizada e baseada no risco de cada indivíduo.

Os três estudos utilizados como referência abordam diferentes questões importantes a serem consideradas durante a manutenção periódica preventiva, como a porcentagem de bolsas residuais, a exposição ao fumo do indivíduo e a sua adesão à manutenção periódica preventiva. Embora não tenha sido amplamente discutido em nenhum dos estudos, o estado glicêmico e o diagnóstico de *diabetes mellitus* também são importantes aspectos a serem considerados durante essa fase terapêutica. No geral, os estudos incluídos recomendavam intervalos de manutenção periódica preventiva variando 3-6 ou 4-6 meses, podendo estes serem mais espaçados de acordo com a estabilidade periodontal. No entanto, recomendações de uma atenção mais individualizada e baseada nos riscos de cada indivíduo na determinação dos intervalos de manutenção periódica preventiva também é enfatizada.

Recomendações

A seguinte recomendação foi dada: "Para usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, sugere-se que intervalos de tempo entre 3-6 meses sejam considerados. Contudo, aspectos relacionados ao perfil de cada indivíduo e comportamentos de risco também devem ser avaliados na determinação dos intervalos entre as consultas de manutenção

periódica preventiva." Em indivíduos pouco colaboradores, em relação ao controle do biofilme supragengival, estimula-se que frequências maiores das consultas de manutenção periódica preventiva sejam realizadas, por exemplo. O intervalo dessas consultas deve ser acordado, previamente, com o usuário.

Observações

A inserção do usuário em consultas de manutenção periódica preventiva permite um adequado controle da saúde bucal, reduzindo o risco de reinfecção ou progressão da doença (HUYNH-BA *et al.*, 2009; LEE *et al.*, 2015; TONETTI *et al.*, 2015a; TONETTI *et al.*, 2015b). Durante o curso da manutenção periódica preventiva, o indivíduo é acompanhado e encorajado a manter a higiene bucal adequada de forma a garantir a estabilidade periodontal (HUYNH-BA *et al.*, 2009; LEE *et al.*, 2015). Apesar da compreensão de que a adesão a essa terapia, ao longo da vida, é fundamental para manter os resultados do tratamento periodontal, não há um consenso na literatura sobre os intervalos de tempo em que a manutenção periódica preventiva deve ser realizada.

Quadro 4. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 2.

2) Com qual intervalo de tempo a terapia de manutenção periódica preventiva deve ser realizada?
Para usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, o painel sugere que intervalos de tempo entre 3-6 meses sejam considerados. Contudo, aspectos relacionados ao perfil de cada indivíduo e comportamentos de risco também devem ser avaliados na determinação dos intervalos entre as consultas de manutenção periódica preventiva.
Literatura de suporte: CAMPOS <i>et al.</i> , 2021; DE WET; SLOT; VAN DER WEIJDEN, 2018; RAMSEIER <i>et al.</i> , 2019
Evidência disponível: Dezesseis estudos observacionais (quinze retrospectivos e um prospectivo) com período de acompanhamento variando de dois a vinte anos.

Recomendação GRADE: ⊕○○○ ↓

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 3: As instruções de higiene bucal são importantes? Como elas devem ser realizadas durante a fase de manutenção periódica preventiva?

Resumo dos achados

Um estudo revisou sistematicamente a literatura sobre a eficácia de dispositivos de higiene bucal no controle mecânico do biofilme em indivíduos incluídos na fase de manutenção periódica preventiva (SLOT; VALKENBURG; VAN DER WEIJDEN, 2020). Dezesesseis ensaios clínicos randomizados, envolvendo apenas indivíduos adultos com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, foram incluídos. Contudo, desses, oito ensaios clínicos compararam a eficácia de escovas manuais e escovas elétricas em indivíduos incluídos na fase de manutenção periódica preventiva. Além disso, outros três estudos avaliaram o efeito de irrigadores orais nesse grupo de indivíduos. Esses estudos não foram considerados na presente diretriz para a prática clínica.

Foram avaliados diferentes dispositivos de higiene, sendo eles: escovas interdentais cônicas, cilíndricas e de formato não especificado, fio dental e palito dental. É válido reforçar que o palito dental, utilizado nos estudos descritos, possui secção triangular, não devendo ser confundido com o palito para petiscos, que possui secção circular. Todos esses dispositivos, em associação com escovas manuais, foram comparados com o uso de escovas manuais somente. As metanálises em rede fizeram comparações para escores de placa, índice gengival, escores de sangramento e escores de profundidade de sondagem. Os autores reportam uma grande heterogeneidade entre os artigos incluídos, tanto com relação à população, quanto ao período de acompanhamento e de fase de manutenção dos indivíduos avaliados. Da mesma forma, também existem discrepâncias quanto aos parâmetros periodontais dos indivíduos incluídos e com relação às instruções de higiene

disponibilizadas aos participantes, que variaram desde instruções não específicas, orientações de continuidade dos hábitos de higiene já existentes até instruções periódicas de acordo com as consultas de acompanhamento.

Foi demonstrado que o uso de escovas interdentais, em conjunto com escovas manuais, apresentou os melhores efeitos para controle de biofilme quando comparadas com escovas manuais sozinhas. Fio dental ou palitos dentais não apresentaram reduções significativas de biofilme. Contudo, para controle da inflamação gengival e redução de profundidade de sondagem, nenhum dispositivo de higiene bucal apresentou superioridade em comparação com as escovas manuais isoladas. Nenhum dos estudos incluídos avaliou o ganho de inserção clínica ou as preferências dos indivíduos em relação a qual dispositivo de higiene bucal eles se sentem mais confortáveis em utilizar.

É válido apontar que todos os dispositivos de higiene oral, especialmente aqueles desenvolvidos para as superfícies interproximais, podem apresentar a ocorrência de eventos adversos, como lesões nos tecidos gengivais. É importante que os efeitos clínicos desses dispositivos, incluindo seus eventos adversos, sejam monitorados ao longo das consultas de manutenção periódica preventiva. Sempre que necessário, esses dispositivos devem ser adaptados e instruções específicas deverão ser fornecidas.

Recomendações

Por entender que o controle do biofilme pode ser otimizado por meio das instruções de higiene bucal, foi recomendado o seguinte: "Para usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, sugere-se que repetidas instruções de higiene bucal sejam realizadas com o uso de escovas multicerdas manuais e escovas interdentais."

Observações

O controle do biofilme supragengival é de suma importância para a prevenção de diversas doenças periodontais e ao longo do tratamento da periodontite (NEEDLEMAN; NIBALI; DI IORIO, 2015). Além disso, sabe-se que o contínuo controle de biofilme também é essencial, durante a manutenção periódica preventiva, para a manutenção dos resultados clínicos alcançados

anteriormente (ROSLING *et al.*, 1976). Nesse sentido, a cooperação dos usuários em realizar diariamente um adequado controle desse biofilme é fundamental para a manutenção desses resultados clínicos. Apesar disso, diversos dispositivos de higiene bucal estão disponíveis no mercado, sendo imprescindível que a equipe de saúde bucal recomende aqueles que proporcionem os melhores efeitos antiplaca e antigengivite sem efeitos adversos importantes.

Quadro 5. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 3.

3) As instruções de higiene bucal são importantes? Como elas devem ser realizadas durante a fase de manutenção periódica preventiva?
Para usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, o painel sugere que repetidas instruções de higiene bucal sejam realizadas com o uso de escovas multicerdas manuais e escovas interdentais.
Literatura de suporte: SLOT; VALKENBURG; VAN DER WEIJDEN, 2020
Evidência disponível: Oito ensaios clínicos randomizados com períodos de acompanhamentos de até 6 meses.
Recomendação GRADE: ⊕○○○ ↓
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 4: Quais são os desenhos apropriados das escovas manuais e dos dispositivos de higiene interproximais em usuários na manutenção periódica preventiva?

Resumo dos achados

Para a eficácia dos dispositivos de higiene bucal especificamente em indivíduos inseridos na manutenção periódica preventiva (para maiores

detalhes, rever a questão anterior), não foram identificados estudos que avaliem as diferentes características de escovas manuais em usuários inseridos na manutenção periódica preventiva. Todas as informações a seguir são baseadas em evidências de indivíduos apenas com gengivite ou com saúde periodontal.

Uma revisão sistemática objetivou comparar o efeito clínico de escovas manuais com pontas cônicas e arredondadas (HOOGTEIJLING *et al.*, 2018). Para tanto, sete ensaios clínicos randomizados, envolvendo apenas indivíduos adultos, foram incluídos nesse estudo. Nenhuma diferença significativa, em relação ao índice de placa, foi identificada entre os estudos selecionados. Contudo, uma redução pequena, porém significativa, no índice gengival foi identificada nas escovas de pontas cônicas.

Outra revisão sistemática objetivou comparar os eventos adversos entre diferentes durezas e diferentes pontas de escovas manuais (RANZAN; MUNIZ; RÖSING, 2019). Nesse estudo, apenas ensaios clínicos randomizados que tivessem incluído indivíduos adultos foram avaliados. O período mínimo de acompanhamento foi de sete dias. Esse estudo demonstrou que as escovas manuais de cerdas duras produzem significativamente maior ocorrência de lesões em tecidos gengivais quando comparadas com as escovas de cerdas médias e macias. Para essa análise, sete estudos foram incluídos, tendo envolvido 584 indivíduos. Em contrapartida, nenhuma diferença significativa foi observada para a ocorrência de lesões gengivais quando se comparou as escovas de pontas cônicas ou arredondadas. Para essa análise, 11 estudos foram avaliados com a inclusão de 716 indivíduos.

Não foi identificada nenhuma revisão sistemática que compare as diferentes durezas de escovas manuais em relação à remoção de biofilme ou de inflamação gengival. Apesar disso, um estudo apontou que, quanto mais dura é uma escova manual, maior é sua capacidade de remover biofilme supragengival (ZIMMER *et al.*, 2011). Contudo, devido à significativa maior ocorrência de lesões de abrasão gengivais e dentárias durante o uso de escovas duras, seu uso é contraindicado na clínica odontológica.

Recomendações

Diversas comparações e desfechos clínicos, incluindo eventos adversos, foram analisados. Com base nisso, a seguinte recomendação foi proposta: "Para usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, o painel sugere que escovas manuais com cerdas macias e de cabeça pequena sejam indicadas, independentemente das demais características da escova. As escovas interdentais devem ser compatíveis com o tamanho dos espaços interproximais existentes. As preferências dos usuários, em relação às escovas interdentais, devem ser consideradas."

Observações

Como apontado na seção anterior, não há estudos disponíveis que avaliem, em usuários inseridos na manutenção periódica preventiva, quais são suas preferências em relação a dispositivos de higiene bucal. Sabe-se que os indivíduos necessitam estar motivados para a realização contínua de suas rotinas de higiene bucal, já que isso proporciona melhores adesões ao tratamento periodontal. Observações clínicas indicam que a eficácia das escovas interdentais depende da relação entre o tamanho da escova e o tamanho e a forma do espaço interproximal. Nesse sentido, as escovas interdentais que melhor se acomodam a esses espaços devem ser utilizadas. O usuário também deve ser envolvido na escolha da melhor escova interdental a ser utilizada.

Em relação às escovas manuais, estão disponíveis produtos com características diversas, que variam desde a dureza (dura, média, macia ou extramacia), número de cerdas, tamanho da cabeça da escova, formato da extremidade das cerdas e demais características.

Quadro 6. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 4.

<p>4) Quais são os desenhos apropriados das escovas manuais e dos dispositivos de higiene interproximais em usuários na manutenção periódica preventiva?</p>

<p>Para usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, o painel sugere que escovas manuais com cerdas macias e de cabeça pequena sejam indicadas, independentemente das demais características da escova. As escovas interdentais devem ser compatíveis com o tamanho dos espaços interproximais existentes. As preferências dos usuários, em relação às escovas interdentais, devem ser consideradas.</p>
<p>Literatura de suporte: HOOGTEIJLING <i>et al.</i>, 2018; RANZAN; MUNIZ; RÖSING, 2019; SLOT; VALKENBURG; VAN DER WEIJDEN, 2020</p>
<p>Evidência disponível: Oito ensaios clínicos randomizados com períodos de acompanhamentos de até 6 meses (com indivíduos em manutenção periódica preventiva). Sete ensaios clínicos randomizados (tempo de acompanhamento: uso único a 6 meses) para a comparação entre pontas das escovas manuais em relação ao índice gengival e índice de placa. Onze e 7 ensaios clínicos randomizados (tempo de acompanhamento mínimo: 7 dias) para a comparação entre diferentes durezas e entre pontas, respectivamente, em relação às lesões gengivais.</p>
<p>Recomendação GRADE: ⊕⊕○○ </p>
<p>Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).</p>

Questão 5: Como a higiene interproximal deve ser realizada?

Resumo dos achados

A revisão sistemática de Slot, Valkenburg & Weijden (2020) incluiu 16 ensaios clínicos randomizados, porém apenas oito contemplavam os critérios de elegibilidade, para a questão aqui estabelecida, pois comparavam diferentes dispositivos de higiene interproximal à escovação manual. Maiores informações sobre esta evidência estão disponíveis na questão 3 desta diretriz.

Os resultados para escores de biofilme demonstraram que as escovas interdetais apresentam o melhor desempenho na remoção da placa interproximal, sendo que as escovas interdetais cilíndricas e cônicas, em associação à escovação manual, apresentam resultados significativamente superior à escovação manual apenas. Não foram encontradas diferenças significativas em comparação à escova manual para o fio dental e palito dental (para maiores detalhes sobre a correta definição de palito dental, rever questão 3).

Com relação ao índice gengival (inflamação gengival), não foi possível realizar a inclusão de todos os dispositivos de higiene. Portanto, foram apenas as escovas interdetais de formato não especificado e fio dental em comparação às escovas manuais. Os estudos que utilizaram os demais dispositivos não reportaram esse tipo de avaliação. Nenhum desses dispositivos demonstrou benefícios adicionais, quando associados com a escova manual, e comparados com escova manual isolada.

Os autores recomendam que o dispositivo de escolha para a higiene interproximal seja a escova interdental, sendo importante destacar que existem diferentes formatos e tamanhos desses dispositivos. É válido ressaltar que o uso do fio dental não acarreta benefícios clínicos significativos para o controle de placa. Aparentemente, ele não consegue preencher corretamente os espaços interproximais existentes.

Os tamanhos dos espaços interproximais de indivíduo em manutenção periódica preventiva devem ser considerados, durante a recomendação desses dispositivos. Além disso, instrução e orientação apropriadas devem ser realizadas, pois o uso ou a seleção de tamanho inadequados podem causar danos aos tecidos moles e hipersensibilidade dentinária.

Recomendações

Com base nessas informações, chegou-se na seguinte recomendação: "Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, sugere-se que o controle do biofilme das superfícies proximais seja realizado com escovas interdetais. Os indivíduos devem ser devidamente instruídos e utilizar dispositivos de tamanho compatível com o espaço interproximal."

Observações

O tratamento periodontal consiste em uma fase de terapia ativa, que é seguida por fase de manutenção com objetivo de reduzir o risco de reinfecção ou progressão da doença (TONETTI *et al.*, 2015a; TONETTI *et al.*, 2015b). Como o biofilme dental é considerado o principal fator etiológico das doenças periodontais, a cooperação do usuário na sua remoção diária é imprescindível para o sucesso a longo prazo do tratamento (CHAPPLE *et al.*, 2015). Ao se considerar que as escovas convencionais não alcançam de forma eficaz as áreas interproximais, a higiene interdental é crítica para manutenção da saúde periodontal interproximal (CHAPPLE *et al.*, 2015; SÄLZER *et al.*, 2015). Dessa forma, medidas eficazes de controle de placa interproximal são importantes para indivíduos com periodontite em manutenção periódica preventiva (SANZ *et al.*, 2015).

Embora existam evidências que reforcem a importância do controle do biofilme durante essa fase da terapia periodontal, o conhecimento sobre o efeito clínico de escovas de dente e de dispositivos de higiene interproximal ainda é escasso dentro desse cenário.

Quadro 7. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 5.

5) Como a higiene interproximal deve ser realizada?
Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, o painel sugere que o controle do biofilme das superfícies proximais seja realizado com escovas interdentais. Os indivíduos devem ser devidamente instruídos e utilizar dispositivos de tamanho compatível com o espaço interproximal.
Literatura de suporte: SLOT; VALKENBURG; VAN DER WEIJDEN, 2020
Evidência disponível: Sete ensaios clínicos randomizados com período de acompanhamento variando de avaliações únicas a seis meses.
Recomendação GRADE: ⊕⊕○○

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 6: Qual o efeito do uso do fio dental para limpeza interproximal nos usuários em manutenção periódica preventiva?

Resumo dos achados

A revisão sistemática de Slot, Valkenburg & Weijden (2020) incluiu 16 ensaios clínicos randomizados, sendo que apenas cinco contemplavam os critérios de elegibilidade para a questão de pesquisa sobre o efeito adjunto do fio dental à escovação manual. Maiores informações sobre esta evidência estão disponíveis na questão 3.

Os resultados apresentados para os escores de biofilme e para o índice gengival não demonstraram efeitos significativos do uso do fio dental como dispositivo de higiene interproximal, sugerindo não haver nenhum efeito adicional do mesmo à escovação nos indivíduos em terapia de manutenção periodontal.

É importante ressaltar que existem evidências que demonstram um efeito significativo do fio dental na prevenção de gengivite e controle do biofilme (WORTHINGTON *et al.*, 2019). Além disso, é bem estabelecido que a prevenção da gengivite é uma estratégia preventiva para a periodontite (CHAPPLE *et al.*, 2015). Estudos observacionais, incluindo avaliações retrospectivas de até 30 anos, têm demonstrado que uma adequada higiene bucal e o uso do fio dental contribuem de forma significativa nestes aspectos (AXELSSON; NYSTRÖM; LINDHE, 2004; HUGOSON *et al.*, 2007; JÖNSSON *et al.*, 2010).

Contudo, indivíduos com histórico de periodontite e em manutenção periódica preventiva tendem a apresentar diferentes padrões e tamanhos de espaços interproximais, que podem dificultar a utilização do fio dental. Neste contexto, um estudo prospectivo (COSTA; COSTA; COTA, 2020) acompanhou indivíduos em manutenção periódica preventiva durante seis anos, comparando o uso de três diferentes dispositivos de higiene interproximal adjuntos a escovação manual (fio dental, escova interdental e irrigadores orais). Os

resultados encontrados por esses autores são semelhantes aos apresentados por outra revisão (SLOT; VALKENBURG; VAN DER WEIJDEN, 2020), em que, nesse perfil de indivíduos, resultados significativamente melhores foram encontrados para as escovas interdentais.

Além disso, destaca-se o fato de que a efetividade do fio dental é considerada dependente da técnica, o que significa que a falta de instrução e orientação adequadas podem influenciar no seu resultado. De fato, os estudos citados reportam grandes discrepâncias, nos estudos incluídos, com relação às instruções de higiene disponibilizadas aos participantes, que variaram desde instruções não específicas, orientações de continuidade dos hábitos de higiene já existentes até instruções periódicas de acordo com as consultas de acompanhamento.

Recomendações

Entende-se que, diante de uma perda de inserção interproximal, o indivíduo pode não remover, de maneira apropriada, o biofilme necessário com a utilização do fio dental. Assim, a seguinte recomendação foi fornecida: "Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, não se pode afirmar, baseado em ensaios clínicos randomizados de qualidade disponíveis, que o fio dental apresente um efeito adjuvante à escovação. No entanto, há uma vasta literatura observacional apontando benefícios do fio dental incorporado às rotinas de higiene bucal. Assim, profissionais podem valer-se desse dispositivo em situações específicas onde o uso da escova interdental esteja impossibilitado. Técnicas de motivação e instruções apropriadas de uso devem ser realizadas pelo profissional, pois sua efetividade é considerada técnico sensível."

Observações

A higiene interproximal é de grande importância na manutenção da saúde gengival, fazendo com que medidas eficazes de controle de biofilme nessas superfícies sejam críticas para os usuários com periodontite em manutenção periódica preventiva (CHAPPLE *et al.*, 2015; SANZ *et al.*, 2015; SÄLZER *et al.*, 2015). O fio dental é a ferramenta mais amplamente

recomendada para a remoção de placa bacteriana das superfícies proximais dos dentes. No entanto, muitas pessoas acham o uso do fio dental tecnicamente difícil e demorado (KIGER; NYLUND; FELLER, 1991), podendo apresentar dificuldades de utilização em áreas com histórico periodontal prévio (RÖSING *et al.*, 2006).

Embora existam evidências que reforcem a importância do controle de placa nas superfícies proximais durante a manutenção periódica preventiva, o conhecimento sobre o efeito clínico do fio dental em indivíduos com periodontite durante a manutenção periodontal precisa ser melhor explorado.

Quadro 8. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 6.

<p>6) Qual o efeito do uso do fio dental para limpeza interproximal nos usuários em manutenção periódica preventiva?</p>
<p>Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, o painel não pode afirmar, baseado em ensaios clínicos randomizados de qualidade disponíveis, que o fio dental apresente um efeito adjuvante à escovação. No entanto, há uma vasta literatura observacional apontando benefícios do fio dental incorporado às rotinas de higiene bucal. Assim, profissionais podem valer-se desse dispositivo em situações específicas onde o uso da escova interdental esteja impossibilitado. Técnicas de motivação e instruções apropriadas de uso devem ser realizadas pelo profissional, pois sua efetividade é considerada técnico sensível.</p>
<p>Literatura de suporte: SLOT; VALKENBURG; VAN DER WEIJDEN, 2020</p>
<p>Evidência disponível: Cinco ensaios clínicos randomizados com período de acompanhamento variando de avaliações únicas a seis meses de acompanhamento.</p>
<p>Recomendação GRADE: ⊕○○○ †</p>
<p>Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).</p>

Questão 7: Qual o impacto de outros dispositivos de higiene interproximal em usuários em manutenção?

Resumo dos achados

Explicações detalhadas sobre essa temática, incluindo o resumo da evidência disponível, são fornecidas na questão 5.

Recomendações

A análise cuidadosa do espaço interproximal é de suma importância, durante essa fase terapêutica. Assim, a seguinte recomendação foi fornecida: "Em usuários com histórico de periodontite e inseridos nas consultas de manutenção periódica preventiva, sugere-se que a higiene das áreas interproximais seja realizada com escovas interdentais com tamanhos compatíveis para os espaços interproximais. Quando não houver espaço suficiente para a sua inserção, sugere-se que o fio dental seja indicado."

Quadro 9. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 7.

7) Qual o impacto de outros dispositivos de higiene interproximal em usuários em manutenção?
Em usuários com histórico de periodontite e inseridos nas consultas de manutenção periódica preventiva, o painel sugere que a higiene das áreas interproximais seja realizada com escovas interdentais com tamanhos compatíveis para os espaços interproximais. Quando não houver espaço suficiente para a sua inserção, sugere-se que o fio dental seja indicado.
Literatura de suporte: SLOT; VALKENBURG; VAN DER WEIJDEN, 2020
Evidência disponível: Oito ensaios clínicos randomizados comparando escovas interdentais com escova de dentes manual.
Recomendação GRADE: ⊕⊕○○

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 8: Estratégias adicionais de motivação são eficazes na manutenção de usuários que receberam tratamento periodontal?

Resumo dos achados

Explicações detalhadas sobre essa temática são fornecidas na questão 2 do primeiro volume dessa diretriz. Quatro estudos realizaram as intervenções antes da terapia periodontal e não na fase de manutenção, enquanto os demais dez estudos realizaram ao longo do tratamento periodontal. Evidências indiretas podem ser atribuídas aos efeitos das intervenções e devem ser levadas em conta pelos leitores no momento da interpretação dos resultados.

Recomendações

Os mesmos comentários, informados na questão 2 do primeiro volume dessa diretriz, devem ser considerados aqui ao interpretar a seguinte recomendação: "Para usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, estratégias adicionais para aumentar a motivação, tais como intervenções psicológicas, entrevistas motivacionais ou terapia cognitivo comportamental, não apresentaram benefícios significativos nos desfechos avaliados, em comparação às abordagens usuais. Entretanto, elas podem ser consideradas para usuários pouco motivados."

Quadro 10. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 8.

8) Estratégias adicionais de motivação são eficazes na manutenção de usuários que receberam tratamento periodontal?

Para usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, estratégias adicionais para aumentar a motivação, tais como

<p>intervenções psicológicas, entrevistas motivacionais ou terapia cognitivo comportamental, não apresentaram benefícios significativos nos desfechos avaliados, em comparação às abordagens usuais. Entretanto, elas podem ser consideradas para usuários pouco motivados.</p>
<p>Literatura de suporte: CARRA <i>et al.</i>, 2020</p>
<p>Evidência disponível: 14 estudos (12 ensaios clínicos randomizados e 2 ensaios clínicos controlados)</p>
<p>Recomendação GRADE: ⊕○○○ †</p>
<p>Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).</p>

Questão 9: O uso coadjuvante de agentes químicos disponibilizados em dentifrícios ou em colutórios (antissépticos) pode melhorar o controle de biofilme dental, inflamação gengival e cálculo dentário na fase da manutenção periodontal?

Resumo dos achados

Uma revisão sistemática (FIGUERO *et al.*, 2020) compilou dados de ensaios clínicos randomizados com 6 meses ou mais de acompanhamento, os quais avaliaram a eficácia de diferentes agentes químicos disponibilizados em dentifrícios e antissépticos na redução de biofilme dental e inflamação gengival, usados como coadjuvante ao controle mecânico caseiro. Do total de 70 estudos incluídos, 39 incluíram portadores de gengivite (sem periodontite), 18 com inflamação gengival em periodonto reduzido e em 13 estudos não foi possível verificar o perfil dos participantes por falta de informações suficientes.

De uma forma geral, salvo algumas exceções, a maioria dos diferentes agentes ativos produziu resultados significativamente melhores que seus braços de comparação. Entretanto, foi observada uma grande heterogeneidade

estatística nos resultados, indicando ampla variabilidade de efeito. Ainda, destaca-se o alto risco de viés encontrado na maioria dos estudos incluídos.

Dos principais resultados, pode-se destacar que tanto dentifrícios quanto colutórios impactam significativamente na redução da inflamação gengival, quando comparados os efeitos dos diferentes agentes químicos entre o tipo de veículo, apesar de ter sido observado efeito superior quando da combinação de dentifrícios com colutórios. Por outro lado, o efeito dos colutórios parece ser superior ao dos dentifrícios para o desfecho de biofilme dental. Outro dado interessante é que o efeito dos agentes químicos parece ser levemente maior em sujeito com histórico de periodontite com inflamação gengival, do que em portadores de gengivite.

Ao se considerar apenas os produtos comercializados no mercado brasileiro, os maiores tamanhos de efeito na redução da inflamação gengival foram observados com o uso de colutórios à base de óleos essenciais sem álcool, seguido pelos óleos essenciais com álcool. Quanto aos dentifrícios, os maiores tamanhos de efeito foram para fluoreto estanhoso estabilizado + hexametáfosfato de sódio, seguido pelo Triclosan + copolímero PVM/MA.

Quando cálculo dentário é avaliado, diferentes produtos e concentrações são encontrados, porém, a literatura ainda é escassa sobre os efeitos de dentifrícios e colutórios em indivíduos em tratamento para periodontite e em manutenção periodontal. A maioria dos estudos foi realizada em indivíduos com gengivite após profilaxia dentária. Quando dados em dentifrício são avaliados, fluoreto estanhoso, pirofosfato, citrato de zinco e triclosan apresentaram reduções significativas de cálculo dentário, quando comparado ao controle negativo, em acompanhamentos de 2 a 7 meses. Já os produtos utilizados em colutórios, cloreto de cetilpiridíneo, triclosan, cloreto de zinco e pirofosfato foram avaliados, e a grande maioria apresentou diminuição na formação de cálculo comparado ao controle negativo, com avaliações variando de 7 dias a 7 meses. Não existe uma revisão sistemática que aborde este tema, embora a literatura sugira benefícios da associação das substâncias. O cálculo dentário foi avaliado na referida revisão sistemática como desfecho, independentemente de seu mecanismo de ação relacionar-se à inibição da formação de cálculo.

Quando observados o efeito na redução de biofilme dental, os maiores tamanhos de efeito foram também para colutórios à base de óleos essenciais sem álcool, seguido pelos óleos essenciais com álcool. Quanto aos dentifrícios, clorexidina 0,12%, seguido pelo Triclosan + copolímero PVM/MA apresentaram os maiores tamanho de efeito.

Dos 70 estudos incluídos em uma revisão sistemática (FIGUERO *et al.*, 2020), 31 reportaram efeitos adversos e/ou desfechos centrados nos indivíduos. Foram observados irritação nos tecidos moles com o uso de sanguinarina. Já o manchamento e alterações do paladar, em maior frequência, com clorexidina e alexidina, e, em menor frequência, com dermopinol, óleos essenciais e triclosan com copolímero associado a citrato de zinco.

Embora os resultados dessa revisão (FIGUERO *et al.*, 2020) tenham apontado que colutórios à base de óleos essenciais são as melhores alternativas (baseado no tamanho do efeito) na redução de placa e inflamação gengival, revisões sistemáticas prévias também apontaram efeito semelhante de colutórios à base de clorexidina (FIGUERO *et al.*, 2017; VAN LEEUWEN; SLOT; VAN DER WEIJDEN, 2011; VAN STRYDONCK *et al.*, 2012). Assim, colutórios à base de clorexidina 0,12% também se mostram boas alternativas, como indicação de uso coadjuvante ao controle mecânico caseiro, para indivíduos que estejam apresentando dificuldades na melhora dos cuidados caseiros de higiene oral. Entretanto, deve-se levar em consideração que a clorexidina apresenta efeitos adversos mais importantes que os óleos essenciais (manchamento dental extrínseco e alterações do paladar), devendo ser indicada idealmente por curtos períodos (<4 semanas).

Recomendações

Com bases nesses achados, a seguinte recomendação foi fornecida: "Em usuários com histórico de periodontite e inseridos nas consultas de manutenção periódica preventiva, o uso de agentes químicos disponibilizados em dentifrícios e/ou colutórios pode ser considerado, em casos específicos, para otimizar o controle do biofilme dental, da inflamação gengival e do cálculo dentário, como parte da abordagem individualizada. Considerando a necessidade de indicação, nós sugerimos colutórios à base de óleos essenciais (com ou sem álcool) para

maiores períodos de tempo (> 30 dias) ou clorexidina 0.12% (com ou sem álcool) para períodos inferiores. Para dentifrícios, nós sugerimos os com agentes ativos de fluoreto estanhoso estabilizado + hexametáfosfato de sódio ou triclosan + copolímero PVM/MA e pirofosfato de sódio."

Estimula-se que os cirurgiões-dentistas investiguem as regulações vigentes no país, especialmente sobre a produção de produtos de higiene oral contendo triclosan. Os custos associados dessas intervenções também devem ser considerados.

Observações

Evidências têm demonstrado que a terapia periodontal acompanhada por inadequado controle caseiro do biofilme dental, leva a falhas na terapia periodontal, com pobre resposta à terapia, bem como recorrência e progressão da doença (AXELSSON; NYSTRÖM; LINDHE, 2004; VAN DER WEIJDEN; SLOT, 2011). Como parte fundamental do tratamento da periodontite, a equipe de saúde bucal deve promover mudanças comportamentais, incluindo o desenvolvimento de técnicas e habilidades para um adequado controle mecânico caseiro, bem como disponibilizar "ferramentas" para otimização do controle do biofilme dental e da inflamação gengival em usuários com dificuldades de alcançar um adequado controle mecânico caseiro (NEWTON; ASIMAKOPOULOU, 2015). Neste sentido, tem sido sugerido que, adjunto às medidas mecânicas caseiras, o uso de agentes químicos disponíveis em dentifrícios e colutórios pode otimizar o controle do biofilme dental, cálculo dental e da inflamação gengival, contribuindo na resposta à instrumentação subgengival e diminuindo a incidência de progressão da periodontite na fase de manutenção periodontal.

Quadro 11. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 9.

9) O uso coadjuvante de agentes químicos disponibilizados em dentifrícios ou em colutórios (antissépticos) pode melhorar o controle
--

de biofilme dental, inflamação gengival e cálculo dentário na fase da manutenção periodontal?

Em usuários com histórico de periodontite e inseridos nas consultas de manutenção periódica preventiva, o uso de agentes químicos disponibilizados em dentifrícios e/ou colutórios **pode ser considerado**, em casos específicos, para otimizar o controle do biofilme dental, da inflamação gengival e do cálculo dentário, como parte da abordagem individualizada. Considerando a necessidade de indicação, nós sugerimos colutórios à base de óleos essenciais (com ou sem álcool) para maiores períodos de tempo (> 30 dias) ou clorexidina 0.12% (com ou sem álcool) para períodos inferiores. Para dentifrícios, nós sugerimos os com agentes ativos de fluoreto estanhoso estabilizado + hexametáfosfato de sódio ou triclosan + copolímero PVM/MA e pirofosfato de sódio.

Literatura de suporte: FIGUERO *et al.*, 2020; VAN LEEUWEN; SLOT; VAN DER WEIJDEN, 2011; VAN STRYDONCK *et al.*, 2012

Evidência disponível: 70 ensaios clínicos randomizados (48 comparações com dentifrícios, 43 com antissépticos e 5 com ambos – em uma revisão sistemática), além de 14 outros ensaios clínicos randomizados sobre o efeito anticálcido desses produtos.

Recomendação GRADE: ⊕⊕○○ |

Força do consenso: Consenso (14.3% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 10: Qual é o efeito da remoção mecânica profissional de biofilme supragengival como parte das consultas de manutenção periódica preventiva?

Resumo dos achados

Uma revisão sistemática foi identificada com o objetivo de avaliar o efeito da remoção mecânica profissional de biofilme supragengival em indivíduos que receberam tratamento para a periodontite e foram inseridos em

consultas de manutenção periódica preventiva por pelo menos três anos. Dezenove estudos prospectivos foram incluídos, nenhum deles foi identificado como ensaio clínico randomizado que comparou a remoção mecânica profissional de biofilme supragengival com nenhuma intervenção profissional (TROMBELLI; FRANCESCHETTI; FARINA, 2015). Nenhum dos estudos incluídos reportou o uso de fármacos, como antimicrobianos, como adjuvantes à remoção profissional mecânica de biofilme.

Em resumo, os estudos demonstraram nenhuma ou uma pequena taxa de perda dentária durante todo o acompanhamento. Taxas anuais média ponderadas de perda dentária foram de $0,15 \pm 0,14$ e $0,09 \pm 0,08$ para os estudos com acompanhamento de 5 e de 12-14 anos, respectivamente. Nenhuma diferença significativa, entre esses dois períodos de acompanhamento, foi observada. Ao se considerar os motivos para a perda dentária, o estudo demonstrou que menos de 0,1 dentes por ano são perdidos devido à doença periodontal para ambos os acompanhamentos de 5 anos ou de 12-14 anos.

Em relação à perda de inserção clínica, os estudos tiveram um acompanhamento de 5 a 12 anos, e a média de perda de inserção foi menor que 1 mm. Ao se considerar os sítios com perda de inserção ≥ 6 mm, observou-se que a porcentagem desses sítios não se altera em indivíduos que frequentam regularmente às consultas de manutenção periódica preventiva, porém aumentam significativamente nos indivíduos irregulares para esse tipo de consulta.

Os achados para redução de profundidade de sondagem demonstram modificações pequenas e inconsistentes para esse parâmetro periodontal. Contudo, um dos estudos demonstrou que aumentos significativos da profundidade de sondagem ocorrem naqueles indivíduos que não frequentam regularmente as consultas de manutenção periódica preventiva (COSTA *et al.*, 2014).

Ao se considerar os estudos incluídos nessa revisão sistemática, uma combinação de diversos procedimentos foi realizada, além da remoção mecânica profissional de biofilme, como reforços da instrução de higiene bucal e tratamentos adicionais nos sítios que demonstraram recorrência da doença. Dentro desse contexto, torna-se difícil conseguir isolar o efeito da remoção mecânica profissional de biofilme supragengival nas taxas de perda dentária ou

nas melhorias dos demais parâmetros periodontais. Apesar disso, é possível concluir que indivíduos, que receberam tratamento para a periodontite e são inseridos nas consultas de manutenção periódica preventiva, conseguem atingir a saúde bucal e manter dentes quando a remoção mecânica profissional de biofilme supragengival é realizada.

Recomendações

O controle mecânico do biofilme subgengival, incluindo durante a fase da manutenção periódica preventiva, é essencial. Assim, a seguinte recomendação foi fornecida: "Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, sugere-se que a remoção mecânica profissional de biofilme deve ser realizada como parte das rotinas das consultas de manutenção."

Observações

As intervenções profissionais de remoção mecânica de biofilme são realizadas de maneiras regulares, em períodos pré-estabelecidos, durante as consultas de manutenção periódica preventiva (HEASMAN; MCCRACKEN; STEEN, 2002; MOMBELLI, 2019). Esse tipo de abordagem profissional inclui a remoção mecânica do biofilme supra e subgengival, além da remoção de fatores retentivos de biofilme que forem observados durante esse período. O intuito principal dessa terapia é prevenir a reinfecção subgengival dos sítios com histórico de destruição periodontal. Assim, podendo diminuir taxas de perda dentária e de perda de inserção clínica periodontal.

Quadro 12. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 10.

10) Qual é o efeito da remoção mecânica profissional de biofilme supragengival como parte das consultas de manutenção periódica preventiva?
--

Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, o painel sugere que a remoção mecânica profissional de

biofilme deve ser realizada como parte das rotinas das consultas de manutenção.
Literatura de suporte: TROMBELLI; FRANCESCHETTI; FARINA, 2015
Evidência disponível: Dezenove estudos prospectivos com período de acompanhamento de 3 a 14 anos.
Recomendação GRADE: ⊕○○○
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 11: O uso de métodos adjuntos para a remoção de placa profissional deve ser empregado durante a terapia de manutenção periodontal?

Resumo dos achados

Com o intuito de investigar os efeitos do uso de terapias adjuntas à raspagem e alisamento radicular realizada pelo profissional, durante a fase de manutenção periodontal, foram utilizados os dados de uma revisão sistemática (TROMBELLI *et al.*, 2020). Nesse estudo, foram incluídos três ensaios clínicos randomizados. A população estudada abrangeu indivíduos adultos com periodontite, que tivessem sido submetidos a terapia periodontal não cirúrgica, incluindo ou não a fase de correção cirúrgica, e que tivessem realizado o acompanhamento por pelo menos um ano durante a fase de manutenção periodontal.

Nos estudos incluídos, as terapias de intervenção e controle poderiam (A) ter sido realizadas somente uma única vez, sendo os indivíduos acompanhados pelo período mínimo de um ano, sem qualquer tratamento adicional ou (B) terem sido realizadas a cada visita de manutenção pelo período mínimo de um ano. As intervenções avaliadas nos estudos abrangeram abordagens alternativas e adicionais à raspagem e alisamento

radicular convencional para o grupo teste. O grupo controle abrangeu como intervenção a raspagem e alisamento radicular somente.

Como esta pergunta visa à avaliação de métodos adjuntos ao controle mecânico profissional do biofilme, foram considerados somente os resultados referentes aos estudos que reportaram abordagens adicionais à raspagem no grupo teste (CARVALHO *et al.*, 2015; REINHARDT *et al.*, 2007). O estudo de Krohn-Dale *et al.* (2012) avaliou a ação isolada do laser como uma terapia alternativa ao controle mecânico profissional do biofilme (KROHN-DALE *et al.*, 2012). Por este motivo, os dados desse estudo não foram incluídos nesta análise. Sendo assim, os métodos adjuntos avaliados nos estudos foram: a administração de doses subclínicas de doxiciclina (20mg) e o uso adjunto da terapia fotodinâmica antimicrobiana com azul de metileno como fotossensibilizador e laser diodo com comprimento de onda de 660 nm.

Os desfechos avaliados foram: alterações no nível de inserção clínica (desfecho primário); perda dentária total; perda dentária por razões periodontais durante a terapia de manutenção; profundidade de sondagem; sangramento à sondagem; supuração; placa e cálculo dentário; lesões de furca; recessão gengival; mobilidade dentária, medidas radiográficas do nível ósseo; incidência de outros efeitos adversos relacionados à periodontite; desfechos reportados pelos indivíduos (desfechos secundários).

Os resultados apresentados para o desfecho ganho de inserção clínica demonstram que tanto o uso de doses subclínicas de doxiciclina quanto o uso da terapia fotodinâmica antimicrobiana (aPDT) adjuntos à raspagem e alisamento radicular não promovem alterações significativas na inserção periodontal. Após 12 meses de acompanhamento, as alterações nesse parâmetro clínico variaram de 0,12 mm a 0,96 mm. Com relação à redução na profundidade de sondagem, os resultados podem ser interpretados da mesma forma, já que o uso de doxiciclina promoveu redução média de 0,18 mm na profundidade de sondagem, e o grupo que recebeu a substância placebo obteve uma redução média de 0,13 mm. A aPDT associada à terapia convencional promoveu redução média de 1,24 mm na profundidade de sondagem, e a raspagem isolada promoveu redução média de 1,64 mm.

Para o desfecho sangramento à sondagem, foram reportadas avaliações por meio de escores, e somente um estudo avaliou esse desfecho (CARVALHO

et al., 2015). Da mesma forma, não foram observadas alterações significativas na redução do escore, expresso em porcentagem de sangramento gengival. Após 12 meses de acompanhamento, a aPDT associada à terapia convencional promoveu redução média de 34,72%, enquanto a raspagem isolada promoveu redução média de 26,55% no sangramento à sondagem.

No entanto, deve-se destacar que ambos os métodos adjuntos estudados foram reportados em um único estudo nesta revisão, o que deve ser considerado com cautela para a compreensão da força da evidência disponível.

Recomendações

A escassez de benefícios claros, para o uso dessas terapias adjuvantes ao controle mecânico, faz-se com que se recomenda o seguinte: "Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, não se sugere o uso de terapias adjuntas ao controle mecânico profissional do biofilme."

Observações

A remoção mecânica do biofilme da superfície dentária é considerada uma abordagem essencial para prevenção e tratamento das doenças periodontais induzidas por biofilme (COBB, 2002; VAN DER WEIJDEN; SLOT, 2011). Esta medida terapêutica se dá por meio da raspagem e alisamento radicular, com uso de instrumentos manuais ou ultrassônicos. No entanto, algumas estratégias de tratamento adjuntas à raspagem convencional, como agentes antimicrobianos, moduladores do hospedeiro, laserterapia, dentre outras, são atualmente propostas com o objetivo de auxiliar no controle do biofilme e otimizar os resultados no manejo da patologia (BUDUNELI *et al.*, 2004). Essas abordagens são propostas tanto nas fases iniciais quanto na manutenção da terapia periodontal. Contudo, com relação à fase de manutenção de indivíduos com periodontite tratada, poucas evidências são reportadas na literatura demonstrando as eficácias dessas estratégias de tratamento adjuntas.

Quadro 13. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 11.

11) O uso de métodos adjuntos para a remoção de placa profissional deve ser empregado durante a terapia de manutenção periodontal?
Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, o painel não sugere o uso de terapias adjuntas ao controle mecânico profissional do biofilme.
Literatura de suporte: TROMBELLI; FARINA; POLLARD; CLAYDON <i>et al.</i> , 2020
Evidência disponível: Dois ensaios clínicos randomizados com no mínimo 12 meses de acompanhamento.
Recomendação GRADE: ⊕⊕○○
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 12: Qual é o impacto das intervenções de cessação do tabagismo na manutenção periódica preventiva?

Resumo dos achados

Explicações detalhadas sobre essa temática são fornecidas na questão 5 do volume 1 dessa diretriz. É válido ressaltar que os dois ensaios clínicos disponíveis realizam o tratamento periodontal inicial desses usuários.

Recomendações

Portanto, com base nas informações mencionadas anteriormente, esses indivíduos não foram avaliados em terapia de manutenção periódica preventiva. Leitores devem ter isso em mente no momento de interpretar esses achados. Assim, a recomendação foi a seguinte: "Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, sugere-se que intervenções de cessação do tabagismo sejam implementadas."

Quadro 14. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 12.

12) Qual é o impacto das intervenções de cessação do tabagismo na manutenção periódica preventiva?
Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, o painel sugere que intervenções de cessação do tabagismo sejam implementadas.
Literatura de suporte: RAMSEIER <i>et al.</i> , 2020
Evidência disponível: Dois estudos ensaios clínicos não randomizados com no mínimo 12 meses de acompanhamento.
Recomendação GRADE: ⊕○○○
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 13: Qual é o papel da promoção do controle do diabetes na manutenção periódica preventiva?

Resumo dos achados

Explicações detalhadas sobre essa temática são fornecidas na questão 6 do volume 1 dessa diretriz. É válido ressaltar que os dois ensaios clínicos não incluíram indivíduos na fase de manutenção periódica preventiva. Assim, evidências indiretas podem ser atribuídas para o benefício do controle do diabetes nesse tipo de usuário. Leitores devem ter isso em mente no momento de interpretar esses achados.

Recomendações

Portanto, a seguinte recomendação foi dada: "Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, sugere-se que intervenções de promoção do controle do diabetes sejam implementadas."

Quadro 15. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 13.

13) Qual é o papel da promoção do controle do diabetes na manutenção periódica preventiva?

Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, o painel **sugere** que intervenções de promoção do controle do diabetes sejam implementadas.

Literatura de suporte: RAMSEIER *et al.*, 2020

Evidência disponível: Dois estudos, ensaios clínicos randomizados com no mínimo 6 meses de acompanhamento e um estudo prospectivo com 4 semanas de acompanhamento.

Recomendação GRADE: ⊕○○○ |

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 14: Qual é o papel do aumento da atividade física/exercício físico, do aconselhamento dietético e das modificações no estilo de vida com objetivo de perda de peso na manutenção periódica preventiva?

Resumo dos achados

Explicações detalhadas, incluindo a evidência disponível, sobre essa temática são fornecidas nas questões 7 a 9 do volume 1 dessa diretriz. De forma similar aos estudos anteriores, nenhum dos ensaios clínicos randomizados citados corresponde a indivíduos inseridos na fase de manutenção periódica preventiva. O impacto sistêmico dessas intervenções é discutido nas seções

anteriores. Contudo, o efeito dessas terapias, nos parâmetros periodontais, ainda permanece incerto.

Recomendações

"Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, não se pode afirmar que há benefício adicional do aumento da atividade física/exercício físico, do aconselhamento dietético e das intervenções modificadoras do estilo de vida com objetivo de perda de peso nos desfechos periodontais. Recomendações de aumento atividade física/exercício físico, aconselhamento dietético e intervenções modificadoras do estilo de vida com objetivo de perda de peso, para outras condições, devem ser consideradas pelo cirurgião-dentista e demais profissionais da equipe no contexto da integralidade do cuidado." Orientações sobre atividade física/exercício físico, aconselhamento dietético e intervenções modificadoras ao estilo de vida com objetivo de perda de peso devem ser baseadas em documentos específicos relacionados à alimentação e atividade física (BRASIL, 2019; 2021).

Qual é o papel do aumento da atividade física/exercício físico, do aconselhamento dietético e das modificações no estilo de vida com objetivo de perda de peso na manutenção periódica preventiva?

Em usuários com histórico de periodontite em manutenção periódica preventiva, o painel **não pode afirmar** que há benefício adicional do aumento da atividade física/exercício físico, do aconselhamento dietético e das intervenções modificadoras do estilo de vida com objetivo de perda de peso nos desfechos periodontais. Recomendações de aumento atividade física/exercício físico, aconselhamento dietético e intervenções modificadoras do estilo de vida com objetivo de perda de peso, para outras condições, devem ser consideradas pelo cirurgião-dentista e demais profissionais da equipe no contexto da integralidade do cuidado.

Literatura de suporte: RAMSEIER *et al.*, 2020

Evidência disponível: Um ensaio clínico randomizado e um estudo prospectivo, ambos com 12 semanas de acompanhamento para o aumento da atividade física. Três ensaios clínicos randomizados e quatro estudos prospectivos com, no mínimo, 4 semanas e, no máximo, 12 meses de acompanhamento para o aconselhamento dietético. Cinco estudos prospectivos com pelo menos 12 semanas de acompanhamento para as intervenções modificadoras do estilo de vida com objetivo de perda de peso.

Recomendação GRADE: ⊕○○○ †

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

REFERÊNCIAS

ANDERSON, M. et al. **Building the economic case for primary health care: a scoping review.** WHO Technical Series on Primary Health Care. ORGANIZATION, W. H.: World Health Organization 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – 2. ed. atualizada [versão eletrônica] – Brasília : Ministério da Saúde, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BROUWERS, M. C. *et al.* The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. **BMJ**, v. 352, p. i1152, Mar 2016.

BUDUNELI, E. *et al.* Effects of combined systemic administration of low-dose doxycycline and alendronate on endotoxin-induced periodontitis in rats. **J Periodontol**, v. 75, n. 11, p. 1516-1523, Nov 2004.

CAMPOS, I. S. O. *et al.* The Effects of Patient Compliance in Supportive Periodontal Therapy on Tooth Loss: A systematic Review and Meta-analysis. **J Int Acad Periodontol**, v. 23, n. 1, p. 17-30, 2021.

CARRA, M. C. *et al.* Promoting behavioural changes to improve oral hygiene in patients with periodontal diseases: A systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 72-89, Jul 2020.

CARVALHO, V. F. *et al.* Antimicrobial photodynamic effect to treat residual pockets in periodontal patients: a randomized controlled clinical trial. **J Clin Periodontol**, v. 42, n. 5, p. 440-447, Maio 2015.

CHAPPLE, I. L. *et al.* Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S71-76, Abr 2015.

COBB, C. M. Clinical significance of non-surgical periodontal therapy: an evidence-based perspective of scaling and root planing. **J Clin Periodontol**, v. 29 Suppl 2, p. 6-16, Maio 2002.

COSTA, F. O.; COSTA, A. A.; COTA, L. O. M. The use of interdental brushes or oral irrigators as adjuvants to conventional oral hygiene associated with recurrence of periodontitis in periodontal maintenance therapy: A 6-year prospective study. **J Periodontol**, v. 91, n. 1, p. 26-36, 2020.

COSTA, F. O. *et al.* Tooth loss in individuals under periodontal maintenance therapy: 5-year prospective study. **J Periodontol Res**, v. 49, n. 1, p. 121-128, Fev 2014.

DE WET, L. M.; SLOT, D. E.; VAN DER WEIJDEN, G. A. Supportive periodontal treatment: Pocket depth changes and tooth loss. **Int J Dent Hyg**, v. 16, n. 2, p. 210-218, Maio 2018.

FAGGION, C. M.; TU, Y. K. Evidence-based dentistry: a model for clinical practice. **J Dent Educ**, v. 71, n. 6, p. 825-831, Jun 2007.

FIGUERO, E. *et al.* Mechanical and chemical plaque control in the simultaneous management of gingivitis and caries: a systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 44 Suppl 18, p. S116-S134, Mar 2017.

FIGUERO, E. *et al.* Efficacy of adjunctive therapies in patients with gingival inflammation: A systematic review and meta-analysis. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 125-143, 2020.

GUYATT, G. *et al.* GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. **J Clin Epidemiol**, v. 64, n. 4, p. 383-394, Abr 2011.

HEASMAN, P. A.; MCCRACKEN, G. I.; STEEN, N. Supportive periodontal care: the effect of periodic subgingival debridement compared with supragingival prophylaxis with respect to clinical outcomes. **J Clin Periodontol**, v. 29 Suppl 3, p. 163-172; discussion 195-166, 2002.

HOOGTEIJLING, F. *et al.* The effect of tapered toothbrush filaments compared to end-rounded filaments on dental plaque, gingivitis and gingival abrasion: a systematic review and meta-analysis. **Int J Dent Hyg**, v. 16, n. 1, p. 3-12, Fev 2018.

HUGOSON, A. *et al.* Effect of three different dental health preventive programmes on young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group, controlled evaluation of oral hygiene behaviour on plaque and gingivitis. **J Clin Periodontol**, v. 34, n. 5, p. 407-415, Maio 2007.

HUYNH-BA, G. *et al.* The effect of periodontal therapy on the survival rate and incidence of complications of multirouted teeth with furcation involvement after an observation period of at least 5 years: a systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 36, n. 2, p. 164-176, Fev 2009.

JÖNSSON, B. *et al.* Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health. **J Clin Periodontol**, v. 37, n. 10, p. 912-919, Out 2010.

KIGER, R. D.; NYLUND, K.; FELLER, R. P. A comparison of proximal plaque removal using floss and interdental brushes. **J Clin Periodontol**, v. 18, n. 9, p. 681-684, Out 1991.

KROHN-DALE, I. *et al.* Er:YAG laser in the treatment of periodontal sites with recurring chronic inflammation: a 12-month randomized, controlled clinical trial. **J Clin Periodontol**, v. 39, n. 8, p. 745-752, Ago 2012.

LEE, C. T. *et al.* Impact of Patient Compliance on Tooth Loss during Supportive Periodontal Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. **J Dent Res**, v. 94, n. 6, p. 777-786, Jun 2015.

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

MOMBELLI, A. Maintenance therapy for teeth and implants. **Periodontol 2000**, v. 79, n. 1, p. 190-199, 2019.

NEEDLEMAN, I.; NIBALI, L.; DI IORIO, A. Professional mechanical plaque removal for prevention of periodontal diseases in adults--systematic review update. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S12-35, Abr 2015.

NEWTON, J. T.; ASIMAKOPOULOU, K. Managing oral hygiene as a risk factor for periodontal disease: a systematic review of psychological approaches to behaviour change for improved plaque control in periodontal management. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S36-46, Abr 2015.

PETIT, C. *et al.* Risk factors associated with long-term outcomes after active and supporting periodontal treatments: impact of various compliance definitions on tooth loss. **Clin Oral Investig**, v. 23, n. 11, p. 4123-4131, Nov 2019.

RAMSEIER, C. A. *et al.* Time between recall visits and residual probing depths predict long-term stability in patients enrolled in supportive periodontal therapy. **J Clin Periodontol**, v. 46, n. 2, p. 218-230, 2019.

RAMSEIER, C. A. *et al.* Impact of risk factor control interventions for smoking cessation and promotion of healthy lifestyles in patients with periodontitis: A systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 90-106, Jul 2020.

RANZAN, N.; MUNIZ, F. W. M. G.; RÖSING, C. K. Are bristle stiffness and bristle end-shape related to adverse effects on soft tissues during toothbrushing? A systematic review. **Int Dent J**, v. 69, n. 3, p. 171-182, Jun 2019.

REINHARDT, R. A. *et al.* Efficacy of sub-antimicrobial dose doxycycline in post-menopausal women: clinical outcomes. **J Clin Periodontol**, v. 34, n. 9, p. 768-775, Set 2007.

ROSLING, B. *et al.* The healing potential of the periodontal tissues following different techniques of periodontal surgery in plaque-free dentitions. A 2-year clinical study. **J Clin Periodontol**, v. 3, n. 4, p. 233-250, Nov 1976.

RÖSING, C. K. *et al.* Efficacy of interdental plaque control aids in periodontal maintenance patients: A comparative study. **Oral Health Prev Dent**, v. 4, n. 2, p. 99-103, 2006.

SANZ, M. *et al.* Effect of professional mechanical plaque removal on secondary prevention of periodontitis and the complications of gingival and periodontal preventive measures: consensus report of group 4 of the 11th European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S214-220, Abr 2015.

SANZ, M. *et al.* Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 4-60, 2020.

SCHÜNEMANN, H. J. *et al.* GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLPMENT. **J Clin Epidemiol**, v. 81, p. 101-110, 2017.

SLOT, D. E.; VALKENBURG, C.; VAN DER WEIJDEN, G. A. F. Mechanical plaque removal of periodontal maintenance patients: A systematic review and network meta-analysis. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 107-124, Jul 2020.

SUTHERLAND, S. E. The building blocks of evidence-based dentistry. **J Can Dent Assoc**, v. 66, n. 5, p. 241-244, Maio 2000.

SÄLZER, S. *et al.* Efficacy of inter-dental mechanical plaque control in managing gingivitis--a meta-review. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S92-105, Abr 2015.

TONETTI, M. S. *et al.* Principles in prevention of periodontal diseases: Consensus report of group 1 of the 11th European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S5-11, Abr 2015a.

TONETTI, M. S. *et al.* Primary and secondary prevention of periodontal and peri-implant diseases: Introduction to, and objectives of the 11th European Workshop on Periodontology consensus conference. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S1-4, Abr 2015b.

TROMBELLI, L.; FRANCESCHETTI, G.; FARINA, R. Effect of professional mechanical plaque removal performed on a long-term, routine basis in the secondary prevention of periodontitis: a systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S221-236, Abr 2015.

TROMBELLI, L. *et al.* Efficacy of alternative or additional methods to professional mechanical plaque removal during supportive periodontal therapy: A systematic review and meta-analysis. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 144-154, 2020.

VAN DER WEIJDEN, F.; SLOT, D. E. Oral hygiene in the prevention of periodontal diseases: the evidence. **Periodontol 2000**, v. 55, n. 1, p. 104-123, Fev 2011.

VAN LEEUWEN, M. P.; SLOT, D. E.; VAN DER WEIJDEN, G. A. Essential oils compared to chlorhexidine with respect to plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. **J Periodontol**, v. 82, n. 2, p. 174-194, Fev 2011.

VAN STRYDONCK, D. A. *et al.* Effect of a chlorhexidine mouthrinse on plaque, gingival inflammation and staining in gingivitis patients: a systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 39, n. 11, p. 1042-1055, Nov 2012.

WILSON, T. G. *et al.* Tooth loss in maintenance patients in a private periodontal practice. **J Periodontol**, v. 58, n. 4, p. 231-235, Abr 1987.

WORTHINGTON, H. V. *et al.* Home use of interdental cleaning devices, in addition to toothbrushing, for preventing and controlling periodontal diseases and dental caries. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 4, p. CD012018, 4 2019.

ZIMMER, S. *et al.* Cleaning efficacy and soft tissue trauma after use of manual toothbrushes with different bristle stiffness. **J Periodontol**, v. 82, n. 2, p. 267-271, Fev 2011.