

DIRETRIZ PARA A PRÁTICA CLÍNICA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TRATAMENTO DA PERIODONTITE ESTÁGIOS I-III (VOLUME 2) – REINTERVENÇÃO APÓS ABORDAGEM PERIODONTAL NÃO CIRÚRGICA

Editora-Geral:

Nésio Fernandes de Medeiros Junior

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Coordenação Técnica-Geral:

Doralice Severo da Cruz

Elaboração de texto

Francisco Wilker Mustafa Gomes Muniz

Caroline Fernandes e Silva

Cassiano Kuchenbecker Rösing

Fabrizio Batistin Zanatta

Maísa Casarin

Natália Marcumini Pola

Maria Lanuse Davila Gadelha de Oliveira

Ricardo Souza Martins

Yasmim Nobre

Ândrea Daneris

Eduardo Dickie de Castilhos

Nicole Aimée Rodrigues José

Amanda Pinto Bandeira de Sousa Marques

Betina Suziellen Gomes da Silva

Gustavo Vinícius do Nascimento Ribeiro

GODeC – *Global Observatory for Dental Care Group*

Comitê Organizador

Francisco Wilker Mustafa Gomes Muniz

Yasmim Nobre
Ândrea Daneris

Painel de especialistas:

Ândrea Daneris
Caroline Fernandes e Silva
Cassiano Kuchenbecker Rösing
Eduardo Dickie de Castilhos
Fabricio Batistin Zanatta
Francisco Wilker Mustafa Gomes Muniz
Maísa Casarin
Maria Lanuse Davila Gadelha de Oliveira
Natália Marcumini Pola
Ricardo Souza Martins
Yasmim Nobre
GODeC – *Global Observatory for Dental Care Group*

Revisão técnica:

Amanda Pinto Bandeira de Sousa Marques
Betina Suziellen Gomes da Silva
Doralice Severo da Cruz
Élem Cristina Cruz Sampaio
Flávia Santos Oliveira de Paula
Gustavo Vinícius do Nascimento Ribeiro
Laura Cristina Martins de Souza
Nicole Aimée Rodrigues José
Renato Taqueo Placeres Ishigame
Sandra Cecília Aires Cartaxo
Sumaia Cristine Coser
Wellington Mendes Carvalho

APRESENTAÇÃO

A análise e síntese do conhecimento científico atualizado para dar suporte às decisões na prática clínica, bem como para a proposição de políticas públicas custo-efetivas, cujos benefícios são consenso entre os atores envolvidos na produção de saúde, constitui-se como desafio para os formuladores de políticas públicas, gestores e profissionais de saúde, dentre os quais estão os cirurgiões-dentistas (FAGGION; TU, 2007; SUTHERLAND, 2000).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção responsável pelo cuidado e pela resolução das principais condições de saúde das pessoas, sendo a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), e a ordenadora da rede de atenção. É, portanto, elemento precípua da organização de sistemas de saúde efetivos, e no Brasil, a APS tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) seu principal modelo de organização. A APS está fundamentada nos atributos propostos por Barbara Starfield, entre os quais estão o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Além disso, a APS tem como compromisso o atendimento aos preceitos constitucionais e legais do SUS, entre os quais estão a universalidade, a integralidade e a equidade. A APS oferece melhores resultados de saúde a custos mais baixos para o sistema de saúde público, sendo importante para a racionalização dos recursos financeiros empregados pelo SUS (ANDERSON *et al.*, 2018).

As ações em saúde realizadas na APS envolvem diagnóstico, tratamento e reabilitação de problemas de saúde agudos e crônicos, prevenção de doenças, promoção de saúde e coordenação do cuidado de saúde das pessoas e de suas famílias. Para o alcance desses atributos na APS, entre outras medidas, é recomendada a oferta de cuidados de saúde bucal, sobretudo na ESF, por meio das equipes de Saúde Bucal (eSB).

O processo de trabalho dessas equipes tem como diretriz a operacionalização dos fundamentos da APS e deve ser norteado pelo compromisso de promover a resolução dos problemas de saúde bucal da população, produzindo grande impacto na situação de saúde das pessoas e famílias, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. O Ministério da Saúde disponibiliza aos gestores, profissionais de saúde bucal e usuários um

rol de ações dispostas na Carteira de Serviço da Atenção Primária à Saúde (Casaps) - não vinculativo ou exaustivo - a serem desenvolvidas pelas eSB, conforme recursos disponíveis, demanda existente e processos de educação continuada ofertados.

Ao se considerar todos os benefícios que a formulação de políticas baseada em evidências traz à sociedade, tanto no que tange à qualidade e segurança do cuidado produzido, quanto no emprego de recursos públicos para a adoção de políticas públicas de saúde efetivas, a Coordenação-Geral de Saúde Bucal, em parceria com a iniciativa GODEC (*Global Observatory for Dental Care*) da Universidade Federal de Pelotas, disponibilizará 22 diretrizes clínicas para a qualificação do cuidado em saúde bucal ofertado na APS.

O GODEC/UFPel firmou cooperação com o Ministério da Saúde por intermédio do Termo de Execução Descentralizada para o desenvolvimento de 22 diretrizes para a prática clínica na Atenção Primária à Saúde (Processo nº 57/2019). Esta Diretriz para a Prática Clínica Odontológica na Atenção Primária à Saúde: Tratamento da Periodontite Estágios I-III – Fase de Reintervenções, em seu **segundo volume**, é um dos documentos gerados com base nesse projeto de cooperação. O primeiro volume aborda a fase inicial da terapia periodontal (controle dos fatores de risco locais e sistêmicos, incluindo a remoção do biofilme supra e gengival), já o terceiro volume aborda a fase da manutenção periódica preventiva.

OBJETIVO

O presente estudo tem o objetivo de adaptar uma diretriz para prática clínica já publicada sobre o tratamento da periodontite. Para esse volume, serão especificadas as modalidades terapêuticas para a fase de reintervenções dessa doença periodontal no intuito de orientar o dentista clínico a executar o melhor tratamento, baseado em evidência, considerando sua atuação na APS e a realidade brasileira. É válido apontar que esse é o **segundo volume** da diretriz acerca do tratamento da periodontite estágios I-III.

Introdução

O tratamento periodontal baseado na sua etiopatogênese tem previsibilidade, existindo diferentes possibilidades para a sua execução (GRAZIANI *et al.*, 2017). Prioritariamente, a abordagem relacionada à causa, incluindo modificação de fatores de risco/prognóstico e controle dos biofilmes supra e subgengivais é recomendada. Essa abordagem é efetiva na maioria das situações, especialmente nos estágios menos avançados da doença. Estudos têm demonstrado que, longitudinalmente, indivíduos que recebem tratamento periodontal e são acompanhados em estratégias de manutenção da saúde mantêm saúde periodontal e dentes por longos períodos de tempo (LINDHE; NYMAN, 1975; ROSLING *et al.*, 1976).

Como as doenças periodontais são consideradas doenças crônicas não transmissíveis, a abordagem deve levar em consideração que a progressão da doença é lenta e, portanto, o tratamento deve levar em consideração a longitudinalidade do processo de destruição, assim como os tempos necessários para adequado restabelecimento da saúde após a intervenção (BECERRA-RUIZ *et al.*, 2022). Nesse mesmo sentido, a periodontite também é considerada uma doença crônica não transmissível, sendo imperioso que a reavaliação pós-tratamento considere os fatores de risco e aspectos etiológicos.

Nesse sentido, é premissa básica para a reintervenção que a evolução ou não de aspectos relacionados aos fatores de risco seja levada em consideração. Por exemplo, a observação de como estão os hábitos relacionados à saúde por parte do indivíduo, como o hábito de fumar, é parte do processo de reavaliação tanto sob o aspecto comportamental como de resposta biológica ao tratamento (APATZIDOU, 2022).

Também é de suma importância que os aspectos relacionados ao controle do biofilme supragengival sejam considerados. Obviamente, não há como reavaliar os resultados da terapia relacionada à causa se o controle do biofilme por parte do indivíduo não está adequado. Abordagens adicionais de retratamento periodontal têm altas chances de insucesso quando os indivíduos não apresentam adequadas medidas de controle do biofilme supragengival regularmente (NYMAN; LINDHE; ROSLING, 1977). Assim, para que se

prossiga para a reavaliação periodontal, essas premissas de controle de fatores etiopatogênicos devem ser consideradas. Ao se observar evolução significativa, tanto em aspectos de fatores de risco quanto de controle do biofilme supragengival, e aguardado o período biológico de cicatrização, a reavaliação pode ser conduzida.

Análise longitudinal demonstra que sítios que não apresentam inflamação subgengival (sangramento) tem 98% de chance de estarem estáveis (LANG *et al.*, 1990). Assim, o resultado da terapia periodontal necessita ser avaliado em termos de continuidade/resolução da inflamação. Em termos de doenças crônicas não transmissíveis, também poderia ser avaliada a progressão da doença, o que demanda tempo excessivo. Assim, levando-se em consideração aspectos inflamatórios como persistência/aumento de profundidade de sondagem e presença de sinais inflamatórios, como sangramento e/ou supuração, a reintervenção deve ser cotejada. Diferentes formas de reintervenção podem ser realizadas, sendo os procedimentos mecânicos e/ou químico-biológicos os mais frequentes.

A reintervenção pós-tratamento periodontal por meios mecânicos tem três abordagens principais: uma nova raspagem e alisamento radicular subgengival sob anestesia, a realização de uma deplacagem subgengival e a raspagem sob acesso cirúrgico. A decisão sobre qual forma é a mais adequada depende do estado clínico. Caso o profissional claramente observe que há presença de depósitos de cálculo residual, uma nova raspagem subgengival sob anestesia é indicada; caso não se detecte depósitos mineralizados, uma deplacagem subgengival pode ser a alternativa, especialmente se não há aspectos anatômicos dificultadores. As abordagens de raspagem sob acessos cirúrgicos são importantes formas de reintervenção, especialmente na presença de bolsas mais profundas, defeitos estreitos, verticais, lesões de furca, o que permite um melhor acesso aos instrumentos para desorganização do biofilme (GRAZIANI *et al.*, 2018).

Estudos longitudinais têm demonstrado que tanto as abordagens não cirúrgicas quanto as cirúrgicas são capazes de tratar a doença periodontal em seus diferentes estágios, sendo que as últimas parecem ser mais efetivas em áreas mais profundas (MAILLOA *et al.*, 2015). Ressalta-se que todas essas

abordagens dependem de níveis adequados de controle do biofilme supragengival.

Ao se considerar que a doença periodontal causada por biofilmes não se constitui em infecção clássica e, caso seja optado pelo uso de antimicrobianos, como antibióticos, há a necessidade de concomitante reintervenção mecânica com, no mínimo, desorganização do biofilme subgengival (PRESHAW, 2018). É importante que se tenha claro que o uso de antibióticos gera resistência microbiana e que deve ser utilizado com clara indicação clínica, levando-se em consideração o custo-benefício (JEPSEN; JEPSEN, 2016).

Assim, o uso de antimicrobianos é uma alternativa, que deve ser utilizada com parcimônia e, preferencialmente, para os estágios mais avançados, onde aspectos imunológicos possam ter participação importante. É importante que se tenha claro que o tratamento com antibióticos **NÃO** é protocolo baseado em evidência para **TODAS** as periodontites.

Com base em todos esses conhecimentos, essa diretriz para a prática clínica pode fornecer uma assistência melhor para a tomada de decisão em relação a reintervenção pós-tratamento periodontal. Por meio dessa diretriz, há o intuito de orientar o cirurgião-dentista a executar o melhor tratamento, baseado em evidência, considerando a atuação dos profissionais de saúde na APS.

Metodologia

Aspectos metodológicos detalhados podem ser consultados no volume 1 dessa diretriz (tratamento inicial da periodontite estágios I-III). Em resumo, essa diretriz para a prática clínica foi desenvolvida e reportada de acordo com o guia de reporte AGREE II (BROUWERS *et al.*, 2016). O processo geral de adaptação do guia foi realizado conforme uma adaptação do método do GRADE-ADOLOPMENT (SCHÜNEMANN *et al.*, 2017). A elaboração das recomendações foi produzida e avaliada de acordo com a construção de tabelas de recomendações e força de evidência do GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation*) (GUYATT *et al.*, 2011).

Para tanto, um painel, composto por pesquisadores, cirurgiões-dentistas com experiência em atendimentos de indivíduos com doenças periodontais e/ou na APS e profissionais da saúde com experiência em gestão no âmbito do SUS, foram envolvidos. Esse painel realizou diversas reuniões, entre os meses de agosto de 2020 a maio de 2021, para discussões e obtenção de consensos acerca de todas as recomendações. As reuniões foram organizadas pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal e GODEC/UFPel.

Nessas reuniões, as questões prioritárias e a metodologia de trabalho do GRADE foram apresentadas. Em seguida, discutiu-se cada uma das questões. Para o estabelecimento das recomendações clínicas, utilizou a ferramenta de diretrizes clínicas GRADEpro-GDT (gdt.grade.org/app). Em todas as questões, a síntese da evidência era apresentada, e as recomendações eram realizadas com base nos critérios estabelecidos pelo GRADE. A coordenação do painel foi a responsável pela síntese da discussão. O texto final foi submetido para apreciação e aprovado por todos os membros do painel.

Questões prioritárias

O Comitê Organizador considerou, inicialmente, a sigla PIPDS (P: População; I: Intervenção; P: Profissional-alvo; D: Desfecho; S: Sistema de Saúde) como base para o desenvolvimento das questões:

P: indivíduos adultos com periodontite estágios I-III;

I: abordagens para tratamento da periodontite;

P: cirurgiões-dentistas que atuam na APS do SUS;

D: número de dentes perdidos, redução de profundidade de sondagem, ganho de inserção clínica e redução de sangramento à sondagem;

S: prática de atenção primária.

A presente diretriz é uma adaptação de uma diretriz para a prática clínica, recentemente publicada, pela Federação Europeia de Periodontia (*European Federation of Periodontology*) (SANZ *et al.*, 2020). Para o presente volume, apenas as questões relacionadas à fase de reintervenções do tratamento da periodontite da diretriz prévia foram consideradas. A escolha da manutenção dessas questões foi realizada por consenso pelo painelistas. Além

disso, os painelistas poderiam propor questões adicionais caso fosse percebido que algum aspecto do tratamento da periodontite não havia sido completamente preenchido. O Quadro 1 expressa o número de questões da diretriz adaptada e o número de questões adotadas para este volume da presente diretriz.

Quadro 1. Número de questões em saúde identificadas na diretriz para a prática clínica adaptadas e na presente diretriz.

Nome da seção na diretriz adaptada (em inglês)	Número de questões da diretriz adaptada	Nome da seção na presente diretriz	Número de questões adotadas na presente diretriz	Número de questões adicionais na presente diretriz
<i>“Third step in therapy (areas non-responsive to the second step)”</i>	16	Terceira etapa do tratamento da periodontite - Novas intervenções para controle do biofilme subgengival	06	00

Identificação de diretrizes ou revisões sistemáticas

Inicialmente, o Comitê Organizador realizou uma busca por guias potencialmente elegíveis nas bases de dados: PubMed, Scopus, Embase, *Web of Science*, *Cochrane Library* e *National Institute for Clinical Evidence* (NICE). Além disso, buscas manuais nos sites da Sociedade Brasileira de Periodontologia, *“European Federation of Periodontology”*, *“American Academy of Periodontology”* e *“American Dental Association”* foram realizadas para identificar guias potencialmente elegíveis. Uma busca manual também foi realizada no periódico *Revista Periodontia* (Fortaleza), pertencente à Sociedade Brasileira de Periodontologia.

A estratégia de busca completa, os critérios de inclusão e de exclusão adotados podem ser identificados no volume 1 da presente diretriz. Dessa maneira, uma diretriz foi selecionada (SANZ *et al.*, 2020), apresentando um conceito excelente ($6,5 \pm 0,6$) na avaliação realizada pelo “AGREE II *Online Appraisal Tool*.” Maiores detalhes desse processo também estão reportados no volume 1.

Síntese das Evidências

A diretriz a ser adaptada já contava com a avaliação da certeza da evidência GRADE (GUYATT *et al.*, 2011). Apesar disso, todas as questões foram analisadas novamente. Toda a avaliação GRADE foi realizada por um pesquisador e validada por todos os painelistas, durante as reuniões síncronas. O Quadro 2 demonstra os símbolos utilizados para representar a certeza da evidência e a força da recomendação.

Quadro 2. Representações sugeridas da qualidade da evidência e força das recomendações de acordo com a avaliação GRADE.

	Resultados da avaliação GRADE	Símbolo
Certeza da evidência	Alta	⊕⊕⊕⊕
	Moderada	⊕⊕⊕○
	Baixa	⊕⊕○○
	Muito Baixa	⊕○○○
Força da Recomendação	Forte a favor de uma intervenção	↑↑
	Fraco a favor de uma intervenção	↑
	Equivalência na intervenção	↕
	Fraco contra uma intervenção	↓
	Forte contra uma intervenção	↓↓

As tabelas com a síntese de evidências, resumos dos achados da literatura e fluxogramas para tomada de decisões em relação às recomendações podem ser consultadas no site: <https://wp.ufpel.edu.br/godec/>

Quando houver disponibilidade de cirurgião-dentista tecnicamente habilitado, insumos e equipamentos adequados, sugere-se que casos de periodontite em estágios mais avançados sejam manejados no âmbito da APS. Entretanto, não havendo tais condições em casos mais complexos, que estejam além do escopo desse conjunto de diretrizes, deve-se encaminhar os usuários à profissionais de saúde bucal da atenção especializada, pois podem requerer intervenções cirúrgicas periodontais não disponíveis na APS. Desse modo, ressalta-se a importância do estabelecimento de referência/contrarreferência da APS com a atenção especializada, representada pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Questão 1: Quão efetivos são os retalhos de acesso quando comparados à instrumentação subgingival? Quão efetivos são os diferentes procedimentos de retalho de acesso?

Resumo dos achados

A resposta às perguntas em tela encontra-se em uma revisão da literatura publicada por Sanz-Sánchez et al. (2020). A revisão procurou responder às seguintes perguntas: 1) Em indivíduos com periodontite, quão efetivos são os retalhos para acesso comparados à instrumentação subgingival na redução de profundidade de sondagem? 2) Em indivíduos com periodontite, o tipo de retalho de acesso impacta a redução de profundidade de sondagem?

Nessa revisão, 36 publicações foram incluídas. O grupo teste deveria ser composto de cirurgias a retalho, sem procedimentos ressectivos, para serem comparados com tratamento não-cirúrgico. Também foram comparados diferentes tipos de retalho com o Retalho de Widman Modificado convencional.

A literatura foi sumarizada tanto em nível qualitativo quanto através de metanálises. As abordagens com retalho de acesso demonstraram resultados superiores em bolsas profundas (>6 mm ou ≥ 6 mm), quando comparadas à instrumentação subgingival, em estudos de curto ou longo prazo, enquanto que em bolsas moderadamente profundas (4-6 mm, 5-6 mm ou 4-5 mm) somente em estudos de curto prazo.

Recomendações

A terapia periodontal não cirúrgica é segura e eficaz em bolsas moderadas. O tratamento periodontal cirúrgico pode apresentar impacto clínico apenas em bolsas profundas. Dessa maneira, a seguinte recomendação foi fornecida: "Em usuários com periodontite em estágios I e II, recomenda-se que somente abordagens não cirúrgicas sejam realizadas. Em usuários com periodontite em estágio III, sugere-se que a terapia cirúrgica seja empregada em áreas com necessidades adicionais de tratamento após a primeira abordagem do tratamento não-cirúrgico. As preferências dos indivíduos, em relação à realização de abordagem cirúrgica ou não-cirúrgica devem ser consideradas. No que se refere a performances de diferentes retalhos, não existe evidência para suportar a escolha de uma abordagem sobre outra."

Observações

A periodontia tem-se dedicado à análise comparativa de diferentes abordagens terapêuticas ao longo de sua história. Neste contexto, a comparação entre a instrumentação subgengival (reconhecida como tratamento não-cirúrgico) tem sido comparada com a instrumentação a partir do uso de cirurgias. Em tempos contemporâneos, fundamentalmente, as abordagens cirúrgicas são realizadas por meio de cirurgias de retalho. Existe um corpo de evidências considerável demonstrando que a instrumentação subgengival é efetiva na redução de sangramento à sondagem, profundidade de sondagem, acompanhada de ganhos clínicos de inserção (BUCHANAN; ROBERTSON, 1987; VAN DER WEIJDEN; TIMMERMAN, 2002).

Entretanto, há limitações reconhecidas da instrumentação subgengival, especialmente no que se refere à presença de depósitos residuais observados *in vitro* (CAFFESSE; SWEENEY; SMITH, 1986; GEISINGER *et al.*, 2007; RABBANI; ASH; CAFFESSE, 1981). Neste contexto, o uso de retalhos objetiva acesso à superfície radicular, potencialmente melhorando os resultados. Obviamente, a abordagem contemporânea é menos invasiva que os procedimentos cirúrgicos tradicionais e não tem por objetivo ressecção tecidual (GRAZIANI *et al.*, 2018). Assim, para que a abordagem clínica seja baseada na

melhor evidência, há a necessidade de uma revisão completa e atualizada da literatura que suporta tal abordagem.

Quadro 3. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 1.

1) Quão efetivos são os retalhos de acesso quando comparados à instrumentação subgengival? Quão efetivos são os diferentes procedimentos de retalho de acesso?
Em usuários com periodontite em estágios I e II, o painel recomenda que somente abordagens não cirúrgicas sejam realizadas. Em usuários com periodontite em estágio III, sugere-se que a terapia cirúrgica seja empregada em áreas com necessidades adicionais de tratamento após a primeira abordagem do tratamento não-cirúrgico. As preferências dos indivíduos, em relação à realização de abordagem cirúrgica ou não-cirúrgica devem ser consideradas. No que se refere a performances de diferentes retalhos, não existe evidência para suportar a escolha de uma abordagem sobre outra.
Literatura de suporte: SANZ-SÁNCHEZ <i>et al.</i> , 2020.
Evidência disponível: Trinta e seis ensaios clínicos randomizados, oriundos de 18 estudos. A maioria deles com desenho do tipo boca dividida.
Recomendação GRADE: ⊕⊕○○ †
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 2: Qual é o nível de cuidado necessário para o manejo de bolsas residuais profundas com ou sem presença de defeitos intraósseos ou envolvimento de furca após completados os passos 1 e 2 da terapia periodontal?

Resumo dos achados

Cirurgias de acesso têm sido propostas para melhorar os resultados da terapia subgengival para áreas anatomicamente diferenciadas (concavidades e furcas) independentemente da existência de defeitos intraósseos (GRAZIANI *et*

al., 2018). Não há revisão sistemática da literatura focada nesta pergunta específica, e os estudos potenciais para subsidiarem a resposta são escassos. No entanto, benefícios adicionais do procedimento cirúrgico de acesso são sugeridos na literatura. Assim, não há suporte adequado para escolha de abordagem específica baseada em evidências. Dessa maneira, procedimentos periodontais adicionais deverão ser realizados para resolver as situações inflamatórias que persistirem após as etapas 1 e 2 da terapia inicial. Dentro dessas abordagens, pode-se citar nova instrumentação subgengival e cirurgias de acesso.

Recomendações

Apesar da literatura incipiente, sobre essa temática, o painel se posicionou da seguinte maneira: "frente à existência de bolsas residuais, recomenda-se que procedimentos adicionais sejam realizados para resolver essa situação. Citam-se como exemplos nova instrumentação subgengival e cirurgias de acesso. Entretanto, não é possível indicar nenhum tipo específico de terapia adicional para bolsas residuais profundas, tendo em vista que os resultados disponíveis na literatura não têm qualidade de evidência suficiente para a resposta."

Observações

Durante a abordagem das doenças periodontais, diferentes formas terapêuticas têm composto o conjunto de medidas utilizadas. A terapia periodontal não-cirúrgica tem demonstrado efetividade na redução de sangramento à sondagem, redução de profundidade de sondagem, assim como ganho clínico de inserção (BADERSTEN; NILVEUS; EGELBERG, 1987). Especial interesse tem sido dedicado na clínica em áreas que necessitam abordagens adicionais. Neste contexto, as bolsas residuais profundas que subsistem após as etapas 1 e 2 da terapia têm sido objeto de estudo, especialmente pelas evidências de que essas áreas profundas continuam a abrigar depósitos microbianos, especialmente cálculo residual. Isso é particularmente verdade para as áreas de bolsas periodontais profundas (JEPSEN *et al.*, 2011).

Quadro 4. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 2.

2) Qual é o nível de cuidado necessário para o manejo de bolsas residuais profundas com ou sem presença de defeitos intraósseos ou envolvimento de furca após completados os passos 1 e 2 da terapia periodontal?
Frente à existência de bolsas residuais, o painel recomenda que procedimentos adicionais sejam realizados para resolver essa situação. Citam-se como exemplos nova instrumentação subgengival e cirurgias de acesso. Entretanto, não é possível indicar nenhum tipo específico de terapia adicional para bolsas residuais profundas, tendo em vista que os resultados disponíveis na literatura não têm qualidade de evidência suficiente para a resposta.
Evidência disponível: Opinião dos especialistas.
Recomendação GRADE: Nenhuma
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 3: Se um Centro de Especialidades Odontológicas não estiver disponível ou o encaminhamento não for uma opção, qual o procedimento mínimo passível de ser realizado na APS para o manejo de bolsas residuais associadas ou não com defeitos intraósseos ou envolvimento de furca após a conclusão das etapas iniciais da terapia periodontal?

Resumo dos achados

Foram identificadas duas revisões sistemáticas com metanálises, uma avaliando cirurgia periodontal conservadora no tratamento de lesões infra intraósseas (GRAZIANI *et al.*, 2012) e outra no tratamento de defeitos de furcas (GRAZIANI *et al.*, 2015) causados pela periodontite. Os estudos utilizaram dados

dos grupos controles de ensaios clínicos randomizados de técnicas regenerativas.

Em relação às lesões intra/infra ósseas, os resultados indicam que a realização de intervenções cirúrgicas conservadoras foram efetivas na manutenção dos dentes. Foram descritas quatro perdas dentárias em 249 dentes acompanhados. Dessas, uma não foi detalhada e outras foram decorrentes de trauma, mobilidade ou como parte de plano de tratamento. Em relação aos estudos com 24 meses ou mais de acompanhamento, uma perda dentária foi observada em 143 dentes acompanhados. A razão da perda foi decorrente do plano de tratamento protético. Em relação ao ganho de nível de inserção clínica, os dados de 24 ensaios clínicos randomizados revelaram uma diferença média de 1,65mm, em acompanhamentos de 12 meses, e de 1,97 mm em acompanhamentos de maior duração. Em relação à profundidade de sondagem, uma redução de 2,85mm, em acompanhamentos de 12 meses, e de 4,18mm em acompanhamentos entre 24 e 36 meses.

Em relação às lesões de furca, foram incluídos 11 ensaios clínicos randomizados. O ganho de nível de inserção clínica horizontal apresentou uma diferença média padronizada de 0,96mm, em acompanhamentos de 6 meses, enquanto o ganho de nível de inserção clínica vertical apresentou uma diferença média padronizada de 0,55mm. Em relação à profundidade de sondagem, uma diferença média padronizada de 1,38mm, em acompanhamentos de 6 meses, foi observada.

Recomendações

Há benefícios importantes para a intervenção subgengival, seja na forma não-cirúrgica ou não cirúrgica. Assim, a recomendação, para essa questão, foi: "Na impossibilidade de encaminhamento para um Centro de Especialidades Odontológicas, recomenda-se retratamento periodontal por meio de raspagem e alisamento radicular, com ou sem cirurgia de acesso da área, e um frequente programa de manutenção periodontal, incluindo, se necessário, instrumentação subgengival."

Observações

A organização do serviço público odontológico no Brasil possui diferentes níveis de atenção. Em relação ao tratamento periodontal, as etapas iniciais de tratamento, assim como manifestações leves e moderadas, devem ser tratadas na APS. Em regiões onde Centros de Especialidades Odontológicas estão habilitados, é possível encaminhar casos de maior complexidade para tratamento (BRASIL, 2017). Apesar disso, muitas regiões ainda não contam com serviços de referência e especialistas na área de Periodontia para realizar tratamentos de lesões intra ou infraósseas e/ou defeitos de furcas causados pela doença periodontal. Sendo assim, é necessário orientar aos profissionais da APS sobre como proceder em casos de usuários que apresentam essas alterações e não há um serviço de referência para encaminhá-los.

Quadro 5. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 3.

3) Se um Centro de Especialidades Odontológicas não estiver disponível ou o encaminhamento não for uma opção, qual o procedimento mínimo passível de ser realizado na APS para o manejo de bolsas residuais associadas ou não com defeitos intraósseos ou envolvimento de furca após a conclusão das etapas iniciais da terapia periodontal?

Na impossibilidade de encaminhamento para um Centro de Especialidades Odontológicas, o painel **recomenda** retratamento periodontal por meio de raspagem e alisamento radicular, com ou sem cirurgia de acesso da área, e um frequente programa de manutenção periodontal, incluindo, se necessário, instrumentação subgengival.

Literatura de suporte: GRAZIANI *et al.*, 2012; GRAZIANI *et al.*, 2015.

Evidência disponível: Vinte e sete ensaios clínicos randomizados sobre tratamento de lesões intra ou infra ósseas usaram cirurgia periodontal conservadora como controle (com acompanhamento variando de 12 a 36 meses). Onze ensaios clínicos randomizados sobre tratamento de defeitos de furcas causados por doença periodontal com cirurgia periodontal

conservadora como controle (com acompanhamento variando de 6 a 24 meses).
Recomendação GRADE: ⊕⊕⊕⊕
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 4: Qual é a importância da adequada higiene bucal realizada pelo usuário no contexto do tratamento cirúrgico?

Resumo dos achados

Apesar da inexistência de uma revisão sistemática que aborde este tema, sabe-se que o acompanhamento, incluindo o registro, do controle do biofilme supragengival é fundamental para a clínica periodontal. Ao se utilizar o índice de placa visível, especula-se que níveis abaixo de 20-25% podem fornecer melhores resultados clínicos da terapia. Nesse sentido, terapias cirúrgicas periodontais devem ser postergadas em indivíduos que não apresentam um adequado controle do biofilme ou aqueles com dificuldade em manter níveis baixos de acúmulo de biofilme.

Recomendações

Por entender que a cicatrização periodontal não ocorrerá em sítios com constante acúmulo de biofilme, a seguinte recomendação foi fornecida: "não se recomenda que a terapia periodontal cirúrgica seja realizada em usuários com deficiências no controle do biofilme supragengival."

Observações

Estudos clássicos em Periodontia têm determinado que o controle do biofilme supragengival é fundamental para que se obtenham os melhores resultados da terapia periodontal cirúrgica independentemente da técnica cirúrgica (LINDHE; NYMAN, 1975; ROSLING *et al.*, 1976). Na realidade, a falha desse controle do biofilme acarreta perdas adicionais de inserção, de forma similar, independentemente da técnica cirúrgica utilizada (NYMAN; LINDHE;

ROSLING, 1977). Ao se considerar os aspectos éticos associados a essa temática, futuros ensaios clínicos randomizados não poderão ser realizados. Para a melhora da qualidade da evidência, será possível apenas a análise de dados secundários, envolvendo indivíduos não aderentes ao controle do biofilme supragengival.

Quadro 6. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 4.

4) Qual é a importância da adequada higiene bucal realizada pelo usuário no contexto do tratamento cirúrgico?
O painel não recomenda que a terapia periodontal cirúrgica seja realizada em usuários com deficiências no controle do biofilme supragengival.
Evidência disponível: Opinião dos especialistas.
Recomendação GRADE: Nenhuma
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 5: Qual é o adequado manejo de bolsas profundas residuais associadas a defeitos intraósseos?

Resumo dos achados

Uma revisão sistemática com metanálise objetivou comparar o efeito clínico do tratamento de defeitos intraósseos com terapia regenerativa ou acesso cirúrgico para raspagem (NIBALI *et al.*, 2020). Nesse estudo, duas perguntas de pesquisa foram propostas, sendo: (A) As cirurgias regenerativas para defeitos intraósseos proporcionam benefícios clínicos adicionais de redução de profundidade de sondagem, ganho de inserção clínica periodontal, redução da recessão gengival e ganho ósseo, em indivíduos com periodontites, quando comparadas com acesso cirúrgico? (B) Há diferença entre os procedimentos regenerativos em relação a ganhos clínicos e radiográficos em defeitos intraósseos? Apesar disso, para a presente diretriz para prática clínica, apenas os achados referentes à questão (A) serão considerados.

Vinte e dois ensaios clínicos randomizados, com pelo menos 12 meses de acompanhamento, foram incluídos nesta revisão sistemática. Em todos os estudos, indivíduos adultos com periodontite que haviam completado um ciclo de terapia não cirúrgica inicial e apresentavam um defeito intraósseo residual (de pelo menos 3 mm de profundidade) foram incluídos. De todos os estudos anteriormente mencionados, apenas quatro apresentaram baixo risco de viés.

Metanálises foram realizadas comparando a terapia de acesso cirúrgico à raspagem e todas as terapias regenerativas (derivados de matriz de esmalte, regeneração tecidual guiada, osso mineral bovino desproteínizado ou fibrina rica em plaqueta). Ao considerar todos os estudos incluídos, foi observada uma redução significativa média de profundidade de sondagem de 1,20 mm e ganho significativo de inserção clínica periodontal de 1,34 mm nos grupos que utilizaram as terapias regenerativas. Contudo, quando se analisam apenas os estudos com baixo risco de viés, portanto com melhores características metodológicas, essas diferenças significativas não são mais detectadas para redução de profundidade de sondagem e ganho de inserção clínica periodontal. É válido reforçar que, para essas últimas análises, apenas quatro ensaios clínicos randomizados foram incluídos.

Outro ponto importante a ser considerado, ao se empregar terapias regenerativas periodontais, são os eventos adversos, desfechos centrados no usuário e os custos. Dentro dos estudos selecionados, poucos eventos adversos são reportados, exceto pela presença de vermelhidão da área, exposição das membranas utilizadas, entre outras. Em relação ao desconforto pós-operatório, poucos estudos reportam esse desfecho. Contudo, entre os estudos que apresentaram esses resultados, nenhuma diferença significativa entre os grupos foi detectada.

Recomendações

Apesar dos achados reportados anteriormente, é importante frisar que as terapias regenerativas apresentam um elevado custo para os sistemas de saúde, além da necessidade de um profissional experiente para o manejo dessas terapias. Futuras análises econômicas em saúde são importantes de serem conduzidas nessa temática. Dessa maneira, a seguinte recomendação foi

fornecida: "Em usuários com bolsas profundas residuais associadas a defeitos intraósseos, sugere-se que a terapia cirúrgica seja empregada, em associação ou não às terapias regenerativas. O custo das terapias regenerativas deve ser ponderado."

Observações

Defeitos intraósseos ou defeitos verticais são possíveis sequelas da progressão da periodontite, onde a base desse defeito está em uma posição apical em relação à crista alveolar interdental, podendo estar cercada por uma, duas ou três paredes ósseas (LANG, 2000). Além disso, a literatura aponta que esse tipo de defeito ósseo está associado a maior ocorrência de progressão de perda de inserção (PAPAPANOU; WENNSTRÖM, 1991). Para contornar essa problemática, o uso de terapias periodontais cirúrgicas com ou sem o uso de materiais regenerativos tem sido proposto na literatura. Ainda dentro desse contexto, a Academia Americana de Periodontia recomenda que a terapia de escolha sejam as intervenções cirúrgicas (REYNOLDS *et al.*, 2015).

Quadro 7. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 5.

5) Qual é o adequado manejo de bolsas profundas residuais associadas a defeitos intraósseos?
Em usuários com bolsas profundas residuais associadas a defeitos intraósseos, o painel sugere que a terapia cirúrgica seja empregada, em associação ou não às terapias regenerativas. O custo das terapias regenerativas deve ser ponderado.
Literatura de suporte: NIBALI <i>et al.</i> , 2020.
Evidência disponível: Vinte e dois ensaios clínicos randomizados, incluindo 1182 dentes em 1000 indivíduos, com pelo menos 12 meses de acompanhamento.
Recomendação GRADE: ⊕⊕○○ †
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 6: Qual é o adequado manejo de dentes molares com envolvimento de furca grau II e III e bolsas residuais?

Resumo dos achados

Uma revisão sistemática com 20 ensaios clínicos randomizados, que incluiu 575 indivíduos com lesão de furca grau II vestibular/lingual em mandíbula ou maxila, demonstrou que a utilização das terapias regenerativas apresentou melhoras clínicas como: diminuição na profundidade de sondagem, ganho de inserção clínica vertical e horizontal, além do fechamento ou conversão de lesões de furcas (conversão de lesão de furca grau II para grau I) quando comparado a raspagem e alisamento radicular em campo aberto (JEPSEN *et al.*, 2020). No entanto, uma revisão sistemática com sete estudos observacionais, que incluiu com 655 indivíduos com lesão de furca graus II e III, demonstrou que realizar procedimentos resseccionais, como tunelização, rizectomia, ou ressecção das raízes, mostrou-se semelhante à raspagem e alisamento radicular convencional e raspagem e alisamento radicular em campo aberto (RAMSEIER *et al.*, 2019). Além disso, manter um dente com lesão de furca, após um tratamento periodontal complexo, possui um custo-benefício maior que extrair e substituir por implante (SCHWENDICKE *et al.*, 2014), assim como o custo de manutenção de um dente com lesão de furca é relativamente baixo (SCHWENDICKE *et al.*, 2016). É importante que sejam consideradas as condições individuais dos indivíduos, assim como suas preferências. Além disso, é necessário ressaltar os custos e a limitada disponibilidade dos produtos regenerativos quando essa técnica tiver de ser utilizada.

Recomendações

Entende-se que a intervenção das lesões de furca são complexas de demandantes, especialmente no contexto da APS. Assim, a seguinte recomendação foi fornecida: "Na impossibilidade de encaminhamento para um Centro de Especialidades Odontológicas, recomenda-se que molares com lesão de furca graus II e III e bolsas residuais devem receber retratamento periodontal, incluindo raspagem e alisamento radicular, com ou sem acesso

cirúrgico, e uma frequente adesão à manutenção periodontal. Os procedimentos regenerativos e ressectivos demonstraram melhor desempenho, porém a maior complexidade, morbidade e custos desses procedimentos, associada a baixa certeza da evidência, colocam-nos como opções terapêuticas de última escolha. A condição do usuário e a experiência profissional devem ser consideradas. Envolvimento de furca não é razão para extração."

Observações

Em dentes multirradiculares, a periodontite leva à destruição periodontal vertical e horizontal, podendo apresentar envolvimento de furca. Esses dentes apresentam uma elevada taxa de perda dentária, assim como maior perda de inserção, quando comparados aos dentes sem lesão de furca (LOOS *et al.*, 1989; NIBALI *et al.*, 2016; WANG *et al.*, 1994). Defeitos de furca apresentam um desafio para o clínico devido a sua anatomia, acessibilidade e a complexidade de cicatrização. O principal desafio clínico para o tratamento dos defeitos de furca está na complexidade de sua topografia, que dificulta um adequado debridamento (AL-SHAMMARI; KAZOR; WANG, 2001; JEPSEN *et al.*, 2011; SVÄRDSTRÖM; WENNSTRÖM, 1988).

A resposta individual após o tratamento periodontal convencional necessita ser avaliada após um período de cicatrização adequado. Se os desfechos da terapia não forem alcançados (ausência de sítios com profundidade de sondagem >4mm com sangramento à sondagem), uma nova abordagem deve ser realizada (SANZ-SÁNCHEZ *et al.*, 2020). Essa abordagem tem como objetivo tratar os locais que não responderam adequadamente ao tratamento. Diversos tipos de procedimentos vêm sendo propostos para o tratamento das lesões de furca, como os não-cirúrgicos de raspagem e alisamento radicular (LOOS *et al.*, 1989; NORDLAND *et al.*, 1987), raspagem e alisamento em campo aberto, raspagem e alisamento em campo aberto associado a terapias regenerativas (JEPSEN *et al.*, 2002), assim como terapia ressectivas de amputação ou ressecção de raiz, separação de raiz e tunelização (DOMMISCH *et al.*, 2020). Nesse sentido, com o objetivo de melhorar os resultados da terapia periodontal, manter estabilidade do quadro

periodontal e preservar elementos dentários multirradiculares, é importante conhecer quais tratamentos podem ser utilizados de maneira adequada para dentes com lesão de furca graus II e III.

Quadro 8. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 6.

6) Qual é o adequado manejo de dentes molares com envolvimento de furca grau II e III e bolsas residuais?
Na impossibilidade de encaminhamento para um Centro de Especialidades Odontológicas, o painel recomenda que molares com lesão de furca graus II e III e bolsas residuais devem receber retratamento periodontal, incluindo raspagem e alisamento radicular, com ou sem acesso cirúrgico, e uma frequente adesão à manutenção periodontal. Os procedimentos regenerativos e resseccionais demonstraram melhor desempenho, porém a maior complexidade, morbidade e custos desses procedimentos, associada à baixa certeza da evidência, colocam-nos como opções terapêuticas de última escolha. A condição do usuário e a experiência profissional devem ser consideradas. Envolvimento de furca não é razão para extração.
Literatura de suporte: DOMMISCH <i>et al.</i> , 2020; JEPSEN <i>et al.</i> , 2020.
Evidência disponível: 20 ensaios clínicos randomizados, com 12 meses de acompanhamento (terapias regenerativas), e 7 estudos observacionais com 4 a 10 anos de acompanhamento (terapias resseccionais).
Recomendação GRADE: ⊕○○○ ↓
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

REFERÊNCIAS

AL-SHAMMARI, K. F.; KAZOR, C. E.; WANG, H. L. Molar root anatomy and management of furcation defects. **J Clin Periodontol**, v. 28, n. 8, p. 730-740, Ago 2001.

ANDERSON, M. et al. **Building the economic case for primary health care: a scoping review**. WHO Technical Series on Primary Health Care. ORGANIZATION, W. H.: World Health Organization 2018.

APATZIDOU, D. A. The role of cigarette smoking in periodontal disease and treatment outcomes of dental implant therapy. **Periodontol 2000**, v. 90, n. 1, p. 45-61, Out 2022.

BADERSTEN, A.; NILVEUS, R.; EGELBERG, J. Effect of nonsurgical periodontal therapy (VIII). Probing attachment changes related to clinical characteristics. **J Clin Periodontol**, v. 14, n. 7, p. 425-432, Ago 1987.

BECERRA-RUIZ, J. S. *et al.* Innate and adaptive immunity of periodontal disease. From etiology to alveolar bone loss. **Oral Dis**, v. 28, n. 6, p. 1441-1447, Set 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da saúde. Diário Oficial da União: Brasília 2017.

BROUWERS, M. C. *et al.* The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. **BMJ**, v. 352, p. i1152, Mar 2016.

BUCHANAN, S. A.; ROBERTSON, P. B. Calculus removal by scaling/root planing with and without surgical access. **J Periodontol**, v. 58, n. 3, p. 159-163, Mar 1987.

CAFFESSE, R. G.; SWEENEY, P. L.; SMITH, B. A. Scaling and root planing with and without periodontal flap surgery. **J Clin Periodontol**, v. 13, n. 3, p. 205-210, Mar 1986.

DOMMISCH, H. *et al.* Resective surgery for the treatment of furcation involvement: A systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 375-391, 2020.

FAGGION, C. M.; TU, Y. K. Evidence-based dentistry: a model for clinical practice. **J Dent Educ**, v. 71, n. 6, p. 825-831, Jun 2007.

GEISINGER, M. L. *et al.* The effectiveness of subgingival scaling and root planing: an evaluation of therapy with and without the use of the periodontal endoscope. **J Periodontol**, v. 78, n. 1, p. 22-28, Jan 2007.

GRAZIANI, F. *et al.* Clinical performance of access flap surgery in the treatment of the intrabony defect. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. **J Clin Periodontol**, v. 39, n. 2, p. 145-156, Feb 2012.

GRAZIANI, F. *et al.* Clinical performance of access flap in the treatment of class II furcation defects. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. **J Clin Periodontol**, v. 42, n. 2, p. 169-181, Feb 2015.

GRAZIANI, F. *et al.* Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease? **Periodontol 2000**, v. 75, n. 1, p. 152-188, 2017.

GRAZIANI, F. *et al.* Surgical treatment of the residual periodontal pocket. **Periodontol 2000**, v. 76, n. 1, p. 150-163, 2018.

GUYATT, G. *et al.* GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. **J Clin Epidemiol**, v. 64, n. 4, p. 383-394, Abr 2011.

JEPSEN, K.; JEPSEN, S. Antibiotics/antimicrobials: systemic and local administration in the therapy of mild to moderately advanced periodontitis. **Periodontol 2000**, v. 71, n. 1, p. 82-112, Jun 2016.

JEPSEN, S. *et al.* A systematic review of guided tissue regeneration for periodontal furcation defects. What is the effect of guided tissue regeneration compared with surgical debridement in the treatment of furcation defects? **J Clin Periodontol**, v. 29 Suppl 3, p. 103-116; discussion 160-102, 2002.

JEPSEN, S. *et al.* Calculus removal and the prevention of its formation. **Periodontol 2000**, v. 55, n. 1, p. 167-188, Feb 2011.

JEPSEN, S. *et al.* Regenerative surgical treatment of furcation defects: A systematic review and Bayesian network meta-analysis of randomized clinical trials. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 352-374, 2020.

LANG, N. P. Focus on intrabony defects--conservative therapy. **Periodontol 2000**, v. 22, p. 51-58, Feb 2000.

LANG, N. P. *et al.* Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability. **J Clin Periodontol**, v. 17, n. 10, p. 714-721, Nov 1990.

LINDHE, J.; NYMAN, S. The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of periodontal health. A longitudinal study of periodontal therapy in cases of advanced disease. **J Clin Periodontol**, v. 2, n. 2, p. 67-79, Abr 1975.

LOOS, B. *et al.* Clinical effects of root debridement in molar and non-molar teeth. A 2-year follow-up. **J Clin Periodontol**, v. 16, n. 8, p. 498-504, Set 1989.

MAILOA, J. *et al.* Long-Term Effect of Four Surgical Periodontal Therapies and One Non-Surgical Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. **J Periodontol**, v. 86, n. 10, p. 1150-1158, Out 2015.

NIBALI, L. *et al.* Regenerative surgery versus access flap for the treatment of intra-bony periodontal defects: A systematic review and meta-analysis. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 320-351, Jul 2020.

NIBALI, L. *et al.* Tooth loss in molars with and without furcation involvement - a systematic review and meta-analysis. **J Clin Periodontol**, v. 43, n. 2, p. 156-166, Fev 2016.

NORDLAND, P. *et al.* The effect of plaque control and root debridement in molar teeth. **J Clin Periodontol**, v. 14, n. 4, p. 231-236, Abr 1987.

NYMAN, S.; LINDHE, J.; ROSLING, B. Periodontal surgery in plaque-infected dentitions. **J Clin Periodontol**, v. 4, n. 4, p. 240-249, Nov 1977.

PAPAPANOU, P. N.; WENNSTRÖM, J. L. The angular bony defect as indicator of further alveolar bone loss. **J Clin Periodontol**, v. 18, n. 5, p. 317-322, Maio 1991.

PRESHAW, P. M. Host modulation therapy with anti-inflammatory agents. **Periodontol 2000**, v. 76, n. 1, p. 131-149, 2018.

RABBANI, G. M.; ASH, M. M.; CAFFESSE, R. G. The effectiveness of subgingival scaling and root planing in calculus removal. **J Periodontol**, v. 52, n. 3, p. 119-123, Mar 1981.

RAMSEIER, C. A. *et al.* Time between recall visits and residual probing depths predict long-term stability in patients enrolled in supportive periodontal therapy. **J Clin Periodontol**, v. 46, n. 2, p. 218-230, 2019.

REYNOLDS, M. A. *et al.* Periodontal regeneration - intrabony defects: a consensus report from the AAP Regeneration Workshop. **J Periodontol**, v. 86, n. 2 Suppl, p. S105-107, Fev 2015.

ROSLING, B. *et al.* The healing potential of the periodontal tissues following different techniques of periodontal surgery in plaque-free dentitions. A 2-year clinical study. **J Clin Periodontol**, v. 3, n. 4, p. 233-250, Nov 1976.

SANZ, M. *et al.* Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 4-60, 2020.

SANZ-SÁNCHEZ, I. *et al.* Efficacy of access flap procedures compared to subgingival debridement in the treatment of periodontitis. A systematic review and meta-analysis. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 282-302, 2020.

SCHWENDICKE, F. *et al.* Retaining or replacing molars with furcation involvement: a cost-effectiveness comparison of different strategies. **J Clin Periodontol**, v. 41, n. 11, p. 1090-1097, Nov 2014.

SCHWENDICKE, F. *et al.* Retention costs of periodontally compromised molars in a German population. **J Clin Periodontol**, v. 43, n. 3, p. 261-270, Mar 2016.

SCHÜNEMANN, H. J. *et al.* GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. **J Clin Epidemiol**, v. 81, p. 101-110, 2017.

SUTHERLAND, S. E. The building blocks of evidence-based dentistry. **J Can Dent Assoc**, v. 66, n. 5, p. 241-244, Maio 2000.

SVÄRDSTRÖM, G.; WENNSTRÖM, J. L. Furcation topography of the maxillary and mandibular first molars. **J Clin Periodontol**, v. 15, n. 5, p. 271-275, Maio 1988.

VAN DER WEIJDEN, G. A.; TIMMERMAN, M. F. A systematic review on the clinical efficacy of subgingival debridement in the treatment of chronic periodontitis. **J Clin Periodontol**, v. 29 Suppl 3, p. 55-71; discussion 90-51, 2002.

WANG, H. L. *et al.* The influence of molar furcation involvement and mobility on future clinical periodontal attachment loss. **J Periodontol**, v. 65, n. 1, p. 25-29, Jan 1994.