

FACULDADE DE SETE LAGOAS – FACSETE  
Pós-graduação em Periodontia

Pedro Henrique Novak Miranda

**TERAPIA PERIODONTAL DE SUPORTE: revisão de literatura**

Sete Lagoas  
2021

Pedro Henrique Novak Miranda

**TERAPIA PERIODONTAL DE SUPORTE: revisão de literatura**

Monografia apresentada ao curso de Especialização da Faculdade Sete Lagoas como requisito parcial para conclusão do Curso de Pós-graduação em Periodontia.

Área de concentração: Periodontia.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Antônio Mansur de Miranda

Coorientador: Ivan Andrade

Sete Lagoas  
2021



Pedro Henrique Novak Miranda

**TERAPIA PERIODONTAL DE SUPORTE: revisão de literatura**

Monografia apresentada ao curso de Especialização da Faculdade Sete Lagoas como requisito parcial para conclusão do Curso de Pós-graduação em Periodontia.

Área de concentração: Periodontia.

Aprovado em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ pela banca constituída dos seguintes professores:

---

Prof. Dr. Jorge Antônio Mansur de Miranda - FACSETE

---

Prof. Dr. Mário Pedro Souza Amaral - FACSETE

---

Prof. Dr. Ivan Silva Andrade - FACSETE

## RESUMO

A doença periodontal tem como característica a perda dos tecidos que suportam os dentes, o que gera a interação dos microrganismos patogênicos e a resposta imunitária. A terapia de suporte é a fase seguinte ao tratamento da doença ativa, que nesse ponto deve estar em situação estabilizada. Cabe ao profissional, no decorrer da avaliação da doença periodontal, identificar o tipo do paciente, seja ele colaborador ou não, para assim definir métodos individualizados para aumentar a cooperação, atingindo o objetivo primordial da fase de manutenção, ou seja, reduzindo ou prevenindo a recorrência e/ou a progressão da doença. Apenas uma pequena parcela dos pacientes acometidos realiza os cuidados com a higiene oral corretos e fazem os retornos periódicos para as consultas de manutenção estabelecidas. Tendo que a terapia periodontal de suporte é uma parte fundamental do tratamento das doenças periodontais, esta revisão de literatura tem como propósito abordar a importância da fase de TPS, estabelecendo formas para obtenção da cooperação consciente, fornecendo resultados para o sucesso do tratamento.

**Palavras-chave:** Periodontia; manutenção; terapia de suporte.

## **ABSTRACT**

Periodontal disease is characterized by the loss of tissues that support the teeth, which generates the interaction of pathogenic microorganisms and the immune response. Supportive therapy is the next phase after treatment of active disease, which at this point should be in a stabilized situation. It is up to the professional during the evaluation of periodontal disease to identify the type of patient, whether cooperative or not, in order to define individualized methods to increase cooperation, achieving the primary goal of the maintenance phase, i.e., reducing or preventing recurrence and/or disease progression. Only a small fraction of the affected patients performs the correct oral hygiene care and make the periodic returns for the established maintenance visits. Since supportive periodontal therapy is a fundamental part of periodontal disease treatment, this literature review aims to address the importance of the SPT phase, establishing ways to obtain conscientious cooperation, providing results for treatment success.

**Keywords:** Periodontics, maintenance, supportive therapy.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

- PDT    Terapia fotodinâmica
- RACR   Raspagem e alisamento radicular
- SRD    Doxiciclina de liberação lenta
- TPS    Terapia periodontal de suporte entre paciente.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 DISCUSSÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>4 CONCLUSÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>19</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A doença periodontal é o conjunto de condições infecto-inflamatória que atingem os tecidos de proteção e sustentação dos elementos dentário, tendo o biofilme dental como fator etiológico primário. Ocorre a gengivite quando o periodonto de proteção (gengiva) se encontra comprometido e quando o comprometimento ocorre no periodonto de sustentação (cimento, ligamento periodontal e osso) tem-se a periodontite (SHILPA *et al.*, 2016 e ZHANG *et al.*, 2018).

Caracterizada pela presença de sangramento, região edemaciada, vermelhidão da gengiva e sensibilidade, sendo possível a sua reversão, a gengivite pode ou não progredir. Quando apresenta evolução, essa doença passa a se chamar de periodontite, podendo gerar a perda dentária, pois a destruição causada pela ação bacteriana, acúmulo de cálculo e inflamação dos tecidos periodontais somam para a existência da bolsa periodontal, causando a mobilidade dentária (LEININGER *et al.*, 2010 e SPEZZIA *et al.*, 2018).

Ter conhecimento sobre o que é a doença periodontal e seus agentes causadores é tipo como o passo inicial para a prevenção e controle da doença, e o responsável por transmitir essa informação ao paciente, bem como motivá-lo é o cirurgião-dentista. A educação e motivação do paciente a respeito da saúde bucal são consideradas peças chaves para a prevenção das doenças periodontais, que deve incluir informações sobre a etiopatogênese, assim como métodos de controle e princípios básicos (SILVA NETO *et al.*, 2015 e GUARDIA *et al.*, 2017).

Dentre os tratamentos podemos citar as terapias periodontais básica e de suporte. A terapia básica é através da remoção de biofilme, cálculo dental e substancias aderidas ao tecido periodontal, sendo este o primeiro passo para o controle dos patógenos através da raspagem e alisamento radicular (RACR). A remoção adequada do biofilme em conjunto com a RACR apresenta melhora clínica, sendo o tratamento mais efetivo para atingir a saúde dos tecidos periodontais. A execução do procedimento dependerá da habilidade do profissional no uso e no conhecimento da função dos instrumentos periodontais (FERREIRA *et al.*, 2013).



Ao final da terapia periodontal básica, será iniciado um programa adequado de Terapia periodontal de Suporte (TPS), um tratamento específico e individualizado para cada paciente. A aceitação ao tratamento é definida como a colaboração do paciente na realização dos cuidados em casa e os retornos para as visitas de manutenção pré-estabelecidas para impedir o avanço da doença, mantendo a saúde e a função dos elementos dentários (WILSON JUNIOR *et al.*, 1993; COSTA *et al.*, 2015; AGRAWAL *et al.*, 2015; DELATOLA *et al.*, 2014 e MONJE *et al.*, 2017).

O prognóstico do paciente depende das suas atitudes, do desejo de manter os dentes naturais, e da disposição e capacidade de ter uma boa higiene oral. Ao contrário das lesões endodônticas, as lesões periodontais são basicamente indolores. Sendo assim, a ausência de dor com a falta de consciência e conhecimento, leva a sensação da falta de importância da terapia periodontal, o que pode prejudicar no comprometimento do paciente com o tratamento (SHAH *et al.*, 2017).

A cooperação do paciente é o fator determinante para o sucesso do tratamento periodontal de longa duração, mas muitas vezes a adesão não é alcançada, sendo preciso que o paciente seja observado, motivado e acompanhado pelo seu dentista. A finalidade deste acompanhamento e motivação é estabilizar a saúde do paciente, cessando a doença e, através de meios comunicativos, mostrar como pode ser controlada (VATNE *et al.*, 2015).

As formas de instrução, sendo utilizados meios mecânicos e/ou químicos, associados a motivação dos pacientes, são imprescindíveis para que haja equilíbrio da microbiota oral e manutenção da saúde. As motivações nos atendimentos coadjuvantes ao tratamento periodontal, mesmo que sejam de instrução simples, mas eficientes, atuam positivamente para que o sucesso seja alcançado no tratamento periodontal, atingindo uma melhora na sua condição atual, gerando autoestima e autocuidado. Quando passados de forma correta, motivação e instrução estimulam o paciente a promover o controle da doença periodontal e o seu autocuidado (GAMBIN *et al.*, 2017).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Periodontite, comumente conhecida como doença gengival, refere-se à inflamação do tecido periodontal em torno dos dentes. A bactéria patogênica infiltrada no tecido gengival causa uma resposta inflamatória que resulta na destruição dos tecidos conjuntivos e ósseos que sustentam os dentes. A doença periodontal classifica-se como crônica ou agressiva, local ou generalizada, dependendo da apresentação da doença e sua progressão ao longo do tempo. Se não for tratada a doença periodontal pode causar inflamação dos tecidos e mobilidade dos elementos dentários afetados à medida que o espaço gerado entre dente e tecidos aumentam (MANRESA, *et al.*, 2018).

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde, entre 1% e 79% da população global sofre com doenças periodontais em estágios avançados (OMS, 2004).

O tratamento da periodontite ativa começa com a redução ou eliminação da carga microbiana patogênica. Isso abrange uma combinação de autocuidado por parte do paciente no desempenho da higiene bucal regular e intervenções por dentistas. O último inclui desbridamento mecânico de qualquer placa ou depósito de cálculo, uso de antimicrobianos e intervenções cirúrgicas para facilitar o acesso para realizar o desbridamento pelo profissional. Como parte da sua função, os dentistas precisam orientar e educar seus pacientes para garantir a realização da higiene oral de forma eficaz (MANRESA *et al.*, 2018).

Pacientes com histórico de periodontite apresentam altos riscos de um episódio futuro e, portanto, são frequentemente monitorados de perto por meio da terapia periodontal de suporte. De acordo com a Academia Americana de Periodontia, a terapia periodontal de suporte deve incluir todos os componentes de um exame de história pregressa do paciente, bem como reavaliação periodontal e avaliação de risco, remoção de placa bacteriana e cálculo supragengival e subgengival, retratamento de qualquer sítio onde a doença esteja recorrente ou persistente. (American Academy of Periodontology, 1998).

Uma vez que os pacientes tenham terminado o tratamento periodontal ativo, eles são orientados a retornar para a primeira visita de manutenção. Vários estudos mostram que a maioria dos pacientes cumprem as primeiras consultas marcadas para manutenção periodontal após o término do tratamento periodontal ativo (Wilson TG Jr *et al.*, 1993), mas em muitas situações abandonam a manutenção por motivos diversos, como tabaco, idade do paciente, condição sistêmica, custo econômico, entre outros (DELATOLA *et al.*, 2014 e OJIMA M. *et al.*, 2001).

Renvert *et al.* (1984) em uma revisão de diferentes estudos sobre terapia periodontal de suporte, encontraram uma média de 54% de adesão entre 5.000 pacientes em nove estudos em diferentes países. Em muitos casos, a maioria dos pacientes não aderentes não compareceu aos programas de tratamento periodontal de suporte após o primeiro a dois anos após o tratamento periodontal ativo e muitos nem mesmo retornaram após o término do tratamento periodontal ativo (MENDOZA AR *et al.* 1991 e OJIMA M *et al.*, 2001).

HIRATA *et al.* (2019) investigaram o valor da avaliação do risco periodontal modificado e a periodontite resistente a terapia como fatores preditivos para perda dental em pacientes com periodontite severa durante a terapia periodontal de suporte. A análise univariada mostrou que a perda de 8 ou mais dentes pelo início da terapia periodontal de suporte, avaliação do risco periodontal modificado moderado ou alto, foram significativamente associados à perda dentária.

De Wet; Slot; Weijde (2018) determinaram os resultados de 10 anos de terapia periodontal de suporte após terapia periodontal ativa. Depois de 10 anos, 9,3% dos pacientes aderiram ao protocolo TPS. A melhoria no sangramento à sondagem e na profundidade de sondagem foi mantida, sem melhora adicional nos parâmetros clínicos nos 10 anos de acompanhamento. Depois de 10 anos de acompanhamento, fumantes tiveram uma porcentagem significativamente maior de sítios com PS  $\geq$  4mm. Uma minoria de pacientes (18.5%) não perdeu dentes. O número de dentes perdidos foi de 2,6 durante 10 anos de acompanhamento.

Goh *et al.* (2017) compararam os efeitos da terapia fotodinâmica adjuvante com raspagem e alisamento radicular isolada em parâmetros periodontais e citocinas inflamatórias em bolsas residuais de pacientes submetidos à terapia de manutenção. Uma única aplicação de terapia fotodinâmica nas bolsas residuais proporcionou uma melhora modesta de NIC e PS ao longo de 3 meses. A terapia fotodinâmica adjunta pode levar a uma resolução rápida das bolsas residuais e uma aceleração para os pacientes com a capacidade de cura mais lenta.

Graetz *et al.* (2007) avaliaram os riscos e os fatores prognósticos para perda de dentes em pacientes com periodontite agressiva generalizada após tratamento periodontal em um ambiente universitário. Dentro do regime de tratamento conservador fornecido, os pacientes com periodontite agressiva generalizada perderam apenas alguns dentes.

Stadler *et al.* (2017) avaliou a incidência e a causa de perda dentária em pacientes tratados por terapia periodontal não cirúrgica e mantidos em um programa de manutenção periodontal em consultório particular. Indivíduos com uma frequência regular de manutenção periodontal perderam menos dentes e a progressão da doença nesses indivíduos não foi a principal razão para perda dentária.

Diaz-Faes *et al.* (2016) determinaram a incidência de perda dentária em pacientes com periodontite agressiva generalizada durante a terapia periodontal de suporte (TPS). A taxa de perda dentária foi baixa em um programa regular de cuidados de suporte. As variáveis clínicas melhoraram e a perda óssea foi mínima ao longo do tempo.

Nakajima *et al.* (2012) examinaram os efeitos microbiológicos e clínicos de curto e longo prazo da sitafloxacina e da azitromicina em bolsas periodontais durante a terapia periodontal de suporte. As bactérias do complexo vermelho foram significativamente reduzidas em 1 mês e permaneceram baixas por 12 meses desde o início do estudo. A indicação de sitafloxacina e azitromicina associadas com um bom controle de biofilme pode ser um tratamento alternativo durante a TPS.

Silva Neto *et al.* (2017) avaliaram o nível de cooperação dos pacientes da clínica de periodontia do curso de odontologia da Universidade federal do maranhão durante a TPS. Os pacientes em sua maioria, mostraram-se colaboradores na TPS, mantendo sua condição periodontal estável ou em progressão. Os pacientes colaboradores apresentaram melhores índices que os pacientes colaboradores irregulares ou os não colaboradores.

Agrawal *et al.* (2015) compararam a regularidade na terapia periodontal de suporte entre paciente (TPS) com periodontite agressiva e crônica. A adesão a TPS foi melhor nos pacientes com periodontite agressiva do que naqueles com periodontite crônica. A atitude e autoconfiança do paciente parecem ser fatores importantes na adesão da TPS.

Kolbe *et al.* (2014) investigaram o efeito da terapia fotodinâmica (PDT) como monoterapia durante a terapia periodontal de suporte (TPS), comparando com fotossensibilizador e terapia mecânica. Níveis mais baixos de *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* foram observados no protocolo PDT e terapia mecânica aos 3 meses quando comparados com o protocolo fotossensibilizador. A detecção inferior de *Porphyromonas gingivalis* foi observada no protocolo PDT 3 a 6 meses e no protocolo mecânico aos 6 meses. Apenas pacientes no protocolo PDT apresentaram aumento nos níveis de interleucina anti-inflamatória e redução de pró-inflamatórias. A PDT como terapia exclusiva pode ser considerada uma alternativa não invasiva para o tratamento de bolsas residuais, oferecendo vantagem na modulação de citocinas.

Tonetti *et al.* (2012) avaliaram a eficácia de um gel de doxiciclina de liberação lenta utilizado como coadjuvante à terapia não cirúrgica em indivíduos com periodontite recorrente ou persistente, mas higiene oral aceitável durante os cuidados da TPS. SRD administrado topicamente pode fornecer benefício a curto prazo no controle de inflamação e bolsas profundas em pacientes que participam de um programa de TPS.

Escribano *et al.* (2010), estimou a eficácia clínica e microbiológica de 0,05% clorexidina (teste) e cloreto de cetil-piridínio a 0,05% (controle) em pacientes com

controle inadequado de placa durante a TPS. O enxaguatório bucal demonstrou eficácia na redução da placa e gengivite, bem como na diminuição da carga microbiana na saliva e no sulco gengival.

Xue *et al.* (2017) com o objetivo de avaliar a eficácia clínica da terapia fotodinâmica antimicrobiana e aplainamento radicular no tratamento de bolsas residuais para pacientes com periodontite crônica em terapia periodontal de suporte. Evidências agrupadas indicam uma melhora clínica adicional na manutenção de bolsas residuais em favor do aplainamento radicular mais a terapia fotodinâmica antimicrobiana em comparação com o aplainamento radicular sozinha. A análise de subgrupo demonstra um impacto adverso do tabagismo no efeito clínico da terapia combinado.

A evidência para o intervalo de TPS (por exemplo, a cada 90 dias) para todos os pacientes após a terapia periodontal é fraca. Outros estudos, como ensaios clínicos randomizados, ou grandes avaliações de bancos de dados eletrônicos, seriam apropriados. Os méritos das recomendações baseadas em risco sobre regimes de intervalo de TPS devem ser explorados (FAROOQI *et al.*, 2015).

O cumprimento regular do paciente com as consultas durante a TPS pode reduzir o risco da perda do elemento dentário. O grau de adesão está negativamente relacionado ao risco de perda dentária. Deve-se, no entanto, ter o cuidado de interpretar todos os resultados devido à considerável heterogeneidade dos dados (LEE *et al.*, 2015).

Acredita-se que os fundamentos da motivação à terapia de manutenção periodontal devem ser o diálogo entre o paciente e o profissional, a identificação de pacientes colaboradores para obter saúde do periodonto após o tratamento ativo bem como a participação do dentista exercendo seu papel de promotor de saúde para proporcionar uma cooperação consciente do paciente. Os efeitos em longo prazo dos tratamentos periodontais têm mostrado que cuidados profissionais em intervalos regulares são essenciais à terapia, constituindo-se no único meio de garantir a manutenção da saúde periodontal (PEREIRA *et al.*, 2011).

### 3 DISCUSSÃO

A terapia periodontal de suporte (TPS) tem a finalidade de realizar a estabilização do tecido periodontal em longo prazo, seja após o tratamento periodontal básico ou tratamento periodontal cirúrgico. Porém, os resultados são variáveis, pois existem fatores que podem confundir, como a padronização dos grupos estudados (AXELSSON *et al.*, 2004).

Alguns trabalhos avaliaram a eficiência de produtos adjuvantes e a utilização de novos produtos durante a TPS (COSYN *et al.*, 2013) verificaram que pacientes em TPS que são razoavelmente compatíveis com a higiene bucal podem não se beneficiar do enxague bucal adicional usando uma solução de óleo essencial. A clorexidina 0,05% já se mostrou eficaz na redução do biofilme e gengivite, bem como na diminuição da carga microbiana na saliva e no sulco gengival em comparação ao cloreto de cetil-piridínio a 0,05% em pacientes com controle inadequado de placa, durante a TPS (ESCRIBANO *et al.*, 2010).

A utilização de antimicrobianos locais e sistêmicos durante a TPS também é avaliado. (NAKAJIMA *et al.*, 2012) examinaram os efeitos microbiológicos e clínicos de curto e longo prazo da azitromicina e da sitafloxacina em bolsas periodontais, durante a terapia periodontal de suporte e indicam que essa terapia associada ao controle do biofilme pode ser uma alternativa durante a TPS. A aplicação de gel de doxiciclina de liberação lenta, utilizado como coadjuvante à terapia não cirúrgica em indivíduos com periodontite recorrente ou persistente, oferece benefício em curto prazo no controle da inflamação e bolsas profundas durante o programa de terapia periodontal de suporte (TONETTI *et al.*, 2012).

Alguns fatores podem ter mais relação com a perda de elementos dentários em pacientes que estão em terapia de suporte. Quando se trata de paciente fumante ativo, o risco de perda dentária foi significativamente aumentado, dentes na arcada superior, com cada mm de profundidade de sondagem residual, dentes com envolvimento de furca e mobilidade grau III em pacientes com periodontite agressiva (GRAETZ *et al.*, 2017). A idade, a severidade da periodontite, a cirurgia periodontal e o nível de autoeficácia para o autocuidado podem ser

preditores eficazes na perda de seguimento na terapia periodontal de suporte em longo prazo em pacientes com periodontite crônica (WU *et al.*, 2018).

Ainda em relação à perda de elemento observada durante a terapia de suporte periodontal, os pacientes com uma frequência maior de manutenção periodontal perdem menos elementos e a progressão de doença nesses indivíduos não é a principal razão para perda dentária (STADLER *et al.*, 2017). Outro estudo mostrou que os pacientes com periodontite agressiva generalizada em um programa regular de manutenção periodontal apresentam uma taxa baixa na perda dentária, apresentando melhora nas variáveis clínicas e perda óssea mínima ao longo do tempo (DIAZ-FAES *et al.*, 2016).

Durante a terapia de suporte periodontal, a realização da raspagem e alisamento radicular associados à terapia fotodinâmica coadjuvante pode levar a uma resolução mais rápida das bolsas residuais e pode ser recomendada para pacientes periodontais (GOH *et al.*, 2017). Além disso, pode ser considerada uma técnica não invasiva para o tratamento de bolsas residuais, oferecendo vantagem na modulação de citocinas (KOLBE *et al.*, 2014). Um trabalho de meta-análise e revisão sistemática, que apresentou a eficácia clínica da terapia fotodinâmica antimicrobiana e alisamento radicular no tratamento de bolsas residuais para pacientes com periodontite crônica em terapia periodontal de suporte (TPS), mostrou que, quando associada à terapia fotodinâmica com alisamento radicular na manutenção de bolsas residuais, indica uma melhora clínica adicional em relação ao alisamento radicular sozinho (XUE; ZHAO, 2017).

O paciente ser cooperativo também é um fator importante durante as consultas de terapia de suporte periodontal. Silva Neto *et al.* (2016) notaram que os pacientes, em sua maioria, mostraram-se colaboradores na TPS, progredindo para saúde periodontal e mantendo sua condição periodontal estável. Foi observado ainda que os pacientes regulares a TPS apresentavam melhores condições bucais comparados aos pacientes irregulares ou não colaboradores. O estudo de Agrawal *et al.* (2015) apresentou que os pacientes com periodontite agressiva se mostraram mais cooperativos à terapia de suporte periodontal que



os pacientes que possuíam periodontite crônica, sendo que a autoconfiança e atitude do paciente se mostram fatores importantes na adesão da TPS.

Uma revisão de literatura mostrou que a adesão e a persistência do paciente são peças chaves para o sucesso em longo prazo da terapia periodontal. Quando o paciente adere à manutenção periodontal, atinge-se uma redução do biofilme e do sangramento à sondagem e, potencialmente, atrasa ou interrompe a progressão da doença. A adesão do paciente pode ser considerada um fator modificador da doença que afeta positivamente a manutenção dos dentes (ECHEVERRÍA; CAFFESSE, 2019). Lee *et al.* (2015), em uma revisão sistemática e meta-análise, verificaram que o cumprimento regular do paciente com as consultas durante a terapia de suporte periodontal pode reduzir o risco de perda do dente. A adesão está negativamente relacionada ao risco de perda dentária.

Outra questão que deve ser observada é o intervalo das consultas. Uma revisão sistemática concluiu que a evidência para um intervalo de TPS (por exemplo, a cada 90 dias) para todos pacientes após a terapia periodontal é fraca e que outros estudos, como ensaios clínicos randomizados ou grandes avaliações de bancos de dados eletrônicos seriam apropriados. O tempo para retorno das consultas de TPS serão individualizados, de acordo com a necessidade de cada paciente, trazendo assim, sucesso para o tratamento (FAROOQI *et al.*, 2015).

A motivação para a realização da terapia de suporte periodontal deve ser baseada na boa relação entre paciente e profissional, através de diálogos, na identificação de um paciente colaborador para obter saúde do periodonto após o tratamento ativo, bem como na participação do dentista exercendo seu papel de promotor de saúde para proporcionar uma cooperação consciente do paciente (PEREIRA *et al.*, 2011).

## **4 CONCLUSÃO**

A terapia periodontal de suporte é fundamental para a obtenção de resultados positivos na fase de manutenção da saúde periodontal. O paciente acometido pela doença periodontal necessita saber sobre a sua doença e aprender a lidar com ela, minimizando os efeitos causados, através de uma adesão responsável ao tratamento. A responsabilidade da manutenção é tanto do paciente quanto do periodontista. Os cuidados em intervalos regulares, associados com a motivação e com o autocuidado, são de extrema importância durante a terapia de suporte periodontal, que deve ser ajustada e realizada individualmente de acordo com cada paciente, a cada consulta. Além da periodicidade do tratamento de suporte, outras situações devem ser consideradas na TPS, como a conduta profissional, recursos e técnicas disponíveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRAWAL, N.; JAIN, R.; JAIN, M.; AGARWAL, K.; DUBEY, A. Compliance with supportive periodontal therapy among patients with aggressive and chronic periodontitis. **Journal of Oral Science**, v. 57, n. 3, p. 249-254, 2015.

American Academy of Periodontology. Glossário de termos periodontais. 4ª ed. Chicago: **American Academy of Periodontology**; 2001. P. 39.

AXELSSON, P.; NYSTROM, 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. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 31, n. 749-757, 2004.

COSYN, J.; PRINCEN, K.; MIREMADI, R.; DECAT, E.; VANEECHOUTTE, M.; DE BRUYN, H. A double-blind randomized placebo-controlled study on the clinical and microbial effects of an essential oil mouth rinse used by patients in supportive periodontal care. **International Journal of Dental Hygiene**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2013.

DELATOLA, C.; ABONOGIANAKI, E.; LOANNIDOU, E. Non-surgical and supportive periodontal therapy: predictors of compliance. **Journal of clinical periodontology**. v. 41, n. 8, p. 791–796, 2014.

DIAZ-FAES, L.; GUERRERO, A.; MAGAN-FERNANDEZ, A.; BRAVO, M.; MESA, F. Tooth loss and alveolar bone crest loss during supportive periodontal therapy in patients with generalized aggressive periodontitis: retrospective study with follow-up of 8 to 15 years. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 43, p. 1109–1115, 2016.

ESCRIBANO, M.; HERRERA, D.; MORANTE, S.; TEUGHEL, W.; QUIRYNEN, M.; SANZ, M. Efficacy of a low-concentration chlorhexidine mouthrinse in non-compliant periodontitis patients attending a supportive periodontal care programme: a randomized clinical trial. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 37, p. 266–275, 2010.

FAROOQI, O. A.; WEHLER, C. J.; GIBSON, G.; JURASIC, M. M.; JONES, J. A. FERREIRA, A.C.R. Doença periodontal: um mal que pode ser evitado? **Rev. Periodontia**. p. 15-23, 2013.

GAMBIN, D.J. Métodos de motivação em tratamento periodontal: caso clínico. **Braz J Periodontol**. P. 75-79. 2017.

GOH, E. X.; TAN, K. S.; CHAN, Y. H.; LIM, L. P. Effects of root debridement and adjunctive photodynamic therapy in residual pockets of patients on supportive periodontal therapy: A randomized split-mouth trial. **Photodiagnosis and Photodynamic Therapy**, v. 18, p. 342-348, 2017.

GRAETZ, C.; SÄLZER, S.; PLAUMANN, A.; SCHLATTMANN, P.; KAHL, M.; SPRINGER, C. Tooth loss in generalized aggressive periodontitis: Prognostic factors after 17 years of supportive periodontal treatment. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 44, n. 6, p. 612-619, 2017.

GUARDIA, J. Avaliação do nível de conhecimento sobre doenças periodontais dos pacientes em atendimento na clínica de periodontia do centro universitário da serra gaúcha (FSG). **Braz J Periodontol**. V. 27, p. 23-26. 2017.

HIRATA, T.; FUCHIDA, S.; YAMAMOTO, T.; KUDO, C.; MINABE, M. Predictive factors for tooth loss during supportive periodontal therapy in patients with severe periodontitis: a Japanese multicenter study. **BMC Oral Health**, v. 19, n. 1, 2019.

KOLBE, M. F.; RIBEIRO, F. V.; LUCHESI, V. H.; CASARIN, R. C.; SALLUM, E. A.; NOCITI, F. H. JR. Photodynamic therapy during supportive periodontal care: clinical, microbiologic, immunoinflammatory, and patient-centered performance in a split-mouth randomized clinical trial. **Journal of Periodontology**, v. 85, n. 8, p. e277-286, 2014.

LEE, C. T.; HUANG, H. Y.; SUN, T. C.; KARIMBUX, N. Impact of Patient Compliance on Tooth Loss during Supportive Periodontal Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of Dental Research**, v. 94, n. 6, p. 777-786, 2015.

LEININGER, M.; TENENBAUM, H.; DAVIDEAU, J.L. Modified periodontal risk assessment score: long-term predictive value of treatment outcomes. A retrospective study. **J Clin Periodontol**. V. 37, p. 427-435. 2010.

MANRESA C, SANZ-MIRALLES EC, TWIGG J, Bravo M. Supportive periodontal therprofundidade, progressão da doença periodontal. **Lá (Reveja). Cochrane Database Syst Rev**. 2018; 1: CD009376. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009376.pub>.

MENDOZA A.R., Newcomb GM, Nixon KC. Adesão à terapia periodontal de suporte. **J Periodontol**. 1991; 62 (12): 731-736.

MONJE, A.; WANG, L.; NART, J. Association of Preventive Maintenance Therapy Compliance and Periimplant Diseases: A Cross-Sectional Study. **Journal of Periodontology**. 2017.

NAKAJIMA, T.; OKUI, T.; ITO, H.; NAKAJIMA, M.; HONDA, T.; SHIMADA, Y. Microbiological and Clinical Effects of Sitafloxacin and Azithromycin in Periodontitis Patients Receiving Supportive Periodontal Therapy. **Antimicrobial Agents and Chemotherapy**, v. 60, n. 3, p. 1779-1787, 2016.

OJIMA M, HANIOKA T, SHIZUKUISHI S. Survival analysis para o grau de conformidade com a terapia periodontal de suporte. **J Clin Periodontol**. 2001; 28 (12): 1091 1095.

PEREIRA, A. F. V.; PAIVA, M. T. A.; COSTA, L. A.; BRASILIENSE, F. P. H. D.; SANTOS, F. F. C.; LEITE, S. A. M. Visão crítica da fase de manutenção no contexto da terapia periodontal. **Odontologia Clínico-Científica**, v. 10, n. 1, p. 255-29, 2011.

RENVERT S, Persson G.R.T. Terapia periodontal de suporte. **Periodontol Restorative Dent**. 1984; 4 (2): 54-71.

SHAH, R.; RAISON T.; SHILPY B., and DHOOM S. M. Influence of various factors on patient compliance after periodontal therapy: A pilot study. **Journal of Indian Society of Periodontology**. V. 27. 2017.

SHILPA, E; RAISON T.; RUCHA S.; DHOOM S. M. Application of transtheoretical model to assess the compliance of chronic periodontitis patients to periodontal therapy. **Contemporary Clinical Dentistry**, V. 7. 2016.

SILVA NETO, M.C.S. FREITAS, S. A. A.; DUAILIBE, C. L.; SERRA; L. L. L.; PEREIRA, A. L. A.; PEREIRA, A. F. V. Avaliação do nível de cooperação de pacientes em terapia periodontal de suporte. **Saúde e pesquisa**. V. 8, p. 439-450. 2015.

SPEZZIA, S. Alterações periodontais na adolescência. **Rev. Periodontia**. V. 28. 2018.

STADLER, A. F.; MENDEZ, M.; OPPERMANN, R. V.; GOMES, S. C. (2017). Tooth Loss in Patients under Periodontal Maintenance in a Private Practice: A Retrospective Study. **Brazilian Dental Journal**, 28(4), 440–446. doi:10.1590/0103-6440201701476

VATNE, J.F.; GJERMO, Per, SANDVIK, Leiv. & PREUS, H. R. Patients' perception of own efforts versus clinically observed outcomes of non-surgical periodontal therapy in a Norwegian population: an observational study. **BMC Oral Health**. V. 15, p.61. 2015.

WILSON, Jr T.G.; HALE, S.; TEMPLE, R. The Results of Efforts To Improve Compliance with Supportive Periodontal Treatment in a Private Practice. **J Periodontol**. V. 64, p. 311-314. 1993.

ZHANG, Z.; ZHAO, D.; LIN M; ZHANG, D.; BAI, R.; FAN J; WANG, Z. Application of health quotient to enhance chronic periodontitis treatments. **Patient Preference and Adherence**. P. 359-362. 2018.