



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

**Protocolo de Atenção à Saúde**

**Manejo dos Casos de Periodontia**

**Área(s):** Odontologia

Portaria SES-DF Nº      de      , publicada no DODF Nº      de

## SIGLÁRIO

<b>Termo</b>	<b>Sigla</b>
Centro de Especialidades Odontológicas	CEO
Cirurgião-Dentista	CD
Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde	CID
Diabetes Mellitus	DM
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	DPOC
Plataforma do Centro de Inteligência Estratégica para a Gestão do SUS no DF	CIEGES
Raspagem e Alisamento Radicular	RAR
Sistema Único de Saúde	SUS
Unidade Básica de Saúde	UBS

## GLOSSÁRIO

<b>Termo Técnico</b>	<b>Descrição</b>
Abscesso Periodontal	Acúmulo localizado de abscesso na parede gengival de uma bolsa periodontal, causado por infecção bacteriana.
Alisamento Radicular	Procedimento para suavizar as superfícies das raízes e remover depósitos de cálculo ou biofilme.
Anamnese	Levantamento sistemático de informações sobre o histórico de saúde do paciente
Bacteremia	Presença de bactérias na corrente sanguínea, frequentemente associada a infecções bucais.
Biofilme Dental	Comunidade estruturada de microrganismos aderidos à superfície dos dentes, envoltos por matriz extracelular.
Bolsa Periodontal	Espaço entre o dente e o tecido gengival causado pela perda de inserção periodontal.
Bolsa Periodontal Profunda	Bolsa periodontal com profundidade superior a 5 mm, indicando destruição avançada do tecido periodontal.
Cálculo Dental	Depósito mineralizado de biofilme dental, comumente chamado de tártaro.
Cimento Radicular	Tecido mineralizado especializado que reveste as superfícies radiculares
Cirurgia Periodontal	Procedimento cirúrgico para tratar doenças periodontais avançadas, como redução de bolsas e aumento de coroa clínica.
Disbiose Periodontal	Alteração na composição da comunidade microbiana do microbioma periodontal, caracterizada por uma mudança deletéria que resulta em uma microbiota

<b>Termo Técnico</b>	<b>Descrição</b>
	desequilibrada em relação ao hospedeiro.
Disfunção mastigatória	Incapacidade ou dificuldade de mastigar adequadamente devido a oclusão dentária ou condições do periodonto.
Doenças Periodontais Necrosantes	Condições periodontais graves caracterizadas por necrose de tecidos, dor intensa e destruição rápida.
Endodontia	Especialidade da Odontologia que estuda a anatomia, função, fisiopatologia e terapia das afecções dos tecidos internos ao canal radicular do dente.
Eritema Gengival Linear	Condição caracterizada por vermelhidão gengival em forma de linha ao longo da margem gengival, estendendo-se 2 a 4mm em direção apical.
Exodontia	Procedimento de remoção de dentes ou raízes dentárias.
Foco de Infecção Bucal	Região bucal com infecção ativa que pode gerar repercussões sistêmicas, como bacteremia.
Força Oclusal Traumática	Forças excessivas aplicadas sobre os dentes, podendo causar reabsorção óssea e mobilidade dentária.
Gengivectomia	Procedimento cirúrgico para remoção de tecido gengival.
Gengivite	Inflamação do tecido gengival causada pelo acúmulo de biofilme dental.
Gengivoplastia	Procedimento cirúrgico para remodelar o tecido gengival com objetivo estético ou funcional.
Hipercementose	Deposição excessiva de cemento não neoplásico ao longo do cemento radicular

<b>Termo Técnico</b>	<b>Descrição</b>
	normal frequentemente relacionada a fatores locais ou sistêmicos.
Ligamento Periodontal	Tecido conjuntivo frouxo, ricamente vascularizado e celular, que circunda as raízes dos dentes e une o cimento radicular à lâmina dura ou ao osso alveolar propriamente dito.
Mobilidade Dentária	A amplitude de deslocamento da coroa do dente devido a trauma oclusal ou à redução da altura do osso alveolar, com ou sem defeitos ósseos causados pela doença periodontal associada à placa.
Osso do Processo Alveolar	Partes da maxila e da mandíbula que formam os alvéolos dos dentes e dão suporte a esses alvéolos.
Perfuração Radicular	Abertura na raiz do dente, frequentemente causada por traumas ou tratamentos inadequados, que pode levar a infecções.
Periodontite	Doença inflamatória crônica que afeta os tecidos de suporte dos dentes, levando à perda óssea e consequente mobilidade dentária.
Periodonto	Conjunto de tecidos que incluem gengiva, ligamento periodontal, osso alveolar propriamente dito e cimento radicular.
Polpa Dentária	Tecido mole no interior do dente que contém vasos sanguíneos e nervos.
Profilaxia Dental	Remoção de biofilme e placa dentária.
Raspagem Supragengival	Instrumentação para remoção dos depósitos mineralizados (cálculo) acima da margem gengival para tratar periodontite.
Raspagem Subgengival	Instrumentação para remoção dos depósitos mineralizados (cálculo) abaixo da

<b>Termo Técnico</b>	<b>Descrição</b>
	margem gengival para tratar periodontite.
Reabsorção Óssea	Perda de osso ao redor dos dentes, comum em casos avançados de periodontite.
Resposta Negativa ao Teste de Vitalidade Pulpar	Ausência de resposta ao teste que avalia a saúde da polpa dentária, indicando necrose pulpar.
Saúde Periodontal	Condição de equilíbrio saudável dos tecidos periodontais, sem inflamação ou perda de inserção.
Sondagem Periodontal	Medição da profundidade das bolsas periodontais utilizando uma sonda específica.

## FIGURA

Figura 1	Classificação das Condições e das Doenças Periodontais
Figura 2	Características Clínicas da Periodontite
Figura 3	Classificação da Periodontite
Figura 4	Abscesso Periodontal em Indivíduo com Periodontite
Figura 5	Abscesso Periodontal em Indivíduo sem Periodontite
Figura 6	Fluxo de procedimentos em cada nível da atenção e requisitos para encaminhamento

## QUADRO

Quadro 1	Relação entre algumas doenças sistêmicas e a doença periodontal
Quadro 2	CID-10 Principais Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
Quadro 3	Classificação da Periodontite
Quadro 4	Evolução dos Sistemas de Classificação das Doenças Peirodontais
Quadro 5	Relação de Medicamentos Antibióticos Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia
Quadro 6	Relação de Medicamentos Antibióticos para Profilaxia de Endocardite Infecciosa Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia
Quadro 7	Relação de Medicamentos Anti-Inflamatórios Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia
Quadro 8	Relação de Medicamentos Analgésicos Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia

## TABELA

Tabela 1	Usuários com Periodonto Intacto
Tabela 2	Usuários com Periodonto Reduzido sem Histórico de Periodontite
Tabela 3	Usuários com Periodonto Reduzido com Histórico de Periodontite Estável Tratada com Sucesso
Tabela 4	Usuários com Periodonto Reduzido com Histórico de Periodontite Estável Tratada com Sucesso
Tabela 5	Classificação dos Estágios das Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares
Tabela 6	Classificação do Graus das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares

# SUMÁRIO

## Sumário

1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA .....	34
1.1 Bases de dados consultadas .....	34
1.2 Palavra(s) chave(s).....	34
1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes.....	34
2. INTRODUÇÃO .....	34
3. JUSTIFICATIVA.....	38
4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-11) ...	39
5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL.....	40
5.1- Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais .....	42
5.2 - Doenças Gengivais Não Induzidas pelo Biofilme .....	44
5.2.1 - Forças Oclusais Traumáticas .....	46
5.2.2 - Fatores Relacionados ao Dente .....	46
5.2.3 - Fatores Locais Relacionados à Prótese Dental.....	47
5.3 - Periodontite .....	48
5.3.1 - Doenças Periodontais Agudas .....	27
5.3.2 - Doenças Periodontais Necrosantes .....	28
5.3.3 - Abscesso Periodontal .....	28
5.3.4 - Lesão Endoperiodontal .....	29
6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	30
7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	30
8. CONDUTA .....	31
8.1 - Conduta Preventiva .....	32
8.2 - Tratamento Não Farmacológico .....	33
8.3 - Tratamento Farmacológico .....	35
8.3.1 - Antibióticos.....	35
8.3.2 - Antibióticos para Profilaxia de Endocardite Infecciosa .....	38
8.3.3 - Anti-inflamatórios .....	39
8.3.4 - Antissépticos .....	40
8.3.5 - Fármaco(s) e Esquema de Administração .....	41
8.3.6 - Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção.....	48
9. BENEFÍCIOS ESPERADOS.....	48

10. MONITORIZAÇÃO.....	48
11. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO .....	49
12. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE (TER) .....	50
13. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR .....	50
14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53

## 1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

### 1.1 Bases de dados consultadas

Pubmed, Scielo, Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Protocolos da SES/DF, Sociedade Brasileira de Periodontia e Implantodontia, European Ferederation of Periodontology.

### 1.2 Palavra(s) chaves(s)

Periodontia, doença periodontal, gengivite, periodontite, abscesso periodontal, sangramento gengival, biofilme dental, cálculo.

### 1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Considerou-se o período de 1997 a 2024, totalizando 76 textos.

## 2. INTRODUÇÃO

A vigente Política Nacional de Saúde Bucal tem modificado a vida de milhões de brasileiros por meio da universalidade, da integralidade e da coordenação do cuidado aos serviços odontológicos ao Sistema Único de Saúde (SUS). O atendimento odontológico para gengivite e periodontite é iniciado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que é o acesso de primeiro contato do cidadão para o atendimento odontológico.<sup>1</sup> Conforme a necessidade, complexidade e especificidade do tratamento periodontal; o atendimento é realizado nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Hospitais (referência e contra-referência).<sup>2</sup>

A Academia Americana de Odontologia afirma que a saúde bucal é um estado de bem estar funcional, estrutural, estético, fisiológico e psicológico e é essencial para a saúde geral do indivíduo e sua qualidade de vida.<sup>3</sup>

A periodontia ou periodontologia (peri: em volta de, odonto: dente) é a especialidade da odontologia que estuda e trata as doenças do sistema de implantação/suporte dos dentes. Esse aparelho é formado por osso alveolar, ligamento periodontal e cimento. As alterações patológicas do periodonto são chamadas doenças periodontais (*lato sensu*). Revisões sistemáticas demonstraram que as doenças periodontais e o edentulismo estão associados a impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo, depreciando função e estética.<sup>4,5</sup>

A periodontite é considerada uma doença inflamatória dos tecidos periodontais de suporte, ocasionada pelo acúmulo crônico de biofilme subgengival. Clinicamente, apresenta perda de inserção periodontal, havendo também a presença de sinais clínicos de inflamação, como sangramento à sondagem e profundidade de sondagem aumentada. Em estágios mais avançados, a periodontite é considerada a principal responsável por perdas dentárias em indivíduos adultos, na maioria das populações. Seu estabelecimento e sua progressão

são modificados por fatores locais e ambientais, sendo o processo destrutivo dependente de uma disbiose entre a agressão microbiana e a resposta imuno-inflamatória individual.<sup>6-9</sup>

Na população adulta da América Latina, a prevalência de inflamação gengival em adultos atingiu 96,5%.<sup>10</sup> Segundo Carvajal *et al.* e Susin *et al.*, a periodontite foi mais predominante em homens, pessoas de nível socioeconômico mais baixo e fumantes severos.<sup>10,11</sup>

Como a periodontite e a gengivite possuem determinantes sociais, a implementação de políticas públicas voltadas para a equidade em saúde e para a atenção integral contribui significativamente para a melhora dos indicadores epidemiológicos.<sup>12</sup>

Mais de 700 espécies diferentes de bactérias têm sido detectadas na cavidade bucal em humanos.<sup>13</sup> A saliva contém de  $10^8$  a  $10^9$  bactérias por mililitro, algumas delas aderem aos dentes e iniciam a formação do biofilme dental, antigamente chamado de placa dental bacteriana. O biofilme é o fator etiológico de patologias nos dentes e nos seus tecidos de suporte, como cárie dentária e doenças periodontais (gengivite e periodontite). O biofilme forma-se na coroa e raiz(es) dentária(s), causando resposta imuno-inflamatória no tecido gengival, perda de fibras periodontais de suporte, osso alveolar e, conseqüentemente, a perda do dente. Além disso, as bactérias do biofilme dental podem se disseminar, por via hematogênica, para outras partes do corpo (bacteremia) causando repercussões sistêmicas.<sup>14</sup>

Além do considerável efeito da periodontite na saúde bucal, outras complicações são observadas em indivíduos que apresentam essa condição. Medicina Periodontal, começou no início do século XX, com estudos da relação entre as doenças periodontais e as condições sistêmicas.<sup>15</sup> Existem evidências consistentes que relacionam a periodontite ao agravamento do diabetes, à obesidade, ao aumento do risco de doenças, cardiovasculares, e a desfechos adversos na gestação.<sup>15,16,17,18,19,20</sup>

A periodontite é reconhecida por desencadear uma inflamação sistêmica crônica de baixo grau, potencialmente contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento de diversas doenças não transmissíveis. A seguir, apresentam-se os principais efeitos sistêmicos:

**Quadro 1 - Relação entre algumas doenças sistêmicas e a doença periodontal**

<b>Doença Sistêmica</b>	<b>Principais Características da Doença Sistêmica</b>	<b>Impacto da Doença Periodontal</b>
Doença Aterosclerótica Vascular	Inflamação crônica sistêmica, com biomarcadores elevados como PCR e IL-6.	A periodontite está associada ao aumento da inflamação sistêmica, disfunção endotelial, espessura da íntima média carotídea e rigidez arterial. Aumenta o risco de hipertensão, doença cardíaca coronariana, AVC e fibrilação atrial. Patógenos periodontais são encontrados em ateromas, acelerando a aterosclerose. O tratamento periodontal pode reduzir biomarcadores inflamatórios e o risco cardiovascular, especialmente em jovens.
Diabetes Mellitus (DM)	Doença metabólica crônica caracterizada pela hiperglicemia e resistência à insulina.	A periodontite contribui para a resistência à insulina, elevando citocinas pró-inflamatórias e mediadores pró-trombóticos, o que desestabiliza o controle glicêmico e aumenta o risco de complicações diabéticas. A periodontite severa está associada a complicações renais, cardiovasculares e dificuldades no controle glicêmico. A doença periodontal também está relacionada à síndrome metabólica e pode aumentar o risco de diabetes tipo 2 em até 70%. Intervenções periodontais mostram benefícios, como a redução de inflamação e níveis de HbA1c.
Parto Pré-termo (PPT)	Parto ocorrido antes de 37 semanas de gestação, com riscos aumentados de morbidade e mortalidade infantil, como problemas respiratórios e neurológicos.	A periodontite pode aumentar o risco de PPT, baixo peso ao nascer e pré-eclâmpsia, possivelmente por inflamações causadas por patógenos bucais que alcançam a unidade fetoplacentária. Estudos mostram que intervenções periodontais trazem benefícios limitados na redução desses riscos. Mais pesquisas são necessárias para validar os resultados.

Doença Sistêmica	Principais Características da Doença Sistêmica	Impacto da Doença Periodontal
Doença Renal Crônica (DRC)	Caracteriza-se pela redução na taxa de filtração glomerular (TFGe) e é causada por diabetes, hipertensão e glomerulonefrite.	A periodontite está associada ao aumento do risco de DRC, agravado por diabetes e hipertensão. O tratamento periodontal pode melhorar biomarcadores inflamatórios e renais, além de contribuir para o controle metabólico e vascular em pacientes com DRC, embora a evidência sobre a melhoria direta da função renal seja limitada.
Doença de Alzheimer	Caracteriza-se pelo acúmulo de proteínas amiloide e tau, com inflamação e degeneração neuronal.	A periodontite pode aumentar o risco de Alzheimer, pois infecções orais, como as causadas pelo <i>P. gingivalis</i> , elevam a inflamação cerebral e a disfunção cognitiva. Há uma associação observacional entre periodontite e Alzheimer, com risco aumentado de declínio cognitivo.
Câncer	Caracteriza-se pela formação de tumores malignos, com mecanismos ainda em estudo, mas associados a inflamação crônica e agentes infecciosos.	A periodontite grave pode aumentar o risco de câncer devido à inflamação sistêmica, favorecendo alterações fenotípicas que podem induzir carcinogênese, especialmente em comorbidades como diabetes. Embora as evidências sejam limitadas, o tratamento periodontal pode reduzir o risco de câncer bucal e esofágico, sendo necessária mais pesquisa para confirmar essas associações.

Fonte: Berglundh T, Giannobile WV, Niklaus P. Lang et al. *Lindhe Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. (7th edição).

Grupo GEN; 2024.<sup>21</sup>

De acordo com Garmonal *et al.*, existem até 57 condições sistêmicas com possibilidade presumida de estarem associadas às doenças periodontais.<sup>12</sup> A periodontite tem sido associada principalmente a diabetes *mellitus* (DM) tipo 2, doenças cardiovasculares, desordens respiratórias, resultados adversos na gestação, doença renal crônica<sup>22</sup> e síndrome metabólica.<sup>17,18,19,20,22,23</sup> A explicação biológica dessas associações reside, principalmente, na carga inflamatória sistêmica relacionada à periodontite.<sup>24</sup> Assim, o tratamento periodontal tem demonstrado reduzir níveis de marcadores inflamatórios e, portanto, contribuindo para o controle de outras doenças.<sup>25, 26</sup>

Pacientes com periodontite devem ser rastreados para diabetes (ANEXO I).<sup>27</sup> Na verdade, não só a prevalência da doença periodontal está aumentada em indivíduos com diabetes, como a sua progressão é rápida e agressiva.<sup>17</sup> Uma relação bidirecional entre doença periodontal e DM tem sido confirmada.<sup>28,29,30</sup> De fato, a periodontite pode prejudicar o controle glicêmico em pacientes com DM; por conseguinte, o tratamento periodontal pode melhorar o controle glicêmico desses indivíduos.<sup>26,28, 29, 30, 31</sup>

A doença periodontal (foco de infecção oral) pode contribuir em condições cardíacas pré-existentes. Pacientes com risco para endocardite infecciosa podem necessitar de profilaxia antibiótica prévia a certos procedimentos dentários (ANEXO II - A/B/C).<sup>32,33</sup>

Além de diabetes e de doenças cardiovasculares, uma série de doenças respiratórias podem também estar associadas à doença periodontal, em especial a pneumonia bacteriana e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).<sup>34</sup>

Estudos sistemáticos encontraram fortes evidências de correlação entre doença periodontal e resultados adversos na gravidez, tais como: pré-eclâmpsia, parto prematuro e neonatos de baixo peso.<sup>35</sup> Diante das alterações hormonais ocorridas durante a gravidez, a resposta inflamatória fica exagerada, agravando quadros de doenças periodontais preexistentes.<sup>36</sup>

Segundo Bazotti, o tabagismo possui forte relação com a doença periodontal, agravando sua evolução. Logo, o sucesso do tratamento periodontal não depende somente do cirurgião-dentista (CD), mas também do interesse e esforço do tabagista em abandonar o vício.<sup>37</sup>

Adequada higiene oral é o método mais eficiente de prevenção e controle das doenças periodontais.

### **3. JUSTIFICATIVA**

Este protocolo visa estabelecer e otimizar critérios de referência e contra-referência entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na SES-DF, padronizando a prática clínica e de gestão relativa à especialidade de Periodontia.

#### 4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

Quadro 2 – CID-10 Principais Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CID	Descrição
K03.6	Depósitos [acresções] nos dentes Inclui: manchas nos dentes SOE
K03.60	Película Pigmentada: Alaranjado, Negro e Verde
K03.61	Devido ao Tabaco, Fumo.
K03.62	Por betel
K03.63	Outros depósitos moles macroscópicos: Matéria Alba (Biofilme)
K03.64	Tártaro supragengival
K03.65	Tártaro subgengival
K03.66	Placa dentária
K03.68	Outros depósitos dentários especificados
K03.69	Depósitos dentários, não especificados.
K03.80	Dentina sensível
K05	Gengivite e doenças periodontais Inclui: doença do rebordo alveolar sem dentes
K05.0	Gengivite aguda Exclui: pericoronite aguda (K05.22); gengivite ulcerativa necrotizante aguda [gengivite por espiroquetas]; gengivite de Vincent (A69. 10); Gengivoestomatite por Herpes Viral (800.2X)
K05.00	Gengivoestomatite estreptocócica aguda
K05.08	Outra gengivite aguda especificada
K05.09	Gengivite aguda, não especificada
K05.1	Gengivite crônica
K05.10	Marginal simples
K05.11	Hiperplásica
K05.12	Ulcerativa Exclui: gengivite ulcerativa necrotizante (A69. 10)
K05.13	Descamativa
K05.18	Outras gengivites crônicas especificadas
K05.19	Gengivite crônica, não especificada
K05.2	Periodontite aguda
K05.20	Abscesso periodontal [abscesso parodontal] de gengival sem fístula Abscesso periodontal de origem gengival sem referência a fístula Exclui: periodontite apical aguda de origem pulpar (K04.4) abscesso periapical de origem pulpar (K04.6, K04.7)
K05.21	Abscesso periodontal [abscesso parodontal] de origem gengival com fístula Exclui: abscesso periapical agudo de origem pulpar (K04.6, K04.7); periodontite apical aguda de origem pulpar (K04.4)
K05.22	Pericoronite aguda
K05.28	Outras periodontites agudas especificadas
K05.29	Periodontite aguda, não especificada
K05.3	Periodontite crônica
K05.30	Simplex
K05.31	Complexa

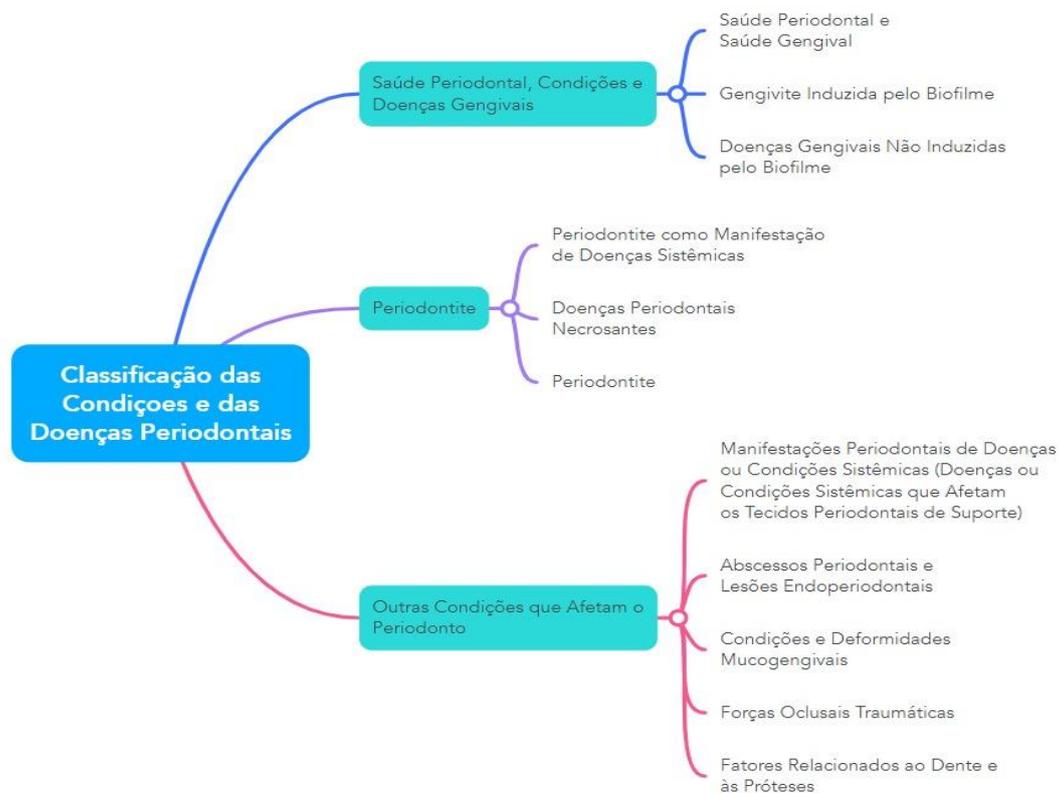
K05.32	Pericoronarite crônica
K05.38	Outras periodontites crônicas especificadas
K05.39	Periodontite crônica, não especificadas
K05.4	Periodontose Periodontose juvenil
K05.5	Outras doenças periodontais
K06	Outros transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes Exclui: atrofia do rebordo alveolar sem dentes (K08.2); gengivite (K05.0, K05.1)
K06.0	Retração gengival Inclui: pós-infecciosa pós-operatória
K06.00	Localizada
K06.01	Generalizada
K06.09	Retração gengival, não especificada
K06.1	Hiperplasia gengival Inclui: tuberosidade
K06.10	Fibromatose gengival (Frenectomia)
K06.18	Outras hiperplasias gengivais especificadas
K06.2	Lesões da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes, associadas a traumatismos
K06.20	Devido a oclusão traumática
K06.21	Devido a escovação
K06.22	Queratose por atrito [funcional]
K06.23	Hiperplasia irritativa do rebordo alveolar [hiperplasia devido à dentadura]
K06.28	Outras lesões especificadas da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes, associadas a traumatismos
K06.29	Lesões da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes não especificadas, associadas a traumatismo Outros transtornos especificados da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes
K06.8	Outros Transtornos Especificados da Gengiva e do Rebordo Alveolar sem Dentes
K08.1	Perda de dentes devido a acidente, extração ou a periodontais localizadas (EXODONTIA) Exclui: acidente atual (503.2)
K08.8	Outros transtornos especificados dos dentes e das estruturas de sustentação
K11.7	Alterações da secreção salivar
K11.72	Xerostomia – Boca Seca Exclui: boca seca SOE (R68.2)

Fonte: Elaborado pelo GT Periodontia Adaptado de CRO-DF. Classificação Internacional de Doenças - CID <sup>38</sup>

## 5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

O diagnóstico, de competência do cirurgião-dentista, é clínico, realizado por meio de anamnese, exame físico loco-regional (sondagem periodontal), complementado pelo exame de imagem radiográfico, preferencialmente periapicais.

Indivíduos podem ser diagnosticados com base na classificação das condições e das doenças periodontais, caso apresentem uma das seguintes características clínicas:<sup>39</sup>



**Figura 1 – Classificação das Condições e das Doenças Periodontais**

Fonte: \*Elaborado pelo GT Periodontia Adaptado Steffens et al. (2018)<sup>39</sup>

Contudo, mesmo que o indivíduo apresente alguma das características anteriores, ele pode não ter o diagnóstico de periodontite, caso a perda de inserção seja observada em alguma das características a seguir:

- (a) cárie dentária que se estende na região cervical do dente;
- (b) lesão endodôntica que drena pelo periodonto marginal;
- (c) ocorrência de fratura radicular vertical;
- (d) presença de perda de inserção periodontal na face distal de um segundo molar em

associação com a presença de um terceiro molar extraído ou mal posicionado;

(e) recessão gengival de origem traumática.

É importante destacar que os antigos diagnósticos de periodontite crônica e periodontite agressiva foram consolidados em uma única condição, chamada periodontite. Nesse cenário, os pacientes com periodontite são classificados em diferentes estágios e graus da doença. Os estágios da periodontite variam de I a IV, sendo avaliados, sempre que possível, com base na perda de inserção clínica. Os graus, por sua vez, servem como um indicador da velocidade de progressão da doença, divididos em A, B e C. A orientação geral é que os clínicos iniciem a classificação dos pacientes no grau B, ajustando para A ou C conforme os critérios forem atendidos. Informações detalhadas sobre a classificação correta da periodontite estão descritas a seguir.

Conceitos clínicos vigentes, segundo a Classificação das Doenças e Condições Periodontais de 2018.<sup>39,40,</sup>

41

### **5.1- Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais**

Inflamação gengival resultante da interação do acúmulo de biofilme dental e resposta imune-inflamatória do hospedeiro, permanecendo contida na gengiva, não se estendendo ao periodonto de sustentação.<sup>39,40, 41</sup>

Fatores Predisponentes (Fatores de Risco Local): são aqueles que facilitam o acúmulo de placa bacteriana em locais específicos, inibindo sua remoção durante as práticas de higiene bucal e/ou criando condições biológicas para acumulação. Margens defeituosas de restaurações e certas características anatômicas de dentes são fatores de retenção de biofilme. Além desses, a secura bucal — condição clínica manifestada por baixo fluxo salivar, indisponibilidade ou alterações qualitativas salivares - está associada à redução da remoção do biofilme e maior inflamação gengival.<sup>39</sup>

Fatores Modificadores (Fatores de Risco Sistêmico): são aquelas características presentes em um indivíduo que influenciam negativamente a resposta imune-inflamatória ao biofilme existente, resultando em “super” inflamação. Fumo, hiperglicemia, deficiências nutricionais, hormônios sexuais elevados (puberdade, ciclo menstrual, gravidez e contraceptivos orais) são os mais relevantes. Agentes farmacológicos (prescritos, não-prescritos e recreativos) podem agir, através de diversos mecanismos, aumentando a susceptibilidade à gengivite, incluindo drogas que reduzem fluxo salivar, que impactam funções endócrinas e drogas que podem induzir aumento gengival e pseudo-bolsas (ANEXO III).<sup>39,42,43</sup>

**Tabela 1 - Usuários com Periodonto Intacto**

	<b>Saúde Periodontal</b>	<b>Gengivite</b>
<b>Perda de Inserção Clínica</b>	Não	Não
<b>Profundidade de Sondagem (assumindo a ausência de pseudobolsas)</b>	≤ 3mm	≤ 3mm
<b>Sangramento à sondagem</b>	< 10%	Sim (≥ 10%)
<b>Perda Óssea Radiográfica</b>	Não	Não

Fonte: \*Elaborado pelo GT Periodontia Adaptado de Chapple et al., 2017<sup>44</sup>

**Tabela 2 - Usuários com Periodonto Reduzido sem Histórico de Periodontite**

	<b>Saúde Periodontal</b>	<b>Gengivite</b>
<b>Perda de Inserção Clínica</b>	Sim	Sim
<b>Profundidade de Sondagem (em todos os sítios e assumindo a ausência de pseudobolsas)</b>	≤ 3mm	≤ 3mm
<b>Sangramento à sondagem</b>	< 10%	Sim (≥ 10%)
<b>Perda Óssea Radiográfica</b>	Possível	Possível

Fonte: \*Elaborado pelo GT Periodontia Adaptado de Chapple et al., 2017<sup>44</sup>

**Tabela 3 - Usuários com Periodonto Reduzido com Histórico de Periodontite Estável Tratada com Sucesso**

	<b>Saúde Periodontal</b>	<b>Gengivite</b>
--	--------------------------	------------------

<b>Perda de Inserção Clínica</b>	Sim	Sim
<b>Profundidade de Sondagem (em todos os sítios e assumindo a ausência de pseudobolsas)</b>	≤ 4 mm (nenhum sítio com ≥ 4mm com sangramento à sondagem)	≤ 3mm
<b>Sangramento à sondagem</b>	< 10%	Sim (≥ 10%)
<b>Perda Óssea Radiográfica</b>	Sim	Sim

Fonte: \*Elaborado pelo GT Periodontia Adaptado de Chapple et al., 2017<sup>44</sup>

**Tabela 4 - Usuários com Periodonto Reduzido com Histórico de Periodontite Estável Tratada com Sucesso**

	<b>Saúde Periodontal</b>	<b>Gengivite</b>
<b>Perda de Inserção Clínica</b>	Sim	Sim
<b>Profundidade de Sondagem (em todos os sítios e assumindo a ausência de pseudobolsas)</b>	≤ 3mm	≤ 3mm
<b>Sangramento à sondagem</b>	< 10%	Sim (≥ 10%)
<b>Perda Óssea Radiográfica</b>	Sim	Sim

Fonte: \*Elaborado pelo GT Periodontia Adaptado de Chapple et al., 2017<sup>44</sup>

## **5.2 - Doenças Gengivais Não Induzidas pelo Biofilme**

Englobam uma variedade de condições que não são causadas por biofilme e usualmente não se resolvem com sua remoção. Tais lesões podem ser manifestações, na cavidade oral, de condições sistêmicas. Apesar dessas lesões não serem causadas por biofilme dental, a severidade das manifestações clínicas, usualmente, depende da quantidade de biofilme acumulado e subsequente inflamação gengival.<sup>40</sup>

**Quadro 3 - Etiologia das Doenças Gingivais Não Relacionadas ao Biofilme**

Categoria	Origem e/ou Condição
Desordens Genéticas e de Desenvolvimento	- Fibromatose gengival hereditária
Infecções Específicas	<p style="text-align: center;"><b>Bacteriana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li>- <i>Treponema pallidum</i></li> <li>- <i>Mycobacterium tuberculosis</i></li> <li>- Gengivite estreptocócica</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Viral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vírus Coxsackie</li> <li>- Herpes simples I e II</li> <li>- Varicella zoster</li> <li>- Molluscum contagiosum</li> <li>- Papilomavírus Humano</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Fúngica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Candidose</li> <li>- Histoplasmose</li> <li>- Aspergilose</li> </ul>
Condições Inflamatórias e Imunes	<p style="text-align: center;"><b>Reações de hipersensibilidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alergia de contato</li> <li>- Gengivite plasmocitária</li> <li>- Eritema multiforme</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Doenças autoimunes da pele e das membranas mucosas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pênfigo vulgar</li> <li>- Penfigóide</li> <li>- Líquen plano</li> <li>- Lúpus eritematoso sistêmico</li> <li>- Lúpus eritematoso discoide</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Lesões inflamatórias granulomatosas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doença de Crohn</li> <li>- Sarcoidose</li> </ul>
Processos Reacionais	<p style="text-align: center;"><b>Epúlides</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Epúlide fibrosa</li> <li>- Granuloma fibroblástico calcificante</li> <li>- Epúlide vascular</li> <li>- Granuloma periférico de células gigantes</li> </ul>
Neoplasias	<p style="text-align: center;"><b>Pré-malignas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leucoplasia</li> <li>- Eritroplasia</li> </ul>
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doenças Endócrinas</li> <li>- Nutricionais</li> <li>- Metabólicas</li> </ul>
Lesões Traumáticas	<p style="text-align: center;"><b>Trauma mecânico/físico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceratose friccional</li> </ul>

Categoria	Origem e/ou Condição
	- Ulceração gengival induzida mecanicamente - Lesões factícias (automutilação) - Queimaduras químicas (tóxicas) <b>Trauma Químico</b> - Queimadura tóxica química <b>Danos térmicos</b> - Queimaduras na gengiva
Pigmentação Gengival	- Melanoplasia - Melanose do tabagista - Pigmentação induzida por medicamentos - Tatuagem de amálgama

Fonte: \*Elaborado pelo GT Periodontia Adaptado de Dietrich et al., 2017<sup>40</sup>

### 5.2.1 - Forças Oclusais Traumáticas

Definição: Estudos clínicos e pré-clínicos demonstraram de forma consistente que nem forças unilaterais nem forças alternadas aplicadas a dentes com periodonto saudável resultam na formação de bolsas periodontais ou na perda de inserção do tecido conjuntivo. O trauma oclusal, por si só, não provoca a destruição do tecido periodontal. Contudo, pode levar à reabsorção do osso alveolar, aumentando a mobilidade dentária, que pode ser temporária ou permanente. Essa reabsorção óssea e a mobilidade consequente devem ser interpretadas como uma adaptação fisiológica do ligamento periodontal e do osso alveolar às forças excessivas ou às demandas funcionais alteradas.<sup>44,45</sup>

Aspectos clínicos: mobilidade dental aumentada, frêmito, sensibilidade térmica, migração dentária, desconforto/dor ao mastigar, dente fraturado.

Aspectos radiográficos: aumento radiográfico do espaço do ligamento periodontal, reabsorção radicular e hipercementose.

### 5.2.2 - Fatores Relacionados ao Dente

Definição de Fatores Relacionados ao Dente: Os fatores relacionados ao próprio dente envolvem características anatômicas ou alterações que facilitam o acúmulo de biofilme, potencializando o risco de doenças gengivais e periodontais.<sup>46</sup> Entre eles, destacam-se:

- Fatores Anatômicos do Dente: A presença de sulcos, fossas ou depressões anatômicas aumenta a retenção de biofilme, especialmente em regiões de difícil

acesso para higiene.<sup>46</sup>

- **Fraturas Radiculares:** Fraturas nos dentes, especialmente na raiz, podem criar áreas de difícil controle de placa e locais de infecção persistente, intensificando a resposta inflamatória e contribuindo para a progressão da doença periodontal.<sup>46</sup>
- **Reabsorção Cervical e Dilaceração Cementária:** Alterações estruturais como reabsorções e dilacerações no cimento expõem o periodonto ao biofilme e à possível inflamação, sendo locais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças.<sup>46</sup>
- **Proximidade Radicular:** Raízes de dentes muito próximas comprometem o espaço periodontal, dificultando o acesso e a higiene, e aumentando a propensão ao acúmulo de biofilme e à inflamação.<sup>46</sup>
- **Erupção Passiva Alterada:** Esta condição, caracterizada por uma margem gengival e, em alguns casos, óssea, localizada mais coronalmente do que o normal, forma "bolsas" gengivais falsas e problemas estéticos. Em muitos casos, essa situação exige intervenção cirúrgica periodontal para restaurar a saúde e a estética.<sup>46</sup>

### 5.2.3 - Fatores Locais Relacionados à Prótese Dental

Definição: Os fatores protéticos dizem respeito às restaurações dentárias que, quando inadequadamente posicionadas ou confeccionadas, contribuem para o acúmulo de biofilme e dificultam o controle de placa.<sup>46</sup> Entre as principais questões, destacam-se:

- **Margens de Restaurações no Espaço dos Tecidos Aderidos Supraósseos:** Posicionar as margens de restaurações dentro do espaço supracrestal (anteriormente conhecido como "distância biológica") pode causar inflamação e perda do tecido periodontal de suporte. A causa exata pode envolver múltiplos fatores, como biofilme e trauma, porém, permanece indefinida.<sup>46</sup>
- **Procedimentos Relacionados à Confeção de Restaurações Indiretas:** A precisão e o cuidado na confecção e adaptação de restaurações indiretas são cruciais, pois restaurações mal adaptadas promovem áreas de retenção de biofilme e favorecem a inflamação gengival ao redor das margens.<sup>46</sup>
- **Reações de Hipersensibilidade ou Toxicidade a Materiais Odontológicos:** Alguns materiais utilizados em restaurações ou próteses podem induzir reações alérgicas ou tóxicas nos tecidos periodontais. Clinicamente, esses casos podem

se manifestar como inflamação localizada, sensibilidade e até mesmo perda de tecido em resposta aos materiais.<sup>46</sup>

### 5.3 - Periodontite

A periodontite é definida como uma doença inflamatória crônica multifatorial, não transmissível, associada a um biofilme disbiótico e caracterizada pela destruição progressiva do aparato de sustentação dentário.<sup>45</sup> Apesar de apresentar extensões e gravidades variáveis, essa condição é altamente prevalente na população, sendo sua forma severa a sexta condição crônica mais prevalente no mundo.<sup>45</sup>

Os sistemas de classificação da periodontite evoluíram ao longo do tempo para refletir os avanços científicos e a compreensão dos diferentes fenótipos clínicos da doença. Inicialmente, fatores como idade e higiene bucal inadequada foram associados à gravidade da periodontite, influenciando as primeiras categorizações.<sup>21</sup>

**Quadro 4 – Evolução dos Sistemas de Classificação das Doenças Peirodontais**

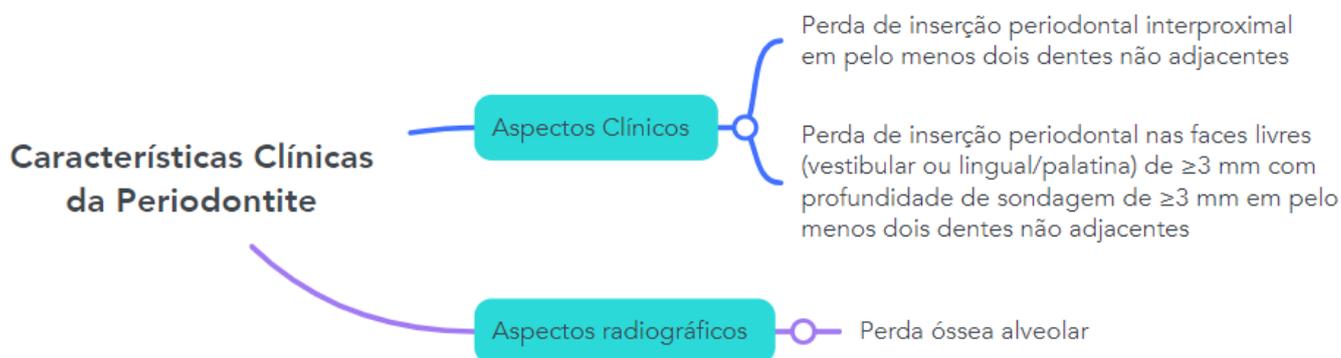
1977	1986	1989	1999	2018
			Doenças gengivais A. Induzida por placa dental B. Não induzida por placa	Doenças e condições gengivais
Periodontite juvenil	Periodontite juvenil	Periodontite de início precoce A. <i>Pré-puberal</i> 1. Localizada 2. Generalizada B. <i>Periodontite juvenil</i> 1. Localizada 2. Generalizada C. <i>Progressão rápida</i>	Periodontite agressiva A. Localizada B. Generalizada	Periodontite classificada de acordo com um sistema de dois vetores, baseados em Estágio e Grau
Periodontite Crônica	Periodontite do Adulto	Periodontite do Adulto	Periodontite Crônica	
	Gingivoperiodontite ulcerativa necrosante	Periodontite Ulcerativa Necrosante	Doenças periodontais necrosantes	Doenças periodontais necrosantes

1977	1986	1989	1999	2018
			A. Gengivite ulcerativa necrosante B. Periodontite ulcerativa necrosante	
	Periodontite refratária	Periodontite refratária		
		Periodontite associada à doença sistêmica	Periodontite como uma manifestação de doenças sistêmicas	Doenças periodontais necrosantes
			Abscessos do periodonto	Doenças periodontais necrosantes
			Periodontite associada a lesões endodônticas	
			Condições e deformidades de desenvolvimento ou adquiridas	

Fonte: Berglundh T, Giannobile WV, Niklaus P. Lang et al. *Lindhe Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. (7th edição).

Grupo GEN; 2024.<sup>21</sup>

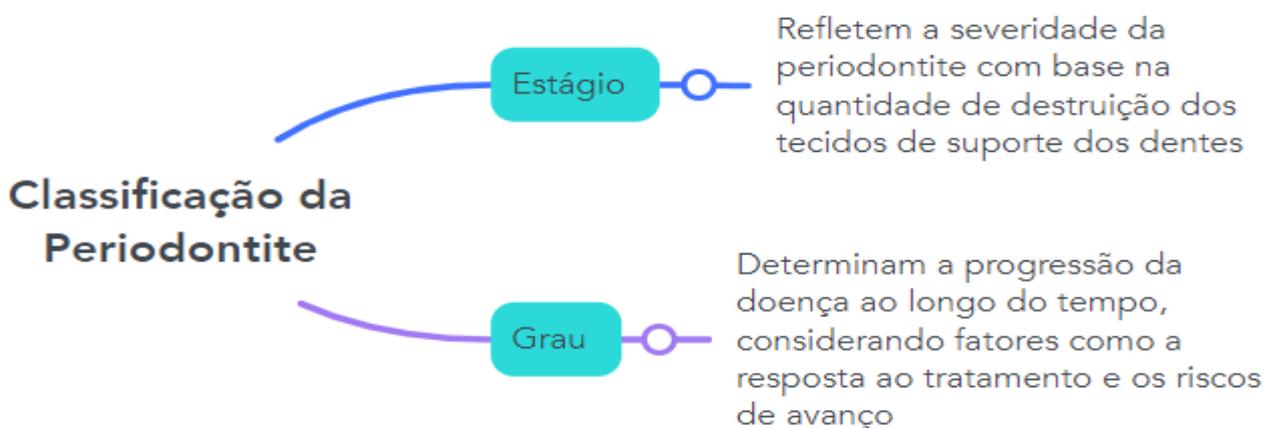
Indivíduos podem ser diagnosticados com periodontite se apresentarem uma das seguintes características clínicas:



**Figura 2 – Características Clínicas da Periodontite**

Fonte: \*Elaborado pelo GT Periodontia Adaptado de Chapple et al., 2017<sup>44</sup>

É importante destacar que os diagnósticos de periodontite crônica e periodontite agressiva foram consolidados em um único termo: periodontite. Nesse cenário, os pacientes com periodontite são classificados em diferentes estágios e graus de gravidade da doença.



**Figura 3 – Classificação da Periodontite**

Fonte: \*Elaborado pelo GT Periodontia Adaptado de Chapple et al., 2017<sup>44</sup>

**Tabela 5 - Classificação dos Estágios das Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares**

	<b>Estágio Periodontal</b>	<b>Estágio I</b>	<b>Estágio II</b>	<b>Estágio III</b>	<b>Estágio IV</b>
<b>Severidade</b>	<b>Perda de Inserção Interproximal</b>	1-2 mm	3-4 mm	≥5 mm	≥5 mm
	<b>Perda Óssea Radiográfica (raiz)</b>	1/3 coronal (<15%)	1/3 coronal (15%-33%)	Estende-se ao terço médio da raiz e além	Estende-se ao terço médio da raiz e além
	<b>Perda Dentária</b>	Nenhuma perda dentária por periodontite		Perda dentária por periodontite ≤4 dentes	Perda dentária por periodontite ≥5 dentes
<b>Complexidade</b>	<b>Profundidade de Sondagem</b>	≤4 mm	≤5 mm	≥6 mm	≥6 mm
	<b>Perda Óssea</b>	Horizontal	Horizontal	Vertical ≥3 mm	Vertical ≥3 mm
	<b>Outras Características</b>	Nenhuma	Nenhuma	Lesão de Furca Classe II ou III  Defeito de rebordo moderado	Em adição à Complexidade do Estágio III: - Necessidade de reabilitação complexa devido a: - Disfunção mastigatória - Trauma oclusal secundário (mobilidade grau ≥2) - Defeito de rebordo severo - Colapso oclusal, migração, ou inclinação dentária - Menos de 20 dentes remanescentes (10 pares de antagonistas)
<b>Extensão e Distribuição</b>	<b>Para cada estágio, descrever a extensão:</b>	Para cada estágio, descrever a extensão: - Localizada: envolve <30% dos dentes presentes - Generalizada: envolve ≥30% dos dentes presentes - Padrão Incisivo-Molar: envolve apenas dentes incisivos e/ou molares.			

Fonte: Traduzido com adaptações da original em Papapanou PN, Sanz M, et al. Periodontitis: Consensus report of Workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S162–S170<sup>45</sup>

**Tabela 6 - Classificação do Grau das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares**

Grau Periodontite		<b>Grau A</b> Baixa taxa de progressão	<b>Grau B</b> Moderada taxa de progressão	<b>Grau C</b> Rápida taxa de progressão	
<b>Critério Primário</b>	<b>Evidência direta de progressão</b>	Registros Longitudinais (perda óssea radiográfica ou perda de inserção clínica)	Nenhuma evidência de perda óssea após 5 anos de acompanhamento	< 2mm em 5 anos	≥ 2mm em 5 anos
		% Perda óssea / idade	<0,25	≥ 0,25 a 1,0	>1,0
	<b>Evidência indireta de progressão</b>	Fenótipo do caso	Muito biofilme e pouca destruição	Destruição compatível com depósitos de biofilme	Destruição excedente ao esperado pela quantidade de biofilme (progressão rápida da doença e/ou acometimento precoce)
<b>Modificadores</b>	<b>Fatores de Risco</b>	<b>Fumo</b>	Não-fumante	Fumante <10 cigarros/dia	Fumante ≥10 cigarros/dia
		<b>Diabetes</b>	Normoglicêmico Sem diagnóstico de Diabetes	Diabéticos HbA1c <7%	Diabéticos HbA1c ≥7%

Fonte: Traduzido com adaptações da original em Papapanou PN, Sanz M, et al. Periodontitis: Consensus report of Workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S162–S170<sup>45</sup>

A abordagem terapêutica considerada padrão para o tratamento da periodontite envolve o manejo do biofilme subgingival. Esse procedimento é realizado pelo cirurgião-dentista, que utiliza técnicas de raspagem e alisamento radicular, empregando curetas periodontais, além de instrumentos sônicos e ultrassônicos. A realização desse tratamento, aliada a uma correta higiene bucal realizada pelo paciente em casa, é amplamente reconhecida como essencial para alcançar o êxito da terapia periodontal a longo prazo.

### 5.3.1 - Doenças Periodontais Agudas

Definições: As doenças periodontais agudas são descritas como "condições clínicas de início rápido

que afetam o periodonto ou estruturas associadas, caracterizando-se frequentemente por dor ou desconforto, destruição dos tecidos e infecção" (American Academy of Periodontology, 2000). Diversas enfermidades ou condições se enquadram nessa categoria, incluindo abscessos gengivais, abscessos periodontais, doenças periodontais necrosantes, gengivostomatite herpética, abscessos pericoronários, pericoronarite e lesões endoperiodontais.<sup>47</sup>

### 5.3.2 - Doenças Periodontais Necrosantes

Definições: constituem um grupo de condições periodontais com manifestações clínicas específicas, como necrose das papilas, sangramento e dor, geralmente relacionadas a variados níveis de comprometimento na resposta imunológica do hospedeiro. A gengivite necrosante e a periodontite necrosante integram as doenças periodontais necrosantes e podem representar estágios de uma mesma patologia, compartilhando etiologia, características clínicas e tratamento. Podem evoluir para condições graves, como estomatite necrosante e noma. O termo "ulcerativa" foi descartado por ser secundário à necrose. DPNs apresentam risco de recorrência e podem evoluir para formas crônicas ou outras lesões orais em casos graves.<sup>48</sup>

Aspectos clínicos: necrose/ulcerações das papilas interdentes, sangramento gengival, halitose, dor e rápida perda óssea (periodontites necrosantes). Outros sinais/sintomas associados podem incluir formação de pseudomembranas, linfadenopatia regional, febre e sialorréia (crianças).<sup>48</sup>

### 5.3.3 - Abscesso Periodontal

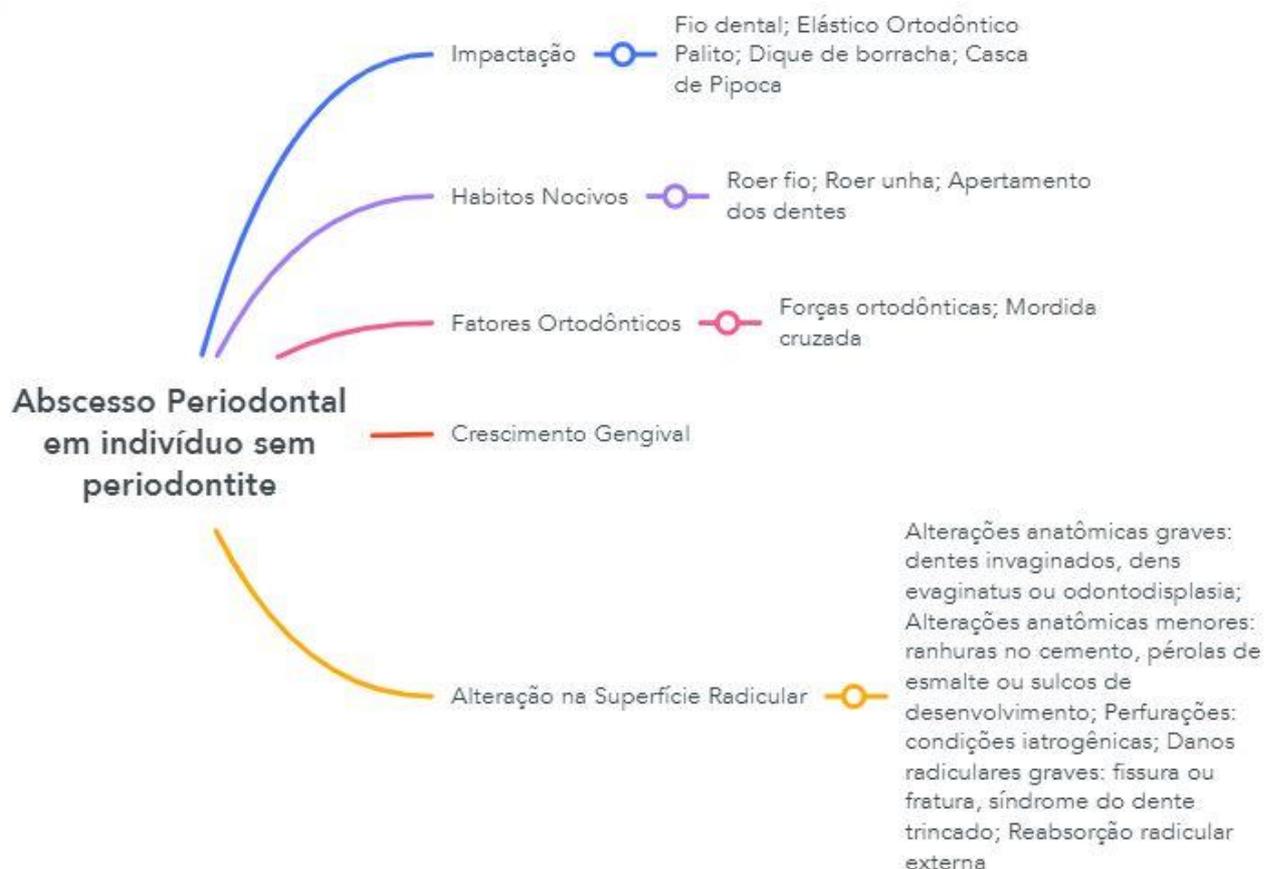
Definição: acúmulo de pus localizado na parede gengival do sulco/bolsa periodontal, resultando em destruição tecidual significativa.<sup>48</sup>

Aspectos clínicos: elevação ovoide da gengiva na parede lateral da raiz, dor, sangramento e supuração à sondagem, bolsa periodontal profunda e aumento da mobilidade dental podem ser observados.<sup>48</sup>



Figura 4 – Abscesso Periodontal em Indivíduo com Periodontite

Fonte: \*Elaborado pelo GT Periodontia Adaptado de Herrera et al., 2017<sup>48</sup>



**Figura 5 – Abscesso Periodontal em Indivíduo sem Periodontite**

Fonte: \*Elaborado pelo GT Periodontia Adaptado de Herrera et al., 2017<sup>48</sup>

### 5.3.4 - Lesão Endoperiodontal

Definição: comunicação patológica entre os tecidos pulpar e periodontal em determinado dente, o que pode ocorrer de forma aguda ou crônica.<sup>45</sup>

Aspectos clínicos: caracterizada por bolsas periodontais profundas que se estendem ao ápice radicular e/ou resposta negativa ou alterada ao teste de vitalidade pulpar. Outros sinais e sintomas possíveis incluem dor espontânea ou à palpação/percussão, supuração, mobilidade dental, fístula e alterações de coloração na coroa do dente e/ou gengiva. Sinais observados em lesões endoperiodontais associadas a fatores traumáticos ou iatrogênicos podem incluir perfuração radicular, fratura/trinca ou reabsorção radicular externa.<sup>45</sup>

Aspectos radiográficos: evidência de perda óssea radiográfica na região apical ou de furca.

## 6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

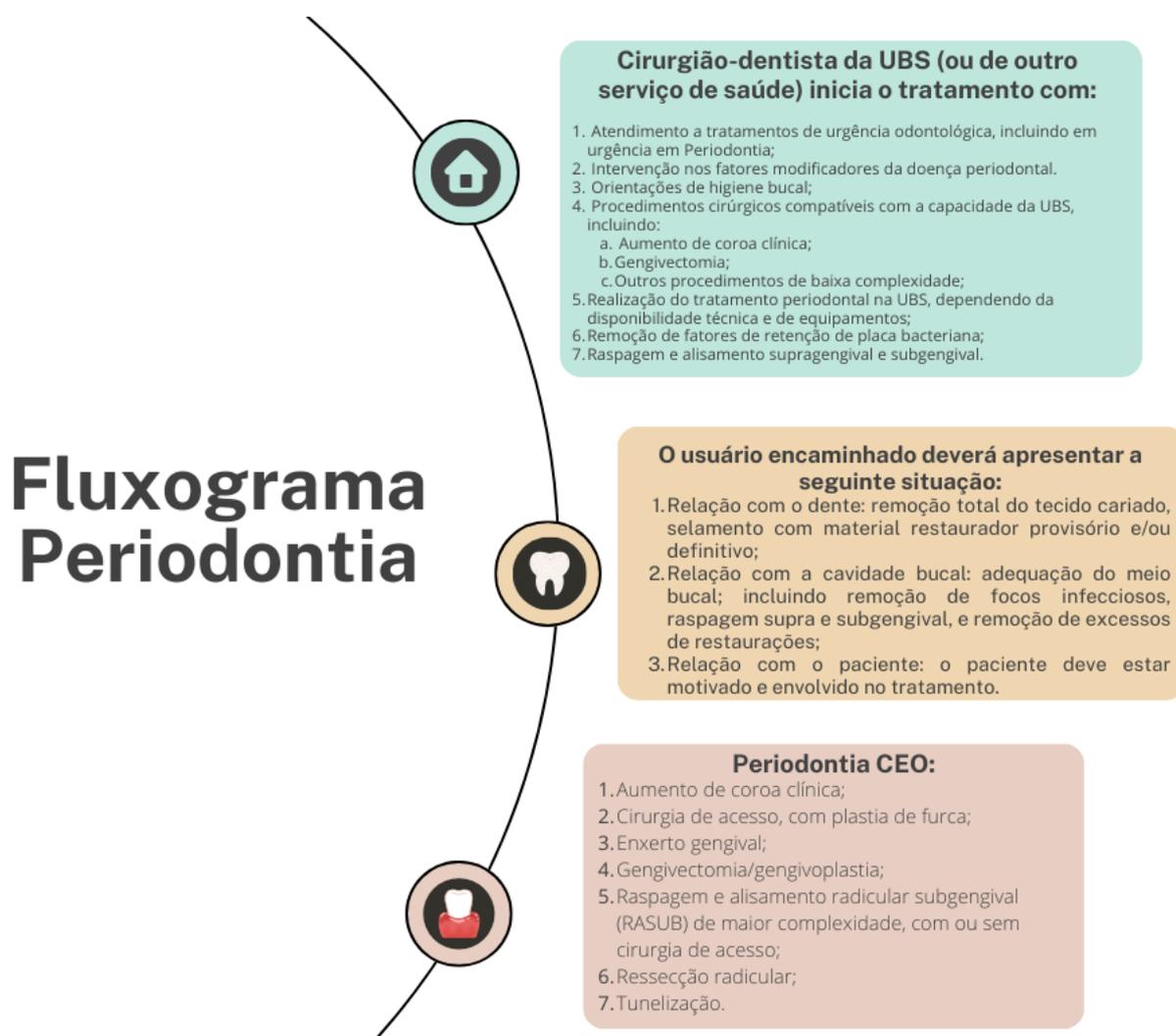
- Usuário em acompanhamento na UBS que apresente necessidade de tratamento periodontal especializado, encaminhado via Sistema de Regulação (SisReg), preferencialmente, com exame radiográfico qualitativo (radiografias periapicais);
- Comorbidade(s) em condição de controle medicamentoso e/ou acompanhamento pela equipe médica da UBS;
- Paciente com tratamento periodontal básico (instrução/motivação de higiene oral, profilaxia/polimento coronário e raspagem supragengival) e adequação do meio bucal (exodontias de restos radiculares e/ou de dentes sem possibilidade de reabilitação, selamento de cavidades cariosas e remoção de excessos marginais de restaurações) realizados previamente na UBS;
- Presença/Indicação de sítios com sondagem clínica igual ou superior a 4 mm (Periodontite Estágios II, III e IV);
- Manifestações periodontais de condições sistêmicas;
- Lesões endoperiodontais;
- Indicação de cirurgia para restabelecimento de espaço biológico;
- Indicação de gengivectomia/gengivoplastia;
- Indicação de enxertos gengivais livres ou conjuntivos;
- Paciente com abscesso periodontal ou condições necrosantes.

## 7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Usuários com condições gengivo-periodontais leves, como gengivites e/ou periodontites com sondagem clínica de até 4 mm;
- Dentes com mobilidade grau 3 ou que não tenham condições clínicas de exercer funções no sistema estomatognático (apoiar próteses parciais removíveis);
- Terceiros molares sem função nos arcos dentários;
- Dentes com severa destruição coronária (raízes residuais);
- Usuários que não tenham sido submetidos, previamente, ao tratamento periodontal básico e adequação do meio bucal na UBS;
- Presença de condições sistêmicas descompensadas que inviabilizam o tratamento periodontal em nível especializado ambulatorial. Neste caso, o usuário deverá ser, primeiramente, avaliado pela equipe médica da UBS e estabilizado;
- Usuários que recusarem o tratamento periodontal proposto devido à falta de motivação.

## 8. CONDOTA

Ao receber novo paciente na Unidade Básica de Saúde, o Cirurgião-Dentista da Atenção Básica realizará adequadamente exame clínico e elaborará seu plano de tratamento. Surgindo suspeita ou evidência de que se trata de paciente com doença periodontal, após sondagem periodontal (aferição de profundidade de sondagem, nível de inserção clínica e sangramento à sondagem) ou análise de exame radiográfico disponível (constatação de perda óssea radiográfica), o CD da UBS tem competência e responsabilidade exclusivas de incluir o usuário no Sistema de Regulação para a especialidade de Periodontia, assegurando-se de cumprir fielmente os critérios de inclusão e exclusão previstos em Notas Técnicas específica.<sup>49</sup>



A figura abaixo descreve a competência da atuação do CD em cada nível da assistência:

**Figura 6 – Fluxo de procedimentos em cada nível da atenção e requisitos para encaminhamento**

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008 e da Portaria 1464 de 24 de junho de 2011<sup>49</sup>

Se possível, os pacientes deverão ser encaminhados com o exame radiográfico realizado, preferencialmente periapicais. Caso as radiografias não tenham sido disponibilizadas até a consulta com o especialista, o CD da UBS deverá, minimamente, já ter inserido o nome do usuário no SisReg na especialidade de radiologia, já que a indisponibilidade do exame radiográfico compromete o adequado diagnóstico periodontal pelo periodontista no CEO.

### 8.1 - Conduta Preventiva

A redução quantitativa do biofilme acumulado nas superfícies dentais, através da escovação, uso do fio dental/escova interproximal e profilaxia profissional, representa o principal componente na prevenção e no controle das doenças bucais. A eficácia da prevenção da doença periodontal também depende de motivação, conhecimento, comportamento favorável, autonomia dos usuários, fornecimento de instruções adequadas de higiene bucal, tipo de utensílio utilizado e habilidade manual individual.<sup>50, 51,52,53</sup>

Os principais procedimentos preventivos são:

- Profilaxia profissional – objetiva eliminar o biofilme de todas as superfícies dentais, devendo ser realizada com o uso de pedra-pomes misturada com água ou pasta profilática não oleosa, associada à taça de borracha (superfícies lisas) e à escova de Robbinson (sulcos, fossas e fissuras). A profilaxia também pode ser realizada com jato de bicarbonato. A frequência do procedimento é risco dependente;<sup>50, 51,52,53</sup>
- Instrução de higiene bucal – pode ser realizada individualmente ou coletivamente (atividade educativa/orientação em grupo na UBS), pelo CD ou TSB. Destina-se a estimular a escovação e o uso do fio dental/escova interproximal, visando o autocuidado, e orientar que a manutenção da saúde periodontal depende da capacidade de controle do biofilme dental;<sup>50, 51,52,53</sup>
- Aplicação tópica de flúor – procedimento realizado por CD ou TSB, com a finalidade de prevenir e/ou remineralizar lesões cáries, além de controlar a sensibilidade dentinária pós-raspagem nas regiões com retração gengival;<sup>50, 51,52,53</sup>
- Educação e Manutenção Periódica: Ensinar técnicas de higiene bucal individualizadas é crucial para capacitar o paciente a manter os resultados do tratamento em longo prazo. A manutenção periódica, com visitas de revisão e profilaxia, é essencial para monitorar a condição periodontal;<sup>50, 51,52,53</sup>
- Controle de Hábitos Nocivos: A eliminação ou redução de hábitos prejudiciais, como o tabagismo, é importante, pois o fumo está diretamente associado a uma resposta inflamatória exacerbada e à redução da cicatrização periodontal;<sup>50, 51,52,53</sup>
- Correção de Fatores Anatômicos: A remoção de interferências anatômicas, como restaurações

defeituosas ou margens sobrecontornadas, é necessária para facilitar a higiene bucal e reduzir o risco de reinfecção.<sup>50, 51,52,53</sup>

## 8.2 - Tratamento Não Farmacológico

No tratamento periodontal, as abordagens não farmacológicas são fundamentais para controlar a inflamação e estabilizar a progressão da doença. Além dos métodos mencionados, outras estratégias também desempenham um papel essencial.<sup>49,54,55</sup>

- Instrumentação Mecânica e Ultrassônica: O uso de instrumentos manuais ou ultrassônicos para raspagem e alisamento radicular visa remover o biofilme subgingival e cálculos dentários de maneira precisa, proporcionando superfícies radiculares mais lisas e menos propensas ao acúmulo de biofilme e bactérias.<sup>49,54,55</sup>
- Polimento Radicular e Controle de Biofilme: Em algumas fases do tratamento, o polimento das superfícies dentárias pode ser indicado para reduzir a rugosidade e minimizar a retenção de biofilme. Além disso, visitas periódicas de manutenção de higiene bucal auxiliam no controle do biofilme e na prevenção da recontaminação.<sup>49,54,55</sup>
- Terapia Fotodinâmica e Uso de Laser: Técnicas de fototerapia e laser vêm sendo utilizadas como complemento à raspagem e ao alisamento radicular, pois promovem a descontaminação de bolsas periodontais e podem acelerar a cicatrização dos tecidos gengivais.<sup>49,54,55</sup>
- Ajustes Oclusais: Em casos de trauma oclusal, ajustes na oclusão são realizados para evitar forças excessivas sobre os dentes, pois o trauma oclusal pode exacerbar a inflamação periodontal e contribuir para a perda óssea.<sup>49,54,55</sup>

Tais abordagens têm como objetivo não apenas o controle da inflamação ativa, mas também a criação de condições favoráveis para a manutenção periodontal em longo prazo, sendo o envolvimento do paciente um elemento central para o êxito terapêutico. Procedimentos pertinentes à área da Periodontia estão descritos no ANEXO IV, acompanhados dos respectivos códigos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

O tratamento pode variar de acordo com o estágio e extensão das condições e doenças periodontais. Usuários com diagnóstico clínico de saúde periodontal, gengivite ou periodontite leve (Estágio I) necessitam de procedimentos não complexos, os quais devem ser realizados na UBS: orientação de higiene bucal/motivação; profilaxia/polimento coronário; remoção de fatores retentivos de biofilme; raspagem supragengival para remoção de cálculo dentário. Tais ações serão suficientes para reduzir sinais clínicos de inflamação gengivo-periodontal e controlar a progressão das doenças periodontais. No entanto, nos casos de progressão e extensão mais severos,

intervenções invasivas podem ser necessárias, como sessões de raspagem subgengival, cirurgias para inativação de bolsas periodontais profundas e controle de perda de inserção clínica. Esses procedimentos deverão ser realizados no ambulatório de periodontia do CEO.

Detalhadamente, os principais procedimentos realizados pela especialidade de periodontia no CEO são:

- Raspagem corono-radicular – procedimento eletivo, não cirúrgico, considerado tratamento padrão-ouro para a periodontite.<sup>31</sup> Consiste na remoção de biofilme e cálculo da superfície corono-radicular, sob anestesia local - se necessário, objetivando a biocompatibilidade radicular. Pode ser executada com instrumentação manual, ultrassônica ou combinação de técnicas.<sup>49</sup> Anatomia dental, extensão de destruição periodontal, fatores locais, comorbidades e fumo podem interferir na eficácia da raspagem<sup>31</sup>. Em pacientes com periodontite severa, somente a raspagem pode ser insuficiente para restabelecer a saúde periodontal.<sup>56</sup> Outras formas de terapias, como lasers, antissépticos, antibióticos sistêmicos, moduladores do hospedeiro e probióticos têm sido sugeridas como adjuvantes à raspagem;<sup>57</sup>
- Cirurgia periodontal para redução de bolsas periodontais – procedimento cirúrgico para reduzir ou eliminar bolsas periodontais persistentes e ativas quando as alternativas não cirúrgicas foram esgotadas;<sup>49</sup>
- Cirurgia periodontal de aumento de coroa clínica - (retalho posicionado apicalmente) – procedimento cirúrgico e eletivo, indicado quando há extensa destruição da coroa e/ou raiz. Consiste na reposição apical da gengiva, com restabelecimento do espaço biológico por meio de osteotomia/osteoplastia, possibilitando tratamento restaurador/protético adequado com a exposição das margens cavitárias ou do preparo da prótese;<sup>49,58</sup>
- Gengivectomia/gengivoplastia – procedimento cirúrgico, eletivo, excisional que objetiva a redução da extensão/espessura do tecido gengival em situações que haja necessidade de aumento da coroa clínica do dente, sem intervenção óssea;<sup>49</sup>
- Ressecção/amputação radicular – procedimento cirúrgico, eletivo e ressectivo que tem por objetivo eliminar defeitos de furca através da separação das raízes, complementada pela eventual eliminação de uma ou duas raízes, transformando dentes multirradiculares em unidades radiculares isoladas. Indicada para dentes com envolvimento de furca graus II ou III que mantêm profundidades de sondagem aumentada e sinais inflamatórios associados, mesmo após terapia periodontal não cirúrgica;<sup>49</sup>
- Tratamento de lesão de furca – procedimento cirúrgico que tem por objetivo a exposição de toda a área da furca, resultando em um espaço interradicular, de vestibular até lingual, tipo “túnel”. Indicado para molares inferiores de tronco radicular curto, com envolvimento de furca graus II ou III, que

mantêm profundidades de sondagem aumentada e sinais inflamatórios associados, mesmo após terapia periodontal não cirúrgica, evidenciando atividade de doença e risco de progressão da perda de inserção/perda óssea;<sup>49</sup>

- Tratamento periodontal em situação de urgência – procedimentos realizados para aliviar a dor e retirar o usuário da fase aguda inflamatória. Afecções mais comuns: abscesso periodontal, gengivite e periodontite necrosantes e pericoronarite;<sup>54</sup>
- Tratamento de Lesão Endoperio – O tratamento clínico-cirúrgico da lesão que exige uma abordagem combinado entre as especialidades de periodontia e endodontia.<sup>36,45</sup> Se diagnosticada no CEO, o periodontista deve inserir o usuário no SisReg como “prioridade vermelha” de atendimento pelo endodontista;
- Contenção dentária (splintage) – procedimento realizado para reduzir a mobilidade de dentes com periodonto reduzido, sem atividade de doença periodontal, unindo-os com auxílio de fio ortodôntico e técnica adesiva.<sup>59</sup>

Os instrumentais clínicos da especialidade de periodontia mais utilizados e disponíveis na SES-DF estão listados no ANEXO V.

### **8.3 Tratamento Farmacológico**

Na periodontia, o tratamento farmacológico desempenha um papel auxiliar e, em alguns casos, essencial para o controle da infecção e da inflamação periodontal, complementando as intervenções mecânicas convencionais. O uso de fármacos pode ser indicado para tratar periodontites mais avançadas, especialmente em pacientes com comprometimento sistêmico ou alta susceptibilidade à progressão da doença. Os principais agentes farmacológicos incluem antibióticos, que auxiliam no controle das bactérias periodontopatogênicas; anti-inflamatórios, que reduzem a inflamação e o desconforto local; e antissépticos tópicos, como a Clorexidina, amplamente utilizada no controle de biofilme supragengival. Dentre essas terapias adjuntas à raspagem, a antibioticoterapia com amoxicilina e metronidazol demonstrou fortes evidências científicas para uso no atendimento clínico em situações específicas.<sup>60</sup>

#### **8.3.1 Antibióticos**

A periodontite é uma condição inflamatória crônica que afeta os tecidos de suporte dos dentes e, se não tratada, pode levar à perda dentária. A terapia periodontal visa remover o biofilme supra e subgengival e promover a cicatrização dos tecidos periodontais, sendo a raspagem e o alisamento radicular (RAR) os

métodos primários de controle mecânico. Entretanto, essa intervenção isolada pode apresentar limitações, como a recolonização bacteriana, o que motivou a introdução de antibióticos sistêmicos adjuntos ao tratamento para casos específicos.<sup>60</sup>

As penicilinas são a primeira opção para tratar infecções bacterianas na cavidade oral. Atualmente, a amoxicilina é a mais recomendada, pois apresenta uma absorção mais eficiente e rápida, mesmo na presença de alimentos, além de manter níveis sanguíneos por um período mais prolongado. Isso possibilita um espaçamento maior entre as doses, variando entre 8 e 12 horas, dependendo da formulação. Seu uso é comum em associação com metronidazol e, em alguns casos, com clavulanato de potássio.<sup>60</sup>

As cefalosporinas não devem ser a primeira opção para o tratamento de infecções odontológicas em ambiente ambulatorial. Embora possuam um espectro de ação um pouco mais amplo do que as penicilinas, sua eficácia não abrange de forma ideal as bactérias mais comumente encontradas nessas infecções. As cefalosporinas são indicadas principalmente para a profilaxia cirúrgica em procedimentos como cirurgias ortognáticas ou para o tratamento de infecções graves na região da cabeça e pescoço, quando o paciente está em ambiente hospitalar.<sup>60</sup>

Elas também podem ser utilizadas na prevenção da endocardite bacteriana como alternativa às penicilinas em pacientes alérgicos, desde que não tenham apresentado reações de hipersensibilidade imediata, conforme as recomendações atuais da American Heart Association (AHA).<sup>33,60,61</sup>

O metronidazol possui alta eficácia contra bacilos anaeróbios gram-negativos, sendo amplamente utilizado no tratamento de infecções bacterianas agudas, como pericoronarites, abscessos periapicais e gengivite ulcerativa necrosante. Geralmente, é prescrito em combinação com penicilinas ou cefalosporinas para potencializar sua ação terapêutica.<sup>60</sup>

No tratamento das infecções periodontais crônicas, como complemento à raspagem e ao alisamento radicular, a combinação de metronidazol com amoxicilina apresenta um importante efeito sinérgico contra o *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), principal bactéria associada às periodontites agressivas.<sup>60</sup>

Além disso, o metronidazol, quando utilizado isoladamente, tem se mostrado eficaz na redução de outros patógenos em pacientes com periodontite crônica que não respondem adequadamente à terapia mecânica.<sup>60</sup>

No tratamento das periodontites, a utilização de antimicrobianos sistêmicos, especialmente a

associação amoxicilina-metronidazol, tem sido investigada como terapia adjuvante ao debridamento mecânico e/ou cirúrgico, visando melhorar a resposta clínica, particularmente em bolsas periodontais profundas. Embora a literatura apresente resultados promissores para o uso de antimicrobianos como auxiliares na estabilização de quadros de periodontite, observa-se uma significativa heterogeneidade metodológica nos estudos existentes. Essa variação na posologia e tempo de administração representa um desafio para a padronização e efetividade dos tratamentos na prática clínica.<sup>60</sup>

Estudos de referência, como Borges, I., et al. (2017), indicam que a duração da administração de amoxicilina + metronidazol teve um impacto maior na eficácia do tratamento do que a dosagem de metronidazol. Dos indivíduos que utilizaram antibióticos por 14 dias, 63% alcançaram o desfecho clínico, definido como sítios com profundidade de sondagem (PS)  $\leq 4$  mm em locais que inicialmente apresentavam PS  $> 5$  mm após 1 ano, enquanto aproximadamente 14% dos tratados apenas com raspagem e alisamento radicular e cerca de 30% daqueles que usaram antibióticos por 7 dias atingiram esse resultado.<sup>62</sup>

Além disso, os participantes que utilizaram amoxicilina + metronidazol por 14 dias também apresentaram os melhores resultados clínicos para a maioria das variáveis secundárias, como redução média da PS, ganho de inserção clínica (IC) em sítios inicialmente profundos e redução do número médio de sítios com PS  $\geq 5$  mm e  $\geq 6$  mm.<sup>62</sup>

Em comparação com o tratamento da periodontite, onde a antibioticoterapia é menos indicada em pacientes com boa resposta ao debridamento mecânico convencional, a periodontite grau B e C e estágio III e IV beneficia-se mais frequentemente da terapia antimicrobiana devido à natureza rápida e destrutiva dessa doença, especialmente em casos que envolvem patógenos como *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* e *Porphyromonas gingivalis*. A combinação amoxicilina-metronidazol mostrou-se eficaz na supressão desses patógenos, aproveitando o amplo espectro de ação da amoxicilina e o efeito sinérgico do metronidazol, sendo que essa associação é geralmente preferida em relação à doxiciclina, exceto quando contraindicações à primeira estão presentes.<sup>63, 64</sup>

A associação de amoxicilina ou ampicilina com um inibidor de betalactamases, como clavulanato de potássio ou sulbactam sódico, não deve ser uma prática rotineira em odontologia. Seu uso deve ser reservado para casos em que a infecção não responde adequadamente ao tratamento com penicilinas, isoladas ou em combinação com metronidazol, ou quando exames microbiológicos confirmam a presença de bactérias produtoras de betalactamases (penicilinases).<sup>60</sup>

A azitromicina é um dos antibióticos de escolha para o tratamento de abscessos periapicais agudos

em pacientes com histórico de alergia às penicilinas. Sua eficácia se deve à capacidade de alcançar altas concentrações nos tecidos e manter uma ação prolongada, permitindo intervalos mais espaçados entre as doses.

Além disso, tanto a claritromicina quanto a azitromicina apresentam menor incidência de efeitos adversos gastrointestinais em comparação com a eritromicina, tornando seu uso mais tolerável para os pacientes.<sup>60</sup>

A clindamicina é geralmente indicada para o tratamento de infecções odontológicas mais avançadas. Seu uso deve ser criterioso, pois frequentemente representa a principal alternativa para pacientes alérgicos às penicilinas, sendo empregada tanto no manejo de infecções graves (inclusive em ambiente hospitalar) quanto na profilaxia da endocardite bacteriana.<sup>60</sup>

O uso indiscriminado desse antibiótico na odontologia pode favorecer a seleção de bactérias resistentes. Normalmente, a clindamicina é utilizada de forma isolada, sem necessidade de associação com metronidazol.<sup>60</sup>

As tetraciclina são eficazes contra diversas bactérias anaeróbias, porém sua utilidade tem sido reduzida devido ao surgimento de cepas resistentes. Entre as tetraciclina disponíveis, a doxiciclina é a mais utilizada na prática odontológica. Seu uso é principalmente indicado para o tratamento de periodontites agressivas ou crônicas, sendo uma alternativa para pacientes alérgicos às penicilinas ou que não toleram os efeitos adversos do metronidazol.<sup>60</sup>

Doses subantimicrobianas de doxiciclina em conjunto com raspagem e alisamento radicular em pacientes com periodontite mostraram um efeito adjuvante benéfico estatisticamente significativo na redução da profundidade de sondagem e na obtenção de ganho no nível de inserção clínica.<sup>65</sup>

A doxiciclina, em especial, exerce uma ação bacteriostática que inibe a síntese proteica, enquanto a azitromicina, com sua longa meia-vida e efeito imunomodulador, tem mostrado potencial para melhorar a adesão do paciente ao tratamento em regimes mais curtos. No entanto, ainda são necessários estudos longitudinais para consolidar o uso de azitromicina e outras drogas como terapias de escolha.<sup>65</sup>

### **8.3.2 Antibióticos para Profilaxia de Endocardite Infecciosa**

Ao contrário do tratamento com antibióticos, a profilaxia antibiótica refere-se à administração de antibióticos em indivíduos que não apresentam sinais de infecção, com o propósito de evitar a colonização

bacteriana e possíveis complicações durante o período pós-operatório.

Na odontologia, o uso profilático de antibióticos pode ser adotado para prevenir infecções no local da cirurgia (profilaxia cirúrgica) ou para evitar infecções em outras partes do corpo, especialmente em pacientes com maior risco. A prática rotineira de administração de antibióticos profiláticos não é recomendada, exceto para os seguintes pacientes com condições cardíacas de alto risco.<sup>33</sup>

Indicações de profilaxia antibiótica para procedimentos odontológicos com manipulação gengival, da região periapical ou perfuração da mucosa oral:<sup>33</sup>

- Válvulas cardíacas protéticas (inclusive transcater ou homólogas)
- Materiais protéticos utilizados para reparo valvar (como anéis de anuloplastia, cordas ou cliques)
- História prévia de endocardite infecciosa
- Cardiopatia congênita cianótica não corrigida ou corrigida com shunts ou regurgitação valvar residual no local de ou adjacente a um material protético
- Transplante cardíaco com regurgitação valvar devida a anomalia estrutural

Obs.: Fora essas condições, a profilaxia antibiótica não é recomendada para outros tipos de cardiopatia congênita.

Procedimentos odontológicos para os quais a profilaxia NÃO é recomendada:<sup>33</sup>

- Anestesia local em tecido não infectado
- Radiografias dentárias
- Instalação ou ajuste de aparelhos ortodônticos
- Exfoliação de dentes decíduos
- Sangramentos traumáticos da mucosa oral ou lábios

### **8.3.3 Anti-inflamatórios**

O uso de anti-inflamatórios na periodontia é um assunto amplamente pesquisado, com estudos apontando tanto vantagens quanto restrições em sua aplicação. Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são comumente utilizados para reduzir a inflamação e aliviar sintomas como dor e inchaço em pacientes com doenças periodontais. Entretanto, seu emprego deve ser feito com cautela, pois a inflamação desempenha um papel essencial na defesa do organismo contra infecções e na regeneração dos tecidos.

Estudos sugerem que o uso de anti-inflamatórios, tanto esteroides como não esteroides, pode ser eficaz no controle da dor pós-operatória em procedimentos periodontais, embora a escolha do medicamento e a dosagem devam ser cuidadosamente consideradas devido à variabilidade nos resultados e potenciais efeitos colaterais.<sup>66,67,68</sup>

Ensaio clínico sobre medicamentos anti-inflamatórios não esteroides apoia a hipótese básica de que a inibição dos metabólitos do ácido araquidônico retarda a perda óssea alveolar e essa abordagem pode ser um complemento ao tratamento mecânico convencional. Como os medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais podem estar associados ao aumento do tempo de sangramento e úlceras gástricas, os medicamentos devem ser prescritos com cautela. Grandes estudos multicêntricos com resultados comparáveis são necessários para avaliar completamente essa terapia.<sup>65</sup>

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são recomendados para o alívio da dor aguda de intensidade moderada a intensa no pós-operatório de procedimentos odontológicos eletivos cirurgias periodontais entre outros. A abordagem mais eficaz com os AINEs é a analgesia preventiva, que deve ser iniciada logo após a lesão tecidual, mas antes do surgimento da dor. Na prática, a primeira dose é administrada ao término do procedimento, enquanto o paciente ainda está sob efeito da anestesia local, seguida por doses de manutenção por um curto período.<sup>60</sup>

A dor decorrente de procedimentos cirúrgicos odontológicos eletivos costuma persistir por aproximadamente 24 horas, atingindo seu pico entre 6 e 8 horas após a cirurgia. O edema inflamatório, por sua vez, tende a alcançar sua máxima expressão por volta de 36 horas após a intervenção. Diante desse quadro, recomenda-se que o uso de AINEs seja restrito a, no máximo, 48 a 72 horas. Persistindo a dor intensa ou havendo aumento do edema após esse intervalo, é fundamental que o profissional considere a possibilidade de complicações locais, encaminhando o paciente para nova avaliação clínica.<sup>60</sup>

Não há respaldo científico que justifique a prescrição prolongada de AINEs por períodos superiores a três dias, como ainda ocorre em algumas práticas clínicas, especialmente quando a causa da dor já foi resolvida. De forma complementar, os corticosteroides, assim como os AINEs, também são empregados com o objetivo de prevenir a hiperalgesia e controlar o edema inflamatório pós-operatório. Dentre esses, a dexametasona destaca-se por sua elevada potência anti-inflamatória e longa duração de ação, o que frequentemente permite sua administração em dose única ou por um curto período terapêutico.<sup>60</sup>

Considerando que os corticosteróides necessitam de um tempo biológico para exercerem seus efeitos, o regime mais adequado para sua administração é a analgesia preemptiva, ou seja, iniciada antes da ocorrência da lesão tecidual. Em adultos, a dose recomendada geralmente varia entre 4 e 8 mg, devendo ser administrada cerca de uma hora antes do procedimento.<sup>60</sup>

#### **8.3.4 Antissépticos**

Os microrganismos presentes na cavidade bucal formam um biofilme, conhecido como “placa dentária”, que se adere às superfícies dos dentes, bem como a outros nichos da mucosa e da língua. Caso sua quantidade não seja controlada antes dos procedimentos odontológicos, o aerossol gerado pode contaminar tanto o campo operatório quanto o ambiente do consultório. Além disso, em intervenções que envolvem sangramento, há risco de as bactérias atingirem a corrente sanguínea, resultando em bacteremias transitórias, com potencial impacto clínico variável.<sup>60</sup>

Os antissépticos têm um papel importante no tratamento da periodontite, especialmente como complemento ao tratamento periodontal não cirúrgico. Eles ajudam a reduzir a carga bacteriana, controlar a inflamação e prevenir a progressão da doença.

Para uso bucal, o digluconato de clorexidina é muito utilizado, devido à sua solubilidade em água, compatibilidade com o pH fisiológico e capacidade de se dissociar em moléculas com carga positiva. Sua ação bactericida ocorre por meio da desestabilização da membrana plasmática das bactérias, levando à perda do conteúdo celular. É eficaz contra bactérias aeróbias facultativas, anaeróbias, gram-positivas e gram-negativas, além de atuar também contra fungos e leveduras.<sup>60</sup>

A clorexidina é um composto difenil com ação predominantemente antibacteriana e eficácia limitada contra vírus. Apresenta substantividade às superfícies dentárias e à mucosa oral, além de baixa irritabilidade. Por ser uma substância catiônica, é incompatível com compostos aniônicos, como certos ingredientes presentes em dentifrícios, que podem neutralizar sua eficácia. O uso de enxaguante bucal com clorexidina para o controle de biofilmes em áreas supragengivais e na mucosa oral deve ser feito com 10 a 15 ml de uma solução a 0,12 a 0,2%, durante 30 segundos, duas vezes ao dia, preferencialmente em momentos distintos da escovação com dentifrício.

Embora os antissépticos sejam úteis, seu uso deve ser combinado com técnicas mecânicas (como raspagem) e supervisão profissional. O uso excessivo ou inadequado pode levar a efeitos adversos, como irritação dos tecidos ou resistência bacteriana. A propensão da clorexidina a manchar dentes e a cor de restaurações é um efeito adverso significativo em alguns pacientes.<sup>69</sup>

### **8.3.5 Fármaco(s) e Esquema de Administração**

Dessa forma, o tratamento farmacológico na Periodontia é cuidadosamente planejado para atender às necessidades individuais do paciente, buscando otimizar a resposta terapêutica e melhorar o prognóstico clínico a longo prazo.

**Quadro 5 - Relação de Medicamentos Antibióticos Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia**

Medicamentos Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia				Esquema de Administração em pacientes maiores de 12 anos e adultos			Nível de Atenção
Código	Medicamento	Apresentação	Grupo Farmacológico	Dose usual	Frequência	Duração (dias)	
90702	Amoxicilina 50mg/mL Clavulanato potássico 12,5mg/mL	Pó p/ suspensão oral	Antibacterianos $\beta$ -lactâmicos Penicilinas	25 mg/kg/dia de amoxicilina	8/8h	7-14	UBS Hospitalar
90703	Amoxicilina 500mg Clavulanato potássico 125mg	Cápsula	Antibacterianos $\beta$ -lactâmicos Penicilinas	500mg de amoxicilina + 125mg de clavulanato	8/8h	7-14	UBS Hospitalar
90895	Amoxicilina 500mg	Cápsula	Antibacterianos $\beta$ -lactâmicos Penicilinas	500mg	8/8h	7-14	UBS Hospitalar
90896	Amoxicilina 250mg/5mL	Pó p/ suspensão oral	Antibacterianos $\beta$ -lactâmicos Penicilinas	20 a 50 mg/kg/dia de amoxicilina	8/8h	7-14	UBS Hospitalar
90106	Azitromicina 500mg	Comprimido	Lincosaminas e estreptograminas Macrolídeos	500mg	24/24h	3	UBS Hospitalar
90884	Cefalexina 500mg	Comprimido	Outros antibacterianos $\beta$ -lactâmicos	500mg	6/6h	7-14	UBS Hospitalar
90885	Cefalexina 50mg/mL	Pó p/ suspensão oral	Outros antibacterianos $\beta$ -lactâmicos	25 a 50 mg/kg/dia de cefalexina	6/6h	7-14	UBS Hospitalar

Medicamentos Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia				Esquema de Administração em pacientes maiores de 12 anos e adultos			Nível de Atenção
Código	Medicamento	Apresentação	Grupo Farmacológico	Dose usual	Frequência	Duração (dias)	
90099	Clindamicina 300mg	Cápsula	Lincosaminas e estreptograminas Macrolídeos	600-1800mg	6/6h ou 12/12h	7-14	UBS Hospitalar
90908	Metronidazol 400mg	Comprimido	Outros antibacterianos	400mg	8/8h	7-14	UBS Hospitalar
Recomenda-se sempre ajuste individualizado em pacientes com <b>doença renal, hepática, idade avançada ou uso concomitante de múltiplos fármacos.</b>							

Fonte: Elaborado pelo GT Periodontia adaptado. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Relação de Medicamentos do Distrito Federal 2024 [Internet]. 5ª ed. Brasília (DF): Subsecretaria de Logística em Saúde; 2024. Disponível em: [www.saude.df.gov.br/reme-df/70](http://www.saude.df.gov.br/reme-df/70)

**Quadro 6 - Relação de Medicamentos Antibióticos para Profilaxia de Endocardite Infecciosa Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia**

Medicamentos para Profilaxia de Endocardite Infecciosa Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia				Esquema de Administração em pacientes maiores de 12 anos e adultos			Nível de Atenção
Código	Situação	Medicamento	Apresentação	Grupo Farmacológico	Dose usual	Administração	
90895	Via oral (1ª escolha)	Amoxicilina 500mg	Cápsula	Antibacterianos β-lactâmicos Penicilinas	2g	30-60 minutos antes do procedimento	UBS Hospitalar
90896	Via oral (1ª escolha)	Amoxicilina 250mg/5mL	Pó p/ suspensão oral	Antibacterianos β-lactâmicos Penicilinas	2g**	30-60 minutos antes do procedimento	UBS Hospitalar
90106	Alergia à penicilina (oral)	Azitromicina 500mg	Comprimido	Lincosaminas e estreptograminas Macrolídeos	500mg	30-60 minutos antes do procedimento	UBS Hospitalar
90884	Alergia à penicilina (oral)	Cefalexina* 500mg	Comprimido	Outros antibacterianos β-lactâmicos	2g	30-60 minutos antes do procedimento	UBS Hospitalar
90885	Alergia à penicilina (oral)	Cefalexina 50mg/mL	Pó p/ suspensão oral	Outros antibacterianos β-lactâmicos	2g**	30-60 minutos antes do procedimento	UBS Hospitalar
90948	Alergia à penicilina (oral)	Doxiciclina 100mg	Comprimido	Tetraciclina	100mg	30-60 minutos antes do procedimento	UBS Hospitalar

Obs:  
\*Não usar cefalosporinas em indivíduos com histórico de anafilaxia, angioedema ou urticária com penicilina/ampicilina;

Medicamentos para Profilaxia de Endocardite Infecciosa Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia				Esquema de Administração em pacientes maiores de 12 anos e adultos			Nível de Atenção
Código	Situação	Medicamento	Apresentação	Grupo Farmacológico	Dose usual	Administração	
<p>**Para medicamentos em suspensão oral, a dose pode ser ajustada conforme peso corporal, recomendando-se a posologia de 50 mg/kg (base: amoxicilina ou cefalexina), respeitando o limite máximo de 2 g. A Clindamicina não é mais recomendada para profilaxia de EI em procedimentos odontológicos devido ao risco de efeitos adversos graves.</p>							

Fonte: \*Elaborado pelo GT Periodontia adaptado. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Relação de Medicamentos do Distrito Federal 2024 [Internet]. 5ª ed. Brasília (DF): Subsecretaria de Logística em Saúde; 2024. Disponível em: [www.saude.df.gov.br/reme-df/](http://www.saude.df.gov.br/reme-df/)<sup>70</sup>

#### Quadro 7 - Relação de Medicamentos Anti-Inflamatórios Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia

Medicamentos Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia				Esquema de Administração em pacientes maiores de 12 anos e adultos			Nível de Atenção
Código	Medicamento	Apresentação	Grupo Farmacológico	Dose usual	Frequência	Duração (dias)	
90355	Dexametasona 4mg	Comprimido	Corticosteróides de uso sistêmico, isolado	4-8mg	<p>Dose única*</p> <p>Pode-se considerar uma <b>segunda dose 24 horas após</b>, ou até <b>curtos regimes de 2 a 3 dias</b>, conforme avaliação clínica.</p>	1h antes do procedimento	UBS Hospitalar

Medicamentos Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia				Esquema de Administração em pacientes maiores de 12 anos e adultos			Nível de Atenção
Código	Medicamento	Apresentação	Grupo Farmacológico	Dose usual	Frequência	Duração (dias)	
11087	Ibuprofeno 600mg	Comprimido	Antiinflamatórios e antirreumáticos não esteróides	600mg	8/8h 6/6h	3-5	UBS Hospitalar
24503	Ibuprofeno 50mg/mL	Suspensão oral	Antiinflamatórios e antirreumáticos não esteróides	10 a 40 mg/kg/dia de ibuprofeno**	8/8h 6/6h	3-5	UBS Hospitalar

\* O regime mais adequado para a administração da Dexametasona é a analgesia preemptiva, ou seja, iniciada antes da ocorrência da lesão tecidual.  
\*\* A dose máxima diária para adultos não deve exceder **2400 mg/dia**.

Fonte: \*Elaborado pelo GT Periodontia adaptado. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Relação de Medicamentos do Distrito Federal 2024 [Internet]. 5ª ed. Brasília (DF): Subsecretaria de Logística em Saúde; 2024. Disponível em: [www.saude.df.gov.br/reme-df/](http://www.saude.df.gov.br/reme-df/)<sup>70</sup>

**Quadro 8 - Relação de Medicamentos Analgésicos Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia**

Medicamentos Padronizados REME-DF para Especialidade de Periodontia				Esquema de Administração em pacientes maiores de 12 anos e adultos			Nível de Atenção
Código	Medicamento	Apresentação	Grupo Farmacológico	Dose usual	Frequência	Duração (dias)	
90062	Dipirona sódica 500mg/mL	Solução oral	Outros analgésicos e antipiréticos	10 a 20 mg/kg por dose de 06/06h ou 4/4/h	6/6h	3-5	UBS Hospitalar
1816	Dipirona 500mg	Comprimido	Outros analgésicos e antipiréticos	500 mg	6/6h	3-5	UBS Hospitalar
20060	Paracetamol 500mg	Comprimido	Outros analgésicos e antipiréticos	500 mg	6/6h	3-5	UBS Hospitalar
90314	Paracetamol 200mg/mL	Solução oral	Outros analgésicos e antipiréticos	10–15 mg/kg por dose de 06/06h ou 4/4/h	6/6h 4/4h	3-5	UBS Hospitalar
<p>A <b>dose por administração para adultos</b> geralmente varia de <b>500 mg a 1000 mg por dose</b>, podendo ser ajustada conforme o peso.  A <b>dose máxima diária recomendada de dipirona e paracetamol</b> para adultos é de <b>4000 mg/dia</b>.  A administração em <b>solução oral (gotas ou ml)</b> deve ser <b>calculada com base no peso corporal</b>, principalmente em adolescentes e adultos de baixo peso.</p>							

Fonte: \*Elaborado pelo GT Periodontia adaptado. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Relação de Medicamentos do Distrito Federal 2024 [Internet]. 5ª ed. Brasília (DF): Subsecretaria de Logística em Saúde; 2024. Disponível em: [www.saude.df.gov.br/reme-df/](http://www.saude.df.gov.br/reme-df/)<sup>70</sup>

### **8.3.6 - Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

Os analgésicos e anti-inflamatórios são utilizados em média de 3 a 5 dias, já os antibióticos podem ser administrados em média de 07 a 14 dias. É fundamental ressaltar que a utilização de antibióticos deve ser feita de maneira racional, evitando o uso indiscriminado e respeitando a posologia recomendada. Em casos de alergia, diarreia ou outros sinais e sintomas em relação ao medicamento prescrito, o usuário deverá suspender seu uso e procurar imediatamente a unidade de saúde de referência para consulta com o profissional.<sup>60</sup>

## **9. BENEFÍCIOS ESPERADOS**

Os tratamentos periodontais são procedimentos previsíveis para o controle de infecção, redução de profundidade de sondagem e ganho de inserção clínica. Além disso, bom controle de biofilme dental é essencial para manter a saúde periodontal do indivíduo.<sup>51,52,53</sup>

O tratamento periodontal também tem se mostrado eficaz na redução, a curto prazo, dos níveis de marcadores sistêmicos da inflamação, além de efeito positivo no controle glicêmico de diabéticos.<sup>10</sup>

Dentre os benefícios deste protocolo, espera-se que haja reorganização e otimização do fluxo assistencial da periodontia na rede de Saúde Pública do Distrito Federal, bem como uniformizar as condutas profissionais com vistas a um correto referenciamento e atendimento nos serviços especializados.

## **10. MONITORIZAÇÃO**

A monitorização em Periodontia no Sistema Único de Saúde (SUS) é crucial para assegurar a qualidade dos atendimentos e a efetividade dos tratamentos periodontais. O sucesso desses tratamentos é avaliado por meio de exames clínicos e radiográficos realizados após a conclusão do procedimento.

Do ponto de vista clínico, é fundamental confirmar a ausência de sinais de inflamação gengival e periodontal, redução da mobilidade dentária, além de assegurar o controle eficaz da placa bacteriana e a estabilidade das margens gengivais. Complementarmente, os exames radiográficos são indispensáveis para verificar a estabilização da progressão na perda óssea alveolar e a preservação das estruturas periodontais de suporte. Caso esses critérios não sejam atendidos, o paciente deve ser encaminhado para terapias adicionais, incluindo procedimentos não cirúrgicos ou intervenções cirúrgicas, se necessário.

No âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), a incorporação de ferramentas administrativas pode contribuir significativamente para a otimização da gestão dos serviços de saúde,

incluindo a Periodontia e outras especialidades odontológicas. Entre essas ferramentas, destaca-se a avaliação individual do risco periodontal, que permite uma abordagem personalizada e abrangente ao monitoramento do paciente.

A avaliação do risco de recorrência de periodontite baseia-se em um conjunto de condições clínicas, considerando fatores de risco simultaneamente, sem priorizar um único parâmetro. Um modelo funcional proposto por Lang e Tonetti (2003) apresenta os seguintes aspectos:<sup>71</sup>

- Porcentagem de sangramento à sondagem (SS): indica a saúde gengival.
- Prevalência de bolsas periodontais residuais  $\geq 4$  mm: avalia o resultado da terapia periodontal ativa.
- Perda de dentes: calculada em relação a um total de 28 dentes, reflete a gravidade do comprometimento periodontal.
- Perda de suporte periodontal em relação à idade do paciente: considera a progressão da doença ao longo do tempo.
- Condições sistêmicas e genéticas: identificam fatores intrínsecos ao paciente.
- Fatores ambientais, como tabagismo: avaliam influências externas que podem afetar a saúde periodontal.

## 11. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

O acompanhamento ou retorno programado caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que visam manter a saúde bucal após término do tratamento odontológico. Na Periodontia, a ferramenta de diagnóstico clínico mais utilizada é a sondagem periodontal (sangramento à sondagem, profundidade de sondagem, nível inserção clínica), já que permite avaliar o estado inflamatório vigente e o acompanhamento da história da doença (registros).<sup>73</sup>

De acordo com publicações científicas sobre manutenção e cuidado periodontal de suporte, a reavaliação deve acontecer por volta de 45 dias após o tratamento inicial. Esse tempo, permite adequado reparo dos tecidos moles periodontais. Entretanto, é difícil generalizar, pois resultados clínicos podem só ser observados a partir de 90 dias da terapia associada à causa.<sup>74</sup> Estando em estabilidade periodontal, o usuário deverá retornar à UBS para proervação.

Após procedimentos cirúrgicos periodontais, o retorno à UBS deverá acontecer entre 45 e 60 dias para a realização do tratamento restaurador e/ou proervação.

É crucial orientar os usuários sobre seu automonitoramento e autocuidado no período pós-tratamento, bem como destacar a importância do papel dos TSBs nas ações de manutenção preventiva.

## 12. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE (TER)

Vide ANEXO VI.

## 13. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

O processo de regulação, controle e avaliação pelo gestor no contexto da SES/DF tem como objetivo garantir que os serviços de atenção secundária e hospitalar sejam oferecidos de maneira equitativa, eficiente e alinhada com as diretrizes da saúde pública. O gestor tem um papel essencial em assegurar que os recursos sejam utilizados de forma adequada e que a população tenha acesso a tratamentos de qualidade, conforme os protocolos técnicos e as necessidades clínicas dos pacientes.

### Regulação

A regulação dos serviços de atenção secundária e hospitalar, conforme disposto no § 1º, determina que toda a oferta de serviços seja informada e disponibilizada para o CRDF (Central de Regulação do Distrito Federal), garantindo a gestão centralizada e eficiente do fluxo de pacientes. Essa regulação deve observar as normas e protocolos clínicos adotados pela SES/DF, especialmente no que tange ao atendimento no escopo da periodontia.

A regulação no SUS, de maneira geral, deve ser baseada em critérios técnicos que considerem a necessidade clínica do paciente, a especialidade envolvida e a capacidade de resposta do serviço de saúde. Para tratamentos em periodontia, as solicitações deverão ser reguladas conforme as orientações da nota técnica específica da área, garantindo que os pacientes sejam direcionados ao atendimento adequado conforme sua condição e a disponibilidade dos serviços.

### Controle

O controle dos serviços prestados envolve a monitorização contínua do fluxo de atendimentos, garantindo que todos os encaminhamentos sejam feitos conforme as diretrizes de regulação estabelecidas. No contexto da atenção secundária, o controle se refere à observância de vagas para tratamentos periodontal.

### Avaliação

A avaliação deverá ser realizada de forma conjunta por todos os envolvidos, em cumprimento à responsabilidade coletiva pela entrega de um serviço qualificado e resolutivo ao paciente. O monitoramento das metas dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) deverá ser acompanhado tanto pelos profissionais executores quanto pelos gestores das respectivas unidades, garantindo o alinhamento entre a prática assistencial e os parâmetros definidos.

Os indicadores a serem acompanhados têm como finalidade a padronização do serviço com foco

na qualidade da assistência. Esses indicadores podem ser implementados progressivamente durante a vigência deste Protocolo ou, conforme o caso, já estarem em execução.

Dentre os principais, destacam-se o **Indicador de Educação** e o **Indicador de Resultado**, os quais permitem avaliar, respectivamente, a qualificação profissional e o impacto da aplicação clínica no cuidado ao paciente.

Adicionalmente, está pactuado no âmbito do **Acordo de Gestão Regional** o **Indicador nº 26**, que se refere ao percentual de vagas ofertadas para a primeira consulta odontológica especializada, em consonância com os parâmetros definidos nas Notas Técnicas pertinentes, sendo este um importante instrumento de monitoramento da oferta de vagas à atenção especializada em saúde bucal.

### 13.1 Indicador de Educação Permanente

No âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), diversas ferramentas administrativas podem ser adotadas para aprimorar a gestão dos serviços de saúde, incluindo a Periodontia.

A educação continuada contribui para o desenvolvimento de competências, maior eficiência no atendimento, aumento da produção e melhoria na qualidade dos serviços<sup>72</sup>. A capacitação dos profissionais para aplicação de protocolos clínicos é essencial.

O acompanhamento da implementação pode ser feito por meio do seguinte indicador:

<b>Indicador</b>	Percentual de profissionais capacitados
<b>Conceituação</b>	Esse indicador visa avaliar o percentual de profissionais que conhecem o protocolo e a partir daí, qual a perspectiva dele ser implementado.
<b>Limitações</b>	Não considera o tempo de treinamento, nem o conhecimento do profissional; não avalia outros aspectos relevantes para a implementação do protocolo.
<b>Fonte</b>	Lista de presença no treinamento
<b>Metodologia de Cálculo</b>	$\left[ \frac{\text{nº de profissionais capacitados}}{\text{nº total de profissionais relacionados ao protocolo}} \right] \times 100$
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Trimestral
<b>Periodicidade de envio à CPPAS</b>	Anual
<b>Unidade de medida</b>	Percentual

<b>Meta</b>	80%
<b>Descrição da Meta</b>	Treinar no mínimo 20% dos profissionais a cada trimestre, de modo que ao final do ano pelo menos 80% dos profissionais relacionados ao protocolo estejam capacitados.

### 13.2 Indicadores de Resultado

<b>Indicador</b>	Indicadores de Meta CEO Periodontia
<b>Conceituação</b>	Avalia o desempenho do CEO na realização de procedimentos especializados em Periodontia, conforme os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde.
<b>Limitações</b>	Não considera fatores externos que podem impactar o alcance da meta, como: ausência de profissionais, falta de insumos, greves, absenteísmo de pacientes, entre outros.
<b>Fonte</b>	Plataforma do Centro de Inteligência Estratégica para a Gestão do SUS no DF (CIEGES)
<b>Metodologia de Cálculo</b>	$\left[ \frac{\text{Número de procedimentos de Periodontia realizados no mês}}{\text{Parâmetro mínimo mensal conforme o tipo do CEO}} \right] \times 100$
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Mensal
<b>Periodicidade de envio à CPPAS</b>	Os dados serão encaminhado à CPPAS anualmente pela área técnica responsável pelo Protocolo mediante relatório.
<b>Unidade de medida</b>	Quantitativo Absoluto conforme o Tipo do CEO: CEO Tipo I – 60 Procedimentos de Periodontia por mês CEO Tipo II - 90 Procedimentos de Periodontia por mês CEO Tipo III - 150 Procedimentos de Periodontia por mês
<b>Meta</b>	100%
<b>Descrição da Meta</b>	Garantir a execução da produção mínima mensal de procedimentos periodontais estabelecidos pela Portaria nº 3.823/2021/MS, assegurando a continuidade do financiamento.

## 14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
2. Souza, GCA, *et al.* Referência e Contra Referência em Saúde Bucal: Especialidades Odontológicas. *Revista de Salud Publica.* 2015, 17(3):416.
3. American Dental Association - ADA. D9995 and D9996 ADA guide: version 1. Chicago:American Dental Association, 2017.
4. Ferreira MC, *et al.* Impact of periodontal disease on quality life: a systematic review. *J Periodontol Res.* 2017, Aug;52(4):651-65.
5. Haag, DG, *et al.* Oral Conditions and Health-Relates Quality of Life: A Systematic Review. *J Dent Res.* 2017, Jul;96(8):864-74.
6. Van Dyke TE, Sima C. Compreendendo a resolução da inflamação em doenças periodontais: A periodontite inflamatória crônica é uma falha na resolução? *Periodontol 2000.* 2020 fev;82(1):205-13
7. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, *et al.* Periodontite: Relatório de consenso do grupo de trabalho 2 do Workshop Mundial de 2017 sobre a Classificação de Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares. *J Clin Periodontal.* 2018;45 Supl 20
8. Helal O, Eid H, Khoury S, Romanos GE, Fayyad-Kazan M, Chakar C, *et al.* Preditores para perda dentária em pacientes com periodontite: revisão sistemática e meta-análise.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento da periodontite estágios I-III. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2023/consulta-publica-diretriz-para-a-pratica-clinica-odontologica-na-atencao-primaria-a-saude-tratamento-da-periodontite-estagios-i-iii-volumes-1-3/volume-1-diretriz-periodontite-consulta-publica>.
10. CARVAJAL, P, *et al.* Periodontal disease and its impact on general health in Latin America. Section II: Introduction part II. *Braz. Oral Res.* 2020, 34(supp1):e023.
11. Susin, C, *et al.* Periodontal attachment loss in an urban population of Brazilian adults: effect of demographic, behavioral, and environmental risk indicators. *J Periodontol.* 2004, Jul;75(7):1033-41.
12. Gamonal, J, *et al.* Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina. Seção I: Introdução parte I. *Braz. Oral Res.* 2020, 34(supp1):e024.

13. Dewhirst, FE *et al.* The human oral microbiome. *J Bacteriol.* 2010, 192:5002-17.
14. Larsen, T; Fiehn, NE. Dental biofilm infections – an update. *APMIS.* 2017, 125:376-84.
15. Graziani, F, *et al.* A systematic review and meta-analysis of epidemiologic observational evidence on the effect of periodontitis on diabetes an update of the EFP-AAP review. *J Clin Periodontol.* 2018, Feb;45(2):167-87.
16. Jepsen, S., Suvan, J., & Deschner, J. (2020). The association of periodontal diseases with metabolic syndrome and obesity.. *Periodontology* 2000, 83 1, 125-153 .  
<https://doi.org/10.1111/prd.12326>.Humphrey, LL, *et al.* Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2008, Dec;23(12):2079-86.
17. Quintero, AJ, *et al.* Effect of two periodontal treatment modalities in patients with uncontrolled type 2 diabetes *mellitus*: A randomized clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2018, Sep;45(9):1098-106.
18. Tonettu, MS; Van Dyke, TE. Working group 1 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the JointEFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol.* 2013, Apr;40(supp14):S24-29.
19. Sabharwal, A, *et al.* Role of periodontal therapy in management of common complex systemic diseases and conditions: an update. *Periodontol 2000.* 2018, Oct;78(1):212-26.
20. Ide, M; Papanou, PN. Epidemiology of association between maternal periodontaldisease and adverse pregnancy outcomes-systematic review. *J Clin of Periodontol.* 2013, Apr;40(supp14):S181-94.
21. Berglundh T, Giannobile WV, Niklaus P. Lang *et al.* Lindhe Tratado de Periodontia Clinica e Implantologia Oral. (7th edição). [Rio de Janeiro]: Grupo GEN; 2024.
22. Chambrone, L, *et al.* Periodontitis and chronic kidney disease: a systematic review of the association of diseases and the effect of periodontal treatment on estimated glomerular filtration rate. *J Clin Periodontol.* 2013, May;40(5):443-56.
23. Nibali L *et al.* Severe periodontitis is associated with systemic inflammation and a dysmetabolic status: a case-control study. *J Clin Periodontol.* 2007, Nov;34(11):931-37
24. Paskevas, S, *et al.* A systematic review and meta-analysis on C-reactive protein in relation to periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2008, Apr;35(4):277-90.
25. Loos, BG. Systemic markers of inflammation in periodontitis. *J Periodontol.* 2005, 76(supp11):2106-15.
26. Grossi, SG, *et al.* Treatment of periodontal disease in diabetics reduces glycosylated hemoglobin. *J Periodontol.* 1997, Aug;68(8):713-19.
27. Rodacki M, Cobas RA, Zajdenverg L, Silva Júnior WS, Giacaglia L, Calliari LE, Noronha RM, Valerio C, Custódio J, Scharf M, Barcellos CRG, Tomarchio MP, Silva MER, Santos RF, Almeida-Pitito B, Negrato

- CA, Gabbay M, Bertoluci M. Diagnóstico de diabetes mellitus. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2024. DOI: 10.29327/5412848.2024-1. ISBN: 978-65-272-0704-7.
28. Steffens JP, Fogacci MF, Barcellos CRG, Oliveira CSS, Marques FV, Custódio Jr J, Tunes RS, Araújo LA, Fischer RG. Manejo clínico da inter-relação diabetes e periodontite: diretrizes conjuntas da Sociedade Brasileira de Periodontologia (SOBRAPE) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). *Braz J Periodontol*. 2022 Jan-Apr;32(1):90-113
  29. Tsai, C, *et al*. Glycemic control of type 2 diabetes and severe periodontal disease in the US adult population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002, Jun;30(3):182-92.
  30. Simpson, TC, *et al*. Treatment of periodontal disease for glycemic control in people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010, May;(5):CD004714.
  31. Fischer, RG, *et al*. Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina. Seção V: Tratamento da periodontite. *Braz. Oral Res*. 2020, 34(suppl1):e026.
  32. Robinson A.N.; Tambiah P.A.; Infective endocarditis - An update for dental surgeons (review). *Singapore Dental Journal*. 2017,38:2-7.
  33. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, v. 143, n. 20, p. e963–e978, 2021. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000969>. Acesso em: 14 abr. 2025.
  34. Almeida, RF, *et al*. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. *Rev Port Clin Geral*. 2006, 22:379-90.
  35. Been JV, *et al*. Periodontal Disease and Pregnancy Outcomes: Overview of Systematic Reviews. *JDR Clinical & Translational Research*. 2018, Jan:10-25.
  36. Carranza, FA *et al*. Carranza Periodontia Clínica: 11ª Ed. Rio de Janeiro: EditoraElsevier, 2011. 124-25,192,667.
  37. Bazotti, KS. Implicações do tabagismo no tratamento da doença periodontal. *AçãoOdonto*, (2), 2018.Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acaodonto/article/view/15888>
  38. CRO-DF. Classificação Internacional de Doenças - CID. Disponível em: <http://www.cro-df.org.br/pdf/cid.pdf>
  39. Steffens, JP; Marcatonio, RAC. Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: Guia prático e pontos chaves. *Rev Odontol UNESP*. 2018, Jul-Aug;47(4):189-197.
  40. Caton, J.G, *et al*. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *JClin Periodontol*. 2018, Mar;45:45(suppl20):S1-S8.
  41. Dietrich, T, *et al*. Periodontal diagnosis in the context of the 2017 classification system of periodontal

- diseases and conditions - implementation in clinical practice. *British Dental Journal*. 2019, Jan;226(1).
42. Tungare, S; Paranjape, AG. Drug Induced Gingival Overgrowth (DIGO).In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2020.
  43. Guia de Remédios. Disponível em: [www.medicinanet.com.br](http://www.medicinanet.com.br). Acesso em 14 de novembro de 2024.
  44. Chapple ILC, Mealey BL, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 2018;45(Suppl 20):S68–S77
  45. Papapanou PN, Sanz M, et al. Periodontitis: Consensus report of Workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 2018;45(Suppl 20):S162–S170.
  46. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, et al. "Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions." *Journal of Clinical Periodontology*. 2018;45(Suppl 20):S219–S229.
  47. American Academy of Periodontology. Parameter on Acute Periodontal Diseases. *J Periodontol*. 2000 May;71(5 Suppl):863-6.
  48. Herrera, D., Retamal-Valdes, B., Alonso, B., & Feres, M. (2018). Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) – Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(Suppl 20): S78–S94.
  49. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
  50. Duque AD, *et al*. Strategies for the prevention of periodontal disease and its impact on general health in Latin America. Section III: Prevention Braz. *Oral Res*. 2020, 34(suppl1):e025.
  51. Joshi, S, *et al*. Toothbrushing behavior and periodontal pocketing: An 11-year longitudinal study. *J Clin Periodontol*. 2018, Feb;45(2):196-203.
  52. Kalf-Scholte, SM, *et al*. Plaque removal with triple-headed vs single-headed manual toothbrushes-a systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2018, Feb;16(1):13-23.
  53. Van Der Sluijs, E, *et al*. A specific brushing sequence and plaque removal efficacy:a randomized split-mouth design. *Int J Dent Hyg*. 2018, Feb;16(1):85-91.
  54. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –

Brasília: Ministério da Saúde, 2008.92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17), ISBN 85-334- 1228-2.

55. DISTRITO FEDERAL. Linha Guia de Saúde Bucal do DF. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Linha-Guia-de-SB-do-DF-Completo.pdf>
56. Feres M, *et al.* Systemic antibiotics in the treatment of periodontitis. *Periodontol 2000*. 2015, Feb;67(1):131-86.
57. Graziani F, *et al.* Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease? *Periodontol 2000*. 2017, Oct;75(1):152-88.
58. Rissato, M; Sandini MT. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora - revisão de literatura. *RFO UPF*. 2012, Mai-Ago;17(2).
59. Graetz, C., Ostermann, F., Woeste, S., Sälzer, S., Dörfer, C., & Schwendicke, F. (2019). Long-term survival and maintenance efforts of splinted teeth in periodontitis patients.. *Journal of dentistry*, 80, 49-54 . <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2018.10.009>.
60. ANDRADE, E. D. Terapêutica medicamentosa em odontologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. 256 p.
61. Andrade E.D.; Branco-de-Almeida L.S.; Castro M.L.; COGO K.; Franco G.C.N.; Rosalen P.L. Profilaxia da endocardite infecciosa: recomendações atuais da American Heart Association (AHA). *R. Periodontia*. 2009, Dez;19(4):7-10.
62. Borges I, Faveri M, Figueiredo LC, *et al.* Different antibiotic protocols in the treatment of severe chronic periodontitis: A 1-year randomized trial. *J Clin Periodontol*. 2017; 44: 822–832. <https://doi.org.ez419.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jcpe.12721>
63. Buchmann R, Nunn ME, Dyke TEV, Lange DE. Aggressive Periodontitis: 5-Year Follow-up of treatment. *J Periodontol*. 2002; 73 (6): 675-83,
64. Akincibay H, Orsal SO, Sengün D, Tözüm TF. Systemic administration of doxycycline versus metronidazole plus amoxicillin in the treatment of localized aggressive periodontitis: a clinical and microbiologic study. *Quintessence Int*. 2008; 39(2):33-9
65. Reddy MS, Geurs NC, Gunsolley JC. Periodontal host modulation with antiproteinase, anti-inflammatory, and bone-sparing agents. A systematic review. *Ann Periodontol*. 2003 Dec;8(1):12-37. doi: 10.1902/annals.2003.8.1.12. PMID: 14971246.
66. De Deus Lages, L., Bergamaschi, C., Lopes, L., Da Frota, E., Silva, M., Monte, T., & Motta, R. (2024). Preemptive oral analgesia with steroidal and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in periodontal surgery: a systematic review. *Frontiers in Pharmacology*, 15.

<https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1385401>.

67. Caporossi, L., Santos, C., Calcia, T., Cenci, M., Muniz, F., & Da Silveira Lima, G. (2020). Pharmacological management of pain after periodontal surgery: a systematic review with meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, 24, 2559 - 2578. <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03401-6>.
68. Santos, E., Huller, D., Brigola, S., Ferreira, M., Pochapski, M., & Santos, F. (2023). Pain management in periodontal therapy using local anesthetics and other drugs: an integrative review. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 23, 245 - 256. <https://doi.org/10.17245/jdapm.2023.23.5.245>.
69. Khabadze, Z., Generalova, Y., Shubaeva, V., Abdulkerimova, S., Bakaev, Y., & Mordanov, O. (2021). Periodonal desiease – local antiseptic therapy: problem of efficiency. Literature review. , 24-37. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-2-24-37>.
70. SAÚDE. Relação de medicamentos padronizados da SESDF. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/REME-versa%CC%83oprofissionais-desau%CC%81de-1.pdf>
71. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health Prev Dent*. 2003;1(1):7-16.
72. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. *Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 fev. 2004*.
73. Donos N. The periodontal pocket. *Periodontol 2000*. 2018, Feb;76(1):7-15.
74. Ortiz G, *et al*. Periodontal Regeneration Furcation Defects: a systemic review form the AAP Regeneration Workshop. *J. Periodontology*. 2015, PMID: 25644295.
75. Tungare S, Paranjpe AG. Drug-Induced Gingival Overgrowth. [Updated 2023 Sep 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538518/>
76. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diagnóstico de diabetes mellitus. 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/>. Acesso em: 7 maio 2025.

## ANEXO I

### Sinais e sintomas TÍPICOS de hiperglicemia

- Poliúria
- Polidipsia
- Polifagia
- Perda de peso inexplicada
- Desidratação

### Sinais e sintomas SUGESTIVOS de hiperglicemia

- Noctúria
- Visão turva
- Cansaço
- Infecções recorrentes (Candidíase e Periodontite)
- Má cicatrização de feridas
- Albuminúria transitória em pacientes com DM1 com menos de 5 anos de doença

Critérios	Normal	Pré-diabetes	DM
Glicemia de jejum (mg/dl)	< 100	100-125	≥ 126
Glicemia ao acaso (mg/dl) + sintomas	-	-	≥ 200
Glicemia de 1 hora no TTGO (mg/dl)	< 155	155-208	≥ 209
Glicemia de 2 horas no TTGO (mg/dl)	< 140	140-199	≥ 200
HbA1c (%)	< 5,7	5,7-6,4	≥ 6,5

DM: diabetes mellitus; TTGO: teste de tolerância à glicose oral; HbA1c: hemoglobina glicada. \*Considera-se como jejum a cessação de ingesta calórica de 8-12 horas. \*\*Carga oral equivalente a 75 g de glicose anidra diluída em água.

Fonte: Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes<sup>76</sup>

## ANEXO II - A

### Profilaxia Endocardite Bacteriana – Diretrizes AHA

<b>Condições cardíacas consideradas para as quais a profilaxia antibiótica é sugerida previamente aos procedimentos odontológicos</b>
Presença de válvula cardíaca protética; Endocardite infecciosa prévia ou recorrente; Doença cardíaca congênita: <ul style="list-style-type: none"><li>• Doença cardíaca congênita cianótica não-reparada</li><li>• Defeito cardíaco congênito completamente reparado com material protético ou dispositivo, se colocado por cirurgia ou transcater durante os 6 primeiros meses após o procedimento</li><li>• Defeito cardíaco congênito reparado, com defeito residual no local ou adjacente ao local do reparo protético ou dispositivo protético</li><li>• Colocação cirúrgica ou transcater de duto ou válvula da artéria pulmonar</li><li>• Transplantados cardíacos que desenvolveram valvulopatia cardíaca</li></ul>
<b>Condições cardíacas consideradas para as quais a profilaxia antibiótica NÃO é sugerida previamente aos procedimentos odontológicos</b>
Dispositivos eletrônicos implantáveis, tais como marcapassos ou similares
Enxertos vasculares periféricos, incluindo aqueles usados para hemodiálise
Filtros na veia Cava

Fonte: Traduzido e adaptado da original presente em: Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis: A Scientific Statement From the American Heart Association. AHA Journals Circulation –Volume 143, Issue 20, 18 May 2021; Pages e963-e978<sup>33</sup>

**Recomendação para Endocardite Bacteriana – Diretrizes AHA**

<b>Procedimentos Odontológicos com Profilaxia Antibiótica sugerida</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Todos os procedimentos dentais que envolvem manipulação do tecido gengival ou da região periapical dos dentes ou perfuração da mucosa bucal.</li></ul>
<b>Procedimentos Odontológicos com Profilaxia Antibiótica não sugerida</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Injeções anestésicas através de tecido não infectado;</li><li>• Radiografias dentárias;</li><li>• Colocação de aparelhos protéticos ou ortodônticos removíveis;</li><li>• Colocação de braquetes ortodônticos;</li><li>• Ajuste de aparelhos ortodônticos;</li><li>• Esfoliação de dentes decíduos;</li><li>• Sangramento por trauma nos lábios ou mucosa bucal.</li></ul>

Fonte: Traduzido e adaptado da original presente em: Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis: A Scientific Statement From the American Heart Association. AHA Journals Circulation –Volume 143, Issue 20, 18 May 2021; Pages e963-e978<sup>33</sup>

### ANEXO III

#### Drogas Indutoras de Aumento Gengival

<b>Anticonvulsivantes</b>	Fenitoína
	Valproato de Sódio
	Fenobarbital
	Vigabatrina
	Primidona
<b>Imunossupressores</b>	Ciclosporina
	Tacrolimo
<b>Bloqueadores de canais de cálcio</b>	Nifedipino
	Nitrendipino
	Felodipino
	Anlodipino
	Verapamil
	Diltiazem

Fonte: Tabela adaptada do StatPearls Publishing. Drug Induced Gingival Overgrowth,2020<sup>75</sup>

**ANEXO IV**  
**Códigos Exemplificativos SIGTAP**

<b>Área de Atuação</b>	<b>Código SIGTAP</b>	<b>Descrição do procedimento</b>
Tratamento restaurador	01.01.02.009- 0	Selamento provisório de cavidade dentária
	04.04.02.044- 5	Contenção de dentes por esplintagem
	03.07.04.015- 1	Ajuste oclusal.
Tratamento periodontal	01.01.02.010-4	Orientação de Higiene Bucal
	03.07.03.004- 0	Profilaxia/remoção da placa bacteriana
	01.01.02.007- 4	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)
	03.07.03.002- 4	Raspagem alisamento e polimento subgingivais (por sextante)*
	03.07.03.005- 9	Raspagem alisamento e polimento supragingivais (por sextante)*
	03.07.03.003-2	Raspagem Corono-Radicular (por Sextante)**
Tratamento cirúrgico	04.14.02.040- 5	Ulotomia/ulectomia
	04.01.01.008- 2	Frenectomia/Frenotomia
	02.01.01.052- 6	Biópsia dos tecidos moles da boca.
	04.14.02.013- 8	Exodontia de dente permanente
	04.14.02.014- 6	Exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante
	04.14.02.016- 2	Gengivoplastia (por sextante)
	04.14.02.015- 4	Gengivectomia (por sextante)
	04.14.02.008- 1	Enxerto gengival
	04.14.02.037-5	Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante)
	03.01.10.015- 2	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)

\* Código para uso na Atenção Primária à Saúde ou no CEO para atendimento à Pessoas com Deficiência ou Necessidades Especiais

\*\* Código para uso no Centro de Especialidades Odontológicas à área de Periodontia

**ANEXO V**  
**Instrumentais de Periodontia Exemplificativa**

Descrição Resumida	Código Produto	Nível de Atenção
Afastador Minessota	P08387	Atenção Primária Atenção Especializado Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Bandeja Retangular,Inox, Tamanho: 30x25x4 Cm	P08096	Atenção Primária Atenção Especializado Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Broca Alta Rotação Diamantada, Esférica, Haste Regular, N° 1015.	93032	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Broca Alta Rotação Diamantada, Esférica, Haste Regular, N°1013.	93031	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Broca Alta Rotação, Carbide, Esférica, Haste Longa, N°2.	202708	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Broca Alta Rotação, Carbide, Esférica, Haste Longa, N°3.	202707	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Broca Alta Rotação, Carbide, Esférica, Haste Longa, N°4.	202705	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Broca Alta Rotação, Carbide, Esférica, Haste Longa, N°6.	202706	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Broca Alta Rotação, Carbide, Esférica, Haste Regular, N° 2.	93024	Atenção Especializada Ambulatorial
Broca Alta Rotação, Carbide, Esférica, Haste Regular, N°1.	93023	Atenção Especializada Ambulatorial
Broca Alta Rotação, Carbide, Esférica, Haste Regular, N°4.	93025	Atenção Primária Atenção Especializado Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Broca Alta Rotação, Diamantada, Esférica, Haste Longa, N°1016.	6023	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Broca Alta Rotação, Diamantada, Esférica, Haste Longa, N°3017.	6024	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
CABO DE BISTURI N.º 3	P08014	Atenção Primária

Descrição Resumida	Código Produto	Nível de Atenção
		Atendimento Hospitalar
Caneta De Alta Rotação	P08002053	Atenção Primária Atenção Especializado Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Cânula Aspiração, Tipo Frazier (Sugador)	P08473	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Cinzel De Micro-Ochsenbein Nº 01	P08475	Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Cinzel De Micro-Ochsenbein Nº 02	P08476	Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Cinzel De Micro-Ochsenbein Nº 03	P08477	Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Cinzel Tipo Ochsenbein Nº 01	P08433	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Cinzel Tipo Ochsenbein Nº 02	P08434	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Cinzel Tipo Ochsenbein Nº 03	P08435	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Cuba Redonda, 250 MI	P08019	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Cuba Rim, Tamanho 700 MI	P08024	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Cureta Odontologica, Referencia: Nº 85, Tipo: Lucas	P08398	Atenção Primária Atenção Especializado Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Cureta Odontologica, Referencia: Nº 86, Tipo: Lucas	P08399	Atenção Primária Atenção Especializado Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Cureta Periodontal Gracey Nº 05-06	202712	Atenção Primária Atendimento Hospitalar
Cureta Periodontal Gracey Nº 07-08	202713	Atenção Primária Atendimento Hospitalar
Cureta Periodontal Gracey Nº 11-12	202714	Atenção Primária Atendimento Hospitalar
Cureta Periodontal Gracey Nº 13-14	202715	Atenção Primária

Descrição Resumida	Código Produto	Nível de Atenção
		Atendimento Hospitalar
Cureta Periodontal Mc Call N.13/14	93080	Atenção Primária Atendimento Hospitalar
Cureta Periodontal Mc Call N.17/18	93081	Atenção Primária Atendimento Hospitalar
Descolador Cirúrgico, Duplo, Tipo Freer, Tamanho: 18 Cm	P08548	Atendimento Hospitalar
Descolador De Palato (Freer Curvo)	P08581	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Descolador Molt N° 9	P08388	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Espátula Odontológica, Tamanho N° 24.	P08403	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
ESPELHO BUCAL, 1º PLANO, N° 5, FRONT SURFACE	34054	Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Lima Periodontal, Modelo: Buck, Tamanho: N° 11-12	P08481	Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Lima Periodontal, Modelo: Schluger, Tamanho: N° 9-10	P08482	Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Pedra De Arkansas Para Afiar	20903	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Periótomo, Ponta Simples Reta	P08462	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Pinça Adson Reta C/ Vídea, Sem Dente, Tamanho: 12 Cm	P08292	Atendimento Hospitalar
Pinça Adson Reta, Com Dente, Tamanho: 12 Cm	P08149	Atendimento Hospitalar
Pinça Backhaus, Curva, Tamanho: 13 Cm	P08078	Atenção Primária Atendimento Hospitalar
Pinça Cirúrgica, Dissecção Dietrich, Curva, Tamanho: 22 Cm	P08528	Atenção Primária Atendimento Hospitalar
Pinça Dente De Rato 10cm	36084	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Pinça Halstead Mosquito Curva,	P08297	Atendimento Hospitalar

Descrição Resumida	Código Produto	Nível de Atenção
Tamanho: 12 Cm		
Pinça Halstead Mosquito Reta, Tamanho: 10 Cm	P08298	Atendimento Hospitalar
Pinça Odontológica, Referencia: 317	P08393	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Placa Vidro Para Uso Odontológico	93150	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Ponta Morse Nº 0-00, Aplicação: Periodontia	202720	Atenção Primária Atendimento Hospitalar
Ponta Para Ultrassom Dabi Atlante Perio E	17456	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Ponta Para Ultrassom Dabi Atlante Perio Sub	17459	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Ponta Para Ultrassom Dabi Atlante Perio Supra	17458	Atenção Especializada Ambulatorial
Ponta Para Ultrassom Gnatus 1 Universal	17453	Pré-Hospitalar
Ponta Para Ultrassom Gnatus 10p	17449	Atenção Primária Atendimento Hospitalar
Ponta Para Ultrassom Gnatus 2	17454	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Ponta Para Ultrassom Gnatus H3	17450	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Porta Agulha Castroviejo C/ Vídea, Ponta Reta, Tamanho: 14 Cm	P08461	Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Porta Agulha Mayo Hegar Com Vídea, Aplicação: Fixação Da Agulha Em Sutura De Tecidos, Material: Aço Inoxidável Aisi, Tamanho: 140 Mm,	P08110	Atendimento Hospitalar
Seringa Carpule Com Refluxo	35588	Atenção Primária Atendimento Hospitalar
Sindesmótomo Duplo, Tipo: Destaca Periósteo	P08413	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Sonda Odontológica Periodontal, Modelo Willians.	P08414	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial

Descrição Resumida	Código Produto	Nível de Atenção
		Atendimento Hospitalar
Sonda Odontológica, Tipo Exploradora, Modelo Nº 05	P08458	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Sonda Periodontal Nabers 2 N.	P08572	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Sugador Cirúrgico Descartável	20896	Atenção Primária Atenção Especializado Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Sugador, Tipo Cirúrgico, Curvo	P08460	Atenção Primária Atenção Especializado Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Tesoura Goldman Fox, Ponta Reta, Tamanho: 13 Cm	P08465	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar
Tesoura Íris Curva, Tamanho: 10 Cm	P08104	Atendimento Hospitalar
Tesoura Íris Reta, Tamanho: 12 Cm	P08107	Atenção Primária Atenção Especializada Ambulatorial Atendimento Hospitalar

Fonte: Tabela elaborada pelo GT de Periodontia.

## ANEXO VI

### Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

Por este instrumento particular, declaro para efeitos éticos e legais que eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ ou meu responsável legal \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, recebi todas as informações e esclarecimentos a respeito do(s) procedimento(s) clínico(s) a que vou me submeter e estou de acordo com os termos relacionados:

Declaro ter sido orientado(a) sobre a utilização do medicamento pré e/ou pós-operatória, bem como sobre todos os cuidados que devo seguir após a cirurgia e durante o tempo de espera até a completa recuperação dos tecidos envolvidos. Declaro, ainda, que recebi as recomendações pós-operatórias por escrito.

Declarei ao (à) Cirurgião Dentista (CD) todas as informações relevantes sobre minha saúde física e mental, incluindo reações alérgicas, doenças pré-existentes, uso de medicações ou qualquer outra condição em relação a minha saúde. Responsabilizo-me caso tenha omitido alguma informação por esquecimento ou livre e espontânea vontade.

O (a) CD avisou-me que minha condição bucal atual poderá piorar com o tempo se eu não der prosseguimento ao tratamento dentário proposto.

Foi explicado pelo(a) CD que existem riscos potenciais em qualquer tratamento ou procedimento cirúrgico e que, em algumas circunstâncias específicas, os riscos operatórios incluem: desconforto pós-operatório e edema (inchaço) que podem durar alguns dias, sangramento prolongado, retração gengival, hipersensibilidade dentinária, aumento da mobilidade dental, injúrias e/ou fraturas aos dentes, próteses ou restaurações adjacentes; estiramento da comissura labial (“canto da boca”) com conseqüente laceração (corte) e/ou equimose (manchas roxas na pele), infecção pós-operatória que pode exigir tratamentos adicionais, restrição (dificuldade) da abertura da boca no período após a cirurgia, injúria (dano/lesão) ao nervo subjacente (próximo) aos dentes resultando em parestesia (dormência e/ou formigamento) de lábio, queixo, bochecha, gengiva, dentes e/ou da língua do lado operado, que pode persistir por semanas, meses ou, em raras circunstâncias, permanentemente;

Se qualquer condição não prevista acima ocorrer durante a cirurgia, confio no julgamento do(a) CD para procedimentos adicionais ou diferentes daqueles que me foram explicados. Eu solicito e autorizo que seja realizado o que for aconselhável/indicado.

Estou ciente de que faltas injustificadas e a não colaboração com o tratamento periodontal proposto (como má higienização bucal, falta de pontualidade às consultas e fratura frequente de “splintagem dentária” - dispositivo confeccionado com fio ortodôntico e técnica adesiva para reduzir a mobilidade dentária) caracterizam abandono do tratamento, podendo gerar meu desligamento.

Certifico que tive a oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidas no texto acima e que minhas dúvidas foram esclarecidas.

Brasília-DF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Usuário ou responsável legal

\_\_\_\_\_  
Cirurgião(ã) Dentista