



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

**FATORES QUE INFLUENCIAM A CAPACIDADE DE DECISÃO NO
TRATAMENTO E MANUTENÇÃO DE DENTES
PERIODONTALMENTE COMPROMETIDOS**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Ana Filipa Ramos Barata

Viseu, 2014



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

FATORES QUE INFLUENCIAM A CAPACIDADE DE DECISÃO NO TRATAMENTO E MANUTENÇÃO DE DENTES PERIODONTALMENTE COMPROMETIDOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Orientador: Mestre Tiago Marques

Co-Orientador: Mestre Filipe Araújo

Por:

Ana Filipa Ramos Barata

Viseu, 2014

AGRADECIMENTOS

Mestre Tiago Marques

Pela excelente orientação e pela disponibilidade inigualável. Pelo alto nível acadêmico que demonstra e que incita. Pelo acompanhamento exímio enquanto docente e orientador. O meu mais sincero obrigada!

Mestre Filipe Araújo

Pela coorientação, apoio acadêmico e incentivo demonstrados.

À restante Comunidade Académica, Funcionários e Professores

Pelo enorme contributo que prestaram, participando na minha formação como aluna e, acima de tudo, como pessoa.

Ao Daniel

Por toda a dedicação, paciência, carinho e amor nos últimos anos.

Às minhas irmãs

Pela paciência e pela companhia constante. Obrigada.

Aos meus Pais

Por serem um exemplo de humildade, força e determinação. Pela compreensão inesgotável.

Por serem os meus heróis de sempre e para sempre.

Obrigada.

Aos amigos e em especial à Inês

Por me acompanharem em todas as fases com igual apoio e por nunca me deixarem perder o entusiasmo. Obrigada a todos!

*A todos os que voluntariamente participaram neste trabalho
Sem os quais o mesmo não seria concretizável. Muito obrigada!*

RESUMO:

Introdução: Devido ao sucesso alcançado pelos implantes orais, estes tornaram-se uma forma de tratamento frequente para pacientes edêntulos parciais e totais. Infelizmente a sua popularidade pode influenciar a decisão dos Médicos Dentistas levando a que dentes comprometidos a nível periodontal ou endodôntico sejam extraídos, quando podem ser conservados. **Objetivos:** Analisar a decisão clínica de profissionais de Medicina Dentária no que concerne à manutenção ou extração de peças dentárias e posterior tratamento, quando confrontados com cenários clínicos de dentes periodontalmente comprometidos. Pretende-se, assim, revelar uma tendência da decisão do clínico atual, tendo em vista o tratamento com implantes em pacientes com doença periodontal. **Materiais e Métodos:** Efetuou-se um estudo observacional transversal segundo a técnica estratificada. O estudo abrangeu Médicos Dentistas (n=197), aos quais foi pedido para responder a um questionário (online ou presencial). Os resultados obtidos foram processados e analisados por métodos estatísticos descritivos. **Resultados:** No que diz respeito à decisão de manter ou extrair dentes periodontalmente comprometidos, a grande maioria dos profissionais com e sem prática em implantologia opta pela preservação das peças dentárias. Considerando a extração do dente, a opção de reabilitação com um implante é selecionada pela maioria dos inquiridos. A decisão de manter ou extrair parece ser influenciada pela prática em implantologia. Por outro lado, a decisão de colocar ou não colocar um implante parece ser influenciada pela prática e pela formação em implantologia. Os restantes parâmetros analisados neste estudo, nomeadamente o género, a idade, as habilitações literárias, a instituição de formação, o número de anos de prática clínica, o número de anos de prática em implantologia e o número de implantes colocados por mês parecem não ter influência sobre a decisão de manter ou extrair um dente e colocar ou não colocar um implante. **Conclusão:** Atualmente os médicos dentistas têm presente a importância da manutenção das peças dentárias em boca e mostram possuir conhecimentos sobre os diversos procedimentos. Por outro lado, é notória a confiança que os médicos-dentistas depositam na implantologia como forma de reabilitação.

Palavras-chave: processo de decisão, prognóstico, plano de tratamento, implantologia, dentes periodontalmente comprometidos

ABSTRACT

Introduction: Due to the success achieved by oral implants, they have become a common treatment for full and partial edentulous patients. Unfortunately its popularity may influence the Dentist's decision, leading to extraction of periodontally or endodontically compromised teeth, when they can be preserved. **Aim:** This study aims to analyze the clinical decision of dental professionals regarding the retention or extraction and treatment of teeth, when facing clinical scenarios of periodontally compromised teeth. The purpose is to reveal a trend in the current clinical decision, regarding implant therapy in patients with periodontal disease. **Materials and Methods:** A cross-sectional study using the stratified technique was performed. The research covered Dentists (n=197) to whom it was asked to answer a questionnaire (online or in person). The results have been processed and analyzed by descriptive statistical methods. **Results:** Regarding the decision to keep or extract periodontally compromised teeth, the vast majority of professionals with and without practice in implantology opts for preservation of dental pieces. Whereas tooth extraction, the option of rehabilitation with an implant is selected by most respondents. The decision to keep or extract appears to be influenced by practice in implantology. Moreover, the decision to place or not place an implant appears to be influenced by practice and training in implantology. The remaining parameters analyzed in this study, including gender, age, educational qualifications, the training institution, the number of years of clinical practice, the number of years of practice in implantology and the number of implants placed per month, seem to have no influence on the decision to retain or extract a tooth and place or not place an implant. **Conclusion:** Currently dentists have in mind the importance of maintaining dental mouth pieces on show and have knowledge about the various procedures. On the other hand, is notorious confidence that dentists deposit in implantology as a form of rehabilitation.

Keywords: decision making, prognosis, treatment planning, implant dentistry, periodontally compromised teeth

ÍNDICE

Introdução.....	1
Revisão da literatura.....	5
A doença periodontal.....	7
1.1. Anatomia do periodonto	7
1.2. Classificação da doença periodontal.....	8
1.3. A Periodontite	9
1.4. Periodontite Crónica vs Periodontite Agressiva	10
2. Tratamento periodontal	10
2.1. Fases do tratamento periodontal	11
3. Prognóstico de dentes periodontalmente comprometidos.....	12
3.1. Sistemas de classificação do prognóstico	14
4. Critérios de decisão de manutenção ou extração de dentes periodontalmente comprometidos	17
4.1. Expectativas do paciente e do tratamento	17
4.2. Considerações estéticas.....	18
4.3. Condições financeiras	18
4.4. Cooperação do paciente	19
4.5. Fatores periodontais	19
4.6. Fatores endodônticos	22
4.7. Fatores protéticos	24
4.8. A colocação de implantes e a periodontologia	25
4.9. Experiência do Médico Dentista.....	29
5. Plano de tratamento	30
6. Aplicação de questionários em estudos científicos	31
Objetivos	33
Materiais e Métodos	37

Questionário.....	39
Distribuição do questionário.....	39
Caracterização da amostra	40
Análise de dados.....	40
Procedimentos Legais e Éticos	41
Resultados	43
Resultados Questionário - Parte A.....	45
Resultados Questionários - parte B	50
Relação entre as variáveis.....	62
Discussão dos resultados	65
Associação entre variáveis.....	72
Conclusão	75
BIBLIOGRAFIA.....	79
Anexos	91
Secção 1	93
Secção 2.....	94
Secção 3.....	103

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo o gênero	45
Gráfico 2. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo a faixa etária	45
Gráfico 3. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo habilitações literárias..	46
Gráfico 4. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo a instituição de formação.....	46
Gráfico 5. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo a área de formação.....	47
Gráfico 6. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo a prática em implantologia.....	47
Gráfico 7. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo os anos de prática em implantologia.....	48
Gráfico 8. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo o número de implantes colocados por mês	48
Gráfico 9. Distribuição do número de pacientes a que os médicos dentistas sugerem o tratamento de implantologia por mês	49
Gráfico 10. Distribuição do número de pacientes que menciona implantologia como opção de tratamento.....	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Tabela de classificação da doença periodontal.....	9
Tabela 2. Classificação do prognóstico segundo Hirschfeld e Wasserman	15
Tabela 3. Classificação do prognóstico segundo Becker et al	15
Tabela 4. Classificação do prognóstico segundo Mcguire e Nunn	16
Tabela 5. Classificação do prognóstico segundo Carranza et al.	16
Tabela 6. Classificação do prognóstico segundo Kwok et al.	16
Tabela 7. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 1, considerando que o dente foi mantido.....	50
Tabela 8. Procedimento indicado para o cenário clínico 1, considerando que o dente foi extraído.....	51
Tabela 9. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 1.1, considerando que o dente foi mantido.....	52
Tabela 10. Procedimento indicado para o cenário clínico 1.1, considerando que o dente foi extraído.....	52
Tabela 11. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 2, considerando que o dente foi mantido.....	53
Tabela 12. Escolha do procedimento para o cenário clínico 2, considerando que o dente foi extraído.....	54
Tabela 13. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 2.1, considerando que o dente foi mantido	55
Tabela 14. Procedimento indicado para o cenário clínico 2.1, considerando que o dente foi extraído.....	55
Tabela 15. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 3, considerando que o dente foi mantido.....	56
Tabela 16. Procedimento indicado para o cenário clínico 3, considerando que o dente foi extraído.....	57
Tabela 17. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 4, considerando que o dente foi mantido.....	58
Tabela 18. Procedimento indicado para o cenário clínico 4 considerando que o dente foi extraído.....	58

Tabela 19. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 5, considerando que o dente foi mantido.....	59
Tabela 20. Procedimento indicado para o cenário clínico 5 considerando que o dente foi extraído.....	60
Tabela 21. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 6, considerando que o dente foi mantido.....	61
Tabela 22. Procedimento indicado para o cenário clínico 6, considerando que o dente foi extraído.....	61
Tabela 23. Teste do Qui Quadrado para testar a independência entre Formação em Implantologia e a opção de manter ou extrair o dente	62
Tabela 24. Teste do Qui Quadrado para testar a independência entre Formação em Implantologia e a opção de colocar ou não colocar um implante	63
Tabela 25. Teste do Qui Quadrado para testar a independência entre Prática em Implantologia e a opção de manter ou extrair o dente.....	63
Tabela 26. Teste do Qui Quadrado para testar a independência entre Prática em Implantologia e a opção de colocar ou não colocar um implante.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resumo da terapia periodontal	12
---	----

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

**Fatores que Influenciam a Capacidade de Decisão no Tratamento e
Manutenção de Dentes Periodontalmente Comprometidos**

INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas, o sucesso alcançado pela implantologia modificou o processo do plano de tratamento levando a que frequentemente sejam extraídos dentes em detrimento da colocação de implantes (1-4), uma vez que tentativas de preservação de dentes periodontalmente comprometidos podem comprometer os dentes adjacentes e conduzir à perda de osso necessário à colocação do implante.(4, 5)

O uso de implantes dentários como um substituto para os dentes com prognóstico reservado ou "sem esperança", tem vindo a aumentar progressivamente, provavelmente devido à elevada previsibilidade e às taxas de sobrevivência, como relatado em vários estudos.(3) Diversos fatores locais específicos devem ser considerados na remoção do dente e colocação do implante, nomeadamente, a posição do osso recetor do implante, bem como a quantidade e qualidade do osso disponível.(6)

O tratamento com implantes não está contraindicado no paciente com doença periodontal. No entanto, é necessário o controlo adequado da infeção antes da colocação do implante e um programa de manutenção individualizado visto que uma maior incidência de peri-implantite e um aumento significativo da perda óssea marginal pode comprometer a longevidade do tratamento.(7, 8) Além disso, a evidência disponível sugere que a longevidade de dentes comprometidos pode ser muito maior do que o previsto.(9)

Assim, a extração ou manutenção de um dente periodontalmente comprometido é um dilema atual da Medicina Dentária (1, 10, 11) que ainda não possui critérios rigorosos e definidos para uma tomada de decisão correta.(1)

O desafio não é dominar as técnicas de tratamento cirúrgicas e de restauração disponíveis, mas sim determinar quando aplicar cada modalidade de tratamento e como utilizar a abordagem terapêutica escolhida para benefício máximo do paciente. As decisões de tratamento devem ser feitas sempre em consideração com a saúde do paciente, a adequação da terapia, os desejos do paciente e os custos do tratamento. Os custos terapêuticos devem ser avaliados não só a nível financeiro, mas também biológico, estético, terapêutico, temporal e psicológico. Além disso, o prognóstico de cada opção terapêutica a longo termo deve ser considerado.(6)

Quando confrontado com a opção de manter ou extrair um dente comprometido e colocar um implante dentário, o profissional deve efetuar uma decisão baseada na evidência.(12-15) Não é fácil avaliar as diversas alternativas de tratamento de forma confiável, uma vez que o resultado é afetado por vários fatores, alguns dos quais não podem ser controlados. Entre esses fatores destacam-se a colaboração do paciente, a frequência de

visitas durante a manutenção pós-tratamento, a condição sistêmica do paciente e hábitos tabágicos, bem como a formação e experiência do Médico Dentista.(3, 15)

Neste âmbito, este trabalho propõe-se a analisar a decisão de profissionais da Medicina Dentária no que diz respeito a diversos cenários clínicos recolhidos na clínica universitária e, posteriormente, verificar as suas divergências tendo por base a aplicação de um questionário elaborado tendo como referência o artigo “*Factors influencing treatment decisionmaking for maintaining or extracting compromised teeth*”.(4)

Pretende-se, assim, revelar uma tendência da decisão do clínico atual, tendo em vista o tratamento com implantes em pacientes com doença periodontal.

REVISÃO da LITERATURA

A DOENÇA PERIODONTAL

A doença periodontal é um conjunto de doenças de caráter inflamatório que acomete os tecidos periodontais e resulta na perda de inserção e destruição do osso alveolar.(15) Embora tenha origem bacteriana, o comprometimento dos tecidos periodontais ocorre devido à resposta inflamatória do hospedeiro às bactérias que colonizam a bolsa periodontal.(5, 16) A destruição tecidual é um processo dinâmico, com períodos de estabilidade e remissão, que vai sendo ajustado de acordo com a interação hospedeiro-bactérias.(16) Em alguns casos, a progressão natural da doença periodontal resulta na perda dentária.(5, 17)

1.1. Anatomia do periodonto

O periodonto é constituído por tecidos de suporte e revestimento do dente, estando dividido em duas partes: a gengiva, cuja função é a proteção dos tecidos subjacentes, e os elementos que são responsáveis pela inserção dentária, ou seja, o ligamento periodontal, o cimento e o osso alveolar.(5, 18)

O reconhecimento da doença periodontal por parte dos clínicos exige um conhecimento firme do que constitui a saúde periodontal. (17) O periodonto saudável na observação clínica é descrito como sendo pontilhado, de coloração rosa pálido ou coral na raça caucasiana, variando o grau de pigmentação de acordo com a raça. Encontra-se intimamente ligado com os tecidos adjacentes, sendo que a margem gengival ou não inserida, ou seja, a porção terminal da gengiva em redor dos dentes (5), na ausência de patologia, encontra-se ao nível da junção amelo-cementaria. Ao nível da margem gengival, num periodonto sadio, existe um sulco gengival fisiológico em forma de “v” delimitado pela superfície dental de um lado e o epitélio de revestimento da gengiva marginal livre no outro (5), que possui de profundidade cerca de 1 a 3 milímetros. A alteração dos tecidos moles do sulco leva à formação de bolsas periodontais. A avaliação clínica usada para determinar a profundidade das bolsas e o nível de inserção clínico envolve a introdução nesse mesmo local de um instrumento, a sonda periodontal, e a mensuração da profundidade que esta atinge (5), sendo este um importante fator de diagnóstico.(17) Enquanto que a profundidade da bolsa é a distância entre a base da bolsa e a margem gengival livre, o nível de inserção clínica é medido desde a base da bolsa até a um ponto fixo na coroa. (5) Quando a gengiva marginal se encontra localizada acima da junção cimento-esmalte, o nível de inserção é determinado subtraindo-se à profundidade da bolsa periodontal a distância da margem gengival até à junção cimento-esmalte; caso o nível da margem gengival esteja ao nível da junção cimento-esmalte, a perda de inserção é igual à

profundidade da bolsa; por fim, caso a margem gengival se encontre abaixo da junção cimento-esmalte, a perda de inserção é superior à profundidade da bolsa devendo ser somada a distância entre a margem gengival e a junção cimento-esmalte à profundidade da bolsa periodontal.(5)

A área compreendida entre a parte inferior da gengiva marginal livre e a linha mucogengival é a gengiva aderida que varia em altura de 1 a 9 milímetros e apresenta um aspeto pontilhado.(17)

1.2. Classificação da doença periodontal

A classificação da doença periodontal é essencial uma vez que esta auxilia a estabelecer um diagnóstico e, conseqüentemente, a determinar o prognóstico e um plano de tratamento.(5) Esta classificação não se afigura uma tarefa fácil uma vez que os sistemas de classificação estão em constante evolução e todos os sistemas produzidos até à data têm as suas imperfeições e são objeto de análise crítica.(17)

A tentativa de classificação das patologias periodontais não é recente, sendo que o aparecimento dos sistemas de classificação permitiu ao clínico desenvolver estruturas que podem ser usadas na identificação da etiologia e da patogénese, bem como um desenvolvimento mais assertivo do plano de tratamento e, por outro, lado a existência de sistemas de classificação universais facilita a comunicação entre profissionais.(17)

As primeiras classificações tinham por base a prática clínica dos profissionais, não tendo evidência científica como base.

No entanto, estabelecer de forma definitiva uma classificação é problemático uma vez que, periodicamente, é necessária a sua revisão de forma a atualiza-la de acordo com os novos conhecimentos que surgem. Assim, a classificação das doenças periodontais não deve ser considerada estática, mas sim adaptável.(17)

Assim, é aqui apresentada a classificação mais recente resumida, que foi elaborada no *International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions*, em 1999.(17)

Armitage refere no seu artigo que esta classificação “corrigiu alguns dos problemas associados com o sistema anterior, em vigor desde 1989. No entanto, o novo sistema está longe de ser perfeito e terá de ser modificado, assim que houver novos dados que justifiquem revisões”.(19)

Uma vez que esta revisão tem como objetivo a abordagem de dentes periodontalmente comprometidos, irá ser abordada com mais pormenor uma das patologias periodontais: a periodontite.

Tabela 1. Tabela de classificação da doença periodontal

I. Doenças gengivais
a. Induzida por placa
b. Não induzida por placa
II. Periodontite Crónica
a. Localizada
b. Generalizada
III. Periodontite Agressiva
a. Localizada
b. Generalizada
IV. Periodontite resultante de uma patologia sistémica
V. Doença Periodontal Necrosante
VI. Abscessos periodontais
VII. Periodontite associada a lesões endodónticas
VIII. Deformidades ou condições de desenvolvimento adquiridas

1.3. A Periodontite

A periodontite é definida como uma doença inflamatória dos tecidos de suporte dentário, causada por microrganismo específicos, que resulta na destruição progressiva do ligamento periodontal e do osso alveolar, com formação de bolsa, retração ou ambas.(5, 15) Esta patologia é caracterizada por um conjunto de doenças relacionadas que podem variar na etiologia, história natural e resposta à terapia. Embora estejam relacionadas a nível patogénico, são influenciadas por diversos fatores, incluindo a genética de cada indivíduo e outros fatores de risco que podem variar de uma forma da doença para outra.(16)

Especialistas concordam que a periodontite é iniciada e perpetuada por um pequeno grupo de bactérias predominantemente gram-negativas, anaeróbias ou microaerófilas que colonizam a área subgengival. Em 1996, no *World Workshop in Periodontics* concluiu-se que as bactérias com maior patogenicidade no estabelecimento da periodontite são a *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*.(16)

1.4. Periodontite Crónica vs Periodontite Agressiva

A doença periodontal crónica é reconhecida como a forma de periodontite mais frequente. Pode ter início em qualquer idade, mas é mais comumente detetada em adultos. Não existe um padrão de destruição consistente com o número e tipos de dentes envolvidos. A doença pode ser localizada a poucos dentes ou pode afetar toda a dentição, existindo uma ligeira tendência para a destruição apresentar uma simetria bilateral, mas não há nenhum padrão bem definido, na maioria dos casos. A periodontite crónica tem sido tradicionalmente vista como uma doença de progressão lenta. Geralmente, os dentes possuem nas superfícies radiculares afetadas depósitos muito complexos de comunidades polimicrobianas que levam à formação de cálculos.(20)

Foi categorizado um guia geral para determinar a gravidade da doença com base no nível de inserção clínica. Assim, consideramos periodontite leve quando ocorre perda de inserção clínica de 1 a 2 mm, periodontite crónica moderada quando ocorre perda de inserção clínica de 3 a 4 mm e periodontite severa quando ocorre perda de inserção clínica de 5 mm.(17)

A periodontite agressiva, em geral, acomete indivíduos saudáveis a nível sistémico, com idade inferior a 30 anos de idade, embora também possa afetar pacientes mais velhos. Esta patologia apresenta uma velocidade rápida de progressão e uma relação hereditária, sendo a maioria dos dentes permanentes afetados.(5, 20) Uma das características de periodontite agressiva localizada descrita originalmente foi o nível relativamente baixo de inflamação gengival, em comparação com outras formas de periodontite. Na verdade, a maioria dos pacientes com a doença apresentam frequentemente alguma inflamação clínica em locais afetados, como o sangramento suave à sondagem, juntamente com um ligeiro rubor e inchaço da margem gengival. Quanto à presença de cálculos existe apenas uma fina camada de biofilme, com pouco ou nenhum cálculo dentário.(20)

2. TRATAMENTO PERIODONTAL

O principal objetivo do tratamento periodontal é a manutenção do maior número de dentes saudáveis possível em função e com conforto.(21) Assim, a terapia periodontal é parte essencial do tratamento geral da cavidade oral (5), dependendo a execução das diferentes etapas da terapia do estado periodontal individual de cada paciente.

Os resultados da maioria dos estudos sobre a eficácia da terapia periodontal são estimulantes. Hirschfeld e Wasserman concluíram que 7,1% dos dentes foram perdidos por razões periodontais. Por outro lado, 50% dos pacientes não perdeu todos os dentes ao longo de um período de controlo de 22 anos.(22)

De seguida, serão discriminadas de forma sucinta as diferentes etapas da terapia periodontal.

2.1. Fases do tratamento periodontal

Numa fase preliminar é efetuado o tratamento de qualquer emergência que o paciente possa apresentar.

Posteriormente, a fase I da terapia periodontal ou fase não cirúrgica, tem como objetivo principal a eliminação da etiologia microbiana e fatores que contribuem para as doenças gengivais e periodontais de forma a interromper e controlar a inflamação e reduzir as bolsas periodontais através de meios mecânicos. Assim, inicialmente, o paciente é instruído para efetuar o controlo da placa através de uma escovagem correta dos dentes e uso do fio dentário, uma vez que o sucesso do tratamento em grande parte depende da reeducação de hábitos do paciente.(5) De seguida, procede-se à remoção de cálculos quer por instrumentos manuais, quer ultrassónicos. Deve proceder-se à remoção de todos os irritantes que possam levar à inflamação periodontal.

Seguidamente deve efetuar-se a reavaliação de todos os parâmetros periodontais, 4 semanas após a raspagem e alisamento radicular (processo pelo qual a placa e o cálculo são removidos da superfície dentária) ou qualquer outro procedimento da fase I e averiguar se há melhorias ou se alguma etapa não está a ser cumprida corretamente.(5)

Enquanto que em alguns casos temos uma melhoria e controlo da patologia apenas com a fase I da terapia, noutros isso não é possível, sendo necessário recorrer à fase II ou fase cirúrgica. Os objetivos desta fase passam pela eliminação de alterações patológicas nas paredes das bolsas periodontais levando a uma situação mais estável e, se possível, à regeneração periodontal. Por outro lado, contribui para a eliminação de defeitos morfológicos que contribuem para a acumulação de placa e comprometam a estética. Esta etapa inclui a realização de qualquer terapia endodôntica necessária ou a colocação de implantes.(5)

Em seguida procede-se à fase restauradora ou fase III na qual se efetua nova análise periodontal, efetua-se o registo da resposta a tratamentos restauradores e se efetuam restaurações finais.(5)

Para a preservação da saúde periodontal de pacientes sujeitos a terapia periodontal é necessária uma fase de manutenção que permite ao paciente um controle periódico da sua condição periodontal de forma a prevenir a recorrência da doença periodontal.

Inicialmente estas consultas são marcadas de 3 em 3 meses, porém talvez se possa ajustar o tempo de intervalo de consultas de acordo com a necessidade de cada paciente.(5)

A eficácia do tratamento periodontal e da terapia de suporte a longo prazo, para evitar a perda de dentes em pacientes com doença periodontal severa, foi relatada por investigadores em diversos estudos.(21, 23-25)



Figura 1. Resumo da terapia periodontal

3. PROGNÓSTICO DE DENTES PERIODONTALMENTE COMPROMETIDOS

O prognóstico é a previsão do curso provável da duração e do resultado de uma doença com base no conhecimento geral da patogênese da mesma, na presença de fatores de risco.(5) A determinação do prognóstico periodontal é parte integrante da prática clínica e influencia diretamente o plano de tratamento, constituindo assim uma das funções mais importantes realizadas na prática clínica em Medicina Dentária.(26)

Na prática clínica, o prognóstico pode ser baseado na avaliação da perda dentária ou na probabilidade de se obter estabilidade periodontal, sendo estas classificações influenciadas por diversos fatores.(27)

Existem três elementos essenciais ao prognóstico periodontal, designadamente, a definição do resultado pretendido, a definição temporal e, por fim, a consideração da existência de fatores locais e sistêmicos que influenciam a cavidade oral. Relativamente à definição temporal deve ser criado um prognóstico provisório, visto este ser dinâmico é necessário avaliar a resposta do dente após a fase I da terapia periodontal.(27)

O prognóstico pode ser analisado de duas formas distintas, podemos considerar o prognóstico geral do paciente e o prognóstico individual de um dente.

No que diz respeito aos fatores gerais devemos considerar a idade do paciente, o seu estado de saúde, prognóstico individual, cooperação, qualidade da higiene, condição econômica, a taxa de progressão da doença periodontal, conhecimentos e capacidades do Médico Dentista, fatores etiológicos e hábitos orais como o tabagismo.

Relativamente aos fatores individuais devemos fazer uma análise detalhada da percentagem, tipo e distribuição de perda óssea, profundidade das bolsas periodontais, envolvimento de furca, mobilidade, rácio coroa-raiz, forma da raiz, presença de cáries, envolvimento pulpar, posição do dente na arcada, relação oclusal, valor estratégico na arcada e conhecimento e aptidão do profissional Médico Dentário.(28)

A identificação de um ou mais dos parâmetros clínicos é a forma tradicional de determinação do prognóstico de um dente e previsão da sua sobrevivência. Estes parâmetros clínicos, referenciados em artigos científicos, são registados e analisados de acordo com a experiência clínica do Médico Dentista, sendo desta forma atribuído um prognóstico ao dente em questão.(28) Embora alguns dos critérios exerçam mais influência sobre o prognóstico que outros, a consideração individual de cada um é benéfica para o profissional. (5, 27, 29, 30) A ausência de critérios padronizados para os sistemas de classificação do prognóstico levam a que diferentes metodologias resultem em diferentes classificações da mesma condição.(3)

Foi efetuada a avaliação, por diversos estudos, deste método de atribuição do prognóstico clínico e concluíram que existe uma relação entre prognóstico e perda do dente, ou seja, dentes com pior prognóstico tiveram posteriormente uma menor taxa de sobrevivência, embora os parâmetros clínicos considerados pela literatura não elucidem relativamente a essa relação.(25, 26, 29)

Ainda que seja reconhecido e comprovado a nível científico que existe diversidade na composição da placa microbiana, no que diz respeito às decisões clínicas, todos os tipos distintos de placa têm as mesmas consequências a nível do paciente e todos os pacientes respondem de igual forma aos vários tipos de placa. Assim, podemos concluir que, embora tenha ocorrido um avanço a nível científico e na atualização de conceitos, na prática clínica os profissionais continuam a usar ideias que atualmente já se encontram desatualizadas.(28)

Tem sido relatado por diversos estudos que as variações da citoquina pro-inflamatória IL-1, reguladora da resposta do hospedeiro a infeções microbianas e um importante modulador do catabolismo da matriz extracelular e da reabsorção óssea, está associada ao aumento da suscetibilidade do indivíduo adulto ter periodontite severa.(28, 31)

McGuire conclui que o conhecimento relativo ao genótipo de paciente de IL-1 e hábitos tabágicos melhoraram a capacidade do médico para designar com precisão o prognóstico e prever a sobrevivência do dente, embora a nível clínico a determinação do genótipo relativo à IL-1 é de difícil acesso uma vez que não se obtém através da história ou observação clínica.(28)

Embora o interesse sobre esta temática tenha alcançado mais importância recentemente, estudos conferem mais ênfase aos fatores de risco do que aos fatores de prognóstico. Os fatores de risco são definidos como as características do paciente, relacionadas com o desenvolvimento inicial da doença, por outro lado, os fatores de prognóstico são definidos como as características que podem prever o resultado final, mas não constituem a causa inicial da doença. Assim, o verdadeiro desafio reside na elaboração de um modelo base que permita a determinação do prognóstico de cada paciente.(32)

São diversos os autores que ao longo do tempo propuseram sistemas de classificação de prognóstico (21, 27, 28, 30), sendo apresentado de seguida um breve resumo dessas mesmas classificações.

3.1. Sistemas de classificação do prognóstico

Segundo a classificação mais recente, o prognóstico pode ser dividido em favorável, questionável, desfavorável e impossível.

No prognóstico favorável o estado periodontal do dente pode ser estabilizado com tratamento e manutenção periodontal. A perda futura de suporte dos tecidos periodontais é improvável, se estas condições forem mantidas.

No prognóstico questionável, o estado periodontal do dente é influenciado pelos fatores locais e / ou sistémicos, podendo estes ser ou não passíveis de controlo. O periodonto pode ser estabilizado com tratamento e manutenção periodontal caso o controlo seja atingido, caso contrário, poderá ocorrer destruição periodontal.

No prognóstico desfavorável, o estado periodontal do dente é influenciado por fatores locais e / ou sistémicos que não são passíveis de controlo. Mesmo sujeito a tratamento e manutenção periodontal poderá ocorrer destruição do periodonto.

Por fim, no prognóstico impossível, há indicação para extração da peça dentária.(27)

São vários os autores que ao longo dos anos propuseram sistemas de classificação de prognóstico, entre os quais se destacam Hirschfeld e Wasserman em 1978, Becker *et al.* em 1984, McGuire e Nunn em 1996, Carranza *et al.* em 1996 e Kwok em 2007.

Estas classificações encontram-se descritas de seguida sob a forma de tabela, tendo sido analisado o prognóstico questionável e impossível uma vez que são os de maior relevância neste tema.

Tabela 2. Classificação do prognóstico segundo Hirschfeld e Wasserman

	Questionável
Hirschfeld e Wasserman, 1978 (21)	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento de furca; - Bolsa periodontal não erradicável; - Perda extensa de osso alveolar; - Mobilidade aumentada associada a aumento da profundidade da bolsa periodontal.

Tabela 3. Classificação do prognóstico segundo Becker et al

	Questionável	Impossível
Becker <i>et al.</i> , 1984 (30)	<ul style="list-style-type: none"> - Perda óssea de cerca de 50% do comprimento da raiz; - Profundidade de 6 a 8 mm das bolsas periodontais; - Envolvimento de furca classe II; - Defeitos ósseos verticais ao nível dos incisivos maxilares; - Envolvimento de furca a mesial do primeiro pré-molar maxilar; -Dentes com lesão cariosa extensa que poderão não ser restauráveis. <p>Nota: (Mais do que um critério presente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perda de mais de 75% do osso de suporte; - Profundidade de sondagem a 8 mm; - Envolvimento de furca grau III,; - Mobilidade grau 3; - Rácio coroa-raiz insatisfatório; - Proximidade das raízes e perda óssea horizontal; - Formação recorrente de abscesso periodontal. <p>Nota: (Mais do que um critério presente)</p>

Tabela 4. Classificação do prognóstico segundo McGuire e Nunn

	Questionável	Impossível
McGuire e Nunn, 1996 (26)	<ul style="list-style-type: none"> - Mais de 50% de perda de nível de inserção clínico; - Rácio coroa/raiz insatisfatório; - Forma da raiz insatisfatória; - Envolvimento de Furca grau II; - Mobilidade ≥ 2; - Proximidade das raízes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perda de nível de inserção clínico que não permite função adequada.

Tabela 5. Classificação do prognóstico segundo Carranza et al.

	Questionável	Impossível
Carranza et al., 1996 (5)	<ul style="list-style-type: none"> - Perda óssea avançada; - Envolvimento de furca grau II/III; - Mobilidade dentária; - Zonas de difícil acesso para higienizar; - Falta de cooperação do paciente; - Presença de fatores sistêmicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perda óssea severa; - Indicação de extrações; - Fatores sistêmicos não controlados.

Tabela 6. Classificação do prognóstico segundo Kwok et al.

	Questionável	Impossível
Kwok, 2007 (27)	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores locais e sistêmicos não controlados. <p>Nota: Pode realizar-se tratamento periodontal se os fatores forem controlados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Extração está indicada.

4. CRITÉRIOS DE DECISÃO DE MANUTENÇÃO OU EXTRAÇÃO DE DENTES PERIODONTALMENTE COMPROMETIDOS

Quando é necessário tomar a decisão de manutenção ou extração de um dente periodontalmente comprometido é indispensável ter em conta diversos fatores, considerando várias opções de tratamento num mesmo caso de forma a alcançar o resultado final mais benéfico para o paciente.

Vários artigos publicados nas últimas 3 décadas referem diversos critérios que os clínicos podem usar para avaliar o prognóstico de um dente.(2, 27, 29, 30) De acordo com a literatura atual disponível, Avila *et al*, em 2009, propuseram um gráfico para orientação do profissional Médico Dentário, elaborado com base nos fatores de maior relevância, que podem influenciar a decisão de manutenção ou extração de um dente.(2) Foram considerados vários fatores que influenciam a decisão sendo eles:

- i) Avaliação inicial (expectativas do paciente, expectativas do tratamento, estética, condição financeira e cooperação do paciente);
- ii) Severidade da doença periodontal (sondagem das bolsas, mobilidade, abscesso periodontal, perda óssea, defeito ósseo morfológico);
- iii) Envolvimento de furca (grau do envolvimento de furca, nível do osso interproximal, anomalias das raízes, ressecção radicular);
- iv) Fatores etiológicos (Cálculos, comprometimento do volume ósseo pela cirurgia, retratamento periodontal, proximidade da raiz, tratamento endodôntico);
- v) Fatores restaurativos (restaurações defeituosa ou fratura, cáries extensas, proporção coroa raiz, espigão e coroa);
- vi) Outros determinantes (fumador, condições sistémicas, uso de biofosfonatos, experiência do Médico Dentista).

Particularmente para dentes questionáveis, vários aspetos devem ser considerados quando os clínicos são confrontados com a decisão de manter/tratar ou extrair e substituir um dente por implante dentário. Alguns desses aspetos serão abordados de seguida.

4.1. Expectativas do paciente e do tratamento

As expectativas do paciente devem ser parte do processo de decisão. É de salientar que o paciente deve estar ciente das consequências das suas decisões de tratamento, sendo este um fator de extrema importância.(2) Por outro lado, nas expectativas do tratamento devemos ter

em conta o valor estratégico de cada dente e se pretendemos conservar um dente periodontalmente comprometido o paciente deve ser alertado que um prognóstico a longo termo em condições ótimas é uma situação irreal.(2)

4.2. Considerações estéticas

Quanto à estética, é um dos fatores no qual os pacientes mais procuram a qualidade uma vez que o sorriso é uma característica que mais define a face do indivíduo.(2) O sorriso é constituído e definido por um conjunto de elementos que incluem os dentes e a exposição gengival, ambos enquadrados pelos lábios. A simetria correta das papilas e margem gengival livre, perfil de emergência do dente adequado e ausência de descoloração são alguns dos parâmetros mais importantes que definem a estética adequada.(33) Muitos dos problemas gengivais severos, não estéticos, são causados ou coexistem com condições patológicas periodontais. Em estágios avançados da doença, muitas das deficiências mucogengivais ou ósseo alveolares não são previsivelmente tratáveis do ponto de vista estético. Portanto, quando não há envolvimento de questões estéticas, a decisão de conservar ou extrair um dente torna-se menos crítica.

A decisão de conservar ou extrair um dente periodontalmente comprometido envolvido a nível estético depende de diversas características do paciente, nomeadamente, da linha de sorriso, biótipo gengival e disponibilidade óssea local, mas, acima de tudo, depende das expectativas do paciente em relação ao resultado estético final.(34)

As razões mais frequentes para uma estética deficitária são: a recessão gengival e o consequente alongamento coronário, a perda da papila interdentária e extrusão dentária. É importante salientar que, a preservação de um dente periodontalmente comprometido com estética insatisfatória numa posição visível na cavidade oral, não pode ser considerado como um resultado de tratamento bem-sucedido, mesmo se todos os outros parâmetros clínicos são satisfatórios. A extração do dente por razões estéticas pode ser recomendada se a restauração protética melhorar significativamente o resultado estético e satisfazer as expectativas do paciente.(34)

4.3. Condições financeiras

O estado financeiro individual é de extrema importância na decisão do plano de tratamento. Procedimentos restauradores tradicionais ou restaurações implanto-suportadas são geralmente mais dispendiosos do que a manutenção de um dente.(2) Infelizmente os pacientes

nem sempre estão cientes do custo adicional, especialmente no caso dos implantes dentários. (35) Para os pacientes que não podem pagar terapia protética a retenção de um dente comprometido pode ser explorada.(2)

4.4. Cooperação do paciente

No que concerne à cooperação do paciente, Loe *et al.* referem no seu estudo que, pacientes que nunca foram tratados perderam todos os seus dentes devido a doença periodontal até aos 45 anos de idade.(36) Adicionalmente, Axelsson indica que a incidência de cáries, progressão da doença periodontal e perda dentária é mais baixa em pacientes com elevado grau de colaboração.(37)

Isto sugere que pacientes com doença periodontal incluídos num programa de manutenção periodontal regular, que também têm uma boa higiene oral, podem ter um melhor prognóstico do dente individual do que pacientes que não são sujeitos a esses mesmos programas.(2) Caso o paciente coloque um implante deve estar devidamente informado que a placa bacteriana também desempenha um papel importante no desenvolvimento de peri-implantite, ou seja, tanto os implantes dentários como os dentes naturais são afetados pela placa bacteriana em indivíduos suscetíveis, embora os mecanismos fisiopatológicos não sejam exatamente os mesmos.(2) Alguns estudos longitudinais mostraram como a progressão da perda óssea induzida pela placa dentária parecia ser similar em torno de dentes naturais e implantes.(38, 39) Por outro lado, um pobre controlo da placa e o tabagismo foram fortemente associados com a falha do implante e o desenvolvimento de peri-implantite.(40-42)

4.5. Fatores periodontais

Em periodontologia, a avaliação é geralmente realizada nos diferentes estágios da terapia periodontal. A primeira avaliação é efetuada no início do estudo, em seguida, durante a reavaliação da terapia periodontal não cirúrgica, após a fase ativa da terapia periodontal, e, por fim, antes do planeamento restaurativo, incluindo antes da colocação de um implante. O prognóstico final requer que se determine o tempo de intervalo entre consultas e a indicação de terapias adicionais necessárias ao sucesso do tratamento final.(43)

Segundo a literatura, a ausência de sangramento à sondagem, a ausência de perda de inserção clínica e a inexistência de bolsas periodontais com profundidade inferior a 5 milímetros, indicam uma situação estável da doença periodontal. Por outro lado, caso a profundidade das

bolsas periodontais seja superior a 6 milímetros e perda de inserção clínica aumentada, estamos perante uma doença periodontal ativa.(43)

Num estudo retrospectivo foram analisados pacientes com periodontite avançada generalizada e concluiu-se que os fatores de predisposição para este nível patológico são a profundidade das bolsas periodontais superior a 6 milímetros, sangramento positivo à sondagem e índice de sangramento superior a 30%, após a fase de terapia periodontal ativa.(44) No entanto, é de salientar que 7% dos dentes foram perdidos durante o período de manutenção periodontal e 1/3 dos dentes com bolsas >7 milímetros foram perdidos. Esta perda dentária ocorreu particularmente durante os 10 anos de acompanhamento periodontal e foi restrita a 55% dos pacientes. Adicionalmente, foi assumido que a perda de dentes com bolsas <5 milímetros resultou da presença de cáries, fraturas radiculares e falhas do tratamento endodôntico.(44)

Outros estudos indicam que os fatores de predisposição à perda dentária estão relacionados com bolsas com profundidade >7 milímetros, mobilidade grau 3 (mobilidade grave), perda de inserção clínica >75%, dentes com mais do que uma raiz, envolvimento de furca grau II ou III, polpa não vital e cáries dentárias.(23, 45)

Diversos fatores relacionados com o paciente foram sugeridos como causa da perda de alguns dentes como a má higiene oral, cumprimento inadequado do programa de tratamento de suporte, tabagismo, diabetes, e uma história familiar com manifestação da doença.(23, 45, 46)

Em pacientes com doença periodontal grave em progressão, o número de extrações executada durante a fase inicial do tratamento afeta inevitavelmente a ocorrência de perda de dentes durante a manutenção. Estudos relataram que 14,4 % dos dentes inicialmente presentes em pacientes com periodontite moderada a grave foram extraídos. Aproximadamente metade das extrações foram realizados durante a fase de terapia ativa, e os outros 49 % ocorreu durante o período de manutenção, em média de 11 anos.(44) Assim, quando os dentes com prognóstico mais questionável são extraídos inicialmente, o número de dentes perdidos devido à progressão de periodontite, durante manutenção, diminui.(44, 45, 47)

Entre os dentes periodontalmente comprometidos, os molares superiores são os dentes mais prováveis de serem perdidos.(21, 24) Esta reduzida eficácia da terapia periodontal convencional nos molares está primeiramente relacionada com fatores anatómicos, nomeadamente com o envolvimento de furca e o início precoce da doença periodontal nestes locais.(1, 48)

Relativamente ao envolvimento de furca foram classificados nos graus I, II, III e IV. O grau I corresponde a perda óssea incipiente, o grau II corresponde a perda óssea parcial, o grau III corresponde a perda óssea total com abertura total da furca e o grau IV é semelhante ao grau III mas no qual há retração gengival ocorrendo exposição da furca visualização.(5) Caso este seja grau I pode ser tratado com sucesso por desbridamento mecânico não-cirúrgico. Por outro lado, o envolvimento de furca grau II e III requer tratamento cirúrgico para eliminar a morfologia radicular retentiva da placa e para fornecer o acesso para remoção da placa por parte do paciente permitindo a realização de uma boa higiene dentária.(49)

Intervenções profissionais cirúrgicas ao nível do envolvimento de furca incluem o reposicionamento apical do retalho, com ou sem tunelização da furca e procedimentos de ressecção, incluindo a hemissecção e amputação de 1 ou 2 raízes.(50)

Ao nível dos molares sujeitos a procedimentos de ressecção, as raízes mesiais mandibulares são as mais suscetíveis a serem extraídas. (51) Existem casos específicos nos quais a terapia de ressecção de uma raiz pode ser o tratamento de eleição, nomeadamente, quando o dente detém um valor estratégico e funcional elevado e a sua proximidade com pontos anatómicos de referência como o seio maxilar ou o nervo dentário inferior, limita a quantidade de osso disponível para a colocação de implantes dentários, e/ou se a situação clínica do paciente proíbe múltiplos procedimentos cirúrgicos mais invasivos.(52)

Molares que foram sujeitos a terapia de ressecção devido a outras causas que não periodontais (cáries, fraturas de raiz ou problemas endodônticos) demonstraram uma menor taxa de sobrevivência comparados com os dentes periodontalmente comprometidos.(53)

Quando a ressecção da raiz deve ser acompanhado por osteotomia para formar uma arquitetura positiva do alvéolo, a remoção de osso circundante pode impedir preservação de altura óssea adequada para um implante futuro, caso o dente seja perdido.(54, 55)

No que concerne a tratamentos cirúrgicos de dentes periodontalmente comprometidos recorrendo a amputação de uma raiz, os resultados não são muito promissores. É um procedimento de difícil realização, sendo este facto apontado como uma das causas para as baixas taxas de sucesso uma vez que para além da amputação radicular é necessário efetuar uma restauração, requerendo ambos os procedimentos experiência e sensibilidade clínica. As complicações mais frequentes após o tratamento cirúrgico de molares com envolvimento de furca, potencialmente resultando na perda do dente, são a presença de cárie na bifurcação após procedimentos de tunelização, fraturas verticais da raiz e falhas endodônticas após procedimentos de ressecção.(50). Posto isto, a visita regular ao Médico Dentista após este procedimento é de extrema importância.(1)

4.6. Fatores endodônticos

Na determinação do prognóstico para dentes tratados endodonticamente, os fatores decisivos são a ausência de sinais e sintomas clínicos e a ausência de radiolucência periapical.(56) Assim, é necessário considerar que qualquer tratamento endodôntico de um dente não vital, com processo periapical, se inicia com uma taxa de sucesso de 0% e é necessário aguardar meses ou mesmo anos para verificar se ocorre a redução gradual do processo periapical, inicialmente diagnosticado.(57, 58)

Em vez de nos referirmos ao sucesso ou falha do tratamento, seria de extrema importância fazer a distinção entre a regressão do processo periapical, a sobrevivência do dente e a falha do tratamento endodôntico.(57, 59)

Os autores relataram uma taxa de sucesso de 86% de recuperação periapical a partir de radiografias, 10 a 17 anos após a cirurgia, enquanto que a mesma amostra teve uma taxa de sucesso radiográfica de 96%, 10 anos mais tarde.(60, 61) Mesmo que um dente tenha sucesso a nível do tratamento endodôntico é importante que se considere a sua restaurabilidade antes do início do tratamento endodôntico. (1)

Recentemente, vários *reviews* têm analisado os resultados do tratamento e fatores que influenciam a decisão de preservar dentes tratados endodonticamente ou substituí-los por implantes.

Estudos indicam que não houve diferenças nos resultados dos tratamentos, o que significa que a substituição de dentes comprometidos que podem ser salvos por tratamento endodôntico raramente é justificável.(62, 63)

Os resultados iniciais do tratamento endodôntico não cirúrgico e de implantes unitários foram comparados num estudo retrospectivo transversal, tendo sido as taxas de insucesso similares em ambos os grupos de tratamento (6%), embora, após o tratamento inicial, no caso dos implantes, foi necessário algum tipo de intervenção adicional mais frequentemente e foram classificados como "sobreviventes" em vez de "bem-sucedidos".(64)

Foram observadas complicações clínicas em 18% dos implantes restaurados e em 4% dos dentes tratados endodonticamente. As complicações referidas em dentes classificados como "sobreviventes" foram primariamente relacionadas com dentes que foram sujeitos a tratamento endodôntico devido à persistência de periodontite apical, enquanto que em implantes, ocorreram vários problemas técnicos, sendo necessárias novas intervenções cirúrgicas.(64)

Numa revisão recente, verificou-se que existe um potencial viés quando se comparam dados de endodontia e implantologia, devido ao diferente perfil dos profissionais Médico Dentários.(65) Estudos que documentam o sucesso ou a sobrevivência de dentes tratados endodonticamente são principalmente baseados em dados de alunos de graduações e médicos dentistas generalistas, enquanto que a maioria dos estudos que envolve implantes são baseados em ambientes universitários e / ou clínicas especializadas.(56)

Na literatura da área de Endodontia, a maioria das falhas que justificam o fracasso de um tratamento endodôntico são não endodônticas, ou seja, extrínsecas a este procedimento, sendo as falhas propriamente ditas devido ao tratamento endodôntico pouco frequentes. Causas endodônticas incluem: infecção intracanal residual em zonas não acessíveis, infecção periapical devido à persistência do microbiota, falhas na instrumentação, fraturas verticais radiculares, reabsorção radicular, presença de quistos ou resposta imunológica do organismo principalmente em canais com extravasamento de material de obturação canal.(66-68) Razões não endodônticas para o fracasso do tratamento endodôntico podem estar relacionadas com fatores tais como a existência prévia de uma doença periodontal grave, fatores de prostandontia do tratamento como cáries recorrentes, falha da prótese e reinfeção subsequente, fratura da coroa, ou fratura da raiz ao nível de um espigão.(69-71)

Vire *et al*, avaliou as razões para o insucesso do tratamento endodôntico, motivos protéticos prevaleceram, sendo responsáveis por 60% das falhas, 32% falharam por razões periodontal e menos de 10% corresponderam a insucesso endodôntico devido à própria endodontia.(72)

Aquilino *et al*, comparando os resultados de dentes tratados endodonticamente com ou sem colocação de coroa fixa após a obturação, chegou à conclusão que dentes não restaurados com coroas foram 6 vezes mais frequentemente extraídos do que os dentes com coroa.(69) No entanto, neste estudo, os dentes não foram selecionados de forma aleatória pelo que os dentes com melhor prognóstico foram escolhidos para este tipo de restaurações podendo assim existir um viés resultante da escolha dos dentes com melhor prognóstico.

Quando ocorre o insucesso de um tratamento endodôntico primário, geralmente o tratamento endodôntico cirúrgico não se encontra indicado, desde que os canais se encontrem acessíveis. O tratamento cirúrgico é uma opção a ter em conta quando o retratamento endodôntico falha ou não é possível de realizar.(65)

Friedman e Mor reuniram dados de estudos selecionados que mostram que a taxa de sucesso de procedimentos endodônticos cirúrgicos variou entre 37% e 85%, com uma média de 70%.(57)

Fatores que conduzem a um prognóstico menos favorável da cirurgia periapical são diversos, nomeadamente, pouca acessibilidade à região molar, lesão persistente apesar de o tratamento endodôntico ser aparentemente satisfatório, lesão de dimensão superior a 5 mm, infiltração coronária e retratamento cirúrgico.(73) O acesso vestibular necessário para ter acesso à área periapical de forma a proceder com o tratamento endodôntico cirúrgico, pode não cicatrizar corretamente, pelo que o local fica comprometido, o que pode tornar necessário um enxerto ósseo adicional caso se pretenda optar pela implantologia, mais tarde.(74)

4.7. Fatores protéticos

Do ponto de vista protético, os fatores mais decisivos na manutenção ou extração dos dentes são o remanescente coronário do dente, o valor estratégico do respetivo dente no que diz respeito à dentição residual e as preferências do paciente.(56)

Quando lesões de cárie se estendem até ou para além do nível do osso alveolar, representam um desafio para o Médico Dentista em termos clínicos e, por outro lado, representam um aumento substancial dos custos do tratamento para o paciente. Caso o dente seja restaurável, pode ser necessário efetuar extrusão ortodôntica, alongamento coronário ou procedimentos cirúrgicos mucogengivais de forma a respeitar o espaço biológico.(75)

Adicionalmente, a manutenção prolongada de um dente com uma relação coroa-raiz desfavorável pode ser um desafio, uma vez que o suporte ósseo inadequado pode levar ao aumento da mobilidade e/ou à persistência de sintomas clínicos.(25, 26) A porção de 1:1 foi definida como o rácio mínimo aceitável quando o periodonto se encontra são e existe uma oclusão estável. (76)

Por outro lado, quando se aborda a restaurabilidade de um dente, a hipótese de colocação de um espigão ou coroa deve ser equacionada. Esta terapêutica tem sido considerada como um método válido para a restauração dentária, no entanto existem algumas desvantagens.(77) A existência de hábitos parafuncionais pode reduzir a taxa de sobrevivência de dentes já por si enfraquecidos. Caso o dente não se encontre endodenciado é necessário fazê-lo, levado a uma diminuição da taxa de sobrevivência a longo prazo.(2)

Demonstrou-se que, quanto mais cedo um ou mais canais radiculares de dentes pilares forem tratados endodonticamente e envolvam prótese parcial fixa, a taxa de sobrevivência após 20 anos é reduzida para 57 %, comparando a 69% dos pilares reabilitados com Prótese fixa mas com polpa vital.(78)

De acordo com vários estudos acerca de falhas em dentes pilares, outros fatores que influenciam o tratamento para além do tratamento endodôntico foram a adaptação terminal

distal da prótese parcial fixa e a perda avançada de osso marginal, como inicialmente avaliada a partir de radiografias. A combinação dos diversos fatores de risco levam a uma diminuição da longevidade das restaurações.(79)

Antes de ser realizada a terapia restauradora definitiva, qualquer dente questionável é reavaliado em termos de estabilidade periodontal, sensibilidade ou recuperação da radiolucidez periapical após um tratamento endodôntico. Desde que a restauração planejada seja uma coroa única num arco dentário que se encontra intacto, um dente questionável com um aumento do risco pode ser aceite, especialmente quando os procedimentos alternativos, ou seja a colocação de um implante, requerem mais procedimentos que o paciente prefere evitar.(56)

A condição geral da dentição e o plano de tratamento global determina, pelo menos em parte, se um dente questionável é mantido ou extraído. De acordo com estudos que efetuaram a comparação entre o sucesso de restaurações sob implantes ou com dentes como pilar durante 5 anos, concluíram que não existem diferenças significativas, sendo a taxa de sucesso de restaurações sob implantes cerca de 95% e 94% para restaurações fixas convencionais.(80)

Apesar das elevadas taxas de sobrevivência das restaurações implanto-suportadas, estas parecem apresentar mais complicações a nível técnico do que as reconstruções dentárias. Assim, numa revisão sistemática recente, a incidência de complicações técnicas em restaurações implanto-suportadas foi de 39% em comparação com 16% para restaurações dentárias.(34)

4.8. A colocação de implantes e a periodontologia

Os implantes osseointegrados foram originalmente introduzidos para o tratamento de pacientes totalmente dentados.(81) Atualmente, os implantes dentários são frequentemente utilizados para restaurar a ausência de um único dente.(34)

Os implantes dentários são cada vez mais utilizados como forma de reabilitação de espaços edêntulos de pacientes com doença periodontal para substituir dentes perdidos como resultado da doença periodontal.(34)

A evidência clínica atual classifica os implantes como uma das primeiras opções de tratamento para pacientes parcial ou totalmente desdentados e tem influenciado a decisão de extrair dentes afetados por periodontite que, em certos casos, podem ser tratados.(11)

Tem sido sugerido que extrações estratégicas podem evitar a destruição óssea no local do futuro implante.(82) No entanto, tal abordagem nem sempre é suportada pela evidência atual

(83), especialmente se considerarmos que qualquer extração irá resultar na reabsorção de osso alveolar que não pode ser completamente controlada.(34)

É importante salientar que a extração de dentes que são comprometidos pela periodontite não resolve ou elimina a patologia e os problemas subjacentes que podem ter contribuído para o desenvolvimento da doença periodontal, e que podem posteriormente ser fatores predisponentes para o desenvolvimento de peri-implantite.(34) Portanto, pode concluir-se que, dentes com doença periodontal devem ser tratados por tanto tempo quanto possível devendo ser somente extraídos e substituídos quando o tratamento periodontal com sucesso já não é possível.(34)

Infelizmente, os meios tradicionais para o tratamento da doença periodontal estão a ser esquecidos ou nem sempre são usados no pleno do seu potencial.(11)

Com base nos dados de estudos iniciais que avaliam a sobrevivência de um implante, existe um conceito generalizado entre Médicos dentistas e pelo público em geral, que os implantes dentários têm uma maior previsibilidade para o sucesso e tendem a ter menos complicações que dentes periodontalmente comprometidos tratados. De certa forma foi criado um dogma que aponta que a reabilitação com implantes pode resolver todos os problemas.(34)

Derivado ao sucesso clínico e popularidade alcançada pelos implantes, há uma tendência para acreditar que os implantes são tão bons como os dentes naturais, se não melhores em ocasiões específicas. Contudo, outros defendem que os dentes naturais são insubstituíveis.(2) A extração dentária e colocação de um implante nem sempre é a solução quando um dente é comprometido quer a nível periodontal, pulpar, traumático ou cariado.(2) O dilema frequente em implantologia deriva da questão de saber se se deve conservar / restaurar um dente comprometido ou extraí-lo e substituí-lo por uma prótese (ou seja, a restauração implanto-suportada ou prótese parcial fixa).(84)

Tem sido demonstrado através de diversos estudos que a colocação de implantes em pacientes com história de periodontite alcança resultados positivos, variando as taxas de sobrevivência entre 78 e 100%. No entanto, a taxa de perda de implantes e complicações biológicas acometem mais frequentemente estes pacientes.(85-88)

As complicações mais frequentes após a colocação de implantes são a mucosite e a peri-implantite.

A mucosite é uma reação inflamatória reversível dos tecidos moles que circundam um implante, por outro lado, uma peri-implantite é reação inflamatória associada à perda de suporte ósseo na área que circunda um implante em função.(89)

O diagnóstico da peri-implantite é efetuado clinicamente pela presença de sangramento à sondagem em conjunto com o diagnóstico radiográfico. Outros sinais clínicos incluem a presença de supuração, aumento da profundidade das bolsas periodontais, recessões, presença de fístula e hiperplasia da mucosa peri-implantar. Caso não seja efetuado o diagnóstico, esta patologia pode levar à perda completa da osseointegração e conduzir à perda do implante.(41)

Várias revisões averiguaram se o paciente que possui história de periodontite tem um risco aumentado de doença peri-implantar, uma temática que se tem mostrado bastante relevante nas áreas de Periodontologia e Implantologia (7, 8, 90-93). Devido à tendência, cada vez mais atual, da reabilitação com implantes de pacientes que perderam os seus dentes devido a doença periodontal, este tipo de estudos é cada vez mais relevante à decisão clínica.(41)

Os mesmos estudos, incluídos na revisão por Van der Weijden et al. (2005), Hardt et al.(2002) e Karoussis et al. (2003), foram identificados incluindo um total de 33 pacientes com perda de dentes devido a periodontite e 70 pacientes com perda dentária não associada à periodontite. Os autores realizaram uma meta-análise e concluíram que houve um aumento significativo da incidência de peri-implantite e um aumento da perda óssea peri-implantar marginal, em indivíduos com perda dentária associada à periodontite.(41)

A revisão de Karoussis et al. (2007) usou uma abordagem sistemática para identificar 15 estudos prospetivos referentes prognóstico do *follow-up* de um curto espaço de tempo (<5 anos) e longo durante um longo prazo (>5 anos), de implantes osseointegrados colocados em pacientes com doença periodontal, parcialmente desdentados. Os autores não encontraram diferenças significantes a nível estatístico entre o follow-up de curto e longo prazo na sobrevivência de implantes em pacientes com história de periodontite crónica e indivíduos periodontalmente saudáveis. No entanto, os autores constataram que os pacientes com uma história de periodontite crónica podem exibir uma maior profundidade de sondagem, maior perda óssea peri-implantar marginal e maior incidência de peri-implantite em comparação com indivíduos com o periodonto saudável. Os estudos identificados têm variações consideráveis no plano do estudo, o tempo de acompanhamento, definição de populações de pacientes em relação à condição periodontal, medição de resultados e regimes de terapia de suporte periodontal.(41) A falta de artigos sobre a ocorrência de peri-implantite e fatores de confusão como o tabagismo e as diferenças temporais entre as medições de referência torna difícil obter conclusões sólidas. No entanto, as revisões sistemáticas indicam que os indivíduos com história de periodontite têm maior risco de doença peri-implantar.(41)

Caso a infecção peri-implantar não seja tratada, possivelmente conduzirá à mobilidade aumentada do implante, sendo de ressaltar que não existe qualquer terapêutica que permita salvar um implante que apresente mobilidade.(56)

Para a definição do sucesso de uma terapia implantar devem ser considerados diversos critérios definidos por Karoussis, em 2003, que incluem: (I) ausência de mobilidade, (II) ausência de complicações subjetivas persistentes (dor, sensação de corpo estranho ou diastesia), (III) ausência de profundidade de sondagem maior que 5 mm, (IV) ausência de hemorragia, (V) ausência de radiolucidez peri-implantar, (VI) perda óssea não superior a 0,2 mm, após o primeiro ano de função. De acordo com os autores, para que o tratamento com implantes seja considerado como sucesso todos os requisitos descritos devem ser cumpridos na íntegra.(85)

Deve também ser referido que o sucesso implantar deve ser analisado através não só da taxa de sobrevivência mas também tendo em conta as complicações biológicas e mecânicas a que o implante está sujeito.(86)

Podemos então diferenciar dois tipos de avaliação possíveis, a sobrevivência que se refere única e exclusivamente à presença ou ausência do implante durante o período de estudo e a taxa de sucesso que avalia características do implante como complicações funcionais ou biológicas. Posto isto, o uso de diferentes critérios nos estudos efetuados limita a busca por conclusões mais evidentes.(94)

Fatores que favorecem tanto a perda dentária como a perda de implantes são uma história de periodontite agressiva (92), fraca higiene dentária por parte do paciente e hábitos tabágicos.(34)

Segundo Mengel, a manifestação de complicações biológicas em implantes dentários pode depender do tipo de periodontite que o paciente apresenta, ou seja, periodontite crónica ou agressiva, sendo as complicações relacionadas com a periodontite agressiva de maior gravidade.(95)

Qualquer reabilitação com implantes num paciente que tenha doença periodontal deve ser precedida impreterivelmente por um controlo e, posteriormente, o paciente deve ser encaminhado para um programa de suporte periodontal, como já referido anteriormente.(96)

Quando se procede à colocação de implantes na zona estética, é vital manter a arquitetura óssea do local e os contornos gengivais. Em 2001, Kois descreveu cinco "chaves de diagnóstico" para ajudar o clínico determinar a previsibilidade da estética peri-implantar: a posição relativa do dente, a forma periodonto, o biótipo do periodonto, a forma do dente e a posição da crista óssea.(97)

A preservação das estruturas gengivais é crítica e é mais previsível quando o dente questionável em tratamento é mantido com um periodonto são. Assim que a extração dentária é realizada, a maioria das fibras existentes na zona de inserção do tecido conjuntivo são perdidas. Na reabilitação de um único espaço a arquitetura gengival pode ser preservada através das fibras associadas ao dente adjacente.(98)

De forma a garantir a estética, após a extração de um dente e colocação posterior de um implante, devem ser preservados os tecidos existentes, moles ou duros.

De acordo com esta premissa, tem sido analisado ao longo dos anos a colocação imediata de implantes após a extração dentária, com o intento de preservar as papilas interdentárias e tábua óssea.(99)

Anteriormente, acreditava-se que a colocação imediata do implante pós-extração impediria a reabsorção óssea, mantendo a forma original do alvéolo dentário.(100) Mais recente demonstrou-se que, independentemente do tempo de colocação do implante, ocorre remodelação óssea, existindo perda de osso quer vertical quer horizontal.(101) De acordo com uma revisão segundo as *guidelines*, a recessão gengival a nível vestibular foi observada após a colocação imediata de implantes (102), sendo assim a preservação da papila interdentária de extrema importância uma vez que esta poderá perder em média 2 mm de altura após a extração dentária, levando ao compromisso estético futuro.(96)

Em suma, em pacientes com doença periodontal com elevadas expectativas estéticas que possuem um biótipo gengival fino, a extração de dentes periodontalmente comprometidos deve ser cuidadosamente considerada.(34)

4.9. Experiência do Médico Dentista

Os profissionais Médico Dentários devem considerar seriamente a decisão de extrair ou salvar um dente. Alguns estudos (103, 104) relatam que a experiência do médico não é um fator importante que influencia a taxa de sobrevivência ou a colocação do implante ideal. Por outro lado um estudo (4) concluiu que variações na tomada de decisão no que diz respeito à manutenção ou extração de dentes periodontalmente comprometidos existem entre os médicos dentistas com e sem pós-graduação em implantologia. Assim, na decisão final de extrair ou manter um dente comprometido, o nível de experiência e habilidade do médico é um fator importante a ser considerado.(2)

5. PLANO DE TRATAMENTO

O plano de tratamento é efetuado após a determinação do diagnóstico e prognóstico.(5) Este inclui todos os procedimentos que são necessários efetuar, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar.(1) Assim, ao desenvolver um plano de tratamento, primeiro é avaliado o prognóstico do dente e todos os requisitos de pré-tratamento são considerados, incluindo tratamento periodontal, tratamento endodôntico, espigões, alongamento coronário e / ou extrusão ortodôntica.(56)

Caso ocorram imprevistos durante o tratamento poderá ser necessária a alteração do plano de tratamento inicial.(1)

Pacientes distintos possuem prognósticos variados, sendo assim impossível prever a possibilidade de sobrevivência de dentes periodontalmente comprometidos.(8) Assim, é necessário ter em conta os riscos biológicos que este tipo de tratamentos acarreta sendo necessária uma análise meticulosa de cada caso em específico.(1)

Estudos mostram o sucesso de reabilitações protéticas em pacientes com periodontite avançada e com poucas complicações subjacentes à reabilitação.(105)

Com a nova era de implantes, a forma de efetuar o plano de tratamento mudou uma vez que, segundo estudos apresentados, parece um procedimento mais previsível do que procedimentos cirúrgicos periodontais e endodônticos, sendo que dentes comprometidos são mais frequentemente extraídos em detrimento da colocação de um implante.(1)

A manutenção heroica de um dente que deve ser extraído pode prejudicar um futuro tratamento e contribuir para a morbidade do paciente. Incorporando de forma adequada os implantes dentários em planos de tratamento só vai servir para melhorar a previsibilidade e qualidade dos cuidados prestados aos nossos pacientes.(1)

Por outro lado, os médicos dentistas são confrontados com a difícil tarefa de averiguar a influência e importância de múltiplos fatores de origem periodontal, endodôntica ou protética, que podem afetar o prognóstico de um dente.(56)

A manutenção dos dentes e da aceitação de riscos são adequados quando: o dente não está extensivamente comprometido, o dente tem um elevado valor estratégico, em pacientes cujos implantes são contraindicados, o dente está localizado em um arco dentário intacto e quando a preservação das estruturas gengivais é fundamental.(56) Quando é feito o planejamento para reabilitação de uma área muito extensa é aconselhável intercalar o uso de

implantes com o uso da Prótese Fixa dento ou implanto-suportada de forma a minimizar o risco de falha de toda a restauração.(56)

Infelizmente não há normas definidas para estabelecer um plano de tratamento. Cada paciente é único e é influenciado por diversos fatores, nomeadamente locais, sistémicos, biológicos, financeiros e psicológicos, sendo desta forma impossível a previsão absoluta do prognóstico. É assim necessário o clínico conjugar a sua experiência clínica e conhecimentos científicos de forma a formular um bom plano de tratamento.(1)

6. APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS EM ESTUDOS CIENTÍFICOS

A expansão da tecnologia da internet mudou a forma como se efetuam estudos de investigação. A aplicação de questionários *online* apresenta várias vantagens sobre a aplicação tradicional em papel. Apresentam uma maior conveniência, menor custo, uma transmissão mais rápida e possivelmente representa uma diminuição do erro no registo de dados. Adicionalmente é possível recolher mais facilmente informação de diversas zonas geográficas e alcançar diversas amostras, facilitando o acesso a pessoas que de outra forma seria impossível ter acesso.

Por outro lado a literatura refere que o maior número de respostas é obtido através da resposta a inquéritos em papel.(106)

Assim, segundo a população alvo do estudo e o tipo de resposta que se pretende cabe ao investigador averiguar qual dos métodos é mais benéfico ao seu estudo.

OBJETIVOS

No âmbito da área de Periodontologia, este trabalho propõem-se, a analisar a decisão de Médicos dentistas perante cenários clínicos de dentes periodontalmente comprometidos.

Este estudo pretende, assim, revelar uma tendência de opções do clínico atual, tendo em vista o tratamento com implantes em pacientes com doença periodontal.

Visa assim, gerar o debate sobre a precisão e adequação das metodologias de estudos a longo prazo na definição do prognóstico de terapias periodontais e protéticas, e sobre a aplicabilidade das diretrizes da prática e modelos de apoio à decisão documentados na literatura para o atendimento individual do paciente.

Definimos como objetivos deste estudo:

- Analisar a decisão de Médicos dentistas perante diversos casos clínicos, relativamente à manutenção/tratamento e extração de dentes periodontalmente comprometidos,
- Analisar a decisão de Médicos dentistas com prática em implantologia relativamente à manutenção/tratamento e extração de dentes periodontalmente comprometidos,
- Analisar a decisão de Médicos dentistas sem prática em implantologia relativamente à manutenção/tratamento e extração de dentes periodontalmente comprometidos,
- Comparar as decisões dos Médicos dentistas com e sem prática em implantologia,
- Averiguar se algum dos fatores analisados no inquérito, nomeadamente o género, a idade, as habilitações literárias, a instituição de formação, anos de prática clínica, o número de anos de prática em implantologia e o número de implantes colocados por mês influenciam a tomada de decisão de manter ou extrair o dente nos diversos casos clínicos,
- Averiguar se algum dos fatores analisados no inquérito, nomeadamente o género, a idade, as habilitações literárias, a instituição de formação, anos de prática clínica, o número de anos de prática em implantologia e o número de implantes colocados por mês influenciam a tomada de decisão de colocar ou não colocar um implante quando se considera a extração do dente, nos diversos casos clínicos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo assumiu o carácter de um estudo piloto. A metodologia utilizada foi adaptada da investigação de Lang-Hua *et al* (4), tendo sido efetuado um estudo observacional transversal segundo a técnica estratificada.

QUESTIONÁRIO

Para a realização deste estudo foi elaborado um questionário, adaptando algumas das questões efetuadas por Lang-Hua *et al* (4) na Universidade de Hong Kong. Os questionários foram aplicados de forma presencial e *online* de forma a obter um maior número de respostas.

O questionário é constituído por uma parte A que visa averiguar diversas informações pessoais relacionadas com a prática clínica dos profissionais e por uma parte B que compreende diversos cenários clínicos de dentes periodontalmente comprometidos sobre os quais consta informação clínica nomeadamente fotografias, radiografias periapicais e dados clínicos, permitindo assim ao inquirido decidir se manteria ou não a peça dentária e que tipo de tratamento ou reabilitação aplicaria.

Para a elaboração da parte B do questionário foi necessária a recolha de casos clínicos de dentes periodontalmente comprometidos, mais concretamente a recolha de uma radiografia periapical, uma fotografia e dados clínicos necessários referentes ao dente em questão. Assim, a amostra de casos clínicos para a elaboração do questionário é constituída por pacientes da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras.

Foram incluídos os indivíduos que, voluntariamente quisessem participar neste estudo e que tivessem dentes periodontalmente comprometidos. Após selecionados os pacientes e verificada a sua disponibilidade, foram recolhidos 6 casos de dentes periodontalmente comprometidos, num total de 4 pacientes.

Para a exequibilidade da recolha inicial das fotografias e radiografias dos casos clínicos foi necessário um sistema de Radiovisiografia - RVG - (PROSTYLE INTRA, Planmeca®) e uma máquina fotográfica digital CANON, acoplada a uma objetiva MACRO 60mm e a um flash *twin*, estando estes equipamentos disponíveis na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa.

DISTRIBUIÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Os questionários presenciais foram distribuídos por clínicas de Medicina Dentária de Viseu, Mangualde, Guarda, Covilhã, Fundão e Castelo Branco e os questionários *online* foram divulgados por grupos de Medicina Dentária das redes sociais, sendo ambos de carácter

anónimo. Para o preenchimento dos inquéritos presenciais foram dadas as devidas instruções para o seu preenchimento. A todos os inquiridos de forma presencial foi dado um período de 8 a 15 dias para o preenchimento do questionário. Após este período os inquéritos foram recolhidas de forma presencial.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra em estudo incluiu Médicos dentistas aos quais foi pedido para responder ao questionário, de forma a analisar a sua decisão no que diz respeito à manutenção ou extração e tratamento de dentes periodontalmente comprometidos. Dos 200 inquéritos obtidos, 103 *online* e 97 presenciais, 3 foram eliminados da amostra uma vez que constituíam entradas duplas na base de dados *online*, tendo sido verificado esse mesmo facto pela repetição do endereço eletrónico. Assim, a amostra final é constituída por 197 Médicos Dentistas.

Foram definidos como critérios de inclusão da amostra dos inquiridos os seguintes critérios:

- Formação em Mestrado Integrado ou Licenciatura em Medicina Dentária
- Prática clínica

De seguida, segundo a resposta à questão número 8 da parte A do questionário que visa averiguar se o respondente possui prática em implantologia, a amostra foi dividida em dois grupos distintos, sobre os quais incidirá a análise de dados.

Desta forma, o tipo de amostragem realizada foi não-probabilístico, dado que a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não foi igual à dos restantes elementos. A amostra pode ainda ser sub-categorizada em acidental ou casual, na medida em que a comparência na consulta de controlo foi realizada de forma voluntária por parte dos pacientes contactados

ANÁLISE DE DADOS

Para análise e tratamento dos dados recorreu-se ao IBM SPSS® *Statistics* v19.0 (*Software Estatistical Package for the Social Science*), com o qual foram calculadas estatísticas descritivas.

Os testes não paramétricos são considerados geralmente como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes nomeadamente a normalidade da variável em estudo não se verifica. É geralmente aceite que os testes não-paramétricos são menos potentes do que os correspondentes testes paramétricos. No entanto, esta afirmação só é realmente robusta para amostras de grande dimensão. Para amostras pequenas e em que as

variáveis não verificam os pressupostos dos métodos paramétricos, os testes não-paramétricos podem ser mais potentes.(107)

Por outro lado, ao testar a independência entre variáveis nominais, é necessário recorrer a testes não-paramétricos. Neste sentido, será utilizado o teste do Qui Quadrado de independência para verificar a associação entre a Formação e a Prática em Implantologia e a opção de manter ou extrair o dente e de colocar, ou não, um implante, para cada um dos cenários descritos no questionário aplicado. Da mesma forma, serão verificadas as associações entre o sexo, a idade, as habilitações, a instituição de formação, os anos de prática clínica, anos de prática em Implantologia e a colocação de implantes (mensal) e a opção de manter ou extrair o dente e de colocar, ou não, um implante, para cada um dos cenários propostos, considerando apenas os Médicos Dentistas que praticam Implantologia.

Sempre que mais de 20% das células têm frequências esperadas inferiores a 5 observações (20%), é utilizado o teste exato de Fisher.(107)

Especificamente, ao utilizar o teste do Qui Quadrado as hipóteses são definidas da seguinte forma:

H_0 – as variáveis são independentes

H_1 – as variáveis não são independentes

Em contraste com a hipótese nula, a hipótese alternativa determina que existe uma associação entre as variáveis. Utilizando um nível de significância de 5%, sempre que $p \leq \alpha = 0,05$, a hipótese nula é rejeitada e a hipótese alternativa é aceite, ou seja, conclui-se que existe associação/dependência entre as variáveis em estudo.

Para medir a intensidade da dependência entre as variáveis, é utilizado o Phi, uma medida de associação baseada no Qui Quadrado (quanto mais próximo de 1 mais forte é a associação entre as variáveis).

PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS

Antes de iniciar este estudo com carácter clínico foi entregue à Comissão de Ética um documento onde se encontravam explícitos os objetivos do estudo bem como os métodos a utilizar no mesmo. (*vide* Anexos, secção 3)

Todos os pacientes que compõem a amostra dos casos clínicos que fazem parte do inquérito foram devidamente esclarecidos acerca do objetivo do estudo, assinando um consentimento informado coincidente com a recolha de dados necessária à realização deste questionário (*vide* Anexos, secção 1). Todos os dados foram recolhidos por um único

operador (Ana Filipa Ramos Barata), de forma a eliminar qualquer diferença a nível de protocolo que pudesse conduzir a discordância dos resultados.

Recorreu-se a um questionário para a recolha de dados (*vide* Anexos, secção 2) sendo a participação de todos os inquiridos completamente voluntária.

Os dados recolhidos foram tratados de forma confidencial e apenas do conhecimento dos responsáveis pelo estudo, sendo pedido o endereço eletrónico dos inquiridos de forma a evitar duplicação de dados.

RESULTADOS

RESULTADOS QUESTIONÁRIO - PARTE A

Como se verifica no gráfico 1, a amostra é constituída por 51,8% respondentes do sexo feminino e 48,2% respondentes do sexo masculino.

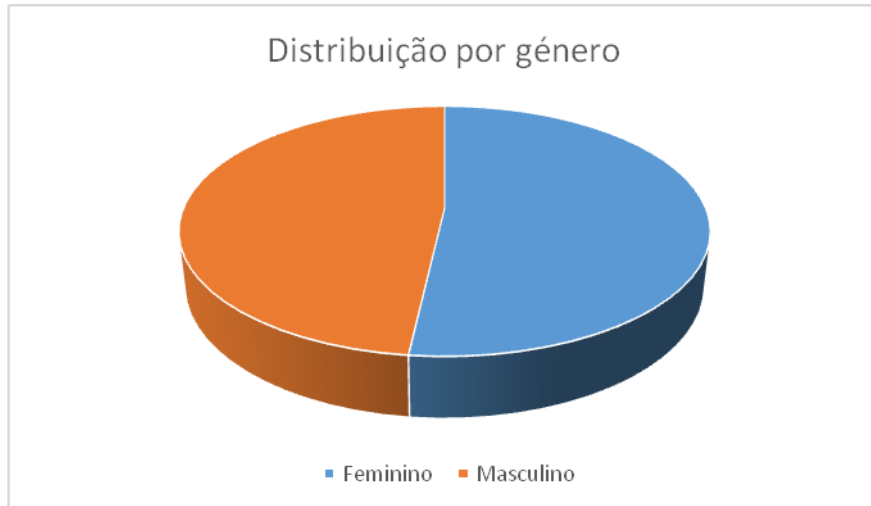


Gráfico 1. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo o género

Como se verifica no gráfico 2, no que diz respeito à idade, 68,5% da amostra tem menos de 35 anos e 31,5% tem mais de 35 anos.

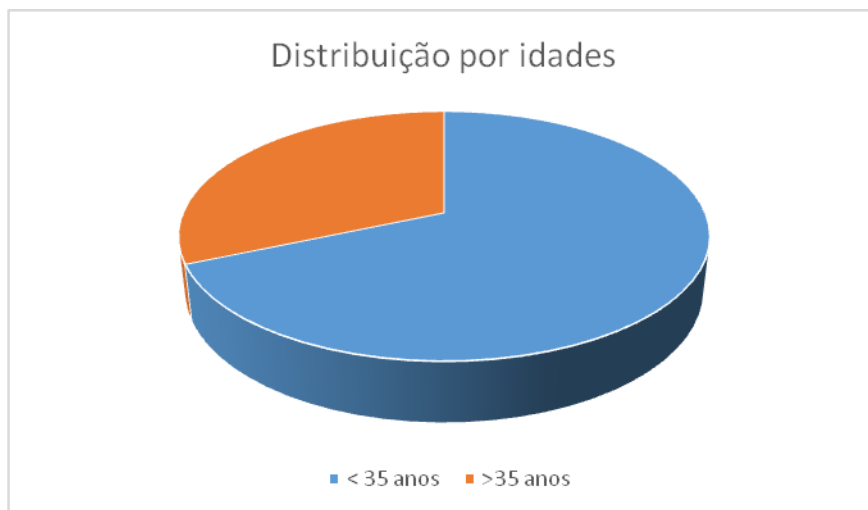


Gráfico 2. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo a faixa etária

Como se verifica no gráfico 3, no que diz respeito ao nível de formação dos respondentes, 41,1% obteve a Licenciatura, 58,9% completou o Mestrado ou superior.



Gráfico 3. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo habilitações literárias.

Como se verifica no gráfico 4, relativamente à instituição de formação, observa-se que a percentagem mais elevada da amostra (25,4%) completou o curso na Universidade Católica Portuguesa. 14,2% da amostra frequentou a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 14,2% frequentou a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, 10,7% dos indivíduos terminaram o curso na Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, 10,2% na Instituto Superior das Ciências da Saúde Egas Moniz, 10,2% na Faculdade de Medicina na Universidade de Lisboa, 9,1% na Universidade Fernando Pessoa e 6,1% em outras instituições.

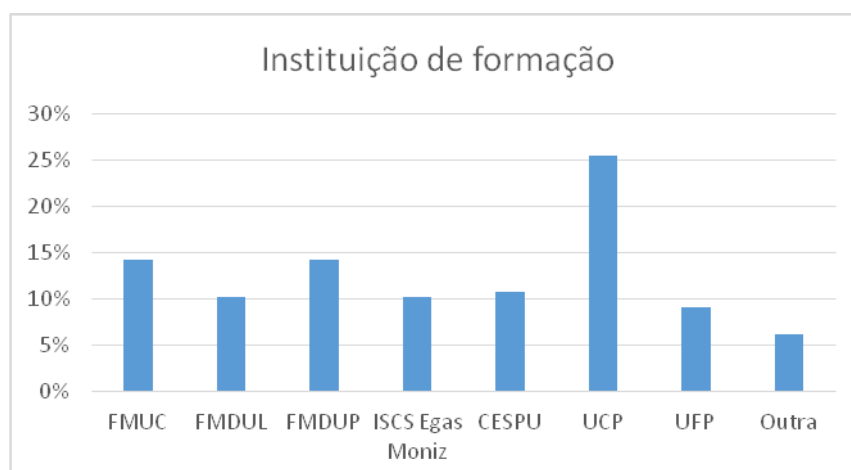


Gráfico 4. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo a instituição de formação.

Como se verifica no gráfico 5, no que respeita a áreas de formação complementares à formação base, verifica-se que as áreas em que mais respondentes têm formação são a

Endodontia (77,1%), a Implantologia (47,7%), a Prostodontia (36%), a Ortodontia (32%), a Dentisteria (30,5%) e a Cirurgia Oral (28,9%). As restantes áreas mencionadas pelos respondentes são a Odontopediatria (4,1%), a Oclusão (2%), a Medicina Oral (1,5%), a Medicina Dentária Preventiva e Saúde Pública (0,5%) e a Medicina Dentária Forense (0,5%).

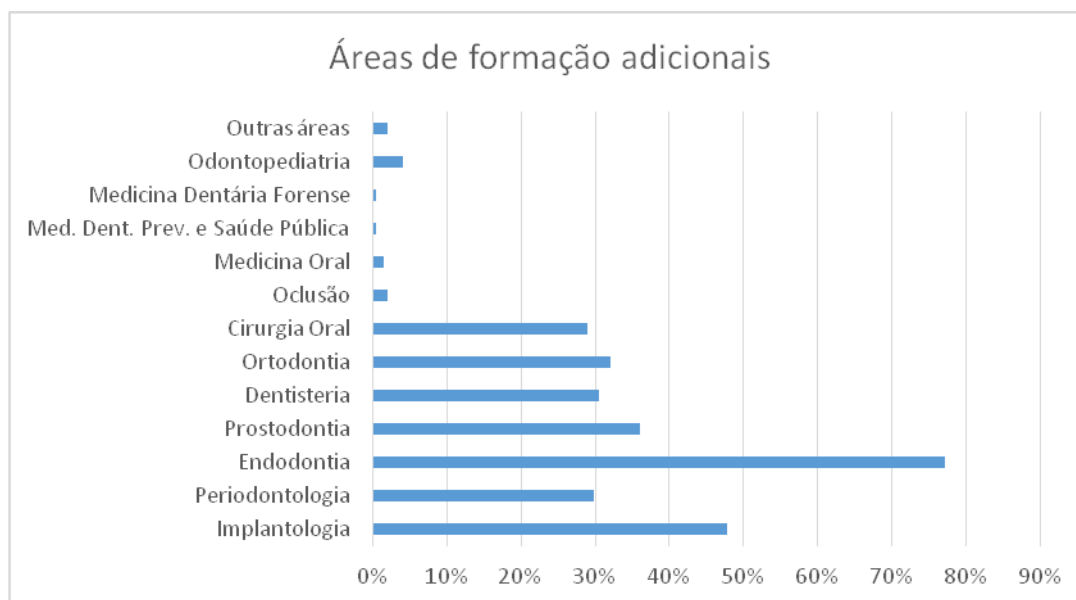


Gráfico 5. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo a área de formação

De acordo com os dados apresentados no gráfico 6, no que respeita à prática em implantologia, 40,1% da amostra tem prática em Implantologia e 59,9% não possui prática em implantologia.

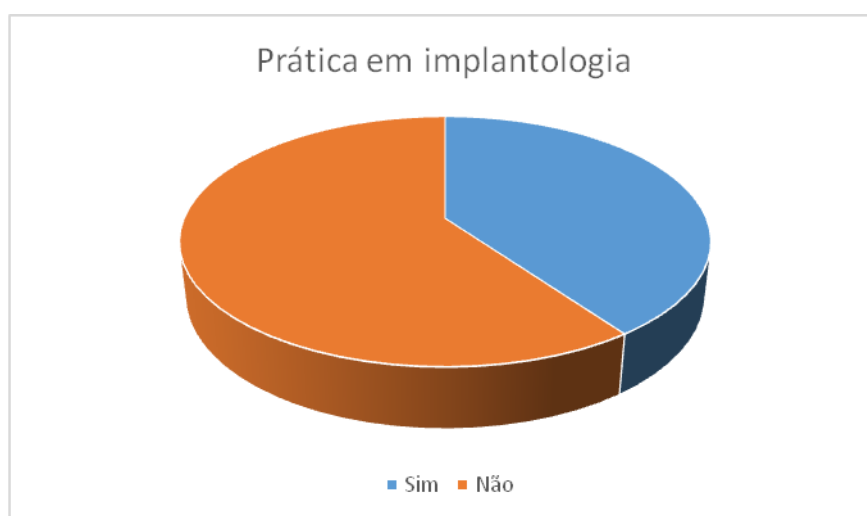


Gráfico 6. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo a prática em implantologia

Como se verifica no gráfico 7, quando questionados acerca de quantos anos de prática possuem em Implantologia, 22,8% dos inquiridos indicou que exerce há menos de 5 anos, 11,7% indicou exercer há 5 ou 10 anos e 5,1% indicou que exerce há mais de 10 anos. 0,5% dos inquiridos não especificou os anos de prática que tem em Implantologia.

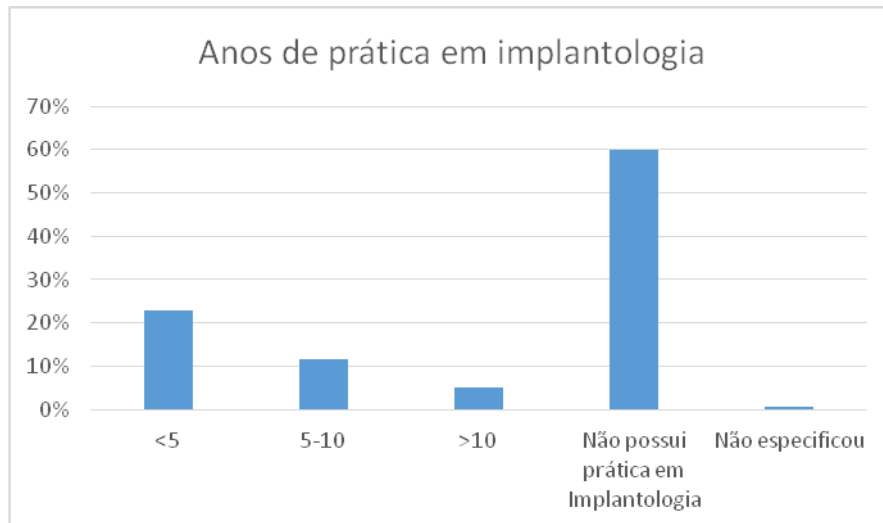


Gráfico 7. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo os anos de prática em implantologia

Como se verifica no gráfico 8, dos indivíduos que possuem prática em Implantologia, 18,8% afirma que coloca menos de 5 implantes por mês, 10,7% afirma que aplica 5 a 10 implantes por mês, 7,6% coloca mais de 10 implantes por mês, 1,5% não aplica nenhum implante e 1,5% da amostra não especificou o número de implantes que coloca por mês.

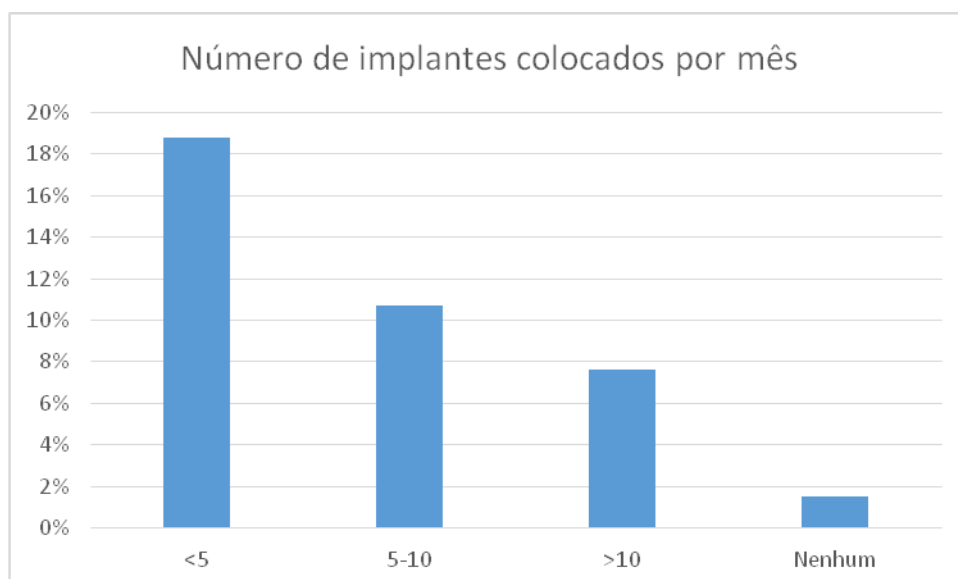


Gráfico 8. Distribuição da população de Médicos Dentistas segundo o número de implantes colocados por mês

Como se verifica no gráfico 9, quando questionados acerca do número de pacientes aos quais sugerem a Implantologia como tratamento, por mês, 42,1% dos respondentes indicaram que sugerem este tipo de tratamento a mais de 10 pacientes por mês, 37,6% sugerem o tratamento entre 5 a 10 pacientes, 19,8% sugerem a menos de 5 pacientes e 0,5% da amostra não sugere este tipo de tratamento aos seus pacientes.

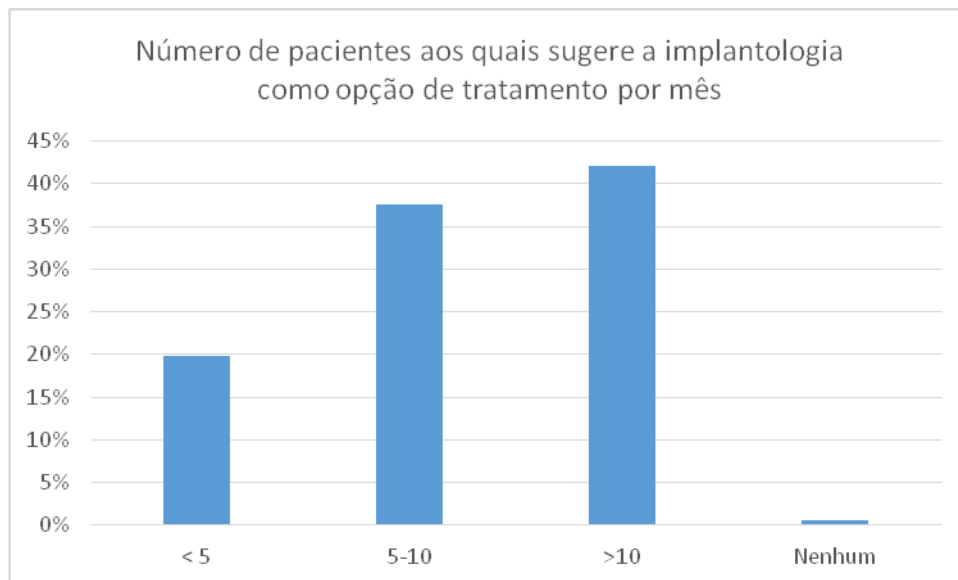


Gráfico 9. Distribuição do número de pacientes a que os médicos dentistas sugerem o tratamento de implantologia por mês

Como se verifica no gráfico 10, quando questionados acerca do número de pacientes que mencionam a Implantologia como opção de tratamento, por mês, 40,6% dos sujeitos menciona que 5 a 10 pacientes mencionam este tipo de tratamento como opção, 33,5% afirma que menos de 5 pacientes menciona a Implantologia, 25,4% afirma que mais de 10 pacientes mencionam este tipo de tratamento e 0,5% indica que nenhum dos pacientes menciona a Implantologia como opção de tratamento.

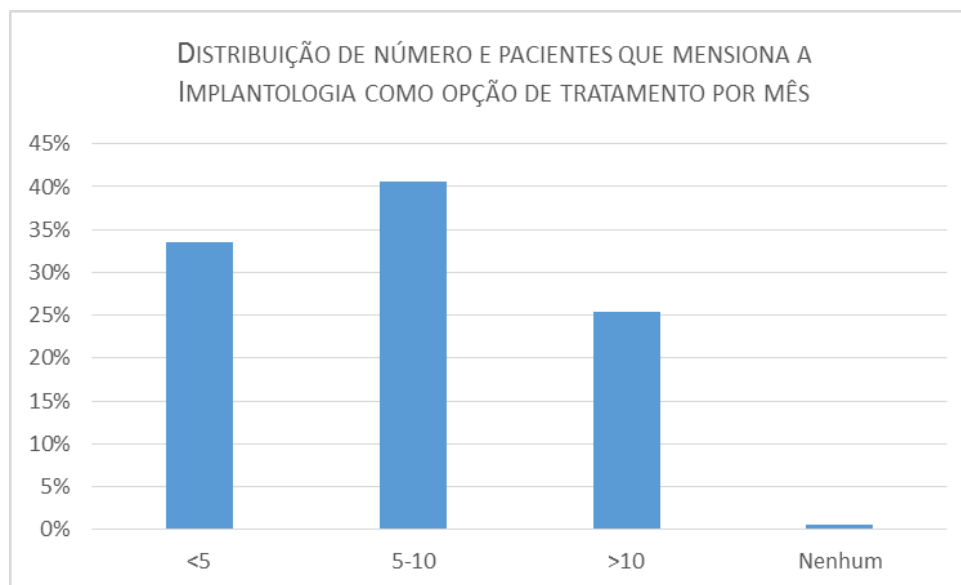


Gráfico 10. Distribuição do número de pacientes que menciona implantologia como opção de tratamento

RESULTADOS QUESTIONÁRIOS - PARTE B

CENÁRIO CLÍNICO 1

Perante o cenário clínico 1, a maioria da amostra (91,4%) optaria por manter o dente e 8,6% optaria por extrair. Ao analisar os sujeitos que praticam Implantologia, 88,6% dos inquiridos escolheria manter o dente e 11,4% optaria por extrair. Ao considerar apenas os sujeitos que não praticam Implantologia, 93,2% dos inquiridos escolheria manter o dente e 6,8% optaria por extrair.

Tabela 7. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 1, considerando que o dente foi mantido

Procedimento	Amostra total (N = 197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Terapia Periodontal não cirúrgica	59,4%	54,4%	62,7%
Tratamento endodôntico	11,2%	19%	5,9%
Ressecção de uma raiz	2,0%	3,8%	0,8%
Cirurgia periodontal regenerativa	44,2%	39,2%	47,5%
Tunelização da furca	13,2%	11,4%	14,4%
Não efetuar qualquer procedimento	8,1%	8,9%	7,6%
Outra	2,5%	2,6%	2,4%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	3,6%	2,5%	4,2%

Perante o cenário clínico 1, a maioria da amostra total (59,4%) optaria pelo procedimento da Terapia Periodontal Não Cirúrgica.

Ao considerar apenas os indivíduos que praticam Implantologia, a maioria da amostra (54,4%) optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica.

Por outro lado, ao considerar apenas os inquiridos que não têm prática em Implantologia, a maioria da amostra (62,7%) optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica.

Tabela 8. Procedimento indicado para o cenário clínico 1, considerando que o dente foi extraído

Procedimento	Amostra (N =197)	Praticantes de	Não Praticantes de
		Implantologia (N = 79)	Implantologia (N = 118)
Ponte fixa 25-27 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)	5,6%	1,3%	9,3%
Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)	89,3%	92,4%	87,3%
Não reabilitar	1,0%	0%	1,7%
Outra	0,5%	0%	0,8%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	3,6%	7,6%	0,8%

Perante o cenário clínico 1, e considerando que o dente foi extraído, a maioria da amostra (89,3%) optaria por colocar um Implante. 5,6% da amostra optaria por uma Ponte fixa 25-27, 1% da amostra escolheria Não reabilitar o dente e 0,5% optaria por Estabilizar a periodontite antes de efetuar outro procedimento. 3,6% da amostra não respondeu a esta questão.

No que diz respeito aos Médicos dentistas que exercem Implantologia, quase a totalidade da amostra optaria por colocar um Implante (92,4%).

Relativamente aos não praticantes de Implantologia, verifica-se que a maioria dos inquiridos (87,3%) optaria por colocar um Implante.

CENÁRIO CLÍNICO 1.1

Perante o cenário clínico 1.1, a maioria da amostra (66%) optaria por manter os dentes e 34% optaria por extrair. Ao analisar apenas os sujeitos que têm prática em Implantologia, verifica-se que 60,8% dos inquiridos optaria por manter o dente e 39,2% optaria por extrair. Ao considerar apenas os sujeitos que não praticam Implantologia, 69,8% dos inquiridos escolheria manter o dente e 30,5% optaria por extrair.

Tabela 9. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 1.1, considerando que o dente foi mantido

Procedimento	Amostra total (N =197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Terapia Periodontal Não Cirúrgica	7,6%	7,6%	7,6%
Tratamento endodôntico	79,7%	78,5%	80,5%
Ressecção de uma raiz	2,5%	5,1%	0,8%
Cirurgia periodontal regenerativa	35%	34,2%	35,6%
Tunelização da furca	10,7%	8,9%	11,9%
Não efetuar qualquer procedimento	2,5%	0%	4,2%
Outra	2,0%	2,6%	1,7%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	7,6%	10,1%	5,9%

Perante o cenário clínico 1.1, a maioria da amostra (79,7%) optaria pelo Tratamento Endodôntico.

Ao considerar apenas os sujeitos que praticam Implantologia, a maioria da amostra (78,5%) optaria pela Tratamento Endodôntico.

Ao considerar apenas os inquiridos que não têm prática em Implantologia, a maioria da amostra (80,5%) optaria pelo Tratamento Endodôntico.

Tabela 10. Procedimento indicado para o cenário clínico 1.1, considerando que o dente foi extraído

Procedimento	Amostra total (N =197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Ponte fixa 25-27 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)	6,1%	1,3%	9,3%
Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)	92,9%	98,7%	89%
Não reabilitar	0,5%	0%	0,8%
Outra	0,5%	0%	0,8%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	0%	0%	0%

Perante o cenário clínico 1.1, e considerando que o dente foi extraído, a maioria da amostra (92,9%) optaria por colocar um Implante. 6,1% da amostra optaria por uma Ponte fixa 25-27, 0,5% da amostra escolheria Não reabilitar o dente.

Ao analisar os praticantes de Implantologia, verifica-se que a maioria dos inquiridos (98,7%) optaria por colocar um Implante, e apenas 1,3% da amostra optaria por uma Ponte fixa 25-27.

Ao analisar os não praticantes de Implantologia, verifica-se que a maioria dos inquiridos (89%) optaria por colocar um Implante. 9,3% da amostra optaria por colocar uma Ponte fixa 25-27, 0,8% da amostra escolheria Não reabilitar o dente.

CENÁRIO CLÍNICO 2

Perante o cenário clínico 2, a maioria da amostra (73,1%) optaria por manter o dente e 26,9% optaria por extrair. Ao analisar os sujeitos que possuem prática em Implantologia, verifica-se que 64,4% optaria por manter o dente e 35,4% optaria por extrair. Ao considerar apenas os sujeitos que não praticam Implantologia, 78,8% dos inquiridos escolheria manter o dente e 21,2% optaria por extrair.

Tabela 11. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 2, considerando que o dente foi mantido

Procedimento	Amostra total (N =197)	Praticantes de	Não Praticantes de
		Implantologia (N = 79)	Implantologia (N = 118)
Terapia Periodontal não cirúrgica	60,4%	54,4	64,4%
Tratamento endodôntico	57,9%	62,0	55,1%
Ressecção de uma raiz	1%	1,3	0,8%
Cirurgia periodontal regenerativa	24,4%	24,1	24,6%
Tunelização da furca	23,4%	24,1	22,9%
Outra	1%	1,3%	0,8%
Não efetuar qualquer procedimento	6,1%	6,3%	5,9%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	6,6%	11,4%	3,4%

Perante o cenário clínico 2, 60,4% da amostra optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica e 57,9% pelo Tratamento Endodôntico.

Ao considerar apenas os sujeitos que praticam Implantologia, 54,4% da amostra optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica e 62% pelo Tratamento Endodôntico.

Ao considerar apenas os inquiridos que não têm prática em Implantologia, 64,4% da amostra optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica e 55,1% pelo Tratamento Endodôntico.

Tabela 12. Escolha do procedimento para o cenário clínico 2, considerando que o dente foi extraído

Procedimento	Amostra total (N =197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Ponte fixa 45-47 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)	14,2%	13,9%	14,4%
Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)	74,6%	81%	70,3%
Não reabilitar	3,6%	1,3%	5,1%
Outra	1,0%	0%	1,6%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	6,6%	3,8%	8,5%

Perante o cenário clínico 2, e considerando que o dente foi extraído, a maioria da amostra (74,6%) optaria por colocar um Implante. 14,2% da amostra optaria por uma Ponte fixa 45-47, 3,6% da amostra escolheria Não reabilitar o dente. 6,6% da amostra não selecionou qualquer tratamento.

Ao considerar apenas os sujeitos praticantes de Implantologia, a maioria da amostra (81,0%) optaria por colocar um Implante. 13,9% da amostra optaria por uma Ponte fixa 45-47, 1,3% da amostra escolheria Não reabilitar o dente. 3,8% da amostra não selecionou qualquer tratamento.

Ao considerar apenas os sujeitos não praticantes de Implantologia, a maioria da amostra (70,3%) optaria por colocar um Implante. 14,4% da amostra optaria por uma Ponte fixa 45-47, 5,1% da amostra escolheria Não reabilitar o dente. 8,5% da amostra não selecionou qualquer tratamento.

CENÁRIO CLÍNICO 2.1

Perante o cenário clínico 2.1, 51,8% da amostra optaria por manter o dente e 48,2% optaria por extrair. Ao analisar apenas os inquiridos que têm prática em Implantologia, verifica-se que 53,2% optaria por manter o dente e 46,8% optaria por extrair. Ao considerar os sujeitos não praticantes de implantologia, verifica-se que 50,8% da amostra optaria por manter e 49,2% optaria por extrair o dente.

Tabela 13. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 2.1, considerando que o dente foi mantido

Procedimento	Amostra total (N =197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Terapia Periodontal não cirúrgica	4,1%	2,5%	3,4%
Tratamento endodôntico	86,3%	82,3%	89%
Ressecção de uma raiz	2,5%	2,5%	2,5%
Cirurgia periodontal regenerativa	27,9%	25,3%	29,7%
Tunelização da furca	27,4%	27,8%	27,1%
Não efetuar qualquer procedimento	4,6%	3,8%	5,1%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	7,1%	11,4%	4,2%

Perante o cenário clínico 2.1, a maioria da amostra (86,3%) optaria pelo Tratamento Endodôntico. 4,6% dos inquiridos selecionou a opção ‘Não efetuar qualquer procedimento’. 7,1% da amostra não respondeu a esta questão.

Ao considerar apenas os sujeitos que praticam Implantologia, a maioria da amostra (82,3%) optaria pelo Tratamento Endodôntico. 3,8% dos inquiridos selecionou a opção ‘Não efetuar qualquer procedimento’ e 11,4% da amostra não respondeu a esta questão.

Ao considerar apenas os inquiridos que não têm prática em Implantologia, a maioria da amostra (89%) optaria pelo Tratamento Endodôntico. 5,1% dos inquiridos selecionou a opção ‘Não efetuar qualquer procedimento’ e 4,2% da amostra não respondeu a esta questão.

Tabela 14. Procedimento indicado para o cenário clínico 2.1, considerando que o dente foi extraído

Procedimento	Amostra total (N =197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Ponte fixa 45-47 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)	13,2%	11,4%	14,4%
Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)	76,6%	83,5%	72%
Não reabilitar	3,6%	1,3%	5,1%
Outra	0,5%	0%	0,8%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	6,1%	3,8%	7,7%

Perante o cenário clínico 2.1, e considerando que o dente foi extraído, a maioria da amostra (76,6%) optaria por colocar um Implante. 13,2% da amostra optaria por uma Ponte fixa 45-

47, 3,6% da amostra escolheria Não reabilitar o dente, 0,5% escolheria colocar uma Prótese parcial removível e 6,1% da amostra não selecionou qualquer tratamento.

Ao considerar apenas os sujeitos praticantes de Implantologia, a maioria da amostra (83,5%) optaria por colocar um Implante. 11,4% da amostra optaria por uma Ponte fixa 45-47 e 1,3% da amostra escolheria Não reabilitar o dente. 3,8% dos inquiridos não selecionou qualquer tratamento.

Ao considerar apenas os sujeitos não praticantes de Implantologia, a maioria da amostra (72%) optaria por colocar um Implante. 14,4% da amostra optaria por uma Ponte fixa 45-47, 5,1% da amostra escolheria Não reabilitar o dente, 0,8% escolheria uma Prótese parcial removível. 7,7% dos inquiridos não selecionou qualquer tratamento.

CENÁRIO CLÍNICO 3

Perante o cenário clínico 3, quase a totalidade da amostra (94,9%) optaria por manter o dente e 5,1% optaria por extrair. Ao analisar os sujeitos que têm prática em Implantologia, verificase que 93,7% optaria por manter o dente e 6,3% optaria por extrair o dente. Ao considerar apenas os sujeitos que não praticam Implantologia, quase a totalidade da amostra (95,8%) optaria por manter o dente e 4,2% optaria por extrair.

Tabela 15. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 3, considerando que o dente foi mantido

Procedimento	Amostra total (N =197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Terapia Periodontal não cirúrgica	68,5%	58,2%	75,4%
Tratamento endodôntico	14,2%	21,5%	9,3%
Ressecção de uma raiz	1,5%	1,3%	1,7%
Cirurgia periodontal regenerativa	53,3%	58,2%	50%
Tunelização da furca	1,5%	2,5%	0,8%
Não efetuar qualquer procedimento	0,5%	1,3%	0%
Outra	1,5%	3,9%	2,4%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	1%	1,3%	0,8%

Perante o cenário clínico 3, a maioria da amostra (68,5%) optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica e 53,3% da amostra optaria pela Cirurgia Periodontal Regenerativa.

Ao considerar apenas os sujeitos que praticam Implantologia, a maioria da amostra (58,2%) optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica e 58,2% da amostra optaria pela Cirurgia Periodontal Regenerativa.

Ao considerar apenas os inquiridos que não têm prática em Implantologia, a maioria da amostra (75,4%) optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica e 50% da amostra optaria pela Cirurgia Periodontal Regenerativa.

Tabela 16. Procedimento indicado para o cenário clínico 3, considerando que o dente foi extraído

Procedimento	Amostra total (N =197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Ponte fixa 45-47 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)	9,1%	8,9%	9,3%
Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)	88,8%	89,9%	88,1%
Não reabilitar	1,5%	1,3%	1,7%
Outra	0,5%	0%	0,8%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	0%	0%	0%

Perante o cenário clínico 3, e considerando que o dente foi extraído, a maioria da amostra (88,8%) optaria por colocar um Implante. 9,1% da amostra optaria por uma Ponte fixa 45-47, 1,5% da amostra escolheria Não reabilitar o dente

Ao considerar apenas os sujeitos praticantes de Implantologia, a maioria da amostra (89,9%) optaria por colocar um Implante. 8,9% da amostra optaria por uma Ponte fixa 45-47 e 1,3 % da amostra escolheria Não reabilitar o dente.

Ao considerar apenas os sujeitos não praticantes de Implantologia, a maioria da amostra (88,1%) optaria por colocar um Implante. 9,3% da amostra optaria por uma Ponte fixa 45-47, 1,7% da amostra escolheria Não reabilitar o dente.

CENÁRIO CLÍNICO 4

Perante o cenário clínico 4, 51,3% optaria por extrair o dente e 48,7% optaria por manter. Ao analisar os sujeitos que têm prática em Implantologia, verifica-se que 43% optaria por manter o dente e 57% optaria por extrair o dente. Ao considerar apenas os sujeitos que não praticam Implantologia, 52,5% da amostra optaria por manter e 47,5% optaria por extrair o dente.

Tabela 17. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 4, considerando que o dente foi mantido

Procedimento	Amostra total (N =197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Terapia Periodontal não cirúrgica	64%	50,6%	72,9%
Tratamento endodôntico	79,2%	74,7%	82,2%
Ressecção de uma raiz	4,1%	2,5%	5,1%
Cirurgia periodontal regenerativa	31,5%	26,6%	34,7%
Tunelização da furca	4,1%	3,8%	4,2%
Não efetuar qualquer procedimento	3%	3,8%	2,5%
Outra	1,0%	2,6%	0%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	5,1%	10,1%	1,7%

Perante o cenário clínico 4, a maioria da amostra (64%) optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica e pelo Tratamento Endodôntico (79,2%).

Ao considerar apenas os sujeitos que praticam Implantologia, a maioria da amostra (50,6%) optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica e pelo Tratamento Endodôntico (74,7%).

Ao considerar apenas os inquiridos que não têm prática em Implantologia, a maioria da amostra (72,9%) optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica e pelo Tratamento Endodôntico (82,2%).

Tabela 18. Procedimento indicado para o cenário clínico 4, considerando que o dente foi extraído

Procedimento	Amostra total (N =197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Ponte fixa 15-17 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)	11,7%	11,4%	11,9%
Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)	81,2%	83,5%	79,7%
Não reabilitar	3%	5,1%	1,7%
Outra	1%	0%	1,6%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	3%	0%	5,1%

Perante o cenário clínico 4, e considerando que o dente foi extraído, a maioria da amostra (81,2%) optaria por colocar um Implante. 11,7% da amostra optaria por uma Ponte fixa 11-17, 3 % da amostra escolheria Não reabilitar o dente.

Ao considerar apenas os sujeitos praticantes de Implantologia, a maioria da amostra (83,5%) optaria por colocar um Implante. 11,4% da amostra optaria por uma Ponte fixa 15-17, 5,1% da amostra escolheria Não reabilitar o dente.

Ao considerar apenas os sujeitos não praticantes de Implantologia, a maioria da amostra (79,7%) optaria por colocar um Implante. 11,9% da amostra optaria por uma Ponte fixa 15-17, 1,7% da amostra escolheria Não reabilitar o dente.

CENÁRIO CLÍNICO 5

Perante o cenário clínico 5, a maioria da amostra (84,3%) optaria por manter o dente e 15,7% da amostra optaria por extrair. Ao analisar os respondentes que praticam Implantologia, verifica-se que 77,2% optaria por manter e 22,8% dos inquiridos escolheria extrair o dente. Ao considerar apenas os sujeitos que não praticam Implantologia, 89% da amostra optaria por manter e 11% optaria por extrair o dente.

Tabela 19. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 5, considerando que o dente foi mantido

Procedimento	Amostra total (N =197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Terapia Periodontal não cirúrgica	61,4%	54,4%	66,1%
Tratamento endodôntico	64%	60,8%	66,1%
Ressecção de uma raiz	4,6%	6,3%	3,4%
Efetuar uma coroa definitiva	49,2%	45,6%	51,7%
Cirurgia Periodontal Regenerativa	0,5%	0%	0,8%
Não efetuar qualquer procedimento	3,6%	5,1%	0,8%
Outra	6,5%	6,4%	6,6%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	3%	5,1%	1,7%

Perante o cenário clínico 5, a maioria da amostra optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica (61,4%) e pelo Tratamento Endodôntico (64%).

Ao analisar apenas os sujeitos que têm prática em Implantologia, a maioria da amostra optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica (54,4%) e pelo Tratamento Endodôntico (60,8%).

Ao analisar somente os indivíduos que não têm prática em Implantologia, verifica-se que a maioria da amostra optaria pela Terapia Periodontal Não Cirúrgica (66,1%), pelo Tratamento Endodôntico (66,1%) e 51,7% optaria por Efetuar uma coroa definitiva.

Tabela 20. Procedimento indicado para o cenário clínico 5, considerando que o dente foi extraído

Procedimento	Amostra total (N = 197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Ponte fixa 35-37 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)	6,6%	2,5%	9,3%
Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)	89,8%	94,9%	86,4%
Não reabilitar	1%	0%	1,7%
Outra	0,5%	0%	0,8%
Não respondeu	2%	2,5%	1,7%

Perante o cenário clínico 5, e considerando que o dente foi extraído, a maioria da amostra (89,8%) optaria por colocar um Implante. Somente 6,6% da amostra optaria por uma Ponte fixa 35-37, 1% da amostra escolheria Não reabilitar o dente.

Ao considerar apenas os sujeitos praticantes de Implantologia, a maioria da amostra (94,9%) optaria por colocar um Implante e somente 2,5% da amostra optaria por uma Ponte fixa 35-37.

Ao considerar apenas os sujeitos não praticantes de Implantologia, a maioria da amostra (86,4%) optaria por colocar um Implante. 9,3% da amostra optaria por uma Ponte fixa 35-37, 1,7% da amostra escolheria Não reabilitar o dente.

CENÁRIO CLÍNICO 6

Perante o cenário clínico 6, a maioria da amostra (97,5%) optaria por manter o dente. Apenas 2,5% da amostra optaria pela extração. Ao analisar os sujeitos que praticam Implantologia, verifica-se que 98,7% dos inquiridos escolheriam manter o dente e apenas 1,3% optaria por extrair. Ao considerar apenas os indivíduos que não praticam Implantologia, verifica-se que 96,6% da amostra escolheria manter e 3,4% da amostra optaria por extrair o dente.

Tabela 21. Escolha do procedimento perante o cenário clínico 6, considerando que o dente foi mantido

Procedimento	Amostra total (N =197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Terapia Periodontal não cirúrgica	41,1%	34,2%	45,8%
Cirurgia Periodontal Regenerativa	46,7%	46,8%	46,6%
Cirurgia estética para recobrimento da recessão mucogengival	81,7%	74,7%	86,4%
Não efetuar qualquer procedimento	1,5%	1,3%	1,7
Outra	15,2%	21,6%	11,0%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	1,5%	1,3%	1,7%

Perante o cenário clínico 6, a maioria da amostra (81,7%) optaria pela Cirurgia estética para recobrimento da recessão mucogengival. Quando questionados acerca de outros tratamentos adequados para este cenário, uma percentagem considerável de inquiridos, indicou o Tratamento Ortodôntico (14,2%).

Ao considerar apenas os sujeitos que têm prática em Implantologia, a maioria da amostra (74,7%) optaria pela Cirurgia estética para recobrimento da recessão mucogengival. Quando questionados acerca de outros tratamentos adequados para este cenário, uma percentagem considerável de inquiridos indicou o Tratamento Ortodôntico (20,3%).

Ao considerar apenas os sujeitos que não têm prática em Implantologia, verifica-se que a maioria da amostra (86,4%) optaria pela Cirurgia estética para recobrimento da recessão mucogengival. Quando questionados acerca de outros tratamentos adequados para este cenário, 10,2% dos inquiridos indicou o Tratamento Ortodôntico.

Tabela 22. Procedimento indicado para o cenário clínico 6, considerando que o dente foi extraído

Procedimento	Amostra total (N =197)	Praticantes de Implantologia (N = 79)	Não Praticantes de Implantologia (N = 118)
Ponte fixa 11-13 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)	6,6%	3,8%	8,5%
Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)	88,8%	89,9%	88,1%
Não reabilitar	1%	0%	1,7%
Outra	1,5%	2,6%	0,8%
Não respondeu a nenhuma das alíneas	2%	3,8%	0,8%

Perante o cenário clínico 6, e considerando que o dente foi extraído, a maioria da amostra (88,8%) optaria por colocar um Implante. Somente 6,6% da amostra optaria por uma Ponte fixa 11-13, 1% da amostra escolheria Não reabilitar o dente

Relativamente aos Médicos dentistas que exercem Implantologia, verifica-se que a maioria da amostra (89,9%) optaria por colocar um Implante. Somente 3,8% da amostra optaria por uma Ponte fixa 11-13.

Ao considerar apenas os sujeitos não praticantes de Implantologia, a maioria da amostra (88,1%) optaria por colocar um Implante. 8,5% da amostra optaria por uma Ponte fixa 11-13, 1,7% da amostra escolheria Não reabilitar o dente.

RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS

Tabela 23. Teste do Qui Quadrado para testar a independência entre Formação em Implantologia e a opção de manter ou extrair o dente

Formação em implantologia (N = 197)	Significância (valor de p)	Intensidade da dependência (Phi)
Manter vs Extrair 1	1	As variáveis são independentes
Manter vs Extrair 1.1	0,378	As variáveis são independentes
Manter vs Extrair 2	0,883	As variáveis são independentes
Manter vs Extrair 2.1	0,468	As variáveis são independentes
Manter vs Extrair 3	0,346*	As variáveis são independentes
Manter vs Extrair 4	0,055	As variáveis são independentes
Manter vs Extrair 5	0,495	As variáveis são independentes
Manter vs Extrair 6	0,055*	As variáveis são independentes

*Mais de 20% das células têm frequências esperadas inferiores a 5 observações. Neste caso o teste não pode ser aplicado com rigor, portanto o valor de p apresentado corresponde ao teste de Fisher

Verifica-se que não existe uma relação entre a Formação em Implantologia e a decisão de manter ou extrair o dente. Dado que $p > \alpha = 0,05$, não se rejeita H_0 , ou seja, a decisão de extrair ou manter o dente e a formação em Implantologia são independentes.

Tabela 24. Teste do Qui Quadrado para testar a independência entre Formação em Implantologia e a opção de colocar ou não colocar um implante

Formação em implantologia (N = 197)	Significância (valor de p)	Intensidade da dependência (Phi)
Colocar implante vs Não colocar implante 1	0,035	0,181
Colocar implante vs Não colocar implante 1.1	0,071	As variáveis são independentes
Colocar implante vs Não colocar implante 2	0,823	As variáveis são independentes
Colocar implante vs Não colocar implante 2.1	1	As variáveis são independentes
Colocar implante vs Não colocar implante 3	0,880	As variáveis são independentes
Colocar implante vs Não colocar implante 4	0,630	As variáveis são independentes
Colocar implante vs Não colocar implante 5	0,683	As variáveis são independentes
Colocar implante vs Não colocar implante 6	0,653	As variáveis são independentes

Como demonstrado na tabela 34, existe uma associação entre a Formação em Implantologia e a decisão de colocar ou não um implante, mas apenas considerando o cenário 1. Tendo em conta que $p = 0,035 < \alpha = 0,05$, rejeita-se a hipótese nula para este cenário em particular. No entanto, a associação entre as variáveis é fraca (18,1%).

Tabela 25. Teste do Qui Quadrado para testar a independência entre Prática em Implantologia e a opção de manter ou extrair o dente

Prática em implantologia (N = 197)	Significância (valor de p)	Intensidade da dependência (Phi)
Manter vs Extrair 1	0,384	As variáveis são independentes
Manter vs Extrair 1.1	0,265	As variáveis são independentes
Manter vs Extrair 2	0,041	0,158
Manter vs Extrair 2.1	0,862	As variáveis são independentes
Manter vs Extrair 3	0,367*	As variáveis são independentes
Manter vs Extrair 4	0,245	As variáveis são independentes
Manter vs Extrair 5	0,043	0,158
Manter vs Extrair 6	0,333*	As variáveis são independentes

*Mais de 20% das células têm frequências esperadas inferiores a 5 observações. Neste caso o teste não pode ser aplicado com rigor, portanto o valor de p apresentado corresponde ao teste de Fisher

Verifica-se que existe uma relação entre a Prática de Implantologia e a decisão de manter ou extrair o dente, mas apenas considerando os cenários 2 e 5, dado que $p < \alpha = 0,05$, ou seja, a decisão de extrair ou manter o dente, particularmente perante os cenários 2 e 5, está relacionada com a Prática de Implantologia dos Médicos dentistas. No entanto, a associação entre as variáveis é fraca, tanto para o cenário 2 (15,8%) como para o cenário 5 (15,8%).

Tabela 26. Teste do Qui Quadrado para testar a independência entre Prática em Implantologia e a opção de colocar ou não colocar um implante

Prática em implantologia (N = 197)	Significância (valor de p)	Intensidade da dependência (Phi)
Colocar implante vs Não colocar implante 1	0,005	0,223
Colocar implante vs Não colocar implante 1.1	0,020	0,186
Colocar implante vs Não colocar implante 2	0,250	As variáveis são independentes
Colocar implante vs Não colocar implante 2.1	0,181	As variáveis são independentes
Colocar implante vs Não colocar implante 3	0,882	As variáveis são independentes
Colocar implante vs Não colocar implante 4	1	As variáveis são independentes
Colocar implante vs Não colocar implante 5	0,038	0,168
Colocar implante vs Não colocar implante 6	0,421	As variáveis são independentes

Existe uma relação entre a Prática de Implantologia e a decisão de colocar ou não um implante, mas apenas considerando o cenário 1, 1.1 e 5, dado que $p < \alpha = 0,05$, ou seja, existe uma associação entre a decisão de colocar ou não um implante e a Prática de Implantologia. No entanto, a dependência entre as variáveis é fraca, tanto para o cenário 1 (22,3%) como para o cenário 1.1 (18,6%) ou para o cenário 5 (16,8%).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A extração de um dente periodontalmente comprometido e sua substituição por um implante, em oposição à sua manutenção ou tratamento, é uma das decisões mais complexas e problemáticas que o Médico Dentista efetua durante a prática clínica diária.

A decisão de extrair um dente é baseada em múltiplos fatores, como critérios periodontais, endodônticos e restauradores. A escolha do tratamento não é influenciada unicamente pela evidência científica, devendo o Médico Dentista recorrer à sua experiência clínica pessoal, às novas tecnologias disponibilizadas e pós-graduações que constituam uma mais-valia à sua formação. Adicionalmente, deve ter em conta as preferências e disponibilidade financeira do paciente, contribuindo todos estes fatores para o processo de decisão final.(34)

O estudo desenvolvido no âmbito desta monografia teve como base um estudo desenvolvido por Bich Hue Lang-Hua (4) que pretendia verificar as disparidades na decisão de Médicos Dentistas, com diferentes graus de formação no que concerne à Implantologia, relativamente a cenários clínicos que compreendem dentes periodontalmente comprometidos em diversas condições.

A amostra desse mesmo estudo era constituída por três grupos distintos, nomeadamente, médicos dentistas generalistas, médicos dentistas em pós-graduação de implantologia e médicos dentistas com pós-graduação em implantologia, perfazendo no total 90 indivíduos inquiridos. A amostra obtida no estudo por nós desenvolvido perfaz o total de 197 indivíduos, 79 com prática em implantologia e 118 sem prática em implantologia, o que corresponde a mais do dobro de respondentes quando comparado com o estudo orientador, considerando-se um valor bastante positivo. Uma vez que, como já referido anteriormente, a decisão clínica deve ser baseada não só na evidência científica mas também na prática clínica do Médico Dentista(34), achou-se relevante para este estudo a formação dos dois grupos acima descritos.

De acordo com os números da Ordem dos Médicos Dentistas publicados de 2013 (108), em 2012 esta instituição contava com 7779 Médicos Dentistas associados. Sendo a amostra válida deste estudo igual a 197, podemos afirmar que 2,53% da população de Médicos Dentistas ativos em Portugal foi questionada.

Relativamente à distribuição dos Médicos Dentistas segundo o género, podemos observar, pelo gráfico 1, que o sexo feminino representa 51,8% da população e o sexo masculino os restantes 48,2%, seguindo a tendência descrita no documento “Números da OMD” publicado em 2013, para uma população de médicos dentistas constituída por mais mulheres do que homens(108).

No que diz respeito à decisão de manter ou extrair dentes periodontalmente comprometidos, este estudo mostra claramente que a grande maioria dos profissionais com e sem prática em implantologia opta pela preservação das peças dentárias. Estes resultados estão de acordo com os resultados obtidos no estudo orientador. (4)

Estes resultados demonstram que atualmente os médicos dentistas têm presente a importância da manutenção dos dentes naturais em boca. Como referido na literatura, a manutenção da dentição natural em função e estética aceitáveis é o principal objetivo da terapia periodontal.

Quando consideramos propriedades físicas, biomecânicas e sensoriais, uma restauração protética não consegue competir com um dente natural. Como principais vantagens de um dente natural é referida a propriocepção e a adaptação às forças mecânicas, mediadas pelo ligamento periodontal. (2) Por outro lado, a evolução de técnicas do tratamento endodôntico e periodontal, conduz a um cenário clínico de maior confiança por parte dos profissionais de saúde em tratamentos dentários mais conservadores.(4)

Quando analisamos as percentagens de decisão de manter ou extrair nos dois principais grupos em análise neste estudo, médicos dentistas com prática em implantologia e médicos dentistas sem prática em implantologia, é possível notar uma ligeira diferença. No caso dos médicos dentistas com prática em implantologia a decisão de manter é assumida por 72,3%. Por outro lado, no grupo relativo aos médicos dentistas sem prática em implantologia a decisão de manter é assumida por 78,3%.

Assim, podemos verificar que é o grupo formado pelos não praticantes de implantologia que mais opta pela manutenção do dente em boca. Embora estes resultados difiram dos resultados do estudo orientador, que mostra que os implantologistas optam mais por manter o dente, podem ser justificados pela tendência deste mesmo grupo em tentar preservar o mais possível a quantidade de osso disponível, uma vez que, em alguns casos, a tentativa de preservar dentes periodontalmente comprometidos pode comprometer os dentes adjacentes e conduzir à perda de osso necessário à colocação de um futuro implante. (4, 5) Assim, médicos dentistas com formação em implantologia preferem antecipar a extração, procurando limitar o avanço da doença periodontal.

No entanto no cenário clínico 6, a situação reverte-se sendo a percentagem de manutenção do dente maior por parte do médico dentista com prática em implantologia (98,7%), comparativamente aos médicos dentistas não praticantes de implantologia (96,6%). A presença de um dente periodontalmente comprometido e limitações estéticas e funcionais consideráveis, podem ser uma razão plausível para justificação deste resultado, uma vez que

os praticantes em implantologia detêm um maior conhecimento fundamentado sobre as vantagens e limitações dos implantes e, segundo a literatura, a extração de um dente na zona estética pode estar aconselhada caso a restauração protética leve a uma melhoria significativa do resultado estético e satisfaça as expectativas do paciente. (34)

Adicionalmente, é importante referir que, segundo a literatura, o tratamento endodôntico deve ser considerado em primeira instância, na maioria dos casos, em comparação com a extração.(65) Perante os resultados obtidos é de salientar o facto de o procedimento endodôntico apresentar sempre uma percentagem elevada de eleição em detrimento das restantes, nos casos com dor, lesão periapical ou tratamento endodôntico insatisfatório. Este facto é apoiado pela bibliografia uma vez que estudos indicam que não houve diferença entre os resultados dos tratamentos endodôntico e implantológico, sendo as taxas de insucesso semelhantes.(62-64)

Quando a dor é apresentada nos diversos casos clínicos expostos como um sintoma clínico adicional, designadamente no cenário clínico 1.1; 2.1 e 4, verifica-se que a tendência para manter o dente em boca diminui de forma considerável.

No que diz respeito ao grupo de praticantes de implantologia a percentagem de profissionais que manteria os dentes nos três casos com dor é de 52% e, relativamente ao grupo de não praticantes de implantologia, a percentagem de manutenção dentária é de 57,7%.

Embora neste estudo a dor seja um fator que parece contribuir para a decisão de manter ou extrair o dente em questão, esta tendência não é apoiada pela evidência científica uma vez que a presença de dor como sintoma clínico não é um fator de agravamento no prognóstico de dentes periodontalmente comprometidos, como se pode verificar nos diversos sistemas de classificação de prognóstico de dentes periodontalmente comprometidos desenvolvidos por vários autores, nomeadamente Hirschfeld e Wasserman em 1978, Becker *et al.* em 1984, McGuire e Nunn em 1996, Carranza *et al.* em 1996 e Kwok em 2007. (5, 21, 26, 27, 30)

Por outro lado, foi possível verificar em dois destes mesmos cenários clínicos, mais concretamente no cenário 1.1 e 2.1, que a adição do fator dor como sintoma relativamente ao cenário clínico anterior conduz a uma tendência para negligenciar a escolha da Terapia Periodontal Não Cirúrgica como procedimento e a optar mais frequentemente pelo procedimento da Endodontia. Este mesmo facto é provado pelos resultados obtidos, uma vez que a percentagem de escolha da Terapia Periodontal não cirúrgica pela amostra total, no

cenário clínico 1, é de 59,4%, e no cenário 1.1 é de 7,6%, verificando-se a mesma situação no cenário clínico 2, no qual a eleição da terapia periodontal não cirúrgica é de 60,4% e no cenário 2.1 é de 4,1%.

Relativamente à eleição da endodontia como procedimento, no cenário clínico 1 a percentagem é de 11,2% e no cenário 1.1 a percentagem é de 79,7%. No cenário clínico 2, relativamente à endodontia, 57,9% elege este procedimento e no cenário clínico 2.1 a percentagem é de 86,3. No entanto, os nossos resultados não se encontram em concordância com a evidência científica, uma vez que o facto de ser necessária a realização de endodontia não deve levar o médico dentista a descurar os diversos fatores associados à saúde dentária, nomeadamente a saúde periodontal. Em diversos estudos é relatada a eficácia e importância do tratamento periodontal e da terapia de suporte a longo prazo, como forma de evitar a perda de dentes em pacientes com doença periodontal severa.(21, 23-25) Relativamente ao cenário clínico 2 e 2.1, a disparidade entre as percentagens de escolha da endodontia como procedimento é menor. Este facto pode ser explicado pela presença de uma lesão periapical no dente do cenário em questão, uma vez que, segundo a bibliografia, na determinação do prognóstico de dentes tratados endodonticamente, os fatores decisivos são a ausência de sinais e sintomas clínicos e a ausência de radiolucência periapical(56), podendo assim constatar que a presença de lesão periapical influencia a decisão clínica.

No que concerne aos cenários clínicos que detêm o envolvimento de furca mais severo, ou seja, perante os casos 1; 1.1; 2 e 2.1, é de salientar o aumento do nível da percentagem de escolha do procedimento de tunelização da furca relativamente aos outros cenários clínicos, sendo a percentagem de escolha para a nossa amostra no caso 1, deste mesmo procedimento, de 13,2%, no caso 1.1 a percentagem de eleição é de 10,7%, no cenário 2 a percentagem de escolha é de 23,4% e, por fim, no caso 2.1 a percentagem de seleção do procedimento é de 27,4%. Como podemos verificar, as percentagens de eleição do procedimento em questão são mais elevadas no cenário 2 e 2.1, correspondendo estes ao cenário em que o grau de furca é mais avançado.

Posto isto, podemos afirmar que os nossos resultados estão em concordância com a evidência científica uma vez que esta refere que caso o envolvimento de furca seja grau I, este pode ser tratado com sucesso por desbridamento mecânico não cirúrgico e, por outro lado, o envolvimento de furca grau II e III requer o tratamento cirúrgico de forma a eliminar a morfologia radicular, uma vez que esta é retentiva de placa, permitindo assim ao paciente uma higienização mais eficiente.(49)

Relativamente aos dados obtidos é também de sublinhar que, de uma forma geral, em todos os cenários clínicos a opção de tratamento de recessão de uma raiz, no caso de manter o dente, é um procedimento que apresenta uma percentagem de escolha baixa. Este facto pode ser explicado pela evidência científica uma vez que relativamente ao procedimento de amputação radicular, os resultados não são muito promissores, sendo este um procedimento de difícil realização, não sendo desta forma um procedimento que os médicos dentistas nomeiem com frequência.(50)

No cenário 6, que apresenta um caso clínico de um dente pertencente à zona estética, mais concretamente o 12, observamos que a maioria dos médicos dentistas opta por fazer, para além dos tratamentos periodontais típicos, cirurgia estética para recobrimento da recessão mucogengival, sendo que, relativamente ao grupo de médicos dentistas com prática em implantologia, a percentagem de eleição deste procedimento é de 74,7% e no que concerne ao grupo dos médicos dentistas sem prática em implantologia a percentagem é de 86,4%.

Estes resultados estão em concordância com a evidência científica documentada, que atesta os bons resultados estéticos obtidos nestes casos quando se recorre à cirurgia estética para recobrimento da recessão gengival.(5)

É de assinalar, no entanto, que no grupo de praticantes de implantologia, a tendência para realizar este procedimento é menor (74,7%), relativamente ao grupo que não pratica implantologia (86,4%). Isto pode ser explicado pelas percentagens obtidas na hipótese de resposta aberta, na qual 20,3% dos médicos dentistas praticantes de implantologia tende a efetuar o tratamento ortodôntico e, posteriormente, verificar os valores estéticos de inserção mucogengival, enquanto que somente 10,2% dos médicos dentistas não praticantes de implantologia optam pela realização de tratamento ortodôntico.

Segundo a literatura, a manifestação de complicações biológicas em implantes dentários pode depender do tipo de periodontite que o paciente apresenta, ou seja, periodontite crónica ou agressiva, sendo as complicações relacionadas com a periodontite agressiva de maior gravidade(95). Na nossa amostra, os três cenários clínicos com diagnóstico de periodontite agressiva, cenário 1, 4 e 6, correspondem aos cenários nos quais a percentagem de manutenção tem um valor superior relativamente às restantes.

Por outro lado, é também relevante referir que, em todos os cenários, considerando a extração do dente, a opção de reabilitação com um implante é selecionada pela maioria dos inquiridos. Isto demonstra que, atualmente, a implantologia modificou o plano do tratamento, sendo que, dentes com prognóstico questionável são mais frequentemente extraídos em detrimento da colocação de um implante.

De acordo com os resultados disponíveis, existe a evidência de que a substituição de dentes naturais por implantes é um procedimento mais previsível quando comparado com técnicas periodontais cirúrgicas ou endodônticas. No entanto, este facto não deve reduzir o número de tentativas de manutenção de dentes comprometidos e levar à sua extração. Incorporar implantes dentários nos planos de tratamento deve contribuir para melhorar a previsibilidade e qualidade dos cuidados prestados aos nossos pacientes.(1)

Embora o tratamento com implantes seja o mais selecionado, quando abordamos a questão de efetuar uma prótese parcial fixa, são os médicos dentistas sem formação em implantologia que referem mais vezes esta opção como reabilitação. Segundo a evidência científica, próteses fixas dento-suportadas têm resultados bastante positivos em pacientes periodontalmente comprometidos tratados e inseridos em programas de tratamento periodontal de suporte.(9) Adicionalmente, apesar das elevadas taxas de sobrevivência das reabilitações implanto-suportadas, estas parecem apresentar mais complicações técnicas do que as reabilitações dento-suportadas.(34)

À exceção do cenário 4, em todos os outros cenários, os Médicos Dentistas sem prática em implantologia indicam a opção não reabilitar aquando da extração do dente.

É de salientar o facto de vários procedimentos apresentados terem sido selecionados como opção de tratamento, o que indica que os médicos dentistas detêm conhecimentos diversos sobre procedimentos e reconhecem que a manutenção de um dente em boca é de extrema importância.

ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

Segundo alguns estudos presentes na literatura científica (103, 104) a experiência do Médico Dentista é um fator que não tem influência na taxa de sobrevivência ou na colocação ideal do implante. Por outro lado Lang-Hua *et al* (4) concluiu no seu estudo que existem variações na tomada de decisão no que diz respeito à manutenção ou extração de dentes

periodontalmente comprometidos, entre os médicos dentistas com e sem pós-graduação/prática em implantologia.

Relativamente ao nosso estudo é de salientar a relação dependente entre a Prática em Implantologia e a decisão de manter ou extrair nos cenários clínicos 2 e 5 ($p < 0,05$), como se pode verificar na tabela 35. Adicionalmente foi analisada a relação entre a variável “Prática em Implantologia” e colocar ou não colocar implante, e verificou-se dependência das variáveis no cenário clínico 1; 1.1 e 5. ($p < 0,05$), como se pode verificar na tabela 36.

Efetuiu-se a relação entre a “Formação em Implantologia” e a decisão de “manter ou extrair”, tendo-se verificado, como consta na tabela 33, que todas as variáveis são independentes. De igual forma efetuou-se a análise entre a variável “Formação em implantologia” e a decisão de colocar ou não implante, sendo que todas as variáveis são independentes, como se pode verificar na tabela 34.

De forma a averiguar se algum dos parâmetros avaliados neste inquérito, nomeadamente o género, a idade, as habilitações literárias, a instituição de formação, o número de anos de prática clínica, o número de anos de prática em implantologia e o número de implantes colocados por mês, influenciam a tomada de decisão de manter ou extrair e colocar ou não colocar implante, foi efetuado o mesmo teste que foi aplicado nas variáveis acima descritas, ou seja, “manter ou extrair” e “colocar ou não colocar implante”, sendo que para todas as variáveis a resultado indicou a independência das variáveis, ou seja, o valor de $p > 0,05$.

CONCLUSÃO

Dentro das limitações deste estudo, e lembrando que os dados são aplicáveis apenas para esta amostra, foi possível inferir as seguintes conclusões:

- A maioria da amostra opta por manter o dente em boca;
- A maioria da amostra, em caso de extração, dá preferência à reabilitação com implantes;
- O sintoma clínico “dor” parece influenciar a decisão de manter ou extrair;
 - Nos casos com dor, os médicos dentistas com prática em implantologia mantêm 52%, comparativamente aos médicos dentistas que não têm prática em implantologia que mantêm 57,7%;
 - Nos casos sem dor, os médicos dentistas com prática em implantologia extraem 84,5%, comparativamente aos médicos dentistas que não têm prática em implantologia que extraem 90,7%;
- Parece existir dependência entre a prática clínica e a decisão de manter ou extrair a peça dentária.
- Parece existir dependência entre a prática clínica e a decisão de colocar ou não colocar implante.

Considerando o cenário atual da implantologia, há uma necessidade eminente em estabelecer protocolos e *guidelines*, pois estes constituem “ferramentas” que auxiliam na redução do erro médico e a sistematizar os procedimentos clínicos, tendo por base uma evidência científica, de forma a que o resultado do tratamento seja otimizado e relevante para a melhoria do estado de saúde geral do paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Mordohai N, Reshad M, Jivraj SA. To extract or not to extract? Factors that affect individual tooth prognosis. *Journal of the California Dental Association*. 2005;33(4):319-28.
2. Avila G, Galindo-Moreno P, Soehren S, Misch CE, Morelli T, Wang HL. A novel decision-making process for tooth retention or extraction. *Journal of periodontology*. 2009;80(3):476-91.
3. Levin L, Halperin-Sternfeld M. Tooth preservation or implant placement: a systematic review of long-term tooth and implant survival rates. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 2013;144(10):1119-33.
4. Lang-Hua BH, McGrath CP, Lo EC, Lang NP. Factors influencing treatment decision-making for maintaining or extracting compromised teeth. *Clinical oral implants research*. 2014;25(1):59-66.
5. Newman MG, Takei HH, Klolledvold PR, Carranza FA. *Carranza's Clinical Periodontology*. 11th ed. Missouri: Elsevier Saunders; 2012
6. Fugazzotto PA, Hains F. Developing treatment algorithms for restoration or replacement of the compromised tooth. *Journal of the Massachusetts Dental Society*. 2010;59(2):10-7.
7. Schou S. Implant treatment in periodontitis-susceptible patients: a systematic review. *Journal of oral rehabilitation*. 2008;35 Suppl 1:9-22.
8. Schou S, Holmstrup P, Worthington HV, Esposito M. Outcome of implant therapy in patients with previous tooth loss due to periodontitis. *Clinical oral implants research*. 2006;17 Suppl 2:104-23.
9. Fardal O, Johannessen AC, Linden GJ. Tooth loss during maintenance following periodontal treatment in a periodontal practice in Norway. *Journal of clinical periodontology*. 2004;31(7):550-5.
10. Fugazzotto PA. Treatment options following single-rooted tooth removal: a literature review and proposed hierarchy of treatment selection. *Journal of periodontology*. 2005;76(5):821-31.
11. Lundgren D, Rylander H, Laurell L. To save or to extract, that is the question. Natural teeth or dental implants in periodontitis-susceptible patients: clinical decision-making and treatment strategies exemplified with patient case presentations. *Periodontology 2000*. 2008;47:27-50.
12. Priest G. Single-tooth implants and their role in preserving remaining teeth: a 10-year survival study. *The International journal of oral & maxillofacial implants*. 1999;14(2):181-8.

13. Faggion CM, Jr., Tu YK. Evidence-based dentistry: a model for clinical practice. *Journal of dental education*. 2007;71(6):825-31.
14. Iacono VJ, Cochran DL. State of the science on implant dentistry: a workshop developed using an evidence-based approach. *The International journal of oral & maxillofacial implants*. 2007;22 Suppl:7-10.
15. Popelut A, Rousval B, Fromentin O, Feghali M, Mora F, Bouchard P. Tooth extraction decision model in periodontitis patients. *Clinical oral implants research*. 2010;21(1):80-9.
16. Page RC, Kornman KS. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. *Periodontology 2000*. 1997;14:9-11.
17. Highfield J. Diagnosis and classification of periodontal disease. *Australian dental journal*. 2009;54 Suppl 1:S11-26.
18. Nanci A, Bosshardt DD. Structure of periodontal tissues in health and disease. *Periodontology 2000*. 2006;40:11-28.
19. Armitage GC. Classifying periodontal diseases--a long-standing dilemma. *Periodontology 2000*. 2002;30:9-23.
20. Armitage GC, Cullinan MP. Comparison of the clinical features of chronic and aggressive periodontitis. *Periodontology 2000*. 2010;53:12-27.
21. Hirschfeld L, Wasserman B. A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *Journal of periodontology*. 1978;49(5):225-37.
22. Mordohai N, Reshad M, Jivraj S, Chee W. Factors that affect individual tooth prognosis and choices in contemporary treatment planning. *British dental journal*. 2007;202(2):63-72.
23. Faggion CM, Jr., Petersilka G, Lange DE, Gerss J, Flemmig TF. Prognostic model for tooth survival in patients treated for periodontitis. *Journal of clinical periodontology*. 2007;34(3):226-31.
24. McFall WT, Jr. Tooth loss in 100 treated patients with periodontal disease. A long-term study. *Journal of periodontology*. 1982;53(9):539-49.
25. McGuire MK, Nunn ME. Prognosis versus actual outcome. III. The effectiveness of clinical parameters in accurately predicting tooth survival. *Journal of periodontology*. 1996;67(7):666-74.
26. McGuire MK, Nunn ME. Prognosis versus actual outcome. II. The effectiveness of clinical parameters in developing an accurate prognosis. *Journal of periodontology*. 1996;67(7):658-65.

27. Kwok V, Caton JG. Commentary: prognosis revisited: a system for assigning periodontal prognosis. *Journal of periodontology*. 2007;78(11):2063-71.
28. McGuire MK, Nunn ME. Prognosis versus actual outcome. IV. The effectiveness of clinical parameters and IL-1 genotype in accurately predicting prognoses and tooth survival. *Journal of periodontology*. 1999;70(1):49-56.
29. McGuire MK. Prognosis versus actual outcome: a long-term survey of 100 treated periodontal patients under maintenance care. *Journal of periodontology*. 1991;62(1):51-8.
30. Becker W, Becker BE, Berg LE. Periodontal treatment without maintenance. A retrospective study in 44 patients. *Journal of periodontology*. 1984;55(9):505-9.
31. McDevitt MJ, Wang HY, Knobelman C, Newman MG, di Giovine FS, Timms J, et al. Interleukin-1 genetic association with periodontitis in clinical practice. *Journal of periodontology*. 2000;71(2):156-63.
32. Laupacis A, Wells G, Richardson WS, Tugwell P. Users' guides to the medical literature. V. How to use an article about prognosis. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 1994;272(3):234-7.
33. McGuire MK. Periodontal plastic surgery. *Dental clinics of North America*. 1998;42(3):411-65.
34. Donos N, Laurell L, Mardas N. Hierarchical decisions on teeth vs. implants in the periodontitis-susceptible patient: the modern dilemma. *Periodontology 2000*. 2012;59(1):89-110.
35. Rustemeyer J, Bremerich A. Patients' knowledge and expectations regarding dental implants: assessment by questionnaire. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2007;36(9):814-7.
36. Loe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *Journal of clinical periodontology*. 1986;13(5):431-45.
37. 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*. 2004;31(9):749-57.
38. Quirynen M, Peeters W, Naert I, Coucke W, van Steenberghe D. Peri-implant health around screw-shaped c.p. titanium machined implants in partially edentulous patients with or without ongoing periodontitis. *Clinical oral implants research*. 2001;12(6):589-94.
39. Mengel R, Schroder T, Flores-de-Jacoby L. Osseointegrated implants in patients treated for generalized chronic periodontitis and generalized aggressive periodontitis: 3- and

- 5-year results of a prospective long-term study. *Journal of periodontology*. 2001;72(8):977-89.
40. Warrer K, Buser D, Lang NP, Karring T. Plaque-induced peri-implantitis in the presence or absence of keratinized mucosa. An experimental study in monkeys. *Clinical oral implants research*. 1995;6(3):131-8.
41. Heitz-Mayfield LJ. Peri-implant diseases: diagnosis and risk indicators. *Journal of clinical periodontology*. 2008;35(8 Suppl):292-304.
42. Quirynen M, De Soete M, van Steenberghe D. Infectious risks for oral implants: a review of the literature. *Clinical oral implants research*. 2002;13(1):1-19.
43. Renvert S, Persson GR. A systematic review on the use of residual probing depth, bleeding on probing and furcation status following initial periodontal therapy to predict further attachment and tooth loss. *Journal of clinical periodontology*. 2002;29 Suppl 3:82-9; discussion 90-1.
44. Matuliene G, Pjetursson BE, Salvi GE, Schmidlin K, Bragger U, Zwahlen M, et al. Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. *Journal of clinical periodontology*. 2008;35(8):685-95.
45. Tonetti MS, Steffen P, Muller-Campanile V, Suvan J, Lang NP. Initial extractions and tooth loss during supportive care in a periodontal population seeking comprehensive care. *Journal of clinical periodontology*. 2000;27(11):824-31.
46. Eickholz P, Kaltschmitt J, Berbig J, Reitmeir P, Pretzl B. Tooth loss after active periodontal therapy. 1: patient-related factors for risk, prognosis, and quality of outcome. *Journal of clinical periodontology*. 2008;35(2):165-74.
47. Konig J, Plagmann HC, Ruhling A, Kocher T. Tooth loss and pocket probing depths in compliant periodontally treated patients: a retrospective analysis. *Journal of clinical periodontology*. 2002;29(12):1092-100.
48. Al-Shammari KF, Kazor CE, Wang HL. Molar root anatomy and management of furcation defects. *Journal of clinical periodontology*. 2001;28(8):730-40.
49. Greenstein G, Caton J, Polson A. Trisection of maxillary molars: a clinical technique. *Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, NJ : 1995)*. 1984;5(8):624-6, 31-2.
50. Huynh-Ba G, Kuonen P, Hofer D, Schmid J, Lang NP, Salvi GE. The effect of periodontal therapy on the survival rate and incidence of complications of multirooted teeth with furcation involvement after an observation period of at least 5 years: a systematic review. *Journal of clinical periodontology*. 2009;36(2):164-76.

51. Fugazzotto PA. A comparison of the success of root resected molars and molar position implants in function in a private practice: results of up to 15-plus years. *Journal of periodontology*. 2001;72(8):1113-23.
52. Minsk L, Polson AM. The role of root resection in the age of dental implants. *Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, NJ : 1995)*. 2006;27(7):384-8.
53. Park SY, Shin SY, Yang SM, Kye SB. Factors influencing the outcome of root-resection therapy in molars: a 10-year retrospective study. *Journal of periodontology*. 2009;80(1):32-40.
54. Kinsel RP, Lamb RE, Ho D. The treatment dilemma of the furcated molar: root resection versus single-tooth implant restoration. A literature review. *The International journal of oral & maxillofacial implants*. 1998;13(3):322-32.
55. O'Neal RB, Butler BL. Restoration or implant placement: a growing treatment planning quandary. *Periodontology 2000*. 2002;30:111-22.
56. Zitzmann NU, Krastl G, Hecker H, Walter C, Waltimo T, Weiger R. Strategic considerations in treatment planning: deciding when to treat, extract, or replace a questionable tooth. *The Journal of prosthetic dentistry*. 2010;104(2):80-91.
57. Friedman S, Mor C. The success of endodontic therapy--healing and functionality. *Journal of the California Dental Association*. 2004;32(6):493-503.
58. Orstavik D. Time-course and risk analyses of the development and healing of chronic apical periodontitis in man. *International endodontic journal*. 1996;29(3):150-5.
59. Farzaneh M, Abitbol S, Lawrence HP, Friedman S. Treatment outcome in endodontics-the Toronto Study. Phase II: initial treatment. *Journal of endodontics*. 2004;30(5):302-9.
60. Fristad I, Molven O, Halse A. Nonsurgically retreated root filled teeth--radiographic findings after 20-27 years. *International endodontic journal*. 2004;37(1):12-8.
61. Molven O, Halse A, Fristad I, MacDonald-Jankowski D. Periapical changes following root-canal treatment observed 20-27 years postoperatively. *International endodontic journal*. 2002;35(9):784-90.
62. Iqbal MK, Kim S. A review of factors influencing treatment planning decisions of single-tooth implants versus preserving natural teeth with nonsurgical endodontic therapy. *Journal of endodontics*. 2008;34(5):519-29.
63. Iqbal MK, Kim S. For teeth requiring endodontic treatment, what are the differences in outcomes of restored endodontically treated teeth compared to implant-supported

restorations? *The International journal of oral & maxillofacial implants*. 2007;22 Suppl:96-116.

64. Doyle SL, Hodges JS, Pesun IJ, Law AS, Bowles WR. Retrospective cross sectional comparison of initial nonsurgical endodontic treatment and single-tooth implants. *Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, NJ : 1995)*. 2007;28(6):296-301.

65. Zitzmann NU, Krastl G, Hecker H, Walter C, Weiger R. Endodontics or implants? A review of decisive criteria and guidelines for single tooth restorations and full arch reconstructions. *International endodontic journal*. 2009;42(9):757-74.

66. Kojima K, Inamoto K, Nagamatsu K, Hara A, Nakata K, Morita I, et al. Success rate of endodontic treatment of teeth with vital and nonvital pulps. A meta-analysis. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2004;97(1):95-9.

67. Sjogren U, Hagglund B, Sundqvist G, Wing K. Factors affecting the long-term results of endodontic treatment. *Journal of endodontics*. 1990;16(10):498-504.

68. Stoll R, Betke K, Stachniss V. The influence of different factors on the survival of root canal fillings: a 10-year retrospective study. *Journal of endodontics*. 2005;31(11):783-90.

69. Aquilino SA, Caplan DJ. Relationship between crown placement and the survival of endodontically treated teeth. *The Journal of prosthetic dentistry*. 2002;87(3):256-63.

70. Ray HA, Trope M. Periapical status of endodontically treated teeth in relation to the technical quality of the root filling and the coronal restoration. *International endodontic journal*. 1995;28(1):12-8.

71. Iqbal MK, Johansson AA, Akeel RF, Bergenholtz A, Omar R. A retrospective analysis of factors associated with the periapical status of restored, endodontically treated teeth. *The International journal of prosthodontics*. 2003;16(1):31-8.

72. Vire DE. Failure of endodontically treated teeth: classification and evaluation. *Journal of endodontics*. 1991;17(7):338-42.

73. Friedman S. The prognosis and expected outcome of apical surgery. *Endodontic Topics*. 2005;11(1):219-62.

74. Greenstein G, Cavallaro J, Tarnow D. When to save or extract a tooth in the esthetic zone: a commentary. *Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, NJ : 1995)*. 2008;29(3):136-45; quiz 46, 58.

75. Tseng CC, Yuan K, Wang WL, Chen YH, Huang CC, Wolff LF. Simultaneous team approach of a crown-lengthening procedure and an operative restoration: technique and long-term effect. *Quintessence international (Berlin, Germany : 1985)*. 1997;28(4):249-54.

76. Grossmann Y, Sadan A. The prosthodontic concept of crown-to-root ratio: a review of the literature. *The Journal of prosthetic dentistry*. 2005;93(6):559-62.
77. Heydecke G, Peters MC. The restoration of endodontically treated, single-rooted teeth with cast or direct posts and cores: a systematic review. *The Journal of prosthetic dentistry*. 2002;87(4):380-6.
78. De Backer H, Van Maele G, De Moor N, Van den Berghe L. Long-term results of short-span versus long-span fixed dental prostheses: an up to 20-year retrospective study. *The International journal of prosthodontics*. 2008;21(1):75-85.
79. Palmqvist S, Soderfeldt B. Multivariate analyses of factors influencing the longevity of fixed partial dentures, retainers, and abutments. *The Journal of prosthetic dentistry*. 1994;71(3):245-50.
80. Salinas TJ, Eckert SE. In patients requiring single-tooth replacement, what are the outcomes of implant- as compared to tooth-supported restorations? *The International journal of oral & maxillofacial implants*. 2007;22 Suppl:71-95.
81. Branemark PI, Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindstrom J, Hallen O, et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. *Scandinavian journal of plastic and reconstructive surgery Supplementum*. 1977;16:1-132.
82. Kao RT. Strategic extraction: a paradigm shift that is changing our profession. *Journal of periodontology*. 2008;79(6):971-7.
83. Gotfredsen K, Carlsson GE, Jokstad A, Arvidson Fyrberg K, Berge M, Bergendal B, et al. Implants and/or teeth: consensus statements and recommendations. *Journal of oral rehabilitation*. 2008;35 Suppl 1:2-8.
84. Dawson AS, Cardaci SC. Endodontics versus implantology: to extirpate or integrate? *Australian endodontic journal : the journal of the Australian Society of Endodontology Inc*. 2006;32(2):57-63.
85. Karoussis IK, Salvi GE, Heitz-Mayfield LJ, Bragger U, Hammerle CH, Lang NP. Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis: a 10-year prospective cohort study of the ITI Dental Implant System. *Clinical oral implants research*. 2003;14(3):329-39.
86. Heitz-Mayfield LJ, Huynh-Ba G. History of treated periodontitis and smoking as risks for implant therapy. *The International journal of oral & maxillofacial implants*. 2009;24 Suppl:39-68.

87. Evian CI, Emling R, Rosenberg ES, Waasdorp JA, Halpern W, Shah S, et al. Retrospective analysis of implant survival and the influence of periodontal disease and immediate placement on long-term results. *The International journal of oral & maxillofacial implants*. 2004;19(3):393-8.
88. Mengel R, Flores-de-Jacoby L. Implants in patients treated for generalized aggressive and chronic periodontitis: a 3-year prospective longitudinal study. *Journal of periodontology*. 2005;76(4):534-43.
89. Peri-implant mucositis and peri-implantitis: a current understanding of their diagnoses and clinical implications. *Journal of periodontology*. 2013;84(4):436-43.
90. Van der Weijden GA, van Bommel KM, Renvert S. Implant therapy in partially edentulous, periodontally compromised patients: a review. *Journal of clinical periodontology*. 2005;32(5):506-11.
91. Karoussis IK, Kotsovilis S, Fourmouis I. A comprehensive and critical review of dental implant prognosis in periodontally compromised partially edentulous patients. *Clinical oral implants research*. 2007;18(6):669-79.
92. Quirynen M, Abarca M, Van Assche N, Nevins M, van Steenberghe D. Impact of supportive periodontal therapy and implant surface roughness on implant outcome in patients with a history of periodontitis. *Journal of clinical periodontology*. 2007;34(9):805-15.
93. Hardt CR, Grondahl K, Lekholm U, Wennstrom JL. Outcome of implant therapy in relation to experienced loss of periodontal bone support: a retrospective 5- year study. *Clinical oral implants research*. 2002;13(5):488-94.
94. Ong CT, Ivanovski S, Needleman IG, Retzepi M, Moles DR, Tonetti MS, et al. Systematic review of implant outcomes in treated periodontitis subjects. *Journal of clinical periodontology*. 2008;35(5):438-62.
95. Mengel R, Behle M, Flores-de-Jacoby L. Osseointegrated implants in subjects treated for generalized aggressive periodontitis: 10-year results of a prospective, long-term cohort study. *Journal of periodontology*. 2007;78(12):2229-37.
96. Lindhe J, Meyle J. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *Journal of clinical periodontology*. 2008;35(8 Suppl):282-5.
97. Egbert N, Ahuja S, Brandt R, Jain V, Wicks R. Single tooth replacement utilizing implants in the esthetic zone: a case report. *General dentistry*. 2013;61(4):30-4.
98. Listgarten MA, Lang NP, Schroeder HE, Schroeder A. Periodontal tissues and their counterparts around endosseous implants [corrected and republished with original paging,

article originally printed in Clin Oral Implants Res 1991 Jan-Mar;2(1):1-19]. Clinical oral implants research. 1991;2(3):1-19.

99. Kan JY, Rungcharassaeng K, Umezu K, Kois JC. Dimensions of peri-implant mucosa: an evaluation of maxillary anterior single implants in humans. Journal of periodontology. 2003;74(4):557-62.

100. Paolantonio M, Dolci M, Scarano A, d'Archivio D, di Placido G, Tumini V, et al. Immediate implantation in fresh extraction sockets. A controlled clinical and histological study in man. Journal of periodontology. 2001;72(11):1560-71.

101. Botticelli D, Berglundh T, Lindhe J. Hard-tissue alterations following immediate implant placement in extraction sites. Journal of clinical periodontology. 2004;31(10):820-8.

102. De Rouck T, Collys K, Cosyn J. Single-tooth replacement in the anterior maxilla by means of immediate implantation and provisionalization: a review. The International journal of oral & maxillofacial implants. 2008;23(5):897-904.

103. Kohavi D, Azran G, Shapira L, Casap N. Retrospective clinical review of dental implants placed in a university training program. The Journal of oral implantology. 2004;30(1):23-9.

104. Van de Velde T, Glor F, De Bruyn H. A model study on flapless implant placement by clinicians with a different experience level in implant surgery. Clinical oral implants research. 2008;19(1):66-72.

105. Lindh T, Gunne J, Tillberg A, Molin M. A meta-analysis of implants in partial edentulism. Clinical oral implants research. 1998;9(2):80-90.

106. Yetter G, Capaccioli K. Differences in responses to Web and paper surveys among school professionals. Behavior research methods. 2010;42(1):266-72.

107. Maroco J. Análise Estatística - Com utilização do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Sílabo; 2007.

108. Números da Ordem - Estatísticas 2013. Ordem dos Médicos Dentistas. 2013.

ANEXOS

SECÇÃO 1



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Declaração de consentimento informado

"Fatores que influenciam a capacidade de decisão no tratamento e manutenção de dentes periodontalmente comprometidos"

O objetivo deste estudo será recolher dados fotográficos e radiográficos relevantes ao desenvolvimento de uma Tese de Monografia, no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa.

Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.

Podem requerer informações sobre os resultados obtidos que lhe serão facultados se assim o desejar.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, podendo retirar o seu consentimento informado em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis.

Todos os dados recolhidos serão apenas utilizados pelos responsáveis do estudo.

A informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade, tendo apenas o investigador acesso a essa mesma informação.

A investigação tem como responsáveis o Mestre Tiago Marques, o Mestre Filipe Araújo e a estudante Ana Barata.

Eu, _____ autorizo que os dados recolhidos sejam usados para este estudo e declaro que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a).

Assino este documento de livre e espontânea vontade, estando ciente do seu conteúdo.

Visto, ____ de _____ de 2014

(O Orientador: Mestre Tiago Marques)

(A Aluna: Ana Barata)

(O/A Paciente)

SECÇÃO 2

Questionário

Este formulário destina-se à realização de um estudo para o desenvolvimento de uma Tese de Monografia de uma aluna do 5º ano do curso do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, que tem como objetivo avaliar a decisão dos profissionais de Saúde Médico-Dentária no que diz respeito à manutenção/extração e tratamento de dentes periodontalmente comprometidos.

O formulário é constituído por duas partes, a primeira visa recolher informações pessoais relacionadas com a prática clínica dos profissionais e a segunda compreende diversos cenários clínicos de dentes periodontalmente comprometidos, sendo solicitado ao inquirido decidir se manteria ou não a peça dentária e que tipo de tratamento ou reabilitação aplicaria. A informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade, tendo apenas o investigador acesso a essa mesma informação.

PARTE A

1- Sexo:

- Feminino
- Masculino

2- Idade: _____

3- Habilitações literárias:

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

4- Ano de conclusão do curso: _____

5- Anos de prática clínica: _____

6- Instituição de formação:

- FMUC
- FMDUL
- FMDUP
- ISCS Egas Moniz
- CESPUP
- UCP - CRB
- UFP
- Outra: Qual? _____

7- Área(s) médico-dentária(s) na(s) qual(is) possui formação:

- Implantologia
- Periodontologia
- Endodontia
- Prótese
- Dentisteria
- Ortodontia
- Cirurgia Oral
- Outra: Qual? _____

8- Possui prática em Implantologia?

- Sim
- Não

Caso a resposta à pergunta anterior seja afirmativa prossiga para a questão 9, caso a resposta seja negativa prossiga para a questão 11.

9- Indique quantos anos de prática possui em Implantologia:

- <5
- 5-10
- >10

10- Indique quantos implantes coloca por mês:

- < 5
- 5-10
- >10
- Nenhum

11- Quantos pacientes, por mês, lhe falam em implantologia como opção de tratamento?

- < 5
- 5-10
- >10
- Nenhum

12- A quantos pacientes, por mês, sugere a implantologia como tratamento?

- < 5
- 5-10
- >10
- Nenhum

PARTE B

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente do sexo masculino, 50 anos, ASA I, não há registo de hábitos tabágicos, condição financeira estável não existindo restrições financeiras. Visita regularmente o Médico Dentista, em caso de substituição de algum dente dá preferência a tratamentos fixos.

Para cada cenário clínico selecione com um (x) a opção de manter ou extrair o dente em questão e de seguida o procedimento, de acordo com a situação explicitada.

Cenário Clínico 1:

Dente 26, vital, dor ausente à percussão, sondagem clínica das bolsas periodontais por vestibular (3,3,3) e por lingual (3,3,3), recessões por vestibular (3,3,3) e por palatino (7,7,7), envolvimento de furca grau II, mobilidade grau 1, índice de placa reduzido (<30%), sangramento à sondagem ausente, diagnóstico de Periodontite Agressiva. Número de dentes perdidos: 2



Selecione a opção que efetuará:

- Manter
- Extrair

Selecione o procedimento considerando que o dente foi mantido:
(uma ou mais opções são aceites)

- Terapia Periodontal não cirúrgica
- Tratamento endodôntico
- Ressecção de uma raiz
- Cirurgia Periodontal regenerativa
- Tunelização da furca
- Não efetuar qualquer procedimento
- Outra, especifique: _____

Selecione o procedimento considerando que o dente foi extraído:
(selecione apenas uma opção)

- Ponte fixa 25-27 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)
- Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)
- Não reabilitar
- Outra, especifique: _____

Cenário Clínico 1.1:

Considere a situação anterior mas com dor à percussão vertical.

Selecione a opção que efetuará:

- Manter
- Extrair

Selecione o procedimento considerando que o dente foi mantido:
(uma ou mais opções são aceites)

- Tratamento endodôntico
- Ressecção de uma raiz
- Cirurgia Periodontal regenerativa
- Tunelização da furca
- Não efetuar qualquer procedimento
- Outra, especifique: _____

Selecione o procedimento considerando que o dente foi extraído:
(selecione apenas uma opção)

- Ponte fixa 25-27 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)
- Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)
- Não reabilitar
- Outra, especifique: _____

Cenário clínico 2:

Dente 46, não vital, preenchimento incompleto dos canais, dor ausente à percussão, sondagem clínica das bolsas periodontais por vestibular (3,2,3) e por lingual (4,4,4), recessões por vestibular (3,2,3), envolvimento de furca grau III por vestibular, mobilidade ausente, índice de placa elevado (> 50%), sangramento à sondagem presente, diagnóstico de Periodontite Crônica Avançada/ Severa. Número de dentes perdidos: 4



Selecione a opção que efetuará:

- Manter
- Extrair

Selecione o procedimento considerando que o dente foi mantido:
(uma ou mais opções são aceites)

- Terapia Periodontal não cirúrgica
- Retratamento endodôntico
- Ressecção de uma raiz
- Cirurgia Periodontal regenerativa
- Tunelização da furca
- Não efetuar qualquer procedimento
- Outra, especifique: _____

Selecione o procedimento considerando que o dente foi extraído:
(selecione apenas uma opção)

- Ponte fixa 45-47 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)
- Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)
- Não reabilitar
- Outra, especifique: _____

Cenário clínico 2.1:

Considere a situação anterior mas com dor à precursão vertical.

Selecione a opção que efetuará:

- Manter
- Extrair

Selecione o procedimento considerando que o dente foi mantido:
(uma ou mais opções são aceites)

- Retratamento endodôntico
- Ressecção de uma raiz
- Cirurgia Periodontal regenerativa
- Tunelização da furca
- Não efetuar qualquer procedimento
- Outra, especifique: _____

Selecione o procedimento considerando que o dente foi extraído:
(selecione apenas uma opção)

- Ponte fixa 45-47 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)
- Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)
- Não reabilitar
- Outra, especifique: _____

Cenário clínico 3:

Dente 46, vital, dor ausente à percussão, sondagem clínica das bolsas periodontais por vestibular (2,2,2) mm e por lingual (2,2,2) mm, recessões por vestibular (5,1,1) mm e por lingual (2,2,3) mm, envolvimento de furca grau I, mobilidade ausente, índice de placa reduzido (<30%), sangramento à sondagem ausente, diagnóstico de Periodontite Agressiva. Número de dentes perdidos: 2



Selecione a opção que efetuará:

- Manter
- Extrair

Selecione o procedimento considerando que o dente foi mantido:
(uma ou mais opções são aceites)

- Terapia Periodontal não cirúrgica
- Tratamento endodôntico
- Ressecção de uma raiz
- Cirurgia Periodontal regenerativa
- Tunelização da furca
- Não efetuar qualquer procedimento
- Outra, especifique: _____

Selecione o procedimento considerando que o dente foi extraído:
(selecione apenas uma opção)

- Ponte fixa 45-47 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)
- Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)
- Não reabilitar
- Outra, especifique: _____

Cenário clínico 4:

Dente 16, não vital, dor à percussão, lesão periapical na raiz distal, profundidade de sondagem por vestibular (2,2,2) mm e por lingual (3,2,2) mm, recessões por vestibular (5,7,9) mm e por palatino (2,5,5), envolvimento de furca grau I por vestibular, mobilidade grau 1, índice de placa elevado (> 50%), sangramento à sondagem presente, diagnóstico de Periodontite Crônica Moderada. Número de dentes perdidos: 3



Selecione a opção que efetuará:

- Manter
- Extrair

Selecione o procedimento considerando que o dente foi mantido:

(uma ou mais opções são aceites)

- Terapia Periodontal não cirúrgica
- Retratamento endodôntico
- Ressecção de uma raiz
- Cirurgia Periodontal regenerativa
- Tunnelização da furca
- Não efetuar qualquer procedimento
- Outra, especifique: _____

Selecione o procedimento considerando que o dente foi extraído:

(selecione apenas uma opção)

- Ponte fixa 15-17 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)
- Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)
- Não reabilitar
- Outra, especifique: _____

Cenário clínico 5:

Dente 36, não vital, restauração com coroa fixa provisória, dor ausente à percussão, lesão periapical na raiz distal, profundidade de sondagem vestibular (2,2,6) mm e por lingual (6,2,2) mm, ausência de recessões, ausência de envolvimento de furca, mobilidade ausente, índice de placa reduzido (< 30%), sangramento diagnóstico de Gengivite induzida por Placa. Número de dentes perdidos: 0



Selecione a opção que efetuará:

- Manter
- Extrair

Selecione o procedimento considerando que o dente foi mantido:

(uma ou mais opções são aceites)

- Terapia Periodontal não cirúrgica
- Retratamento endodôntico
- Ressecção de uma raiz
- Efetuar uma coroa definitiva
- Não efetuar qualquer procedimento
- Outra, especifique: _____

Selecione o procedimento considerando que o dente foi extraído:

(selecione apenas uma opção)

- Ponte fixa 35-37 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)
- Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)
- Não reabilitar
- Outra, especifique: _____

Cenário clínico 6:

Dente 12, vital, dor ausente à percussão, profundidade de sondagem vestibular (2,2,2) mm e por lingual (2,2,2) mm, recessões por vestibular (3,4,3) mm e por palatino (3,3,3) mm, mobilidade ausente, índice de placa reduzido (< 30%), sangramento à sondagem ausente, diagnóstico de Periodontite Agressiva, queixas do paciente em relação à estética uma vez que este possui sorriso alto. Número de dentes perdidos: 2



Selecione a opção que efetuará:

- Manter
- Extrair

Selecione o procedimento considerando que o dente foi mantido:
(uma ou mais opções são aceites)

- Terapia Periodontal não cirúrgica
- Cirurgia Periodontal regenerativa
- Cirurgia estética para recobrimento da recessão mucogengival
- Não efetuar qualquer procedimento
- Outra, especifique: _____

Selecione o procedimento considerando que o dente foi extraído:
(selecione apenas uma opção)

- Ponte fixa 11-13 (assumindo que os dentes adjacentes não possuem problemas)
- Implante (assumindo que existe espessura óssea mínima para a colocação de um implante)
- Não reabilitar
- Outra, especifique: _____

SECÇÃO 3

Exmo.

*Coordenador do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da
Universidade Católica Portuguesa, Departamento Ciências da Saúde, Viseu*

Nós, abaixo assinados, Tiago Marques, assistente convidado do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa e Ana Barata, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, vimos por este meio requerer o seu deferimento para a concretização de um projecto de investigação nas instalações da referida universidade.

Este projeto, intitulado de *Fatores que influenciam a capacidade de decisão no tratamento e manutenção de dentes periodontalmente comprometidos*, terá como responsáveis o Mestre Tiago Marques, como orientador, e a aluna Ana Barata como candidata ao grau de mestre em Medicina Dentária. Como objetivos, pretende-se avaliar a decisão dos profissionais Médico-Dentários da Clínica Universitária no que diz respeito à manutenção ou extração e tratamento de dentes periodontalmente comprometidos, através de um questionário, podendo averiguar-se se existe divergência de decisões nos casos clínicos apresentados e se existe algum fator, analisado neste estado, que poderá influenciar essas disparidades.

Na formulação do questionário pretende-se efetuar a recolha de fotografias e radiografias de casos relevantes ao estudo na Clínica Universitária.

Para tal, conta com o preenchimento de um consentimento informado, por parte de todos os pacientes incluídos e todos os profissionais que respondam ao questionário, pelo que seguem em anexo esses mesmos documentos.

Solicitamos, para os devidos efeitos, que Sua Excelência nos consinta a distribuição dos referidos consentimentos e da recolha dos dados fotográficos e radiográficos.

Presando a atenção dispensada, deixamos os mais sinceros cumprimentos.

Pede Deferimento,

Viseu, 21 de Fevereiro de 2014

O Orientador
Mestre Tiago Marques

O Candidato
Ana Barata