



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de
Saúde - CODEPPS

CADERNOS DE SAÚDE BUCAL DA SES SP

*“Qualidade e resolutividade na atenção básica:
recomendações de periodontia”*

adotado pela Área Técnica de Saúde Bucal para subsidiar as ações de saúde bucal na rede municipal de saúde.

Gestão 2005-2008

dezembro de 2005



**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL**

CADERNOS DE SAÚDE BUCAL

*“Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de
periodontia”*

Dezembro de 2004

Apresentação

A atenção integral à saúde, objetivo do Sistema Único de Saúde, inicia-se pela organização do processo de trabalho na rede básica de saúde e soma-se às ações em outros níveis assistenciais, compondo o “cuidado à saúde” (CECÍLIO e MERHY 2003). É a rede básica de saúde, portanto, a grande responsável pelo cuidado em saúde e cuidado significa vínculo, responsabilização e solicitude na relação equipe de saúde com os indivíduos, famílias, comunidades; significa compreender as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural; significa acolhê-las em suas necessidades com relação ao sistema de saúde.

As proposições no âmbito da atenção básica devem ser norteadas pelo entendimento da dupla dimensão do processo saúde-doença, que exige não apenas soluções voltadas para o indivíduo mas também intervenções de caráter coletivo, orientadas por critérios de prevalência, incidência, magnitude e possibilidade de resposta. (DAB/SES-SP 2002). E este nível de atenção necessita esgotar os limites de suas possibilidades, na propedêutica e na clínica, dando uma resposta eficaz às pessoas sob sua responsabilidade, num processo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Esse nível de deve, assim, “ser orientado para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificado no sentido de também prover cuidados contínuos para os pacientes portadores de patologias crônicas e portadores de necessidades especiais” (CARTA DE SERGIPE 2003).

É neste contexto que se inserem a ação de saúde bucal.

E é preciso compreender que ter saúde bucal significa não apenas ter dentes e gengivas saudáveis. Significa também estar livre de dores crônicas e outras doenças e agravos que acometem o aparelho estomatognático. Implica na possibilidade de uma pessoa exercer plenamente funções como mastigação, deglutição e fonação, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento, o que contribuirá para sua saúde geral. Não se pode separar saúde bucal da saúde geral, que está diretamente relacionada com qualidade de vida. (PETERSEN 2003; NARVAI 2003, SES-SP2004).

E é igualmente relevante reconhecer que saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada com as condições de vida (saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra), com o acesso à informação e aos serviços de saúde (1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Bucal, 1986 e 1993).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2004), além de destacar que as condições de saúde bucal podem mostrar sinais significativos de exclusão social, teve como objetivo identificar os principais problemas e buscar meios e recursos para superá-los nos diversos níveis de atuação do SUS.

E, nunca é demais lembrar, ter saúde bucal é um direito de cidadania, assegurado pela Constituição de 1988, direito que deve ser efetivado mediante políticas públicas que assegurem sua promoção, proteção e recuperação, significando também o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O sujeito da atenção básica em saúde bucal é o cirurgião-dentista clínico geral, que, assim, deve estar apto a atuar tanto na assistência, desenvolvida na Unidade de Saúde, como em ações coletivas e intersetoriais, sempre com o conhecimento do perfil epidemiológico da população sob sua responsabilidade.

As ações desenvolvidas na atenção básica em saúde bucal passam por um processo de evolução desde a implantação do SUS, tanto no que diz respeito ao público alvo contemplado quanto na sua complexidade. Isto implica na incorporação e

desenvolvimento de tecnologias que visem organizar os sistemas de referência e contra-referência proporcionando o atendimento integral do indivíduo, tendo como meta efetivar os preceitos constitucionais já citados.

Na saúde bucal cada vez mais se faz necessário ampliar o conjunto de ações desenvolvidas pelo cirurgião-dentista clínico geral no sentido de se obter maior qualidade e resolutividade.

Para tal, faz-se necessário instrumentalizá-lo em relação a técnicas e procedimentos especializados que possam ser realizados na atenção básica, estabelecendo limites de atuação profissional e condições de encaminhamento.

Com esse objetivo, o Centro Técnico de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, reuniu um grupo de trabalho constituído de profissionais da rede estadual de saúde, com experiência em diferentes especialidades e também com experiência na rede básica de saúde, para a construção de um conjunto de recomendações, com embasamento científico, que pudessem ser discutidas por profissionais representando municípios no âmbito das 24 Direções Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (DIR), incorporando as suas contribuições e experiências.

Foi um processo longo, porém cuidadoso, iniciado em fevereiro de 2003, que teve, como etapas, o estabelecimento de estratégias de trabalho, com a definição da estrutura dos cadernos; a revisão de literatura e elaboração de documentos para discussão inicial, o planejamento e a realização de oficinas com representantes de municípios e Faculdades de Odontologia das 24 Direções Regionais de Saúde (DIR), incorporação das sugestões e formatação e revisão final.

O trabalho foi finalizado com a constituição de sete Cadernos de Saúde Bucal, denominados: “Qualidade e resolutividade na atenção básica”:

- Recomendações para atendimento pacientes com necessidades especiais
- Recomendações sobre cirurgia ambulatorial
- Recomendações sobre endodontia
- Recomendações sobre periodontia
- Recomendações sobre semiologia
- Recomendações sobre odontopediatria e ortodontia preventiva
- Recomendações sobre biossegurança .

Cada Caderno tem características específicas de acordo com a complexidade da especialidade contemplada e certamente cumprirá o objetivo, já enunciado anteriormente - o de subsidiar o cirurgião-dentista da rede básica no esgotamento de suas possibilidades propedêuticas e clínicas, auxiliando-nos também no que e como referenciar aos níveis mais especializados.

È com muita satisfação, pois, que colocamos à disposição de todos os profissionais, e não apenas para os do SUS, esses sete Cadernos de Saúde Bucal.

Agradecemos, nesta oportunidade, aos que participaram da elaboração deste trabalho, com a dedicação de seu precioso tempo e conhecimento, cuja recompensa é a possibilidade de dividir seus saberes de forma solidária e democrática, contribuindo para a melhoria da atenção à saúde bucal da comunidade usuária do SUS.

São Paulo, dezembro de 2004.

Tania Izabel Bighetti Forni
Assessora de Saúde Bucal

Maria da Candelária Soares
Diretora do Centro Técnico de Saúde Bucal

Geraldo Alckmin
Governador do Estado de São Paulo

Luis Roberto Barradas Barata
Secretário da Saúde

Centro Técnico de Saúde Bucal

Maria da Candelária Soares - Diretora

Assessores

Vladen Vieira
Tania Izabel Bighetti Forni
Angela Maria Spadari D'Amelio
Doralice Severo da Cruz
Ana Flávia Pagliusi Gennari
Julie Silvia Martins
Maria Egláucia Maia Brandão

GRUPO DE TRABALHO

Coordenação Executiva:
Tania Izabel Bighetti Forni

Participantes:

Hiroko H. Nishiyama (DIR I)

Alice M. N. Fugita (Visconde de Itaúna)	Léa Márcia C. F. Alahmar (Visconde de Itaúna)
Claudio Massami Suzuki (Visconde de Itaúna)	Maria Cristina de Carvalho (NRS 4)
Dolores M. S. Russo (Amaral Gurgel)	Marco Antonio T. Martins (CS I Pinheiros)
Fabiana N. Silva (PAM Lapa)	Myriam Rossi (Amaral Gurgel)
Jorge Ferreira de Araújo (Hospital das Clínicas)	Rita de Cassia B. Vilarim (PAM Lapa)
Doralice Severo da Cruz Teixeira (CRI)	Angela Maria Spadari D'Amelio (CTSBucal)

Colaboradores

Azzo Widman (SES-SP – Hospital das Clínicas)
 Carlos Alberto Machado (SES-SP – Centro de Referência de Hipertensão)
 Carlos Bonilha (SES-SP – CSI Vila Maria)
 Cibele Paiola (DIR I – PAM Lapa)
 Edison José Boccadio (SES- SP - Hospital Emílio Ribas)
 Iara Oliveira Pais de Camargo (DIR I – PAM Lapa)
 Inaldi Marília Fernandes Bispo (SMS-SP – UBS Jardim São Paulo)
 Fernanda Lúcia de Campos (SMS-SP – COGEST – Saúde Bucal)
 Julia Futaki (Clínica particular)
 Luis Alberto Valente Junior (FM-USP – Hospital das Clínicas – Divisão de Odontologia)
 Marina de Fátima Rossi de Monteiro Piva (SES- SP - Hospital Emílio Ribas)
 Marisa Santiago S. Boreni (SES-SP – Clínica Amaral Gurgel)
 Pedro Orville Megale (DIR I – PAM Lapa)
 Regina Auxiliadora de Amorim Marques (SMS-SP – CSSub-prefeitura Butantã)
 Sílvio Carlos Coelho de Abreu (SMS-SP – PSF Santa Marcelina)

Representantes das Direções Regionais de Saúde

DIR I: Hiroko H. Nishiyama
 Mylene Cristina Pauletto; Maureen Ohara; Tania Mendonça; Maria Aparecida Custodio Ferreira; Teresa Cristina de Abreu
 DIR II: Elisa Ferraz de Alvarenga
 Maria Inez Arantes Azevedo B. Lippi; Sheila Ruegger Fabiano (Ribeirão Pires)
 DIR III: Viviane Armindo P. de Miranda
 Nelson Nakazone (Guarulhos); Egle Lucy Guimarães (Itaquaquecetuba)
 DIR IV: Rosele Alves de Araújo
 Márcia Macedo; Vítor Eugênio Aoki; Sérgio Paulo Barbosa; Marinez Macedo (Francisco Morato)
 DIR V: Renato Maurício da Cruz
 Olga Maria D. Pires (Embu das Artes); José Alberto Tarifa Nogueira (Embu das Artes); Amélia Mendes N. Guermandi (Embu das Artes); Nilva T. Kitani (Embu das Artes)
 DIR VI: Lúcia Maria Alves de Lima
 Milton Zampieri Júnior (Araçatuba); Álida Cristina Botazzo Delbem Fornazari (Araçatuba); Liliane Passanezi Almeida Louzada (FO-Araçatuba); Cíntia Megid Barbieri (FO-Araçatuba)
 DIR VII: José Carlos Amantéa
 Gema Maria Pagliarini Pizani (Araraquara)
 DIR VIII: Cleuber Landre
 DIR IX: Helda Maria Lucarelli
 Alex Tadeu Martins (Faculdade de Odontologia de Barretos); Juliemy Aparecida de Camargo Schuoteguazza (Faculdade de Odontologia de Barretos); Tadeu Martins (Faculdade de Odontologia de Barretos),
 DIR X: Elaine Aparecida Casarin
 Maria Rúbia Ayub Vaca (Borebi); Maria Inês Pereira Bernardes (Agudos)
 DIR XI: Ana Paula Machado; Arnaldo Porto
 DIR XII: Nadja Moscoso Abdalla

Rosimary de Fátima Val (Campinas); Paulo Camargo Moraes (Cosmópolis);
Daniel Guimarães Pedro Rocha; (Paulínia) Maurício Saurin (Sumaré); Zuleica
Meluza dos Santos (Vinhedo); Aparecida Inácio de Oliveira (Paulínia)

DIR XIII: Cláudio José Abrahão

DIR XIV: Suzel Marlene Longhi Nunes Oliveira

DIR XV: Simone Rennó Junqueira; Roberta Molina

DIR XVI: Diana Tsuyako Sjikura

Rosa Maria Outeiro Pinto Moreira

DIR XVII: Severino Florêncio

Carlos Augusto Garcia de Alencar (Pariquera-açu e Sete Barras); Ricardo
Adilson Soares (Miracatu e Juquiá); Marcos Aurélio Maeyama (Iguape e
Juquiá); Francisco de Paula Spagnuolo Neto (Pedro de Toledo); Ana Cristina
Messaggi Gomes Vendramini (Jacupiranga); Cristianne Aparecida Costa Haraki
(Pariquera-açu)

DIR XVIII: Vera Lúcia Morando Simi

DIR XIX: Aparecida Soares Franco

DIR XX: Airton Dias Paschoal; Suely Elizabeth L. Moreira

DIR XXI: Vera Lúcia de Carvalho Pirk

Ana Antonieta P. Valias (São José dos Campos); Marinaldo Guilhermino (São
José dos Campos); Maria Aparecida Oliveira Melo (São José dos Campos);
Guilherme Ungari (São José dos Campos); Elias Cecílio Neto (São Sebastião);
Jefferson Klink (São Sebastião)

DIR XXII: Júlio César P. Gomes

Gisele Rocco Pereira (São José do Rio Preto); Sandra Regina Lourenço Gomes
(São José do Rio Preto)

DIR XXIII: Wilson Gonçalves; Maria do Carmo B. Gonçalves

DIR XXIV: Maristela Luzia

Flávio Augusto Claro (Taubaté); Fábio Ribeiro Ito (Tremembé); Lilian Barbosa
Moassab (Taubaté)

CADERNOS DE SAÚDE BUCAL

1. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais”

- classificação dos pacientes segundo tipo de deficiência;
- descrição (definição, etiologia, características, sinais e sintomas) das alterações mais relevantes por sistema
- classificação de tratamentos odontológicos por grupos de procedimentos (I, II, III, IV, V, VI), dos menos invasivos para os mais invasivos, o que vai estabelecer o limite de atuação entre clínico geral e especialista e condições de encaminhamento;
- aspectos que devem ser obtidos a partir da avaliação médica e que devem ser considerados na avaliação odontológica;
- classificação de risco e grupos de tratamentos indicados para cada categoria,;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

2. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de cirurgia ambulatorial”

- aspectos a serem observados na consulta inicial e no pré-operatório cirúrgico cuja descrição está detalhada nas “Recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais”,
- sinais e sintomas de interesse na região de pescoço e cabeça;
- aspectos a serem considerados no exame físico e exames complementares mais utilizados;
- fluxo dos pacientes e plano de tratamento detalhando as condutas do clínico geral nos grupos de intervenções emergenciais odontológicas, intervenções emergenciais médicas e exodontias simples;
- aspectos relacionados a dor orofacial;
- condutas a serem tomadas em situações de complicações trans e pós-operatórias;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;

3. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de endodontia”

- indicações de endodontia;
- recursos utilizados no diagnóstico das alterações pulpares nas diferentes fases de evolução;
- condutas conservadoras que devem ser adotadas pelo clínico geral;
- condutas radicais indicadas para o especialista, com interface com o clínico geral em relação a pulpectomia, drenagem via transdental e extradental (intra e extrabucal);
- condutas de urgência em função de observações na anamnese, no exame físico e nos exames complementares;
- descrição dos passos de cada procedimento;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

4. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de periodontia”

- aspectos relacionados ao controle da placa bacteriana;
- descrição do índice utilizado para a avaliação periodontal, estabelecendo o limite de atuação entre clínico geral e especialista;
- descrição e funções das sondas periodontais mais utilizadas;
- características de saúde e de doença do tecido gengival a serem identificadas no exame clínico;
- classificação e descrição das doenças periodontais;
- considerações sobre tabagismo e seu papel na evolução das doenças periodontais;
- descrição dos tratamentos a serem realizados pelo clínico geral e pelo especialista e suas interfaces;
- condutas de urgência em periodontia,
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

5. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de semiologia”

- aspectos relacionados ao exame clínico, à anamnese e ao exame físico;
- características dos exames complementares necessários ao diagnóstico de alterações;
- descrição das lesões fundamentais;
- grupos de lesões, tipos de alterações, características clínicas, tipo de diagnóstico e tratamento;
- condutas e encaminhamentos diante de situações de urgências e emergências,
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

6. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de odontopediatria e ortodontia preventiva”

- aspectos relacionados ao exame clínico como posição do bebê para exame e situações de normalidade e alterações importantes em relação ao exame físico geral, extra e intra-bucal e oclusão;
- descrição de manifestações bucais de doenças viróticas, bacterianas e fúngicas, bem como de aspectos relacionados à respiração bucal;
- seqüência de erupção dentária e risco de cárie dentária;
- para cada tipo de alteração descrita, o tratamento recomendado e o profissional indicado para sua execução e as interfaces de atuação;
- descrição detalhada dos procedimentos a serem realizados pelo clínico geral;
- condutas e encaminhamentos diante de situações de urgências e emergências;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

7 - “Qualidade e resolutividade na atenção básica” recomendações de biossegurança”

- abordagem resumida das medidas de precaução universal a ser considerada na prática odontológica, reportando-se às portarias e resoluções relacionadas;
- bibliografia recomendada.

Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de periodontia

Responsáveis

Alice M. N. Fugita
Fabiana N. Silva

Sumário

Controle da placa bacteriana.....	10
Registro Periodontal Simplificado – PSR.....	12
Sonda periodontal.....	14
Características do tecido gengival.....	15
Classificação das doenças periodontais.....	16
Tabagismo.....	18
Tratamento.....	19
Ficha para o clínico geral.....	21
Tratamento periodontal de urgência.....	24
Uso de colutórios.....	28
Uso de antibióticos em terapia periodontal.....	29
Terapêutica medicamentosa.....	30
Instrumental necessário.....	34
Material necessário.....	36
Bibliografia recomendada.....	38

PERIODONTIA

Controle da placa bacteriana
Motivação e técnica de higiene bucal supervisionada
O paciente precisa estar motivado a realizar a sua higiene bucal, recebendo adequada orientação do profissional, compreendendo o processo saúde-doença periodontal, assim entenderá que a prevenção é o melhor meio de evitar a doença
Objetivos da higiene bucal
<ul style="list-style-type: none"> - Controlar a placa bacteriana, partindo de sua visualização, fazendo uso de evidenciador - Remoção de placa que se acumulam na porção corono-radicular - Redução da flora bacteriana estagnada - Estimular a irrigação sanguínea - Aumentar a queratinização - Preservar ou restabelecer a saúde periodontal - Aumentar a expectativa de vida dos dentes.
Métodos de higiene bucal:
Mecânicos: escova dental manual, escova dental interproximal, escova dental unitufo, escova dental elétrica, fio ou fita dental Químicos: dentifrícios e colutórios
Técnica de escovação
<u>Técnica de Bass</u>
<u>Objetivo:</u> permite limpar o sulco gengival sem provocar danos
<u>Passos:</u>
<ul style="list-style-type: none"> - colocar a escova (cerdas macias, multitufo) em ângulo de 45 graus com o eixo longitudinal do dente - pressionar as cerdas sobre a margem gengival, através de movimentos curtos, vibratórios e ritmados; movimentá-la no sentido ântero-posterior (para dentes anteriores superiores e inferiores posicioná-la verticalmente, para facilitar o acesso ao sulco gengival porção cervical das coroas dentárias) <p><i>Obs.: A técnica de Bass modificada acrescenta o movimento de escovação para oclusal ao final de cada ciclo de 10 movimentos vibratórios, exercido sobre um ou no máximo dois dentes.</i></p>
<u>Técnica de Charters</u>
<u>Objetivo:</u> torna acessível a penetração das cerdas da escova nos casos de retração das papilas interdentais, ou seja, quando os espaços interdentais estão abertos
<u>Passos:</u>
<ul style="list-style-type: none"> - aplicar a cabeça da escova sobre o dente em ângulo de 45 graus com o plano oclusal - pressionar as cerdas, a fim de que penetrem nos espaços interdentais - imprimir movimentos vibratórios curtos, a fim de que as cerdas façam a limpeza dos espaços proximais e estimulem o tecido gengival sem sair de sua posição - realizar os movimentos escovando dois dentes de cada vez e, ao final de um ciclo de 10 movimentos por grupo de dois dentes deslocar a escova no sentido oclusal

Uso de fio ou fita dental

O fio ou fita dental são usados para remover a placa bacteriana que se deposita nas superfícies proximais dos dentes e no espaço intermediário, entre o dente e a gengiva, pontos que as cerdas da escova não alcançam. A limpeza é fundamental, porque é nessa região que a cárie e as doenças periodontais se manifestam com maior frequência. Isto também deve ser realizado em áreas com diastemas.

Técnica de uso

- retirar cerca de 50 cm de fio/fita dental e enrolar a maior parte no dedo médio de uma das mãos e o restante em voltado dedo médio da outra
- prender o fio/fita esticado entre o polegar e o indicador, mantendo um pequeno espaço entre eles (cerca de 3 cm)
- deslizar suavemente o fio/fita entre os dentes
- curvar o fio/fita, formando um “C “ sobre a superfície de cada dente e deslizar entre o dente e a gengiva

Obs: Devido ao maior risco à cárie e doença periodontal nos dentes posteriores, deve-se sugerir o início do uso por essa região

Não há comprovação científica em relação à superioridade de uma técnica de escovação em relação à outra.

Atualmente sugere-se que a melhor técnica de escovação e de uso do fio dental é aquela que o paciente domina: remove o máximo de placa bacteriana presente, sem causar danos aos tecidos dentários e periodontais.

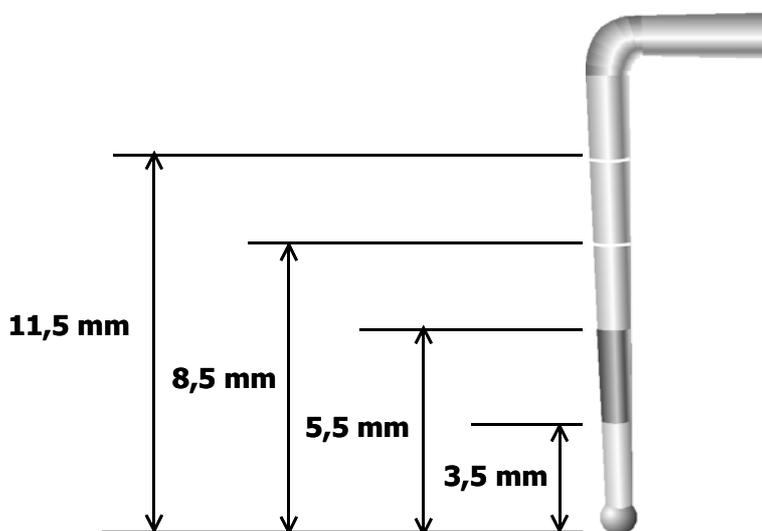
Portanto, deve-se primeiramente conhecer a forma que o paciente faz o controle mecânico da placa bacteriana, sugerindo-se as mudanças necessárias e fazendo o acompanhamento de sua execução, corrigindo movimentos amplos e vigorosos.

Registro Periodontal Simplificado – PSR

Objetivo: examinar todos os dentes individualmente
Características da sonda WHO-621 (sonda CPI) - milimetrada - apresenta uma esfera de 0,5 mm em sua ponta - possui uma área colorida que se estende de 3,5 mm a 5,5 mm
Técnica de utilização - avaliar no mínimo seis áreas em cada dente (3 por vestibular e 3 por palatino e/ou lingual) - para cada sextante com um ou mais dentes, somente o resultado mais grave será registrado no campo correspondente. - se o sextante for edêntulo marcaremos com um “X” - em adição a estes resultados o símbolo (*) será acrescentado ao código do sextante quando for detectado alguma anormalidade clínica

Obs₁: A documentação consiste apenas no registro de seis valores, um para cada sextante.

Obs₂: Torna-se um documento legal demonstrando os cuidados na parte de monitoramento e registro da doença periodontal.



Índice utilizado para avaliação do PSR

	Código / condição	Verificação à sondagem	Terapia / tratamento
C L Í N I C O G E R A L P E R I O D O N T I S T A	Código 0: Saúde gengival	<i>Área colorida da sonda totalmente visível</i> - sem cálculo ou defeito marginal - sem sangramento após a sondagem	- Medidas preventivas - Instrução de higiene oral
	Código 1: Gengivite	<i>Área colorida da sonda totalmente visível</i> - sem cálculo ou defeito marginal - com sangramento após a sondagem	- Instrução de higiene oral - Remoção de placa subgengival
	Código 2: Gengivite	<i>Área colorida da sonda totalmente visível</i> - presença de cálculos e/ou defeitos marginais	- Instrução de higiene oral - Remoção de placa e cálculos - Correção das margens de restaurações
	Código 3: Periodontite leve a moderada	<i>Área colorida da sonda parcialmente visível</i>	Necessário um completo exame periodontal e radiográfico
	Código 4: Periodontite moderada a severa	<i>Área colorida da sonda desaparece completamente</i>	- Necessário um completo exame periodontal e radiográfico - Requer tratamento complexo e acompanhamento

Obs.: Após a avaliação do PSR fazer o exame radiográfico (14 radiografias periapicais).

Sonda periodontal

Características	
<ul style="list-style-type: none"> - é um instrumento esguio e tem marcadores milimetrados como uma régua. - a parte ativa do instrumento é romba, reta e, geralmente, afilada.No corte transversal é arredondada, mas pode ser achatada ou retangular - na junção da haste com a parte ativa: a haste terminal é curva e a parte ativa fica em ângulo de aproximadamente 125 graus deslocado para facilitar a adaptação da sonda a todas as áreas da boca - as marcas milimetradas da sonda podem ser tanto indentações na parte ativa como marcas coloridas ou ambas - a sonda mais utilizada é a de Williams com as seguintes marcações: 1-2-3-5-7-8-9-10 mm 	
Funções	
<ul style="list-style-type: none"> - dimensionar a situação da saúde da gengiva ou uma doença periodontal - auxiliar o clínico a avaliar o progresso do paciente durante e após o tratamento - é um instrumento que auxilia a determinação das dimensões exatas de uma lesão bucal periodontal (comprimento, largura , diâmetro e profundidade) 	
Usos	
<ul style="list-style-type: none"> - pode avaliar a condição de doença medindo a distância da margem gengival até o epitélio juncional (profundidade do sulco gengival ou bolsa periodontal) 	<ul style="list-style-type: none"> - pode determinar a largura da gengiva inserida ou perda de inserção através da distância entre a profundidade do sulco-bolsa até a junção mucogengival
<ul style="list-style-type: none"> - pode determinar a forma, a dimensão e a topografia da bolsa periodontal-sulco gengival através da sondagem periodontal 	<ul style="list-style-type: none"> - pode medir a recessão gengival a partir da JCE (junção cimento-esmalte), até a altura da margem gengival
<ul style="list-style-type: none"> - pode auxiliar na detecção de depósitos subgengivais, com placa e cálculo, sua localização e quantidade, assim como áreas de furca em um dente multirradicular, irregularidades da raiz e de margens de restaurações 	<ul style="list-style-type: none"> - pode identificar uma redução nos depósitos, sangramento,profundidade das bolsas e um aumento do tônus do tecido que determinam a resposta do tecido periodontal ao controle de higienização do paciente
Técnica de utilização	
<ul style="list-style-type: none"> - deve ser segura com uma empunhadura de caneta modificada, com leve pressão (o excesso de pressão reduz a sensibilidade tátil e causa trauma e desconforto desnecessários para o paciente) - deve ser inserida no sulco gengival/bolsa periodontal (a ponta da sonda deve ser mantida em contato com a superfície da raiz do dente durante toda a sondagem) - deve ser mantida paralela superfície do dente tanto por vestibular quanto por lingual/palatino como por proximal (mesial e distal) - para manter a adaptação, a sonda deve ser levantada somente 1 ou 2 mm para fora do epitélio juncional, ficando sempre dentro do sulco gengival/bolsa periodontal - deve-se avaliar 6 (seis) áreas em cada dente e a leitura mais profunda em cada uma das áreas será a registrada 	

Obs. O maior número de erros na técnica da sondagem resulta da angulação inadequada da sonda, sobre-extensão na área do col e a presença de cálculos.

Sonda de Nabers
Características
- a ponta é romba para não danificar os tecidos moles - a parte ativa é curva para avaliar a área de furca (assemelha-se à porção curva da sonda exploradora nº5) - a maioria não tem marcas calibradas
Função
- determina a extensão do envolvimento da furca em um dente com várias raízes (grau de envolvimento da furca, registrado como classes I, II, III ou IV)

Características do tecido gengival

Característica	Saúde	Doença
Cor	Rosa pálido ou ligeiramente arroxeadado Pigmentação de melanina em certos grupos étnicos	Estágios iniciais ou aguda: vermelho-vivo (eritema) Crônica: vermelho mais escuro, roxo-azulado (cianose); rosa (fibrótico)
Contorno	Margem gengival: achatada, lâmina fina, levemente arredondada, bem adaptada ou levemente coronal à junção cimento-esmalte Papilas: bulbosa, planas ou achatadas em contato aberto em cratera	Margem gengival: aumentada, arredondada, com recessão, festonada ou fissurada Papilas: pontiagudas ou levemente arredondadas.
Consistência	Firme, resiste à pressão, adaptada em torno do dente, resiste ao deslocamento.	Vários gradientes de flacidez, edematosa, cedendo facilmente ao deslocamento
Textura	Gengiva marginal: lisa, brilhante Gengiva inserida: pontilhada (casca de laranja)	Fibrótica: firme, justa Aguda: lisa, brilhante Crônica: pontilhado normal ou profundo, hiperqueratose

Classificação das doenças periodontais

Doenças gengivais

A - Induzidas por placa bacteriana

1) Gengivite associada somente por placa bacteriana - sem fatores locais - com fatores locais	2) Doenças gengivais modificadas por fatores sistêmicos - puberdade - menstruação - gravidez: gengivite / granuloma piogênico - diabetes melitus - leucemia e outros
3) Doenças gengivais modificadas por medicações: - crescimento gengival (hiperplasia) - gengivite	4) Doenças gengivais modificadas por má nutrição - avitaminose C (escorbuto) - outros

B - Não induzidas por placa bacteriana

1) Doenças gengivais de origem bacteriana específica - <u>Neisseria gonorrhoea</u> - <u>Treponema pallidum</u> - Streptococcus sp - outros	2) Doenças gengivais de origem virótica - Herpética: Gengivo estomatite herpética primária Herpes bucal recorrente Varicela / Herpes Zoster - outros
3) Doenças gengivais de origem fúngica - Candidíase (<u>Candida s.p.</u>) - Eritema gengival linear - Histoplasmosse - outros	4) Lesão gengival de origem genética - Fibromatose gengival hereditária - outros
5) Manifestação gengival de condições sistêmicas - alterações muco-cutâneas: líquen plano; penfigóide; pênfigo vulvar; eritema multiforme; lupus eritematoso; indução de drogas; outros - reações alérgicas : a materiais restauradores e relacionadas a dentifrícios, bochechos, goma de mascar, alimentos/conservantes - outros	6) Lesões traumáticas Factícia, iatrogênica, acidental) - química - física (mecânica) - térmica
7) Reação de corpo estranho	8) Nenhuma outra especificada

Doenças periodontais

1) Periodontite crônica - Localizada: < 30% de sítios afetados - Generalizada: > 30% de sítios afetados	2) Periodontite agressiva (severidade com perda de inserção) - leve: 1 a 2 mm - localizada moderada: 3 a 4 mm - generalizada severa: ≥ 5 mm
3) Periodontite como manifestação de doenças sistêmicas - Associadas com doenças hematológicas - Associadas com alterações genéticas - Nenhuma outra específica	4) Doenças periodontais necrosantes - Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN) - Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN)
5) Abscessos do periodonto - Gengival - Periodontal - Pericoronário	6) Periodontite associada com lesão endodôntica -Lesão combinada periodonto-endodôntica

Obs. O item abaixo descrito tanto pode ocorrer nas doenças gengivais como nas doenças periodontais.

* Associadas com desenvolvimento ou deformidades e condições adquiridas. *Fatores localizados, relacionados ao dente, que modificam ou predisõem doença gengival / periodontite induzida por placa bacteriana: - fatores anatômicos dentários - restaurações dentárias - aparelhos - fratura radicular - reabsorção cervical da raiz e do cimento * Deformidades e condições mucogengivais em áreas edêntulas : - deficiência vertical e/ou horizontal - falta de gengiva / tecido queratinizado - aumento gengival / tecido mole - freio anormal / posição muscular - vestibulo raso - cor anormal	*Deformidades mucogengivais e condições ao redor do dente: - retração gengival - falta de gengiva queratinizada - vestibulo raso - freio anormal / posição muscular - crescimento gengival - cor anormal *Trauma oclusal: - primário - secundário
--	--

Tabagismo

As substâncias relacionadas ao cigarro (nicotina, monóxido de carbono e cianeto de hidrogênio) podem agir como vasoconstritores, o que resulta em isquemia do tecido, redução da resposta inflamatória e do reparo celular.

O progresso da doença periodontal é duas vezes mais rápido em fumantes do que em não-fumantes.

O fumo intenso de cigarros pode levar ao escurecimento da gengiva onde o ar aquecido é aspirado, na maioria das vezes na gengiva vestibular anterior.

Fumo intenso também pode levar à leucoplasia.

O tabagismo afeta de modo negativo o processo de cicatrização.

O ato de fumar irá afetar o resultado do tratamento após a raspagem, o alisamento radicular, cirurgia de retalho e terapia periodontal regenerativa.

Além disso uma grande proporção de pacientes refratários foi identificada como sendo de pacientes fumantes.

Tratamento

Clínico geral ou periodontista	Periodontista
1) <u>Exame e avaliação clínica</u>	4) a) <u>Complementação cirúrgica</u> - Procedimentos mucogengivais - Gengivectomia - Técnicas a retalho b) <u>Complementação oclusal</u> - Desgaste seletivo - Prótese e dentística
2) <u>Procedimentos básicos</u> - Orientar o paciente sobre a doença - Motivar o paciente (orientação de higiene bucal) - Raspagem e alisamento corono-radicular - Exodontias indicadas - Eliminação ou controle de fatores etiológicos * - Pequenos movimentos ortodônticos - Contenção temporária (se necessário) - Placas de mordida - Desgastes oclusais prévios - Integração clínica**	
3) <u>Reavaliação (após 30 a 40 dias)</u> - Novo exame clínico - Novo exame radiográfico - Comparar o exame inicial com o exame de reavaliação - Complementação cirúrgica, se necessário (encaminhamento para o especialista)	
5) <u>Controle e manutenção</u> - Controle da placa bacteriana - Verificação da profundidade de sulco (sondagem) - Remotivar o paciente (orientação de higiene bucal)	

* Eliminação dos fatores etiológicos
a) Determinante ou irritativos: placa dental bacteriana, cálculo dental
b) Predisponentes ou traumatizantes: próteses, restaurações iatrogênicas, dentes cariados, dentes mal posicionados no arco dental, outros (ex.: fatores hereditários: anatomia dos dentes e do periodonto)
c) Modificadores ou sistêmicos: diabetes melitus, fumo, stress, outros (ex.: fatores imudepressores).
** Integração clínica
É a execução integrada dos procedimentos paralelos e necessários ao tratamento periodontal (ex.: endodontia, dentística, prótese etc.)

Ficha para o clínico geral

EXAME PERIODONTAL	
Nome:	Idade:
Doenças Sistêmicas:	
Medicação em uso:	

PSR

Data: / / .

PSR

Data: / / .

PSR

Data: / / .

Exame: () Inicial	() Reavaliação	Data: ___ / ___ / ___
Legenda:		
X Dente ausente	Furca F1, F2, F3, F4)=(Prótese Removível
• Cárie (ponto preto)	— Hiperplasia gengival	○ Sangramento (círculo aberto)
≡ Excesso Material restaurador	Mobilidade M ₁ , M ₂ , M ₃	↔ Trauma
/ Exodontia indicada	= Prótese fixa	∩ Recessão
		MG Problema mucogengival
		σ Giroversão
		↓↑ Extrusão/Intrusão

L E G E N D A								1	2									L E G E N D A
	G R A F I C O	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
L E G E N D A									4	3								L E G E N D A

DIAGNÓSTICO:

PLANO DE TRATAMENTO:

Preenchimento da ficha gráfica e numérica para o clínico geral

Gráfico: Marcar os valores da sondagem do sulco gengival (correspondente a cada elemento dentário) nas regiões mesial, média e distal. São 3 pontos por vestibular e 3 pontos por palatino.

PSR: Os quadros deverão ser usados para exame inicial e reavaliações, com a identificação da data de cada avaliação, abaixo dos respectivos quadros.

Legenda: Marcar os símbolos de acordo com o que houver em cada elemento dentário.

Condição	Símbolo
Dentes ausentes	X
Dentes cariados	• (ponto preto)
Excesso marginal restaurador	≡
Exodontia indicada	/
*Furca (graus I, II, III ou IV)	F1, F2, F3, F4
**Hiperplasia gengival	—
***Mobilidade	M1, M2 ou M3
Prótese fixa	=
Prótese removível)=(
Sangramento	○ (círculo aberto)
****Trauma	↔
*****Recessão	∩
*****Problema mucogengival	MG
Giroversão	σ
Extrusão/ Intrusão	↓↑

*Furca

Grau	Características
Grau I	Perda horizontal do tecido periodontal de suporte não excedendo 1/3 da largura do dente (a gengiva recobre a furca).
Grau II	Perda horizontal do tecido de suporte excedendo 1/3 da largura do dente, mas não envolvendo toda a extensão da área da furca (a gengiva recobre a furca).
Grau III	Destruição horizontal de “lado a lado” (de vestibular para lingual/palatino, ou da proximal para vestibular ou lingual nos triradiculares) e/ou outros tecidos periodontais na área da furca (a gengiva recobre a furca)
Grau IV	A gengiva está mais apical em relação a furca.

**

Hiperplasia gengival: é um aumento do volume gengival dado pelo aumento do número de células na região.

Hipertrofia gengival: é um aumento do volume gengival dado pelo aumento do volume das células.

***Mobilidade

Classificação	Características
M1	Leve mobilidade, até 1mm de deslocamento vestibulo-lingual.
M2	Mobilidade moderada, até 2mm de deslocamento vestibulo-lingual.
M3	Mobilidade grave, maior do que 2mm de deslocamento em todas as direções (V-L) e (M-D), incluindo a movimentação vertical no alvéolo (intrusão).

****Trauma

-São alterações patológicas ou modificações adaptativas que ocorrem no periodonto em consequência de forças excessivas produzidas pelos músculos da mastigação.

-As forças resultantes de interferências oclusais, bruxismo, podem provocar inflamação e destruição tecidual ou alterações adaptativas na área inter-radicular de dente multirradicular.

-No dente: uma área radiolúcida pode ser vista na radiografia no complexo radicular (o dente pode exibir mobilidade aumentada).

-Nesta situação específica: a avaliação oclusal deverá preceder o tratamento periodontal.

*****Recessão ou retração gengival

-É a distância entre a junção cimento-esmalte até o início da gengiva marginal.

*****Problemas mucogengivais

-Falta de gengiva inserida.

-Inserção de freio.

-Inserções musculares que apresentam anomalias

Índice de O'Leary

-Marcar com um "X" os dentes ausentes.

-Pintar as faces com placa.

-Calcular a porcentagem de faces com placa.

-Índice aceitável: 30%.

Tratamento periodontal de urgência

Abscesso periodontal	
<p>É caracterizado pela exacerbação aguda de uma lesão pré-estabelecida, usualmente a associação entre doença periodontal instalada e envolvimento pulpar, causado por fator irritativo local como placa bacteriana (biofilme) ou cálculos dentários, corpos estranhos (palito de dente), restos alimentares (ex.: casquinhas de pipoca ou de pão, pequenos fragmentos de ossos ou espinhas de peixe) podendo causar a destruição das estruturas de suporte adjacentes a raiz.</p> <p>Abscessos agudos podem ser causados por traumas, trepanações radiculares em pacientes sem doença periodontal.</p> <p><u>Características</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento da massa tecidual - Eritematoso - Macio - Dor pulsátil à palpação e à percussão, difusa e irradiada - Superfície levemente ulcerada ou com ponto de flutuação já presente - Pode apresentar rubor e edema na região extrabucal - Pode apresentar assimetria facial - Pode apresentar mobilidade aumentada 	<p><u>Radiograficamente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesão situada no terço médio da raiz, podendo o dente ser hígido ou não - Perda óssea - Aumento do ligamento periodontal <p><u>Tratamento</u></p> <p>-Raspagem, alisamento, polimento coronoradicular</p> <p><u>-Terapia medicamentosa</u></p> <p>O uso de antibiótico será prescrito quando o paciente apresentar gravidade da infecção</p> <p style="text-align: center;">Amoxicilina _____ 500mg</p> <p>Tomar 1 (uma) cápsula de 8/8 hs, durante 7 (sete) dias.</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">Metronidazol _____ 400mg</p> <p>Tomar 1 (um) comprimido de 8/8 hs, durante 5 (cinco) dias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alérgicos à penicilina <p style="text-align: center;">Esterato de eritromicina _____ 500mg</p> <p>Tomar 1 (uma) drágea de 6/6 hs, durante 7 (sete) dias</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">Clindamicina _____ 300mg</p> <p>Tomar 1(uma) cápsula de 6/6 hs, durante 7 (sete) dias</p>

Abscesso gengival	
<p>- Coleção purulenta localizada no periodonto de proteção (gengiva).</p> <p><u>Características</u></p> <p>- Dor intensa e localizada</p>	<p><u>Causa</u></p> <p>- Penetração de corpos estranhos nos tecidos (ex.: cascas de crustáceos, espinha de peixe, bandas ortodônticas, cimento escoado de próteses, sementes de frutas, pedaços de palitos, excessos de material restaurador)</p>
<p><u>Tratamento</u></p> <p>- Drenagem do abscesso e remoção do agente agressor.</p>	
Pericoronarite	
<p>- Processo inflamatório dos tecidos gengivais que recobrem as coroas dos dentes em erupção ou parcialmente erupcionados através de bactérias ali colonizadas.</p> <p><u>Tratamento</u></p> <p>- Ulectomia / ulotomia</p> <p><i>Obs: O cirurgião-dentista só irá intervir clinicamente, quando o quadro agudo regredir. A princípio entra-se com antibioticoterapia ou pode ser feita a limpeza local e irrigação local com antimicrobianos como clorexedina a 0,12%.</i></p> <p><u>Técnica</u></p> <p>- Anestesia local</p> <p>- Raspagem dos depósitos de cálculo</p> <p>- Irrigação com soro fisiológico.</p> <p>- Bochechos com clorexidina 0,12%</p> <p>- Remoção de depósitos grosseiros de placa dental e cálculo</p> <p>- Retorno após 48 horas para reavaliação ou antes se a dor não aliviar.</p> <p><i>Obs.: A indicação do uso de antibiótico será necessário quando o paciente apresentar processo infeccioso (trismo mandibular, febre, taquicardia, infartamento ganglionar, falta de apetite, mal estar geral etc.) ou for imuno deprimido por condições sistêmicas ou pelo uso de drogas imunodepressoras.</i></p>	<p><u>Terapêutica medicamentosa</u></p> <p>Amoxicilina _____ 500mg Tomar 1 (uma) cápsula de 8/8 hs, durante 7 (sete) dias. +</p> <p>Metronidazol _____ 400mg Tomar 1 (um) comprimido de 8/8 hs, durante 5 (cinco) dias.</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Clavulonato de potássio _____ 500mg Tomar um comprimido de 8/8 hs, durante 7 (sete) dias.</p> <p>• <u>Alérgicos à penicilina</u></p> <p>Estearato de eritromicina _____ 500mg Tomar 1 (uma) drágea de 6/6 hs, durante 7 (sete) dias. +</p> <p>Metronidazol _____ 400mg Tomar 1 (um) comprimido de 8/8 hs, durante 5 (cinco) dias.</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Clindamicina _____ 300mg Tomar 1 (uma) cápsula de 6/6 hs, durante 7 (sete) dias</p>

Doenças periodontais necrosantes	
<p>- <i>Gengivite necrosante</i>: envolve somente tecido gengival sem perda de inserção periodontal.</p> <p>- <i>Periodontite necrosante</i>: restrita aos tecidos periodontais incluindo gengiva, ligamento periodontal e osso alveolar.</p> <p>- <i>Estomatite necrosante</i>: envolve os tecidos além da junção mucogengival, podendo resultar em uma extensa exposição óssea, resultando em seqüestro ósseo. *Ocorre principalmente em adultos jovens.</p> <p><u>Características</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ulcerações e necrose da papila e das margens gengivais com aspecto de crateras - Ulcerações cobertas por camada branco-amarelada ou cinza (pseudomembrana). - Desenvolve rapidamente - Dolorosas - Sangramento ocorre facilmente - Freqüentemente coincide com a perda da crista óssea alveolar - Crateras interproximais raramente estão associadas com formação de bolsas profundas - Necrose central produz uma cratera envolvendo o ligamento periodontal e o osso alveolar, ocorrendo perda de inserção (periodontite necrosante) - Formação de seqüestro ósseo (em casos de pacientes severamente imunodeprimidos, incluindo HIV-soropositivos) - Aumento de volume dos nódulos linfáticos - Relacionada com má higiene oral. - Relacionada a distúrbios ansiosos (ex.: stress e depressão) - Hálito fétido 	<p><u>Tratamento</u></p> <p><u>Fase aguda</u>: (clínico geral)</p> <p>- <u>Primeira consulta</u>: Raspagem supra-gengival (preferencialmente com ultra-som com pressão mínima contra os tecidos moles). Substituição da escovação por agentes químicos (H₂O₂ a 3% ou clorexidina 0,12% - duas vezes ao dia). <i>Obs.: O uso associado de antibióticos sistêmicos ou agentes quimioterápicos é indicado quando a resposta à terapia mecânica é mínima (Metronidazol 250mg -3 vezes ao dia).</i></p> <p>Instrução de higiene oral.</p> <p><u>Fase de manutenção</u>: (periodontista)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pode necessitar de uma correção cirúrgica: crateras rasas podem ser removidas por gengivectomia; defeitos profundos podem ser eliminados por cirurgia de retalho - Todos os defeitos gengivais devem ser eliminados - Eliminar fatores predisponentes - Limpeza intensiva para evitar recorrência

Contenção

- O fator que determina a posição final do dente no caso das doenças periodontais são as forças produzidas pela atividade metabólica da membrana periodontal.
- A contenção fixa ideal para períodos longos em adultos com periodonto reduzido é fio trançado flexível, que é colocado por lingual/palatino em cada dente do seguimento.
- A contenção deve ser feita em pelo menos 3 (três) dentes adjacentes (de cada lado) do dente a ser contido.
- A incidência de forças, em dentes com mobilidade, pode facilitar a progressão da perda de inserção na periodontite, ou pelo menos resultar em uma maior reabsorção óssea.
- O uso de contenção pode não ser necessário à maioria dos dentes que têm aumento da mobilidade após a terapia periodontal.
- O uso de contenção pode trazer conforto ao paciente e facilitar a realização do tratamento periodontal em dentes com grande mobilidade, mas dificulta a higiene oral do paciente, portanto faz-se necessário um bom planejamento antes de optar pelo uso deste recurso terapêutico.

Obs₁: *Se o cirurgião-dentista optar pelo uso de contenção, o paciente deverá ser instruído a utilizar escova interdental e passador de fio.*

Obs₂: *Para tratamento periodontal em pacientes com necessidades especiais, verificar o protocolo de pacientes com necessidades especiais.*

Uso de colutórios

Solução de digluconato de clorexidina 0,12%:	
<u>Função</u>	<u>Efeitos colaterais</u> (uso prolongado):
<ul style="list-style-type: none"> - Reduz a placa bacteriana - Reduz a inflamação gengival - Tem alto nível de substantividade (12 horas) - Conteúdo alcoólico de 11,6% - PH de 5,5 	<ul style="list-style-type: none"> - Manchas nos dentes - Alterações no paladar - Gosto metálico na boca - Alterações na microbiota oral. - Diminuição significativa do fluxo salivar
<u>Uso</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - Por um período determinado, cerca de 7 (sete) dias, pois, a partir disso, manifestam-se os efeitos colaterais - Instruir o paciente a fazer o bochecho 30 (trinta) minutos após a escovação 	

Obs: Somente o uso de digluconato de clorexidina 0,12%, não solucionará a doença gengival, há critério para prescrever o bochecho, sendo necessária a orientação ao paciente sobre higiene bucal e a descontaminação da área afetada, pelo profissional.

Uso de flúor em casos de hipersensibilidade

Aplicação profissional	Bochechos
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Gel acidulado a 1,23%</u> Mínimo em 4 (quatro) sessões, de acordo com o caso clínico. - <u>Verniz (5% de fluoreto de sódio)</u> A cada (2) dois dias, no mínimo em 4 (quatro) sessões, de acordo com o caso clínico. - <u>Fluoreto estanhoso</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Solução de fluoreto de sódio a 0,2%</u> Manipular 1 (um) litro de flúor na concentração de 0,2%, sendo que, o uso desse, deve ser realizado diariamente por um período de 3 (três) minutos. Não ingerir nenhum alimento líquido (inclusive água) ou sólido durante 1 (uma) hora após o bochecho.

Uso de oxalato de potássio (gel)

- Aplicação profissional, a cada 2 (dois) dias, sendo no mínimo 4 (quatro) sessões, de acordo com a necessidade do caso clínico.

Uso de antibióticos em terapia periodontal

Critérios para seleção de um agente adjunto para tratamento da periodontite	Minimização do desenvolvimento de resistência antibiótica na microflora periodontal
<ul style="list-style-type: none"> - O organismo infectante deve ser susceptível ao antibiótico. - O antibiótico deve penetrar no sítio da infecção. - Uma concentração inibitória mínima deve ser alcançada e mantida. - O antibiótico deve ser de baixa toxicidade do hospedeiro, porém eficaz contra o organismo infectante. - O organismo infectante e microflora normal não devem desenvolver resistência ao antibiótico imediatamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar antibiótico somente quando necessário ou indicado. - Utilizar o antibiótico mais apropriado. - Utilizar dosagens e tempo de tratamento recomendados. - Monitorar a resposta do tratamento. - Avaliar a eficácia do uso repetido de antibióticos no mesmo paciente.

Obs₁.: A RAPCR (raspagem, alisamento, polimento corono-radicular) combinada com administração sistêmica de antibióticos foi mais eficaz do que a RAPCR isoladamente em certos grupos de pacientes e em formas particulares de periodontite.

Obs₂.: Os antibióticos são úteis no tratamento. Não há entretanto um antibiótico único aplicável para o tratamento de todos os casos de periodontite e nem para todas as formas da doença.

Terapêutica medicamentosa

<p><u>Tetraciclina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A RAPCR em conjunto com tetraciclina, em pacientes com periodontite adulta crônica, não apresentou vantagens sobre a RAPCR isoladamente. Entretanto, o tratamento da periodontite agressiva localizada crônica e refratária apresentou mais sucesso quando a RAPCR foi combinada com a administração de tetraciclina. <p><u>Contra indicações</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Não prescrever em crianças da primeira infância até aos 8 anos de idade (pode provocar descoloração dos dentes) e em grávidas ou lactantes. - O uso concomitante de tetraciclina e contraceptivos orais, pode reduzir a eficácia deste último, predispondo uma gravidez indesejável. - Os antiácidos à base de alumínio, cálcio ou magnésio, preparações contendo ferro ou sais de bismuto, além do leite e seus derivados, podem prejudicar ou até mesmo inibir a absorção das tetraciclina. - As tetraciclina podem diminuir a atividade da protrombina, em pacientes que faz o uso de anticoagulantes (ex.: Heparina, Marevan, Liquemine etc.), que poderão necessitar de redução da dosagem dos mesmos, de acordo com orientação médica. <p><u>*Posologia:</u> Tetraciclina 500mg Tomar 1 (uma) cápsula de 6/6 hs, durante 7 (sete) dias.</p>	<p><u>Amoxicilina + Clavulanato</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - É uma combinação de amoxicilina e o inibidor de beta lactamase clavulato de potássio. - Um único tratamento de amoxicilina + clavulanato combinado com RAPCR demonstrou resposta favorável em um subgrupo de pacientes com periodontite refratária não controlados com RAPCR, em termos de nível de inserção clínica e profundidade de bolsa. <p><u>*Posologia:</u> Amoxicilina 500mg + ácido clavulônico Tomar 1 (um) comprimido de 8/8 hs, durante 7 (sete) dias.</p>
---	--

Terapêutica medicamentosa (cont.)

<u>Clindamicina</u>	<u>Metronidazol</u>
<p>- Há uma diminuição significativa no eritema gengival, na porcentagem de áreas com sangramento à sondagem e na porcentagem de áreas cariadas. Isso foi obtido com o uso de clindamicina em conjunto com RAPCR em pacientes com doença severa, susceptível à clindamicina e com periodontite refratária.</p>	<p>- O espectro de ação desse antibiótico bactericida é limitado a bactérias anaeróbicas.</p> <p>- Existe uma sugestão que o metronidazol em conjunto com o debridamento mecânico, diminua o número de dentes que requerem cirurgia periodontal ou extração.</p> <p>- O metronidazol associado com RAPCR promove mais benefícios em relação à RAPCR isoladamente na periodontite agressiva.</p> <p>- A antibioticoterapia combinada, consistindo de metronidazol com amoxicilina ou amoxicilina+clavulanato, e debridamento mecânico foi bem sucedida no tratamento da periodontite avançada, e pode ser eficaz em pacientes que não respondam às tetraciclina.</p>
<p><u>*Posologia:</u> Clindamicina 300mg Tomar 1 (uma) cápsula de 6/6 hs, durante 7 (sete) dias.</p>	<p><u>*Posologia:</u> Metronidazol 400mg Tomar (1) um comprimido de 8/8 hs, durante 5 (cinco) dias.</p>

Principais espécies bacterianas relacionadas com a doença periodontal	Características gerais (comportamento respiratório, morfologia, parede celular)	Metabolismo	Susceptibilidade antimicrobiana
Actinobacillus Actinomycetemcomitans (A2 ou Aa)	<ul style="list-style-type: none"> - Bastonetes - Imóveis - Anaeróbios - Facultativo - Gram-negativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Produção de endotoxinas - Produção de fatores supressores - Estimula resposta celular e resposta humoral 	<ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilina + Ac. clavulônico
Porphyromonas gingivalis (Pg)	<ul style="list-style-type: none"> - Bastonetes - Imóveis - Anaeróbios - Estritos - Gram-negativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimula resposta celular e humoral 	<ul style="list-style-type: none"> - Metronidazol
Bacteróides forsythus	<ul style="list-style-type: none"> -Bastonetes. -Imóveis. -Anaeróbios. -Estritos. -Gram negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estimula resposta celular e humoral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Metronidazol
Prevotella intermédia	<ul style="list-style-type: none"> - Bastonetes - Imóveis - Anaeróbios - Estritos - Gram negativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimula resposta celular e humoral 	<ul style="list-style-type: none"> - Metronidazol
Treponema denticola	<ul style="list-style-type: none"> - Espiroquetas. - Móveis. - Anaeróbias. - Gram-negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Produção de endotoxinas. - Invasão tecidual (motilidade/tamanho) 	<ul style="list-style-type: none"> - Metronidazol

Protocolo de encaminhamento para o especialista

O clínico geral, após avaliação e execução do plano de tratamento, realizado a partir do Registro Periodontal Simplificado (PSR), deverá encaminhar ao especialista casos de códigos 4 (quatro) do PSR, que requer tratamento mais complexo, encaminhando o paciente à unidade especializada em periodontia, utilizando a ficha de referência e contra-referência existente na unidade de serviços.

Instrumental necessário

Instrumental	Classe	Siafísico	BEC
Afastador - Minnesota	6514	101731-4	
Alavanca - apical reta	6514	5061-0	
Alavanca - apical direita	6514	5060-1	
Alavanca - apical esquerda	6514	5059-8	
Alavanca - Heidbrink nº1 - reta	6514	14054-6	
Alavanca - Heidbrink nº2 - esquerda	6514	14055-4	
Alavanca - Heidbrink nº3 - direita	6514	14057-0	
Alicate - cutícula	8520	157115-0	
Aplicador de Hidróxido de Cálcio	6514	5037-7	
Bandeja para instrumental - aço inox (30x20x4 cm)	6514	165679-1	
Cabo de bisturi - nº 3	6514	158691-2	
Cabo de bisturi - nº 4	6514	158692-0	
Cabo para espelho	6514	5039-3	
Cabo para cinzel - Ochsenbein	6514	166017-9	
Calcador - nº 1 (6335)	6514	5051-2	
Caneta de alta rotação - 400 000rpm (push boton)	6513	115639-0	
Colgadura - unitária	6513	11334-4	
Colgadura - para 14 radiografias	6513	11340-9	
Cinzel - Ochsenbein nº 1	6514	161520-3	
Cinzel - micro - Fedy nº 1	6514	161930-6	
Cinzel - micro - Fedy nº 2	6514	161931-4	
Cinzel - micro - Fedy nº 3	6514	161932-2	
Cuba redonda - aço inox -10 x 6 cm	6521	143023-8	
Cureta - de Lucas nº 85	6514	50776-8	
Cureta - de Lucas nº 86	6514	5054-7	
Cureta - de Lucas nº 87	6514	35170-9	
Cureta periodontal - G1/G2	6514	4972-7	
Cureta periodontal - G11/G12	6514	4977-8	
Cureta periodontal - G13/G14	6514	4978-6	
Cureta periodontal - G3/G4	6514	4973-5	
Cureta periodontal - G5/G6	6514	4974-3	
Cureta periodontal - G7/G8	6514	4975-1	
Cureta periodontal - G9/G10	6514	4976-0	
Cureta periodontal - McCall 13/14	6514	4979-4	
Cureta periodontal - McCall 17/18	6514	4980-8	
Cureta periodontal - McCall 19/20	6514	4981-6	
Descolador de perióstio - Molt	6514	161365-0	
Escavador - nº 5	6514	4793-7	
Escavador - nº 14	6514	4794-5	
Espátula - nº 36	6514	5010-5	
Espelho bucal - nº 5 sem cabo	6514	14064-3	
Explorador - nº 5	6514	5014-8	
Extrator de tártaro - SH 5-33	6514	166011-0	
Extrator de tártaro - Goldman Fox nº1	6514	166012-8	
Extrator de tártaro - McCall nº 11-12	6514	166015-2	
Extrator de tártaro - Morse nº 0-00	6514	166016-0	
Fórceps nº1	6514	5312-0	
Fórceps nº150	6514	5347-3	
Fórceps nº151	6514	14048-1	

Instrumental	Classe	Siafisico	BEC
Fórceps nº69	6514	5350-3	
Fórceps nº16	6514	14045-7	
Fórceps nº17	6514	5313-9	
Fórceps nº18R	6514	14049-0	
Fórceps nº18L	6514	14046-5	
Gengivótomo - Kirkland	6514	4985-9	
Gengivótomo - Orban	6514	4986-7	
Lima para osso - Hirschfield 5/11	6514	161152-6	
Lima para osso - Hirschfield 3/7	6514	161151-8	
Lima para osso - Schluger 9/10	6514	161927-6	
Lima para osso - Buck 11/12	6514	161929-2	
Micromotor - com peça reta e contra ângulo	6511	5089-0	
Osteótomo - Blumenfeld	6514	161933-0	
Pedra de afiar - Arkansas	6513	42119-7	S
Pedra de afiar - Carburundum	6513	161935-7	S
Pedra de afiar - Indian Fine	6513	161938-1	S
Pinça - clínica nº317	6514	5027-0	
Pinça - Kelly curva	6514	66362-0	
Pinça - Muller	6514	5030-0	
Porta agulha Castroviejo	6521	13176-8	
Porta algodão - aço inox, limpo	6514	5033-4	
Porta algodão - aço inox, servido	6514	5034-2	
Porta algodão - aço inox, para rolos dentais	6514	166018-7	
Seringa para anestesia - carpule com refluxo	6514	160799-5	
Sonda periodontal - CPITN	6514	50782-2	
Sonda periodontal - milimetrada (Williams)	6514	4990-5	
Sonda periodontal - Nabers	6514	161155-0	
Tesoura - cirúrgica ponta fina	6514	35168-7	
Ultra-som e Jato de Bicarbonato	6511	164999-0	

Material necessário

Material	Classe	Siafísico	BEC
Agulha gengival descartável - curta G30	6513	5086-5	S
Agulha gengival descartável - longa G27	6513	5088-1	S
Algodão hidrófilo - manta pac. C/ 500g	6526	15390-7	S
Algodão hidrófilo - rolete	6513	18456-0	S
Anestésico local injetável - citocaína c/ felipressina	6513	17660-5	S
Anestésico local injetável - lidocaína c/adren.1:50 000	6513	157126-5	S
Anestésico local injetável - lidocaína c/adren.1:100 000	6513	157127-3	S
Anestésico local injetável - mepivacaina 2% c/ adrenalina	6513	41129-9	S
Anestésico local injetável - mepivacaina 3% s/ vasoconstr.	6513	81498-9	S
Anestésico local injetável - prilocaína 3% c/ felipressina	6513	17660-5	S
Anestésico tópico gel	6513	17619-2	S
Broca para uso odontológico - a.r.,diam.,esf., nº1011	6513	17618-4	S
Broca para uso odontológico - a.r.,diam.,esf., nº1013	6513	17657-5	S
Broca para uso odontológico - a.r.,diam.,esf., nº1016	6513	5326-0	S
Broca para uso odontológico - a.r.,diam.,esf., nº1012 HL	6513	166237-6	S
Broca para uso odontológico - a.r.,diam.,esf., nº1014 HL	6513	166238-4	S
Broca para uso odontológico - a.r.,diam.,esf., nº1016 HL	6513	40321-0	S
Broca para uso odontológico - a.r.,diam.cônica, nº2134	6513	38720-7	S
Broca para uso odontológico - a.r.,diam.cônica, nº3083	6513	28355-0	S
Broca para uso odontológico - a.r.,diam.,chama, nº 3118	6513	38707-0	S
Broca para uso odontológico - a.r.diam.,chama, nº 3168	6513	38705-3	S
Broca para uso odontológico - Kit acabamento grana fina	6513	166469-7	S
Campo cirúrgico estéril descartável (90 x 90cm)	6526	113119-2	S
Carbono para odontologia	6513	90866-5	S
Clorexedina, digluconato - 0,12%	6531	88874-5	S
Cimento cirúrgico - sem eugenol - pasta/pasta	6513	42480-3	
Compressa de gaze hidrófila - estéril - c/ 5 unidades	6526	90042-7	S
Equipo de soluções parenterais	6526	24397-3	S
Escova de Robson - taça	6513	20402-1	S
Escova dental - adulto, cerdas macias e arredondadas	6513	163182-9	S
Escova dental - bitufo	6513	166476-0	S
Escova dental - interdental c/ 2 refis	6513	166479-4	S
Escova dental - refil interdental cilíndrico c/ 6	6513	166632-0	S
Escova dental - refil interdental cônico c/ 6	6513	166633-9	S
Espelho - toucador	6513	166244-9	S
Evidenciador de placa bacteriana - solução - fucsina a 2%	6513	13903-3	S
Fio dental -125 m	6513	11349-2	S
Filme para radiografia - periapical adulto	6513	28005-4	S
Filme termo encolhível -29 x 100 cm	6533	138986-6	S
Fixador para filmes radiográficos - 500 ml	6513	17664-8	S
Fio de sutura de seda - nº3.0,ag.1,7cm,½ circ.cilíndrica	6526	15469-5	S
Fio de sutura de seda - nº4.0,ag.1,7cm,½ circ.cilíndrica	6526	39144-1	S
Fio de sutura de seda - nº5.0,ag.2,0cm,½ circ.cilíndrica	6526	164073-9	S
Fio de sutura de seda - nº3.0,ag.2,0cm,3/8circ.triangular	6526	130693-6	S
Fio de sutura de seda - nº4.0,ag.1,3cm,3/8circ.triangular	6526	64629-6	S
Fio de sutura de seda - nº5.0,ag.1,5cm,3/8circ.cilíndrica	6526	23986-0	S
Fio de sutura poliamida mon. - nº5.0,ag.2,0cm,3/8circ.triang	6526	13863-0	S
Fio cirurg.estéril -catgut crom.-nº3.0 ag.2,5cm,½ cír.triang.	6526	55241-0	S
Fluoreto de sódio - gel 1,23 %	6513	4833-0	S
Hidróxido de cálcio - pasta/pasta	6513	11319-0	
Ionômero de vidro - para restauração	6513	11308-5	

Material	Classe	Siafísico	BEC
Kit cirúrgico completo - 2avent.m.longa,2gorros,2 másc., protetores p/sugador,motor,refletor,1campo cirúrgico 70x90 cm,1campo fenestrado 90x 140cm	6513	161920-9	S
Kit de irrigação	6513	151536-5	S
Lâmina de bisturi - nº 11	6526	21446-9	S
Lâmina de bisturi - nº 12	6526	21462-0	S
Lâmina de bisturi - nº 12D	6526	161936-5	S
Lâmina de bisturi - nº 15	6526	21473-6	S
Lâmina de bisturi - nº 15C	6526	161937-3	S
Luva cirúrgica - estéril - 6	6526	162005-3	S
Luva cirúrgica - estéril - 6,5	6526	13563-1	S
Luva cirúrgica - estéril - 7	6526	13568-2	S
Luva cirúrgica - estéril - 7,5	6526	13569-0	S
Luva cirúrgica - estéril - 8	6526	13574-0	S
Óculos de proteção odontológico - transparente	6513	11343-3	S
Passa fio - plástico descartável	6513	167205-3	S
Pasta profilática - com flúor	6513	4988-3	S
Ponta para sugador - cirúrgico, estéril, descartável	6513	135843-0	S
Pote dappen - plástico	6513	11322-0	S
Pote dappen - vidro	6513	30783-1	S
Protetor para seringa tríplex -Dabi/Gnatus	6513	14067-8	S
Placa de vidro - 10 mm	6513	40763-1	S
Revelador para filmes radiográficos - 500 ml	6513	17663-0	S
Taça de borracha	6513	82761-4	S

Bibliografia recomendada

1. Armitage GC. Development of a classification system for periodontol diseases and conditions, *Ann Periodontol* 1999; 1(4): 1-6. [De acordo com a Academia Americana de Periodontologia].
2. Andrade ED. *Terapêutica medicamentosa em odontologia*. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
3. Carvalho JCM, Todescan H. Plano de tratamento periodontal. *Ars Cvrandi* 1977; 4 (4): 3-7.
4. Doulasss C (Editor chefe). Uso de antibióticos em terapia periodontal. *Rev Prev News* 2001; 11 (4):5-10.
5. Jahn RS, Ramirez IV, Lowczyk DJ. P.S.R. – Registro Periodontal Simplificado. *Rev Odontol da Fac de Santo Amaro* 1996; 1(1): 4-5.
6. Lindhe J. *Tratado de periodontia clínica e implantodontia Oral*. 3^a ed. Rio de Janeiro; 1999.
7. Nisengard RJ, Newman MG, *Microbiologia oral e imunologia*. 2^a ed.; 1997. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA.
8. Schoen DH, Dean M. *Instrumentação em periodontia contemporânea*. São Paulo: Santos; 1997. p. 73.