

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO/CLÍNICO

### ESPECIALIDADE: PERIODONTIA

Doenças Periodontais: “Gengivite induzida por placa” e “Periodontite Crônica”

## INTRODUÇÃO

---

Dados apontados na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, publicada em 2012\*, analisou a situação da saúde bucal da população brasileira com o objetivo de proporcionar informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento, tanto em nível nacional quanto nos âmbitos estadual e municipal.

No que diz respeito às condições periodontais, o objetivo específico foi estimar a prevalência, a extensão e a gravidade da doença periodontal para a população de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos. Avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), em termos populacionais, tais problemas aumentam, de modo geral, com a idade. Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. A presença de cálculo e sangramento é mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (de 35 a 44 anos), em que se observa uma prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes. Quanto às diferenças regionais, cabe menção ao percentual de adolescentes sem problemas gengivais, que varia de 30,8% na Região Norte a 56,8% na Região Sudeste.

Além de comprometer a saúde bucal, podendo levar a perda do elemento dentário, o perfil inflamatório das doenças periodontais sinaliza a liberação de toxinas bacterianas, radicais livres de oxigênio e substâncias pró-inflamatórias que podem levar ao agravamento de condições sistêmicas existentes, como:

- ✓ **Doenças coronarianas:** estudos científicos mostram que a terapia periodontal reduziu significativamente os níveis de Proteína C-Reativa, IL-6, fibrinogênio, PA, massa ventricular esquerda e rigidez arterial, reduzindo o risco cardiovascular em pacientes hipertensos refratários (*Vidal, Figueredo, Ficher, 2013*).
- ✓ **Parto prematuro e nascimento de bebê de baixo peso:** estudos científicos mostram que a periodontite é considerada uma doença séria que afeta os tecidos periodontais, causada por uma infecção bacteriana, que estimula a proteólise dos tecidos. Colônias de bactérias em um biofilme subgengival não podem ser removidas por higiene oral comum. A produção excessiva de mediadores bacterianos e pró-inflamatórios na gengiva pode aumentar o estado pró-inflamatório geral do organismo em mulheres grávidas. O aumento dos níveis de algumas citocinas pró-inflamatórias (Prostaglandinas E2) e de células no espaço fetoplacentário pode levar à ruptura prematura das membranas e subsequente

nascimento de bebês prematuros. Um número crescente de estudos nesse campo fornece evidências de que o cuidado profissional e a higiene oral pessoal podem trazer benefícios através de uma menor prevalência de recém-nascidos de baixo peso em mulheres que sofram de periodontite, embora as condições definitivas ainda não tenham sido alcançadas (*Straka, 2011*).

Desde 1990, houve aumento de 18% no nascimento de bebês prematuros e baixo-peso.

Custo de UTIs neonatais em 2000: U\$ 17 bi

Chance de sobrevivência em crianças < 35 semanas, é 20%.

Periodontite ↑ PCR em grávidas.

Periodontite X NPBP = relação com outros cofatores como raça, infecção geniturinária, local do pré-natal, hipertensão, hemorragia, hábito de beber e número de consultas no pré-natal.

*Offenbacher et al (1998), Moliterno et al (2005) Pitiphat et al 2006 (J Periodontol), Fischer (2013).*

✓ **Doenças Renais:** estudos científicos mostram que a presença de periodontite crônica severa foi significativamente maior em pacientes em pré-diálise e hemodiálise, em comparação com indivíduos saudáveis e pacientes em diálise peritoneal ambulatorial contínua (*Antunes, Fischer et al 2012*).

✓ **Infecções pulmonares:** estudos científicos mostram que as infecções pulmonares como os abscessos e pneumonias podem ser causadas por microaspirações do conteúdo da orofaringe e também podem ter a periodontite como um fator contribuinte (Limembach, 1998; Scannapieco et al, 1999; Kahn et al, 2003). Pacientes comprometidos, com diminuição do fluxo salivar, diminuição do reflexo de tosse e deglutição, distúrbios alimentares, baixa capacidade para realizar uma boa higiene oral ou outras deficiências físicas possuem um alto risco de adquirir infecções pulmonares (Estes e Meduri, 1995; Paju e Scannapieco, 2007). A Pneumonia Nosocomial (PN) é uma complicação freqüente em pacientes internados em estado crítico, em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e com ventilação mecânica, sendo responsável por um alto índice de morbidade e mortalidade em hospitais. Múltiplos fatores de risco associados vêm sendo identificados e contribuem para o aumento da colonização bacteriana no trato oral-digestivo e/ou facilitam a entrada de patógenos bacterianos no trato respiratório inferior (Fourrier, 1998; Pineda, 2006; Paju e Scannapieco, 2007). O biofilme oral e a cárie dentária também podem influenciar o início e progressão da pneumonia devido à recolonização dessas bactérias no trato respiratório (Poju e Scannapieco, 2007). O acúmulo de patógenos orais pode alterar as condições ambientais da boca e facilitar a infecção das vias aéreas através de novas bactérias (Scannapieco, 2001; Oliveira e Fischer, 2004; Pinheiro, 2007). Existe uma real necessidade de orientação em saúde oral entre os pacientes de alto risco em comunidades, instituições de longa permanência e ambiente hospitalar. O objetivo final será a melhoria da qualidade de vida, diminuição da morbidade e mortalidade e diminuição dos custos com internações hospitalares.

Pneumonia Nosocomial: a terapia periodontal ↓ 60% tempo de internação / ↓40% Pneumonia Nosocomial/PAVM (OLIVEIRA; CARNEIRO; FISCHER; TINOCO; *Rev. Bras. de Terapia Intensiva*, 2007).

↓ marcadores inflamatórios = ↑ qualidade de vida  
10 a 15 % das infecções hospitalares;  
Estimativa de 300.000 infecções respiratórias a cada ano;  
20.000 mortes/ano;  
US\$ 30 bilhões em cuidados hospitalares e antibióticoterapia;  
Mortalidade: 20 a 50%.

- ✓ **Doenças endócrinas:** Diabetes tipo 2: estudos científicos mostram que a terapia periodontal instituída em pacientes diabéticos tipo 2 auxilia na melhoria dos níveis de biomarcadores inflamatórios e do status glicêmico. Há uma ampla gama de novos estudos para destacar os efeitos benéficos da terapia periodontal em indivíduos diabéticos e da necessidade premente de acompanhamento periodontal desses indivíduos para a manutenção da glicemia (Guray, 2012).
- ✓ **Obesidade:** estudos mostram que esta associação positiva foi consistente e coerente com um papel biologicamente plausível para a obesidade no desenvolvimento da doença periodontal. No entanto, com poucos estudos longitudinais de qualidade, não é possível distinguir a ordem temporal de eventos, limitando assim a prova de que a obesidade é um fator de risco para a doença periodontal ou que a periodontite pode aumentar o risco de ganho de peso. Na prática clínica, uma maior prevalência de doença periodontal deve ser esperada entre adultos obesos (Chaffee& Weston, 2010).
- ✓ **Doenças auto-imunes: Artrite reumatóide:** há um interesse crescente nas associações entre saúde bucal, e doenças auto-imunes e inflamatórias. Estudos epidemiológicos têm descrito a associação entre artrite reumatóide e doença periodontal. Estudos clínicos recentes continuam a apoiar estes resultados, e estão cada vez mais ligados com avaliações biológicas para melhor compreender a natureza dessas relações. Estudos recentes avaliaram os papéis periopatogênicos do *Porphyromonas gingivalis*, do microbioma oral, e dos mecanismos sítio-específicos e de substratos específicos da citrulinação. Estes irão ajudar a elucidar as interações entre essas duas doenças inflamatórias (Bingham&Moni, 2013).

## OBJETIVO

---

“Reduzir os Índices de Placa Visível (IPV)\*\*, Sangramento Gengival (ISG)\*\*\* e Periodontal (IP)\*\*\*\* em até 20% dos beneficiários do setor entre 12 e 74 anos, até maio de 2017.”

## PROTOCOLO 1

---

### Gengivite induzida por placa (Localizada e Generalizada)

<b>Doença periodontal</b>	<b>Gengivite induzida por placa</b>	
<b>Descrição/ Diagnóstico</b>	Exame clínico e avaliação periodontal (Índice de Placa, Sangramento à sondagem e Nível de Inserção Clínica)	
<b>Indicação</b>	Todos os casos devidamente diagnosticados	
<b>Contra-indicação</b>	Condição sistêmica pré-existente, sem acompanhamento médico e/ou restrição médica	
<b>Caráter da indicação</b>	Eletiva <b>SIM</b>	Urgência <b>NÃO</b>
<b>Exames complementares</b>	Teste de fluxo salivar; Radiografia Periapical e/ou Panorâmica	
<b>Códigos TUSS</b>	Descrição	
<b>85.300.047</b>	Raspagem supragengival	
<b>85.300.039</b>	Raspagem subgengival	
<b>82.000.921</b>	Gingivectomia	
<b>81.000.421</b>	Radiografia Periapical (bitewing)	
<b>Materiais especiais</b>	Não se aplica	
<b>Rastreabilidade</b>	Sim	
<b>Comentários</b>	Manutenção: 3 a 6 meses (IP, IS e NIC + procedimentos preventivos - raspagem supragengival + profilaxia + ATF) <b>Variáveis</b> (?): classificação (Localizada; Generalizada) e controle de higiene oral do paciente	

## PROTOCOLO 2

---

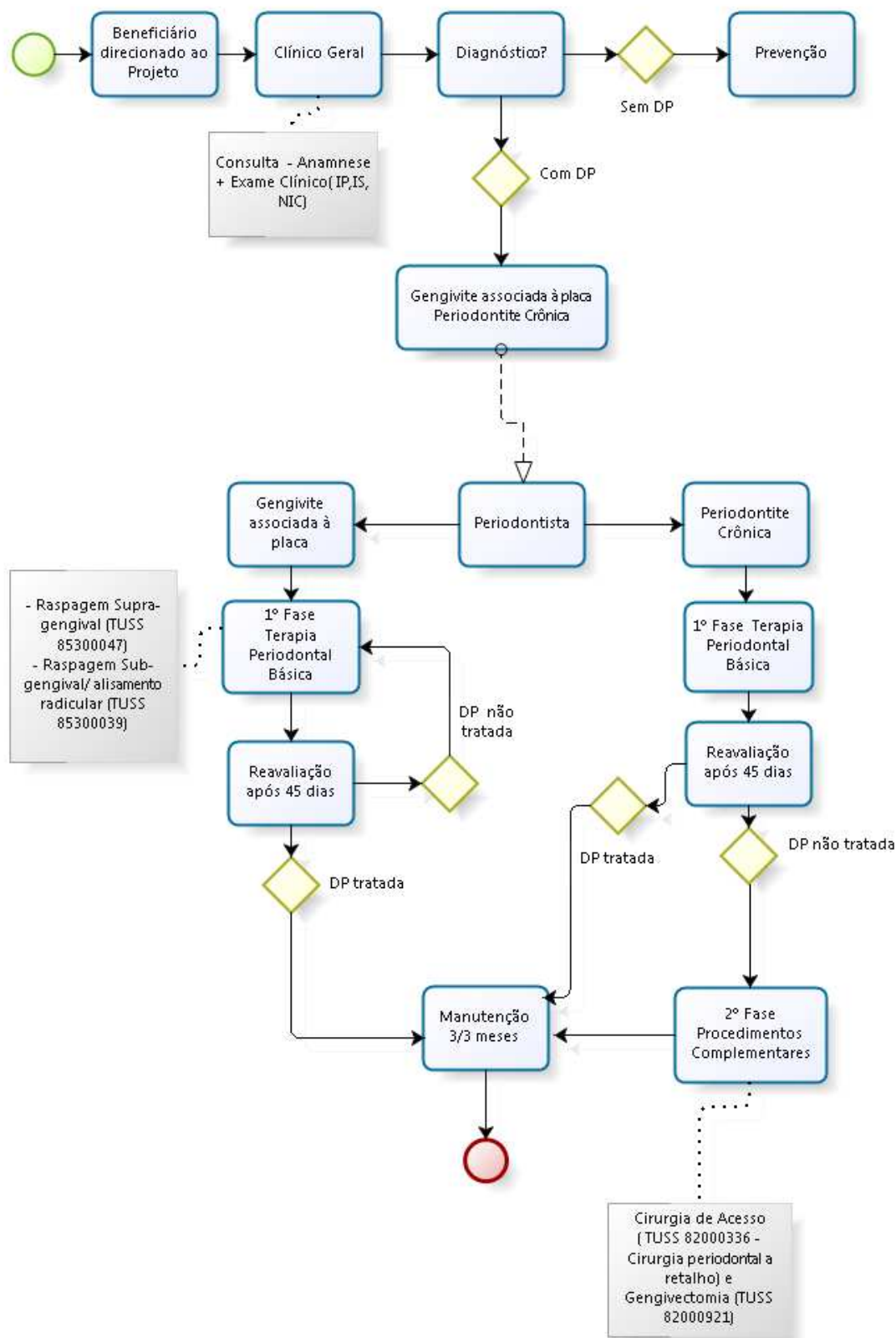
### Periodontite Crônica (Leve, Moderada e Severa – Localizada e Generalizada)

<b>Doença periodontal</b>	<b>Periodontite Crônica</b>
---------------------------	-----------------------------

<b>Descrição/ Diagnóstico</b>	Exame clínico e avaliação periodontal (Índice de Placa, Sangramento à sondagem e Nível de Inserção Clínica)	
<b>Indicação</b>	Todos os casos devidamente diagnosticados	
<b>Contra-indicação</b>	Condição sistêmica pré-existente, sem acompanhamento médico e/ou restrição médica	
<b>Caráter da indicação</b>	Eletiva <b>SIM</b>	Urgência <b>NÃO</b>
<b>Exames complementares</b>	Teste de fluxo salivar; Radiografia Periapical e/ou Panorâmica	
<b>Códigos TUSS</b>	Descrição	
<b>85.300.047</b>	Raspagem supragengival	
<b>85.300.039</b>	Raspagem subgengival	
<b>82.000.417</b>	Cirurgia periodontal a retalho (cirurgia de acesso)	
<b>82.000.921</b>	Gengivectomia	
<b>81.000.421</b>	Radiografia Periapical	
<b>81.000.405</b>	Radiografia Panorâmica	
<b>Materiais especiais</b>	Não se aplica	
<b>Rastreabilidade</b>	Sim	
<b>Comentários</b>	Manutenção: 3/3 meses (IP, IS e NIC + procedimentos preventivos - raspagem supragengival + profilaxia + ATF) <b>Variáveis(?)</b> : classificação (Leve; Moderada; Severa e Localizada; Generalizada) e controle de higiene oral diária do paciente	

FLUXOGRAMA

---



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

\*Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. SB Brasil 2010. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012.

\*\*Löe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. *Acta Odontol Scand*, 1963; 21: 533-551.

\*\*\*Russell, A. L. Systems of classification and scoring for prevalence surveys of periodontal disease. *J. Dental Res.*, v.35, p.350-9, 1956.

\*\*\*\*Silness J, Löe H. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand* 1964; 22: 121-135.

Antunes, S; Bregman, R; FIGUEREDO, C. M. S.; Fischer, R. G. . Periodontite e doença renal crônica. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (Impresso)*, v. 12, p. 66-75, 2013.

BINGHAM, C.O.; MONI, M. Periodontal disease and rheumatoid arthritis: the evidence accumulates for complex pathobiologic interactions. *Curr Opin Rheumatol*. 2013 Feb 27.

BRITO, F.; ALMEIDA, S.; FIGUEREDO, C.M.; BREGMAN, R.; SUSSANA, J.H.; FISCHER, R.G. Extent and severity of chronic periodontitis in chronic kidney disease patients. *J Periodontal Res*. 2012 Aug, 47(4), 426-30.

BRITO, F.; ZALTAMN, C.; CARVALHO, A.T.; FISCHER, R.G.; PERSSON, R.; GUSTAFSSON, A.; FIGUEREDO, C.M. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2013 Feb, 25(2):239-45.

CHAFFEE, B.W.; WESTON, S.J. Association between chronic periodontal disease and obesity: a systemic review and meta-analysis.

ESTES R.J., MEDURI G.U. The pathogenesis of ventilator associated pneumonia: Mechanisms of bacterial transcolonization and airway inoculation. *Int Care Med* 21: 365–383. 1995.

FOURRIER, F., DUVIVIER, B., BOUTIGNY, H., ROUSSEL-DELVALLEZ, M., CHOPIN, C. Colonization of dental plaque: A source of nosocomial infections in intensive care unit patients. *Crit Care Med* 1998 Vol. 26, No. 2.

GURAY, A.N. Periodontal therapy – An adjuvant for glycemic control. *Diabetes Metab Syndr*. 2012 Oct, 6(4): 218-13.

KAHN, S., SARDENBERG, E., SILVA L.R., MACHADO, W.A.S., ALVES, J. Pneumonia por aspiração associada à doença periodontal. *RBO* 2003; 60(4): 244-6.

OLIVEIRA, L.C.B.S.; FISCHER, R.G. A doença periodontal como fator de risco para pneumonia nosocomial. *Periodontia* 2004; 14(03):25-29.

LIMEBACK, H. Implications of Oral Infections on Systemic Diseases in the Institutionalized Elderly With a Special Focus on Pneumonia. *Ann Periodontol* Vol. 3, No. 1, July 1998.

PAJU, S., SCANNAPIECO, F.A. Oral biofilms, periodontitis, and pulmonary infections. *Oral Dis* (2007) 13, 508–512.

PINEDA, L.A., SALIBA, R.G., SOLH, A.A.E. Effect of oral decontamination with chlorhexidine on the incidence of Nosocomial pneumonia: a meta-analysis. *Crit Care* 2006, 10:R35.

PINHEIRO, P.G., SALANI, R., AGUIAR, A.S.W., PEREIRA, S.L.S. Perfil periodontal de indivíduos adultos traqueotomizados com pneumonia nosocomial. *R Periodontia* 2007; 17; 67-72.

SCANNAPIECO, F.A. Role of Oral Bacteria in Respiratory Infection. J Periodontol. 1999, 70, No. 7, 793-802.

SCANNAPIECO, F.A. WANG, B., SHIAU, H.J. Oral bacteria and respiratory infection: Oral Bacteria and Respiratory: Effects on respiratory pathogen adhesion and epithelial cell proinflammatory cytokine production. Ann Periodontal 2001. Dec, 6(1): 78-86.

STRAKA, M. Pregnancy and periodontal tissues. NeuroEndocrinolLett. 2011; 32(1):34-8.

VIDAL, FÁBIO; CORDOVIL, IVAN; FIGUEREDO, CARLOS MARCELO SILVA; FISCHER, RICARDO GUINARÃES. Non-surgical periodontal treatment reduces cardiovascular risk in refractory hypertensive patients: a pilot study. JournalofClinicalPeriodontology **JCR**, v. 40, p. 681-687, 2013.