



Protocolo de Atenção à Saúde

Periodontia

Área(s): Odontologia

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

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.

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 2020, totalizando 52 textos.

2- Introdução

A análise das práticas de saúde bucal na perspectiva de modelagem das redes de atenção à saúde (primária e secundária) aponta para a necessidade dos serviços efetivarem protocolos, que culminem na melhoria do acesso e qualidade da atenção prestada no serviço público de saúde. Desse modo, os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) são os responsáveis pelo primeiro contato com os usuários (acolhimento), realização de diferentes ações de saúde e procedimentos clínicos, devendo encaminhar apenas os casos mais complexos aos Centros de Especialidade Odontológica (CEOs) que estruturam a rede de referência e contra-referência¹.

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 vida².

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 e 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, conseqüentemente, a perda dentária estão associadas a um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo, com uma significativa influência na função e na estética^{3,4}.

Estudos apontam que a doença periodontal acomete 35% da população mundial e segundo a Organização Mundial da Saúde, afeta 50% dos adultos, aparecendo como a doença crônica mais prevalente em humanos⁵. No Brasil, a prevalência de inflamação gengival em adultos atingiu 96,5%⁶. Segundo Carvajal *et al* e Susin *et al*, a periodontite foi mais predominante em homens, pessoas de nível socioeconômico mais baixo e fumantes severos^{6,7}.

Como a periodontite e a gengivite são doenças determinadas socialmente, somente políticas públicas focadas na equidade da saúde e no atendimento integral serão capazes de modificar os indicadores epidemiológicos⁸.

Mais de 700 espécies diferentes de bactérias têm sido detectadas na cavidade bucal em humanos⁹. 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. O biofilme é o fator etiológico de doenças nos dentes e nos seus tecidos de suporte, como a cárie dentária e a doença periodontal (gengivite, periodontite e peri-implantite). Essas doenças induzem resposta inflamatória no hospedeiro. O biofilme supra e subgengival, predominantemente composto por bactérias anaeróbias gram negativas, irá colonizar e causar inflamação gengival, com perda de fibras periodontais de suporte, osso alveolar e, conseqüentemente, levar à perda do dente. Além disso, as bactérias do biofilme dental podem espalhar-se para outras partes do corpo (bacteremia) causando doenças sistêmicas¹⁰.

De acordo com Garmonal *et al*, existem até 57 condições sistêmicas com possibilidade presumida de estarem associadas às doenças periodontais⁸. A periodontite tem sido associada principalmente a diabetes mellitus (DM) tipo 2¹¹, doenças cardiovasculares^{12,13}, distúrbios respiratórios¹⁴, resultados adversos na gestação¹⁵, doença renal crônica¹⁶ e síndrome metabólica¹⁷. A explicação biológica dessas associações depende principalmente da carga inflamatória sistêmica relacionada à periodontite^{18,19}. Na doença periodontal, há exacerbação da resposta inflamatória com uma resposta imunológica alterada⁸. Assim, o

tratamento periodontal tem demonstrado reduzir a curto prazo os níveis de marcadores de inflamação e, portanto, poder contribuir para o controle de outras doenças¹⁸.

Na verdade, não só a prevalência da doença periodontal está aumentada em indivíduos diabéticos, como a sua progressão é mais rápida e bastante agressiva²⁰. Uma relação bidirecional entre doença periodontal e DM tem sido proposta²¹. De fato, a periodontite pode prejudicar o controle glicêmico em pacientes com DM²² e o tratamento periodontal pode melhorar o controle glicêmico desses indivíduos^{23,24}.

A doença periodontal também pode exacerbar condições cardíacas pré-existentes. Pacientes com risco para endocardite infecciosa podem necessitar de antibióticos prévios aos procedimentos dentários (ANEXO I - A/B/C)^{25,26,27}.

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)²⁸.

Outros estudos sistemáticos encontraram fortes evidências de correlação entre doença periodontal e resultados adversos na gravidez, tais como: pré-eclâmpsia, parto prematuro e baixo peso ao nascer²⁹. Diante das alterações hormonais e imunológicas ocorridas durante a gravidez, a resposta inflamatória fica exagerada, exacerbando os quadros de doenças periodontais preexistentes³⁰.

Segundo Bazotti, o tabagismo também possui forte relação com a doença periodontal. Fumantes apresentaram redução do nível ósseo com progressão compatível à quantidade de exposição ao fumo. Logo, o sucesso do tratamento periodontal não depende somente do cirurgião dentista (CD), mas também do interesse e esforço do tabagista em cessar o vício³¹.

Assim, o tratamento da periodontite pode melhorar significativamente a saúde bucal relacionada à qualidade de vida do indivíduo e promover redução dos níveis de marcadores sistêmicos de inflamação²⁴. Uma boa higiene bucal é a melhor maneira de prevenir a doença periodontal, uma vez que ela não possui cura e sim controle.

3- Justificativa

O protocolo visa estabelecer critérios de referência e contra-referência entre as UBSs e os CEOs, assim como instrumentalizar e padronizar a prática clínica relativa à especialidade de periodontia, otimizando fluxos de atendimentos na SES-DF.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

K03.8 - Dentina sensível;

K05 - Gengivite e doenças periodontais;

K05.6 - Doença periodontal, sem outra especificação;

- K05.20 - Abscesso periodontal sem fístula;
- K05.21 - Abscesso periodontal com fístula;
- K05.22 - Pericoronite aguda;
- K06.0 - Retração gengival;
- K06.1 - Hiperplasia gengival;
- K08.1 - Perda de dentes devido a acidentes, extração ou doenças periodontais localizadas;
- Z54.0 - Convalescença após cirurgia;
- Z76.3 - Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente³².

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O diagnóstico, de competência do CD, é eminentemente clínico, realizado por meio de anamnese, exame físico extra e intraoral (sondagem periodontal), complementado pelo exame de imagem radiográfica (preferencialmente radiografias periapicais).

Conceitos clínicos vigentes, segundo a Classificação das Doenças e Condições Periodontais de 2018^{33,34,35}:

5.1 - Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais

5.1.1 - Saúde Gengival

- Definição: periodonto sem perda de inserção;
- Aspectos clínicos: profundidade de sondagem de até 3 mm, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios.

5.1.2 - Gengivite Induzida pelo Biofilme

- Definição: primeira manifestação da resposta imunológica do periodonto frente ao biofilme dental, sendo reversível se removido o fator etiológico;
- Aspectos clínicos: apresenta sítios com profundidade de sondagem menor ou igual a 3 mm, com 10% ou mais de sítios com sangramento à sondagem, ausência de perda de inserção e de perda óssea radiográfica;
- Fatores predisponentes ou de risco: tabagismo, hiperglicemia, hormônios sexuais fatores nutricionais e de retenção do biofilme dental;
- Aumento gengival influenciado por medicamento - crescimento anormal do tecido gengival influenciado por medicamentos sistêmicos (ANEXO II) ^{36,37}.

5.1.3 - Doenças Gengivais Não Induzidas pelo Biofilme

- Definição: inflamação gengival onde outros fatores são desencadeadores que não o biofilme dental;
- Aspectos clínicos: gengiva avermelhada, edemaciada, por vezes com sangramento. Ex.: alergias de contato, eritema multiforme, doenças imunes da pele e mucosas, entre outras.

5.2 - Periodontite

- Definição: doença inflamatória crônica multifatorial, não transmissível, associada a um biofilme disbiótico e caracterizada pela destruição progressiva do aparato que sustenta o dente. É considerada uma doença silenciosa, embora possa evoluir com inchaço e sangramento gengival;
- Aspectos clínicos: perda de inserção detectada em 2 ou mais sítios interproximais não adjacentes ou por perda de inserção de 3 mm ou mais na vestibular ou na lingual/palatina em pelo menos 2 dentes. Pode ser localizada (até 30% dos sítios), generalizada (acima de 30% dos sítios) ou padrão molar-incisivo.

A periodontite é classificada de acordo com seu **Estágio**, que está relacionado à severidade da doença:

5.2.1 - Periodontite Estágio I

- Perda de inserção interproximal de 1-2 mm no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal (< 15%);
- Profundidade de sondagem de até 4 mm, sem perda dental devido à periodontite, e padrão de perda óssea horizontal.

5.2.2 - Periodontite Estágio II

- Perda de inserção interproximal de 3-4 mm no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal (15 a 33%);
- Profundidade de sondagem de até 5 mm, sem perda dental devido à periodontite, e padrão de perda óssea horizontal.

5.2.3 - Periodontite Estágio III

- Perda de inserção interproximal de 5 mm ou mais no pior sítio ou perda radiográfica se estendendo à metade ou ao terço apical da raiz;

- Profundidade de sondagem de 6 mm ou mais, com perda dental devido à periodontite em até 4 dentes, pode ter perda óssea vertical de até 3 mm, lesões de furca graus II ou III e defeito de rebordo moderado.

5.2.4 - Periodontite Estágio IV

- Perda de inserção interproximal de 5 mm ou mais no pior sítio ou perda radiográfica se estendendo à metade ou ao terço apical da raiz; perda dental devido à periodontite em 5 dentes ou mais;
- Além dos fatores de complexidade listados no estágio III, também pode ocorrer: disfunção mastigatória, trauma oclusal secundário (mobilidade grau 2 ou 3), defeito de rebordo grave e menos de 10 pares de dentes remanescentes.

A periodontite também é classificada de acordo com o **Grau**, que se relaciona ao risco de progressão da doença e seus efeitos na saúde sistêmica do usuário:

5.2.5 - Grau A - Progressão Lenta

- Evidência direta de que não houve perda de inserção por 5 anos ou evidência indireta de perda óssea/ano de até 0,25 mm;
- Indivíduos com grande acúmulo de biofilme dental e pouca destruição periodontal;
- Sem fatores de risco que podem modificar a gradação.

5.2.6 - Grau B - Progressão Moderada

- Evidência direta de progressão de perda de inserção inferior a 2 mm em 5 anos ou evidência indireta de perda óssea/ano de 0,25 - 1 mm;
- Destruição compatível com o acúmulo de biofilme dental;
- Presença de fatores de risco que podem modificar a gradação: fumantes abaixo de 10 cigarros/dia e hemoglobina glicada (HbA1c) < 7% em pacientes diabéticos.

5.2.7 - Grau C - Progressão Rápida

- Evidência direta de progressão de perda de inserção igual ou superior a 2 mm em 5 anos ou evidência indireta de perda óssea/ano superior a 1 mm;
- Destruição excedente ao esperado pela quantidade de biofilme dental, sugerindo progressão rápida da doença e/ou acometimento precoce;
- Presença de fatores de risco que podem modificar a gradação: fumantes acima de 10 cigarros/dia e HbA1c igual ou superior a 7% em pacientes diabéticos.

5.3 - Periodontite como Manifestação de Doenças Sistêmicas

- Definição: doenças periodontais relacionadas a doenças sistêmicas. Ex.: lúpus eritematoso, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Papillon-Lefèvre, anemias, HIV, imunossupressores, entre outras.

5.4 - Gengivite Necrosante

- Definição: processo inflamatório agudo do tecido gengival;
- Aspectos clínicos: caracterizada pela presença de necrose/ulceração das papilas interdentais, sangramento gengival e dor. Outros sinais e sintomas associados podem incluir halitose, pseudomembranas, linfadenopatia regional, febre e sialorréia (em crianças).

5.5 - Periodontite Necrosante

- Definição: processo inflamatório agudo do periodonto;
- Aspectos clínicos: caracterizada por necrose/ulceração das papilas interdentais, sangramento gengival, halitose, dor e rápida perda óssea. Outros sinais/sintomas associados podem incluir formação de pseudomembrana, linfadenopatia e febre.

5.6 - Abscesso Periodontal

- Definição: acúmulo de pus localizado na parede gengival do sulco/bolsa periodontal, resultando em destruição tecidual significativa;
- Aspectos clínicos: elevação ovóide da gengiva na parede lateral da raiz, dor, sangramento e supuração à sondagem, bolsa periodontal profunda e aumento da mobilidade dental podem ser observados.

5.7 - Lesão Endoperiodontal

- Definição: comunicação patológica entre os tecidos pulpar e periodontal em determinado dente, o que pode ocorrer de forma aguda ou crônica;
- Aspectos clínicos/radiográficos: caracterizada por bolsas periodontais profundas que se estendem ao ápice radicular e/ou por resposta a teste de vitalidade pulpar negativo ou alterado. Outros sinais e sintomas possíveis incluem evidência de perda óssea radiográfica na região apical ou de furca, dor espontânea ou à palpação/percussão, exsudato purulento/supuração, mobilidade dental, fístula e alterações de coloração na coroa do dente e/ou gengiva.

5.8 - Forças Oclusais Traumáticas

- Definição: qualquer força oclusal que resulte em danos aos tecidos e/ou ao aparato de inserção periodontal;
- Aspectos clínicos/radiográficos: mobilidade dental aumentada e/ou aumento radiográfico do espaço do ligamento periodontal.

5.9 - Condições e Doenças Peri-Implantares

5.9.1 - Saúde Peri-Implantar

- Definição: ausência de sinais clínicos de inflamação nos tecidos ao redor dos implantes;
- Aspectos clínicos: ausência de sangramento e/ou supuração após sondagem delicada, ausência de perda óssea, além daquelas observadas após a fase de remodelação fisiológica.

5.9.2 - Mucosite Peri-Implantar

- Definição: presença de sinais clínicos de inflamação nos tecidos ao redor dos implantes;
- Aspectos clínicos: sangramento e/ou supuração após sondagem delicada, ausência de perda óssea, além daquelas observadas após a fase de remodelação fisiológica.

5.9.3 - Peri-Implantite

- Definição: presença de sangramento e/ou supuração após sondagem delicada;
- Aspectos clínicos: aumento da profundidade de sondagem em relação a exames prévios e presença de perda óssea, além daquelas observadas após a fase de remodelação fisiológica.

6- Critérios de Inclusão

- Possuir cartão SUS e número de prontuário eletrônico (SES);
- Usuário em acompanhamento na UBS que apresente necessidade de tratamento periodontal especializado, encaminhado via Sistema de Regulação (SisReg);
- Paciente com tratamento periodontal básico, exodontia de restos radiculares e/ou dentes condenados e adequação do meio bucal já realizados previamente na UBS;
- Presença de bolsa periodontal com sondagem clínica igual ou superior a 4 mm (Periodontite Estágios II, III e IV), manifestações periodontais de condições sistêmicas ou lesões endoperiodontais;
- Indicação de cirurgia para restabelecimento de espaço biológico ("cirurgia de aumento de coroa clínica"), gengivectomia/gengivoplastia ou enxertos gengivais;

- Pacientes com abscessos periodontais ou condições necrosantes (“gingivite necrosante/periodontite necrosante”).

7- Critérios de Exclusão

- Usuários com condições periodontais leves, como gengivites e/ou periodontites com bolsas de até 4 mm, sem perdas ósseas associadas;
- Dentes com mobilidade grau 3 ou que não tenham condições clínicas de exercer funções no sistema estomatognático;
- 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 na UBS;
- Presença de condições sistêmicas descompensadas que inviabilizem o tratamento periodontal em nível especializado ambulatorial. Neste caso, o usuário deverá ser primeiramente avaliado pelo médico da Equipe de Saúde da Família (ESF);
- Usuários que se recusarem a colaborar com o tratamento periodontal proposto devido à falta de motivação.

8- Conduta

O CD da UBS realizará a estratificação de risco conforme critérios de encaminhamento de pacientes para consulta de Periodontia, via Regulação. O dentista descreverá o caso clínico no campo "Observações" da tela do SisReg e relatará a condição sistêmica do usuário (hígido ou presença de comorbidade). Usuários com condições sistêmicas alteradas deverão estar compensados e em acompanhamento médico, apresentando preferencialmente o relatório médico ao periodontista no dia da consulta inicial.

Se possível, os pacientes deverão ser encaminhados com o exame radiográfico realizado. Caso as radiografias não tenham sido feitas antes da data da consulta com o periodontista, o CD da UBS precisará, ao menos, já ter inserido o nome do usuário no SisReg na especialidade de radiologia.

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 menos 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). Tal plano de tratamento será suficiente 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 periodontite²⁴. Consiste na remoção de biofilme e cálculo da superfície corono-radicular, sob anestesia local - se necessário, objetivando a biocompatibilidade radicular, podendo ser executada com instrumentação manual, ultrassônica ou combinação de técnicas³⁸. O tipo do dente, o grau da destruição periodontal, os fatores locais, o histórico médico e a idade do paciente podem interferir na eficácia da raspagem²⁴. Em pacientes com periodontite avançada, somente a raspagem pode não ser suficiente para restabelecer a saúde periodontal³⁹. Outras formas de terapias, como lasers, antissépticos, antibióticos sistêmicos, moduladores do hospedeiro e probióticos têm sido sugeridas como adjuvantes à raspagem, de forma a potencializar seus efeitos⁴⁰. Dentre essas terapias adjuntas à raspagem, a amoxicilina e o metronidazol demonstraram fortes evidências científicas para seu uso no atendimento clínico de rotina²⁴;
- Cirurgia periodontal para redução de bolsas periodontais – procedimento cirúrgico para reduzir ou eliminar as bolsas periodontais. É indicado quando as alternativas não cirúrgicas foram esgotadas e há persistência de bolsas periodontais ativas³⁸;
- Cirurgia periodontal de aumento de coroa clínica - ACC (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^{38,41};
- 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 óssea³⁸;
- 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 multirradiculados 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 cirúrgica³⁸;

- Tunelização – procedimento cirúrgico que tem por objetivo a exposição de toda a área da furca, resultando em um espaço interradicular de vestibular a lingual, tipo “túnel”. Indicado para molares inferiores (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 óssea³⁸;
- 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 ulcerativa necrosante (GUN), periodontite ulcerativa necrosante (PUN) e pericoronarite⁴²;
- Lesão endoperio – nesse tipo de lesão, o tratamento deve ser combinado entre as especialidades de periodontia e endodontia. No momento do diagnóstico, o periodontista deve inserir o usuário no SisReg como “prioridade vermelha” de atendimento pelo endodontista do CEO;
- Contenção dentária (splintagem) – 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.

Os instrumentais mais utilizados na especialidade de periodontia estão listados no ANEXO III.

8.1 Conduta Preventiva

A redução do biofilme dental, com a escovação, uso do fio dental 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 individual⁴³.

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 Robinson (sulcos, fossas e fissuras). Quando disponível, a profilaxia também pode ser realizada com jato de bicarbonato. A frequência do procedimento é risco-dependente;
- Evidenciação de biofilme – procedimento realizado por CD ou técnico de higiene dental (THD) com utilização de substâncias corantes, objetivando evidenciar o biofilme dental para demonstração ou conveniência;

- Instrução de higiene bucal – pode ser realizada individualmente ou coletivamente (atividade educativa/orientação em grupo na UBS), pelo CD ou THD. O objetivo é estimular a escovação e o uso do fio dental, visando o autocuidado, e orientar que a manutenção da saúde periodontal depende da capacidade de controle do biofilme dental;
- Aplicação tópica de flúor – procedimento realizado por CD ou THD, com a finalidade de prevenir e/ou remineralizar os dentes, além de ajudar no controle da sensibilidade dentinária pós-raspagem nas regiões com retração gengival.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

O tratamento não farmacológico na especialidade de periodontia consiste basicamente na adequação do meio bucal através da eliminação de focos infecciosos, controle de biofilme dental, instrução de higiene bucal/motivação, remoção de fatores retentivos e raspagem supra e subgengival^{38,42,44}.

8.3 Tratamento Farmacológico

8.3.1 Fármaco(s)

Relação de Medicamentos Padronizados - REME-DF para Especialidade de Periodontia e o Nível de Atenção			
Código	Descrição	Grupo Farmacológico	Nível de Atenção
90702	Amoxicilina + Clavulanato de potássio pó p/ susp oral 50mg/ml + 12,5mg/ml frasco 75 ou 100ml	Antibacterianos beta-lactâmicos, Penicilinas	UBS Uso Hospitalar
90703	Amoxicilina + Clavulanato de potássio comprimido revestido 500mg +125mg	Antibacterianos beta-lactâmicos, Penicilinas	UBS Uso Hospitalar
90895	Amoxicilina cápsula ou comprimido 500 mg	Antibacterianos beta-lactâmicos, Penicilinas	UBS Uso Hospitalar
90896	Amoxicilina pó para suspensão oral 250mg/5ml frasco 150 ml com doseador	Antibacterianos beta-lactâmicos, Penicilinas	UBS Uso Hospitalar
90106	Azitromicina comprimido 500 mg	Lincosaminas e estreptograminas, Macrolídeos	UBS Uso Hospitalar
90884	Cefalexina cápsula ou drágea ou comprimido 500 mg	Outros antibacterianos beta-lactâmicos	UBS Uso Hospitalar

90885	Cefalexina suspensão ou pó para suspensão oral 50mg/ml frasco 100ml com doseador	Outros antibacterianos beta-lactâmicos	UBS Uso Hospitalar
90099	Clindamicina (cloridrato) cápsula 300mg	Lincosaminas e estreptograminas, Macrolídeos	UBS Uso Hospitalar
90355	Dexametasona comprimido 4mg	Corticosteróides de uso sistêmico, isolado	UBS Uso Hospitalar
90062	Dipirona solução oral 500mg/ml frasco 10ml	Outros analgésicos e antipiréticos	UBS Uso Hospitalar
90948	Doxiciclina drágea ou comprimido revestido 100mg	Tetraciclinas	UBS Uso Hospitalar
11087	Ibuprofeno comprimido 600mg	Produtos antiinflamatórios e antirreumáticos não esteróides	UBS Uso Hospitalar
24503	Ibuprofeno suspensão oral 50mg/ml frasco gotas 30ml	Produtos antiinflamatórios e antirreumáticos não esteróides	UBS Uso Hospitalar
90708	Metronidazol comprimido 400mg	Agentes contra amebíase e outras doenças protozoárias	UBS Uso Hospitalar
20060	Paracetamol comprimido 500mg	Outros analgésicos e antipiréticos	UBS Uso Hospitalar
90314	Paracetamol solução oral 200mg/ml frasco 15ml	Outros analgésicos e antipiréticos	UBS Uso Hospitalar

UBS: orientações de acesso aos medicamentos disponíveis na atenção básica. Para que o usuário receba os medicamentos nas farmácias das UBS da SES-DF é necessária a apresentação dos seguintes documentos:

1. Receita válida e legível em 2 vias contendo:
 - Identificação da unidade de saúde responsável pela emissão da prescrição ao usuário;
 - Nome completo do usuário;
 - Nome do medicamento, pela Denominação Comum Brasileira (DCB);

- A concentração, a forma farmacêutica, a posologia e a quantidade do medicamento (em algarismos arábicos) suficiente para o tratamento prescrito;
 - Duração do tratamento;
 - Data da emissão;
 - Assinatura do prescritor e carimbo contendo nome completo e número de inscrição no respectivo Conselho Regional de Classe.
2. Documento de identificação do paciente com foto, original ou cópia, salvo para menor de idade ao qual será permitido apresentação de Certidão de Nascimento e/ou;
 3. Cartão Nacional de Saúde ou Identificação SES/DF do paciente.

Uso Hospitalar: medicamentos disponíveis também para uso em ambiente hospitalar ou restrito ao nível hospitalar.

8.3.2 Esquema de Administração

- Amoxicilina + clavulanato de potássio pó para suspensão oral 50mg/mL + 12,5mg/ml. Dose usual é de 30-50mg/kg/dia de 8/8 horas por 7 a 10 dias;
- Amoxicilina cápsula 500mg + clavulanato de potássio 125mg. Dose usual é de 1 cápsula de 8/8 horas por 7 a 10 dias;
- Amoxicilina cápsula 500 mg. Dose usual é de 1 cápsula de 8/8 horas por 7 a 10 dias;
- Amoxicilina pó para suspensão oral 250 mg/5 ml. Dose usual é de 30-50mg/kg/dia de 8/8 horas por 7 a 10 dias;
- Azitromicina comprimido 500mg. Dose recomendada é de 1 comprimido ao dia por 3 dias;
- Cefalexina cápsula ou drágea ou comprimido 500mg. Dose usual é de 1 comprimido a cada 6 horas por 7 a 10 dias;
- Cefalexina suspensão oral 50mg/ml frasco. Dose usual é de 25-50mg/kg/dia de 6/6 horas por 7 a 10 dias;
- Clindamicina (cloridrato) cápsula 300 mg. Dose diária recomendada é de 600-1.800 mg, dividida em 2, 3 ou 4 doses iguais;
- Dexametasona comprimido 4mg. Dose inicial usual varia de 0,75 a 15 mg por dia, dependendo da doença que está sendo tratada;
- Dipirona sódica solução oral 500mg/ml. Dose usual em adultos é de 20 a 40 gotas em administração única ou até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia;
- Doxiciclina comprimido 100 mg. Dose recomendada é de 1 comprimido de 12/12 horas por 7 a 10 dias;

- Ibuprofeno comprimido 600 mg. Dose recomendada é de 600 mg, via oral, 3 a 4 vezes ao dia, podendo ser ajustada de acordo com o quadro clínico do paciente, não devendo, porém, ultrapassar o limite máximo de 3.200 mg/dia;
- Ibuprofeno suspensão oral 50 mg/ml frasco 30 ml. Posologia recomendada para crianças a partir de 6 meses é de 1 a 2 gotas/kg de peso, em intervalos de 6 a 8 horas, não excedendo o máximo de 40 gotas por dose (200 mg) e 160 gotas (800 mg) num período de 24 horas. Em adultos, a posologia habitual do ibuprofeno 50 mg/ml é de 40 gotas (200 mg) a 160 gotas (800 mg), podendo ser repetida por, no máximo, 4 vezes em um período de 24 horas. A dose máxima permitida por dia em adultos é de 640 gotas (3.200 mg);
- Metronidazol comprimido 400 mg. Dose usual para adultos é de 400 mg a cada 8 horas por 7 a 10 dias;
- Paracetamol comprimido 500 mg. Dose usual recomendada é de 1 a 2 comprimidos, 3 a 4 vezes ao dia. A dose diária total recomendada de paracetamol é de 4000 mg, não excedendo 1000 mg/dose, em intervalos de 4 a 6 horas, em um período de 24 horas;
- Paracetamol solução oral 200 mg/ml frasco 15 ml. Dose usual é de 35 a 55 gotas, 3 a 5 vezes ao dia. A dose diária máxima de paracetamol é de 4000 mg (275 gotas) administrada em doses fracionadas, não excedendo a dose de 1000 mg/dose (55 gotas) com intervalos de 4 a 6 horas, no período de 24 horas.

8.3.3 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 ou até o desaparecimento dos sinais e sintomas.

Em casos de alergia, diarreia ou outros sinais e sintomas em relação à medicação prescrita, o usuário deverá suspender seu uso e procurar imediatamente a unidade de saúde de referência para consulta com o profissional.

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, um bom controle de biofilme dental é essencial para manter a saúde periodontal do indivíduo^{47,48,49}.

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 diabéticos⁶.

Dentre os benefícios deste protocolo, espera-se que haja reorganização e otimização do fluxo de assistência 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 de periodontia.

10- Monitorização

O número de atendimentos é individual e depende do estado clínico bucal que o usuário apresenta ao iniciar o tratamento. Ele será definido pelo CD que o assiste. Em média, o intervalo entre as consultas é de uma semana.

Pacientes com dentes de prognóstico duvidoso, que não responderem favoravelmente ao tratamento periodontal proposto, poderão ser indicados para exodontias.

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. Com ela é possível avaliar tanto o estado inflamatório quanto o histórico da doença⁵⁰.

De acordo com artigos sobre manutenção e terapia periodontal de suporte (TPS), a reavaliação deve acontecer por volta de 45 dias após completado o tratamento inicial. Esse tempo permite uma correta cicatrização dos tecidos moles periodontais. Entretanto, é muito difícil generalizar todos os casos e muitas respostas teciduais só vão se completar após, pelo menos, 90 dias⁵¹.

Estando em normalidade, o usuário deverá retornar à UBS para proservação, conforme disponibilidade de vagas.

Quando o periodontista julgar necessário, a TPS será realizada nos CEOs. Nesses casos, o especialista preencherá a guia 6600 (ANEXO IV) e no campo “contra-referência” descreverá as particularidades do caso, especificando o mês em que o usuário precisará ser reinserido na Regulação. Essa nova solicitação de Regulação para retorno ao CEO será realizada pelo CD da UBS como “prioridade amarela”.

Em procedimentos cirúrgicos periodontais, o retorno à UBS deverá acontecer entre 45 e 60 dias para a realização do tratamento restaurador e/ou proservação⁴¹.

É crucial orientar os usuários sobre seu automonitoramento no período pós-tratamento, bem como destacar a importância do papel dos THDs nas ações de manutenção preventiva^{6,43}.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Vide ANEXO V.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A regulação, controle e avaliação serão realizados por meio dos dados coletados pela Gerência de Odontologia em cada unidade de saúde da SES-DF, de forma mensal, a partir dos dados do sistema de prontuário eletrônico.

O CD será responsável pela inserção dos usuários no SisReg seguindo critérios aqui descritos e àqueles do Caderno de Atenção Básica nº 17⁴². Deverão ser verificados, ainda, se os procedimentos que estão sendo realizados nos CEOs e nas UBSs correspondem aos estabelecidos por este protocolo.

De acordo com a Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde⁵², a produção mínima mensal em CEO tipo I é de 60 procedimentos de periodontia; em CEO tipo II 90 procedimentos/mês e em CEO tipo III 150 procedimentos/mês. Os códigos válidos para a referida produção são:

0307030032 Raspagem corono-radicular (por sextante);

0414020081 Enxerto gengival;

0414020154 Gengivectomia (por sextante);

0414020162 Gengivoplastia (por sextante);

0414020375 Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante).

14- Referências Bibliográficas

1. SOUZA, GCA, et al. Referência e Contra Referência em Saúde Bucal: Especialidades Odontológicas. **Revista de Salud Publica**. 2015, 17(3):416.
2. American Dental Association - **ADA**. D9995 and D9996 ADA guide: version 1. Chicago: American Dental Association, 2017.
3. FERREIRA, MC, et al. Impact of periodontal disease on quality life: a systematic review. **J Periodontol Res**. 2017, Aug;52(4):651-65.
4. HAAG, DG, et al. Oral Conditions and Health-Relates Quality of Life: A Systematic Review. **J Dent Res**. 2017, Jul;96(8):864-74.
5. ATLAS DA SAÚDE. As doenças das gengivas são a patologia não transmissível mais comum em todo o mundo [acesso em 20 de julho de 2020]. Disponível em: <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/doencas-das-gengivas-sao-patologia-nao-transmissivel-mais-comum-em-todo-o-mundo#:~:text=A%20doen%C3%A7a%20periodontal%20afeta%2035,qualquer%20estado%20C%20%C3%A9%20totalmente%20eficaz>

6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. DEWHIRST, FE et al. The human oral microbiome. **J Bacteriol.** 2010, 192:5002-17.
10. LARSEN, T; FIEHN, NE. Dental biofilm infections – an update. **APMIS.** 2017, 125:376-84.
11. 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.
12. 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.
13. TONETTI, MS; VAN DYKE, TE. Working group 1 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. **J Clin Periodontol.** 2013, Apr;40(supp14):S24-29.
14. 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.
15. IDE, M; PAPAPANOU, PN. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes-systematic review. **J Clin of Periodontol.** 2013, Apr;40(supp14):S181-94.
16. 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.
17. 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.
18. PARASKEVAS, 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.
19. LOOS, BG. Systemic markers of inflammation in periodontitis. **J Periodontol.** 2005, 76(supp11):2106-15.
20. GROSSI, SG, et al. Treatment of periodontal disease in diabetics reduces glycosylated hemoglobin. **J Periodontol.** 1997, Aug;68(8):713-19.

21. 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.
22. 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.
23. SIMPSON, TC, et al. Treatment of periodontal disease for glycemic control in people with diabetes. **Cochrane Database Syst Rev**. 2010, May;(5):CD004714.
24. 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.
25. 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.
26. ROBINSON A.N.; TAMBYAH P.A.; Infective endocarditis - An update for dental surgeons (review). **Singapore Dental Journal**. 2017,38:2-7.
27. AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA) GUIDELINES. Dental Procedures and Infective Endocarditis [acesso em 13 de julho de 2020]. Disponível em: <https://www.heart.org/en/health-topics/infective-endocarditis>
28. ALMEIDA, RF, et al. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Rev Port Clin Geral**. 2006, 22:379-90.
29. BEEN, JV, et al. Periodontal Disease and Pregnancy Outcomes: Overview of Systematic Reviews. **JDR Clinical & Translational Research**. 2018, Jan:10-25.
30. CARRANZA, FA et al. **Carranza Periodontia Clínica**: 11ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2011. 124-25,192,667.
31. BAZOTTI, KS. Implicações do tabagismo no tratamento da doença periodontal. Ação Odonto, (2), 2018. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acaodonto/article/view/15888>
32. CRO-DF. Classificação Internacional de Doenças - CID [acesso em 20 de julho de 2020]. Disponível em: <http://www.cro-df.org.br/pdf/cid.pdf>
33. STEFFENS, JP; MARCANTONIO, 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.
34. 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. **J Clin Periodontol**. 2018, Mar;45:45(suppl20):S1-S8.
35. 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).

36. TUNGARE, S; PARANJAPE, AG. Drug Induced Gingival Overgrowth (DIGO). In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): **StatPearls Publishing**. 2020.
37. MEDICINANET. BPR Guia de Remédios [acesso em 20 de julho de 2020]. Disponível em: www.medicinanet.com.br
38. 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.
39. FERES M, et al. Systemic antibiotics in the treatment of periodontitis. **Periodontol 2000**. 2015, Feb;67(1):131-86.
40. GRAZIANI F, et al. Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease? **Periodontol 2000**. 2017, Oct;75(1):152-88.
41. RISSATO, M; SANDINI MT. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias bilógicas com finalidade restauradora - revisão de literatura. **RFO UPF**. 2012, Mai-Ago;17(2).
42. 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.
43. 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(supp1):e025.
44. Linha Guia de Saúde Bucal do DF. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal [acesso em 20 de julho de 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Linha-Guia-de-SB-do-DF-Completo.pdf>
45. ANVISA. Lista de Denominações Comuns Brasileiras - DCB [acesso em 20 de julho de 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33832/3926195/2020+Lista+Consolidada+DCB+mai/440648eb-5f92-4605-b357-8d576019f78d>
46. SAUDE. Relação de medicamentos padronizados da SESDF [acesso em 20 de julho de 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/REME-versa%CC%83o-profissionais-desau%CC%81de-1.pdf>
47. 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.

48. 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.
49. JOSHI, S, et al. Toothbrushing behavior and periodontal pocketing: An 11-year longitudinal study. **J Clin Periodontol**. 2018, Feb;45(2):196-203.
50. DONOS N. The periodontal pocket. **Periodontol 2000**. 2018, Feb;76(1):7-15.
51. ORTIZ G, et al. Periodontal Regeneration Furcation Defects: a systemic review form the AAP Regeneration Workshop. **J. Periodontology**. 2015, PMID: 25644295.
52. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1464 de 24 de junho de 2011 [acesso em 20 de julho de 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html

ANEXO I - A

Profilaxia para Endocardite Bacteriana – Diretrizes da AHA

Condições cardíacas consideradas de alto risco para a Endocardite Infecçiosa, nas quais a profilaxia antibiótica é recomendada previamente aos procedimentos odontológicos
<ul style="list-style-type: none"> · Válvulas cardíacas protéticas ou material protético usado para reparo de válvulas cardíacas;
<ul style="list-style-type: none"> · História prévia de endocardite infecciosa;
<ul style="list-style-type: none"> · Doenças Cardíacas Congênitas (DCC)* <ul style="list-style-type: none"> ○ DCC cianótica não-reparada, incluindo casos com <i>shunts</i> e condutos paliativos; ○ Defeito cardíaco congênito completamente reparado com material ou dispositivo protético, se colocados por cirurgia ou intervenção com catéteres, durante os primeiros 6 meses após o procedimento**; ○ DCC reparada com defeitos residuais no sítio ou adjacente a ele de um curativo ou dispositivo protético (inibem a endotelização);
<ul style="list-style-type: none"> · Pacientes que receberam transplante cardíaco e desenvolveram valvulopatia cardíaca;

*A profilaxia antibiótica não é recomendada para nenhuma outra DCC que não esteja listada na tabela.

**A endotelização do material protético só ocorre num período de 6 meses após o procedimento.

Fonte:

Tabela extraída da **Revista de Periodontia**. Profilaxia da endocardite infecciosa: recomendações atuais da American Heart Association (AHA), 2009.

ANEXO I – B

Procedimentos Odontológicos que Requerem Profilaxia Antibiótica
<ul style="list-style-type: none">• Procedimentos com alta probabilidade de bacteremias e que envolvam manipulação do tecido gengival, da região periapical dos dentes ou perfuração da mucosa bucal.
Procedimentos Odontológicos que a Profilaxia Antibiótica Não é Recomendada
<ul style="list-style-type: none">• Injeções anestésicas de rotina através de tecido não infectado;• Radiografias dentárias;• Colocação de aparelhos protéticos ou ortodônticos removíveis;• Colocação de braquetes ortodônticos;• Ajuste de aparelhos ortodônticos;• Esfoliação de dentes decíduos;• Sangramento por trauma nos lábios ou mucosa bucal.

Fontes:

- Tabela adaptada da **Revista de Periodontia**. Profilaxia da endocardite infecciosa: recomendações atuais da American Heart Association (AHA), 2009.

- Tabela adaptada de **Singapore Dental Journal**. Infective endocarditis - An update for dental surgeons (review), 2017.

ANEXO I - C

Regimes Profiláticos Antibióticos para Procedimentos Odontológicos

Situação	Agente	Regime – Dose Única 30-60 minutos antes do procedimento	
		Adultos	Crianças
Oral	Amoxicilina	2 g	50 mg/kg
Não é possível tomar medicação oral	Ampicilina OU	2 g IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV
	Cefazolina ou Ceftriaxona	1 g IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV
Alérgicos a penicilinas ou ampicilina – regime oral	Cefalexina**+ OU	2 g	50 mg/kg
	Clindamicina OU	600 mg	20 mg/kg
	Azitromicina ou Claritromicina	500 mg	15 mg/kg
Alérgicos a penicilinas ou ampicilina e incapazes de tomar medicação oral	Cefazolina ou Ceftriaxona	1 g IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV
	OU Clindamicina	600 mg IM ou IV	20 mg/kg IM ou IV

*Como primário - intramuscular; IV – intravenosa.

**Ou outra cefalosporina oral de primeira ou segunda geração em dose equivalente em adulto ou pediátrica.

+ As cefalosporinas não devem ser usadas em indivíduos com histórico de anafilaxia, angioderma ou urticárias com penicilinas ou ampicilina.

Fonte:

- Tabela extraída do American Heart Association Guidelines. Disponível em: <https://www.heart.org/en/health-topics/infective-endocarditis>

ANEXO II

Drogas Indutoras de Aumento Gengival

Categoria	Substância química
Anticonvulsivantes	Fenitoína
	Valproato de Sódio
	Fenobarbital
	Vigabatrina
	Primidona
Imunossupressores	Ciclosporina
	Tacrolimo
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino
	Nitrendipino
	Felodipino
	Anlodipino
	Verapamil
	Diltiazem

Fontes:

- Tabela adaptada do **StatPearls Publishing**. Drug Induced Gingival Overgrowth (DIGO), 2020.
- **MEDICINANET**- BPR Guia de Remédios. Disponível em: www.medicinanet.com.br

ANEXO III

Tabela de Instrumentais de Periodontia

· Afastador Minnessota	· Cureta de Lucas 85	· Pinça mosquito
· Alta rotação	· Cureta de Lucas 86	· Placa de vidro
· Bandeja de inox média	· Cureta de Mc Call 13/14	· Ponta de aspiração
· Bandejas cirúrgicas	· Cureta de Mc Call 17/18	· Ponta de ultrassom supragengival
· Bisturi de Kirkland	· Descolador de Freer	· Ponta de ultrassom subgengival
· Bisturi de Orban	· Descolador Molt	· Ponta Morse 0-00
· Brocas carbide esféricas nº 2, 4, 6	· Espátula 24	· Porta agulha Mayo Hegar 14 cm
· Brocas diamantadas 1012HL e 1014HL	· Espelho bucal	· Porta agulha tipo Castroviejo
· Brocas diamantadas 1016HL e 3018HL	· Kit de Tunelizadores	· Seringa Carpule
· Cabo de bisturi Bard Park nº 03	· Lima de Buck	· Seringa de irrigação descartável 10 e 20cc
· Caixa inox	· Lima Schluger	· Sindesmótomo
· Cântula Frazier	· Manguito de silicone	· Sonda exploratória nº 05
· Capa transdutor para ultrassom Dabi	· Microtesoura cirúrgica serrilhada curva	· Sonda Nabers
· Chave fix para ponta Dabi	· Pedra para afiar (naturais ou artificiais)	· Sonda periodontal PCP UNC15
· Cinzél Micro Ochsenbein nº 01	· Periótomo	· Sonda periodontal Williams
· Cinzél Micro Ochsenbein nº 02	· Pinça Backaus	· Tesoura Buck
· Cuba odontológica	· Pinça clínica	· Tesoura cirúrgica
· Cureta Crane Kaplan	· Pinça de Adson	· Tesoura curva
· Cureta de Gracey 5/6	· Pinça Dietrich	· Tesoura Goldman Fox
· Cureta de Gracey 7/8	· Pinça hemostática curva	· Tesoura Íris
· Cureta de Gracey 11/12	· Pinça hemostática reta	· Tesoura Metezembaun curva 15cm
· Cureta de Gracey 13/14	· Pinça microdente de rato	· Tesoura reta

Fonte:

Tabela elaborada pelo GT de Periodontia.

ANEXO V

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) e cirúrgico(s) a que vou me submeter e estou de acordo com os termos relacionados: _____.

Declaro ter sido orientado(a) sobre a utilização da medicação 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. E 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 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. Declaro que sei ler e escrever em língua portuguesa.

Brasília-DF, ____ de _____ de 20____.

Usuário ou responsável legal

Cirurgião(ã) Dentista