

DIRETRIZ PARA A PRÁTICA CLÍNICA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TRATAMENTO DA PERIODONTITE ESTÁGIOS I-III (VOLUME 1) – ABORDAGEM PERIODONTAL NÃO CIRÚRGICA

Editores-Gerais:

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Nésio Fernandes de Medeiros Junior

Coordenação Técnica-Geral:

Doralice Severo da Cruz

Elaboração de texto

Francisco Wilker Mustafa Gomes Muniz

Caroline Fernandes e Silva

Cassiano Kuchenbecker Rösing

Fabricio 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

Betina Suziellen Gomes da Silva

Amanda Pinto Bandeira de Sousa Marques

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

Fabrizio 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

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 precípuo 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 – abordagem periodontal não cirúrgica, em seu primeiro volume, é um dos documentos gerados com base nesse projeto de cooperação. Nesse volume, a fase inicial da terapia periodontal (controle dos fatores de risco locais e sistêmicos, incluindo a remoção do biofilme supra e gengival) é abordada. O segundo volume aborda a etapa de reintervenções, já o terceiro volume aborda a fase da manutenção periódica preventiva.

OBJETIVO

Esta publicação 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 iniciais e não cirúrgicas do tratamento periodontal no intuito de orientar o dentista clínico a executar o melhor tratamento (manutenção periódica preventiva), baseado em evidência, considerando sua atuação na APS e a realidade brasileira. É válido apontar que esse é o **primeiro volume** da diretriz acerca do tratamento da periodontite estágios I-III.

INTRODUÇÃO

A periodontite é considerada uma doença inflamatória dos tecidos periodontais de suporte, ocasionada pelo acúmulo crônico de biofilme subgengival (VAN DYKE; SIMA, 2020). Clinicamente, apresenta perda de inserção periodontal, havendo também a presença de sinais clínicos de inflamação, como sangramento à sondagem e profundidade de sondagem aumentada (PAPAPANOU *et al.*, 2018). Em estágios mais avançados, a periodontite é considerada a principal responsável por perdas dentárias em indivíduos adultos, na maioria das populações (HELAL *et al.*, 2019). Seu estabelecimento e sua progressão são modificados por fatores locais e ambientais, sendo o processo destrutivo dependente de uma disbiose entre a agressão microbiana e a resposta imuno-inflamatória individual (VAN DYKE; SIMA, 2020).

Apesar de apresentar extensões e gravidades variáveis, essa condição é altamente prevalente na população, sendo sua forma severa a sexta condição crônica mais prevalente no mundo (KASSEBAUM *et al.*, 2014). Nesse ranking, a periodontite severa possui uma prevalência menor apenas que cárie dental de dentes permanentes não tratada (1ª condição), dores de cabeça por tensão (2ª condição), enxaqueca (3ª condição), doenças fúngicas da pele (4ª condição) e outras doenças da pele e região subcutâneas (5ª condição). Em 2010, estimou-se que a prevalência mundial de periodontite severa era de aproximadamente 11,2%, apresentando maiores ocorrências em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (KASSEBAUM *et al.*, 2014). Dados do SB Brasil 2010 demonstram que a prevalência de bolsas periodontais rasas e moderadas, em indivíduos adultos, entre 35 e 44 anos, foi de 15,2% e 4,2%, respectivamente (BRASIL, 2012).

Para que se obtenha um correto diagnóstico e monitoramento das condições e doenças periodontais, faz-se necessária a realização de exame periodontal. Além do exame bucal propriamente dito, reforça-se a necessidade de adequada entrevista dialogada/anamnese, para coletar informações sobre o histórico médico e odontológico. Ainda, exames complementares, incluindo exames radiográficos, também podem ser solicitados, a depender da demanda

clínica, da regulação local no campo da gestão e dos fluxos organizacionais da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

No ambiente supragengival, avaliações quantitativas do índice de biofilme dental, do índice gengival e dos fatores retentivos de biofilme são úteis para a prática clínica (TROMBELLI *et al.*, 2018). Já no contexto subgengival, faz-se necessária a mensuração da profundidade de sondagem¹, perda de inserção periodontal², sangramento à sondagem³ e presença de lesões de furca⁴. O exame de recessão gengival⁵ também pode ser realizado na prática clínica. Recomenda-se que os exames subgengivais sejam feitos com uma sonda periodontal milimetrada sob uma força de aproximadamente 0,25N (0,25g), com o intuito de reduzir valores falso positivos para a ocorrência de sangramento à sondagem (TROMBELLI *et al.*, 2018).

A literatura recomenda que o exame periodontal de todos os dentes, em seis sítios por dente, seja realizado na prática clínica, pois ele fornece as melhores estimativas para a ocorrência da doença. Sua implementação nas rotinas clínicas inibe medidas superestimadas ou subestimadas de prevalência, extensão ou gravidade da doença, situação que pode ocorrer quando outros protocolos de exames parciais são realizados (KINGMAN; SUSIN; ALBANDAR, 2008; SUSIN; KINGMAN; ALBANDAR, 2005). Entretanto, sabe-se que esse exame completo demanda tempo para sua realização e que o registro de todos os parâmetros periodontais pode ser complexo e de difícil implementação em alguns serviços odontológicos. Contudo, ratifica-se que a sondagem de todos os sítios é fundamental.

Os critérios para classificação das doenças e condições periodontais foram atualizados recentemente pelo consenso do “*Workshop*” mundial da classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares de 2017 (CATON *et al.*, 2018). Especificamente sobre as periodontites, três formas da doença podem ser diagnosticadas, coexistindo ou não no indivíduo: **(A) doenças periodontais necrosantes, (B) periodontite como manifestação**

¹distância em mm da margem gengival até a porção mais apical sondável do sulco ou bolsa periodontal.

²distância em mm da junção cimento-esmalte até a porção mais apical sondável do sulco ou bolsa periodontal.

³presença ou ausência de sangramento após a realização de uma sondagem.

⁴perda de inserção entre as raízes de dentes multirradiculares.

⁵distância em mm da margem gengival até a junção cimento-esmalte.

de uma doença sistêmica e (C) periodontite (PAPAPANOU *et al.*, 2018). As definições de doenças e detalhamento da Classificação podem ser consultadas na literatura (STEFFENS; MARCANTONIO, 2018).

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

1. Perda de inserção periodontal interproximal em pelo menos dois dentes não adjacentes.
2. Perda de inserção periodontal nas faces livres (vestibular ou lingual/palatina) de ≥ 3 mm com profundidade de sondagem de ≥ 3 mm em pelo menos dois dentes não adjacentes.

Contudo, mesmo que o indivíduo apresente alguma das características anteriores, ele pode não ter o diagnóstico de periodontite, caso a perda de inserção seja observada em alguma das características a seguir: (a) recessão gengival de origem traumática; (b) cárie dentária que se estende na região cervical do dente; (c) presença de perda de inserção periodontal na face distal de um segundo molar em associação com a presença de um terceiro molar extraído ou mal posicionado; (d) lesão endodôntica que drena pelo periodonto marginal; (e) além da ocorrência de fratura radicular vertical.

É válido reforçar que os diagnósticos de periodontite crônica e periodontite agressiva foram unificados em periodontite. Dentro desse contexto, os indivíduos com periodontite são divididos em diferentes estágios e diferentes graus da doença (STEFFENS; MARCANTONIO, 2018). Os estágios iniciais da periodontite variam de I a IV. Eles devem ser estimados, sempre que possível, pela perda de inserção clínica. Os graus devem ser utilizados como um indicador de progressão da periodontite, dividindo-se em graus A, B e C. Recomenda-se que os clínicos classifiquem os usuários, inicialmente, com periodontite em grau B, alterando essa classificação para graus A ou C, desde que haja critérios suficientes para isso. Maiores detalhes, para a correta classificação da periodontite, são fornecidos nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1. Critérios para classificação da periodontite nos diferentes estágios e diferentes extensões. Adaptado de PAPAPANOU et al. (2018).				
Estágio da periodontite	Estágio I	Estágio II	Estágio III	Estágio IV

Gravidade	Perda de inserção interproximal nos sítios de maior perda	1 a 2 mm	3 a 4 mm	≥5 mm	≥5 mm
	Perda óssea radiográfica	Terço coronário (<15%)	Terço coronário (15% a 33%)	Atinge pelo menos o terço médio da raiz	Atinge pelo menos o terço médio da raiz
	Perda dentária associada à periodontite	Sem perda dentária associada à periodontite	Sem perda dentária associada à periodontite	≤4 dentes perdidos por razões periodontais	≥5 dentes perdidos por razões periodontais
Complexidade		Profundidade e de sondagem ≤4 mm. Perda óssea horizontal em sua maioria.	Profundidade e de sondagem ≤5 mm. Perda óssea horizontal em sua maioria.	Somado ao estágio II: profundidade de sondagem ≥6 mm, perda óssea vertical ≥3 mm, lesão de furca Grau II ou III e defeitos moderados.	Somado ao estágio III: necessidade de ampla reabilitação complexa para disfunção mastigatória, trauma oclusal secundário (mobilidade dentária grau ≥2), colapso de mordida e menos de 20 dentes remanescentes (10 pares oclusais)
Extensão e distribuição	Adicionar ao estágio como descritor	Para cada estágio, descrever a extensão em: <ul style="list-style-type: none"> - Localizada: envolver <30% dos dentes presentes; - Generalizada: envolver ≥30% dos dentes presentes; - Padrão incisivo-molar: envolver apenas os dentes incisivos e/ou molares. 			

Quadro 2. Critérios para classificação da periodontite nos diferentes graus. Adaptado de PAPAPANOU et al. (2018).

Graus de periodontite			Grau A	Grau B	Grau C
Critério primário	Evidência direta de progressão	Dado longitudinal (perda óssea radiográfica ou perda de	Nenhuma evidência de perda óssea após 5 anos de acompanhamento	<2 mm de perda óssea após 5 anos de acompanhamento.	≥2 mm de perda óssea após 5 anos de acompanhamento.

		inserção periodontal)	mento.		
	Evidência indireta de progressão	% perda de inserção/ida de	<0,25	≥0,25 a <1,0	≥1,0
		Fenótipo de caso	Grande quantidade de biofilme com pouca destruição periodontal.	Destruição compatível com a quantidade de biofilme acumulada.	Destruição desproporcional ao biofilme acumulado, padrões específicos clínicos que sugerem períodos de rápida progressão e/ou doença precoce (exemplo: padrão incisivo-molar, baixa expectativa de resposta ao acúmulo bacteriano padrão)
Modificadores do grau	Fatores de risco	Fumo	Não fumantes	Fumante >10 cigarros por dia	Fumante ≥10 cigarros por dia
		Diabetes	Normoglicêmicos Sem diabetes	HbA1c (hemoglobina glicada) <7% em paciente com diabetes	HbA1c (hemoglobina glicada) ≥7% em paciente com diabetes

A estratégia terapêutica padrão ouro para tratamento da periodontite é o controle do biofilme subgingival. É realizado pelo cirurgião-dentista por meio da raspagem e alisamento radicular, com o uso de curetas periodontais, ou instrumentos sônicos e ultrassônicos. Sua implementação, em conjunto com a higiene bucal caseira adequada, tem sido amplamente reconhecida como necessária para o sucesso da terapia periodontal a longo prazo (GRAZIANI *et al.*, 2017).

Além do significativo impacto da periodontite na saúde bucal, outros agravos são observados em indivíduos com essa condição. O estudo da

interrelação entre as doenças periodontais e as condições sistêmicas, também nomeado de Medicina Periodontal, datam do início do século 20 (BECK *et al.*, 2019), e, na literatura, mais de 50 associações já foram descritas (MONSARRAT *et al.*, 2016). Algumas dessas associações ainda não são muito bem estabelecidas. Contudo, há achados consistentes que associam a periodontite com o agravamento da diabetes (GENCO; BORGNAKKE, 2020), a ocorrência de doenças cardiovasculares (SCHENKEIN *et al.*, 2020), a presença de obesidade (SUVAN; FINER; D'AIUTO, 2018) e de desfechos adversos da gestação (FIGUERO; HAN; FURUICHI, 2020).

Além disso, a literatura tem demonstrado um interessante impacto sistêmico do tratamento da periodontite. Indivíduos que recebem tratamento para a periodontite, quando comparados com aqueles sem tratamento, diminuem, em média, 0,4% de hemoglobina glicada (TEEUW; GERDES; LOOS, 2010). Somado a isso, a literatura também reporta reduções nos níveis de colesterol, de marcadores inflamatórios sistêmicos e de marcadores de função endotelial após o tratamento da periodontite (TEEUW *et al.*, 2014). Dentro desse contexto, torna-se importante considerar o quadro sistêmico no indivíduo nas estratégias terapêuticas estabelecidas. Ainda, reforça-se a importância da integralidade do cuidado em saúde, podendo haver a necessidade da inclusão da equipe multi e interdisciplinar no tratamento de indivíduos com periodontite.

Com base em todos esses conhecimentos, essa diretriz para a prática clínica pode fornecer uma assistência melhor para a tomada de decisão em relação à fase inicial do tratamento da periodontite. 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

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-ADOLPMENT (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.

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.

Diversos profissionais de saúde poderão utilizar as informações presentes nessa diretriz, principalmente, cirurgiões-dentistas que atuam na APS ou em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde Bucal, bem como coordenadores de saúde bucal e gestores em saúde pública.

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). Todas as questões clínicas incluídas na referida diretriz europeia foram consideradas. Para tanto, um questionário eletrônico do *Google Forms* foi formulado, onde os membros do painel deveriam votar se concordavam ou não com a inclusão das questões. Essa votação utilizou a Escala Likert (LIKERT, 1932) de cinco pontos: discordo totalmente (score 1), discordo (score 2), não estou decidido

(escore 3), concordo parcialmente (escore 4), concordo totalmente (escore 5) para estabelecer a concordância do painel sobre a inclusão de cada questão elaborada. Além disso, os painelistas poderiam propor questões adicionais caso fosse percebido que algum aspecto do tratamento da periodontite não havia sido completamente preenchido.

Todas as questões que apresentaram consenso para o escore 5 foram automaticamente selecionadas para compor a presente diretriz. A decisão sobre a inclusão ou não das demais questões foi realizada por meio de uma das reuniões síncronas do painel de especialistas. Em todo o processo de escolha das questões, os painelistas foram requisitados a considerarem as perspectivas do usuário, a disponibilidade das intervenções e os procedimentos éticos e legais.

O Quadro 3 expressa as seções presentes neste volume da diretriz, incluindo o número de questões da diretriz adaptada e o número de questões adotadas na presente diretriz.

Quadro 3. Seções e 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>“First step in therapy (control of risk factors)”</i>	10	Primeira etapa do tratamento da periodontite - Controle dos fatores de riscos locais e sistêmicos	08	01	

<p>“<i>Second step in therapy (cause-related therapy)</i>”</p>	16	<p>Segunda etapa do tratamento da periodontite - Controle do biofilme subgengival</p>	07	02
--	----	---	----	----

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 por potenciais diretrizes foi realizada na base de dados PubMed, conforme demonstrada no Quadro S1 dos Apêndices. Uma adaptação dessa estratégia de busca foi realizada nas demais bases, e as últimas buscas foram realizadas no dia 31 de agosto de 2020. Os critérios de inclusão foram os seguintes: diretrizes para a prática clínica baseadas em evidência; diretrizes nacionais e internacionais, sem restrição de idioma ou data de publicação; diretrizes com mais de três anos de publicação deveriam passar por uma atualização. Diretrizes que não passaram pelo processo de revisão externa, que foram escritas por um único autor ou aquelas baseadas em opinião de especialistas e sem referências foram excluídas.

Com base na estratégia de busca relatada, 3.645 publicações distintas foram localizadas. Dessas, sete foram selecionadas para leitura do texto na íntegra, porém apenas três foram apreciadas pelo painel de especialistas. Duas delas foram excluídas após debate com os painelistas (PERIODONTOLOGY;

DENTISTRY, 2005; SMILEY *et al.*, 2015). Assim, apenas uma diretriz para a prática clínica foi selecionada para ser apreciada pelos painelistas (SANZ *et al.*, 2020). A Figura 1 do Apêndice expressa o fluxograma dos estudos resgatados na presente diretriz. A referida diretriz foi apreciada, de forma independente, pelo “AGREE II Online Appraisal Tool” por quatro membros da presente diretriz, apresentando um conceito médio de 6,5 de um máximo de 7 pontos. Esse conceito é considerado excelente ($6,5 \pm 0,6$).

Correspondência de recomendações de diretrizes ou revisões sistemáticas para cada pergunta priorizada

Todas as recomendações fornecidas foram dadas com base na interpretação de revisões sistemáticas publicadas, conforme descrito a seguir. Para todas as questões de pesquisa em saúde adaptadas, utilizaram-se as referências da diretriz adaptada. Entretanto, se houvesse a detecção de novas evidências para a mesma questão de pesquisa, essas também poderiam ser utilizadas.

A escolha das evidências científicas foi proposta pelo Comitê Organizador e aprovada, por meio de consenso, pelos painelistas. Via de regra, revisões sistemáticas foram utilizadas para a maioria das questões em saúde propostas. Contudo, para algumas questões específicas, recomendações foram realizadas com base nos estudos primários existentes. Para questões em que não se detectou nenhum estudo primário disponível, uma recomendação foi fornecida baseada na opinião e experiência dos especialistas.

Em relação às novas perguntas em saúde propostas, uma delas possuía uma revisão sistemática recentemente publicada. Dessa maneira, duas novas revisões sistemáticas distintas foram desenvolvidas para responder às demais questões em saúde.

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 pelos autores, com o intuito de construir as tabelas de sumarização da evidência e a força de evidência, especialmente

considerando o contexto brasileiro. Esses achados possibilitaram a decisão do painel sobre as recomendações.

Para cada pergunta que recebeu a avaliação GRADE, os critérios para rebaixar a certeza da evidência (risco de viés, inconsistência, evidência indireta, imprecisão, viés de publicação) ou para aumentá-la (magnitude do efeito, variáveis de confusão subestimando o efeito da intervenção e gradiente dose resposta) foram analisados. Todas as recomendações foram baseadas nos desfechos clínicos periodontais anteriormente reportados. Contudo, todos os aspectos relacionados à evidência para a decisão (“*evidence-to-decision*” [EtD]) também foram considerados no momento da proposição das recomendações clínicas.

Toda a avaliação GRADE foi realizada por um pesquisador e validada por todos os painelistas, durante as reuniões síncronas. O Quadro 4 demonstra os símbolos utilizados para representar a certeza da evidência e a força da recomendação.

Quadro 4. 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/>

versão preliminar

PRIMEIRA ETAPA DO TRATAMENTO DA PERIODONTITE

- **Intervenções: Controle supragengival do biofilme (pelo indivíduo)**

Questão 1: Quais são as práticas adequadas de higiene bucal dos usuários com periodontite nas diferentes etapas do tratamento?

Resumo dos achados

Embora as intervenções de higiene bucal e outras medidas preventivas para o controle de biofilme dental não tenham sido realizadas em indivíduos com periodontite, uma meta-revisão sobre práticas de higiene bucal para prevenção e tratamento da gengivite (VAN DER WEIJDEN; SLOT, 2015) e o consenso europeu de periodontia (CHAPPLE *et al.*, 2015) disponibilizaram informações referentes ao controle mecânico de biofilme. Essas evidências reportaram que as instruções de higiene bucal devem ser fornecidas para reduzir a placa dental e a gengivite; reforços de instruções de higiene bucal podem fornecer benefícios adicionais; escovação com escovas multicerdas, tanto manual como a elétrica, é recomendada como principal maneira de reduzir a placa dental e gengivite; higiene interproximal deve ser ensinada aos usuários, de preferência com escovas interdentais, ou então outros métodos de higiene interproximal devem ser utilizados quando as escovas interdentais não forem apropriadas.

Recomendações

Diante desses achados, grande importância é dada para a realização das instruções de higiene bucal para indivíduos com periodontite. Sempre que necessário, essa etapa terapêutica deve ser realizada no tratamento da periodontite. Dessa forma, o painel recomenda o seguinte: "para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel recomenda que os profissionais reforcem medidas adequadas de higiene bucal em todas as etapas do tratamento periodontal, inclusive na manutenção periódica preventiva, para reduzir níveis de placa e inflamação gengival."

Observações

Adequada higiene bucal, por meio do controle mecânico do biofilme dental, é importante para prevenção de diversas doenças bucais. O biofilme

dental é a causa primária de gengivite, que, em alguns casos, pode levar à periodontite (TROMBELLI *et al.*, 2018). Evidências longitudinais suportam a relação entre gengivite e periodontite, em que o desenvolvimento e progressão da perda de inserção foram associados com elevados níveis de inflamação gengival no período inicial de acompanhamento dos indivíduos (ALBANDAR *et al.*, 1998; LÖE *et al.*, 1986; RAMSEIER *et al.*, 2017; SCHÄTZLE *et al.*, 2003).

Além disso, o adequado controle do biofilme supragengival está associado à manutenção da saúde periodontal do usuário (RAMSEIER *et al.*, 2017). O controle do biofilme supragengival pode ser obtido por meios mecânicos e químicos, sendo o meio mecânico realizado principalmente por escovação dentária, com escovas dentais manuais ou elétricas (SÄLZER *et al.*, 2020) e com limpeza interdental com fio dental, escovas interdentais, irrigadores orais e palitos de madeira, por exemplo (WORTHINGTON *et al.*, 2019).

É válido apontar que os palitos de madeira, ideais para a higiene bucal, não estão disponíveis no mercado brasileiro, não devendo ser confundidos com os palitos para petiscos. Indivíduos que apresentam periodontite necessitam de adequado controle de biofilme, com o intuito de melhorar os resultados da terapia periodontal e manter estabilidade do quadro periodontal (AXELSSON; NYSTRÖM; LINDHE, 2004).

Quadro 5. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 1.

1) Quais são as práticas adequadas de higiene bucal dos usuários com periodontite nas diferentes etapas do tratamento?
Para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel recomenda que os profissionais reforcem medidas adequadas de higiene bucal em todas as etapas do tratamento periodontal, inclusive na manutenção periódica preventiva, para reduzir níveis de placa e inflamação gengival.
Literatura de suporte: VAN DER WEIJDEN; SLOT, 2015.
Evidência disponível: Uma meta-revisão com 5 revisões sistemáticas.
Recomendação GRADE: ⊕⊕⊕○
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 2: Estratégias adicionais de motivação são eficazes, incluindo métodos psicológicos de motivação, para melhorar a adesão às medidas caseiras de higiene bucal?

Resumo dos achados

A revisão sistemática de Carra et al. (2020) investigou o efeito de intervenções psicológicas específicas baseadas em teorias comportamentais relacionadas à saúde e entrevistas motivacionais (CARRA et al., 2020). Dos 14 estudos incluídos, 12 foram ensaios clínicos randomizados e dois eram ensaios clínicos controlados, totalizando 2.160 indivíduos com periodontite avaliados para as respectivas intervenções. Destes, quatro estudos avaliaram o efeito de “entrevistas motivacionais” associadas às instruções de higiene bucal (BRAND et al., 2013; STENMAN et al., 2012; STENMAN; WENNSTRÖM; ABRAHAMSSON, 2018; WOELBER et al., 2016a). Sete estudos verificaram o impacto de “programas de educação em saúde personalizados”, associando princípios da terapia cognitiva comportamental nas entrevistas motivacionais (ARAÚJO et al., 2016; JÖNSSON et al., 2006; JÖNSSON et al., 2009; JÖNSSON et al., 2010; LITTLE et al., 1997; RAMSAY et al., 2018; TEDESCO et al., 1992), e três estudos avaliaram os efeitos de auto inspeção bucal ou de vídeos nas melhorias da adesão às medidas de higiene (BAAB; WEINSTEIN, 1986; GLAVIND; ZEUNER; ATTSTRÖM, 1981; 1984). Métodos de comunicação por mídias, como mensagens de texto ou aplicativos específicos para smartphones, não foram identificados em nenhum dos estudos elegíveis.

De uma forma geral, foi observada uma grande heterogeneidade nos protocolos das intervenções, como a capacitação profissional de quem aplicou as intervenções, quantidade de sessões aplicadas, tempos de acompanhamento e índices clínicos avaliados. Os resultados apontaram os melhores benefícios para os “programas de educação em saúde personalizados”, associando princípios da terapia cognitiva comportamental, onde o conjunto de abordagens como reforços, definição de metas, *feedbacks*, aconselhamentos e entrevistas motivacionais reduziram significativamente alguns dos índices clínicos avaliados.

O estudo com maior tempo de acompanhamento não encontrou nenhum benefício após 3 anos. Contudo, ao se agrupar todos os estudos, não encontraram benefícios significativos para redução de biofilme supragengival e para inflamação gengival. Por outro lado, desfechos secundários apontaram que as intervenções melhoraram o senso de autocuidado em relação à higiene bucal, a frequência de escovação e de higiene interproximal, agregando conhecimento, melhorando atitudes, comportamentos e motivação relacionadas à higiene bucal. Neste sentido, as intervenções podem ser consideradas para indivíduos menos motivados que estão recebendo tratamento para periodontite.

Recomendações

Ao entender que não há benefícios clínicos importantes para as estratégias adicionais de motivação, em indivíduos com periodontite, o painel recomendou o que segue: "para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, estratégias adicionais para aumentar a motivação, tais como intervenções psicológicas, entrevistas motivacionais ou terapia cognitivo comportamental, não apresentaram benefícios significativos nos desfechos avaliados, em comparação às abordagens usuais. Entretanto, elas podem ser consideradas para usuários pouco motivados."

Observações

Evidências têm demonstrado que a terapia periodontal é acompanhada por falhas no controle caseiro do biofilme dental supragengival. Essas, em conjunto com a falta de controle dos fatores de risco periodontais, levam a falhas na terapia periodontal, com recorrência e progressão da doença (AXELSSON; NYSTRÖM; LINDHE, 2004; VAN DER WEIJDEN; SLOT, 2011). Assim, profissionais que atuam na APS, especialmente da equipe de Saúde Bucal, devem promover mudanças comportamentais no estilo de vida dos usuários, incluindo em seus atendimentos odontológicos individuais e práticas coletivas, corretas medidas de higiene bucal, as quais dependem não apenas do desenvolvimento de técnicas e habilidades para o controle mecânico caseiro, mas também da motivação diária a longo prazo (NEWTON; ASIMAKOPOULOU, 2015).

Quadro 6. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 2.

2) Estratégias adicionais de motivação são eficazes, incluindo métodos psicológicos de motivação, para melhorar a adesão às medidas caseiras de higiene bucal?
Para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, estratégias adicionais para aumentar a motivação, tais como intervenções psicológicas, entrevistas motivacionais ou terapia cognitivo comportamental, não apresentaram benefícios significativos nos desfechos avaliados, em comparação às abordagens usuais. Entretanto, o painel informa que elas podem ser consideradas para usuários pouco motivados.
Literatura de suporte: CARRA <i>et al.</i> , 2020.
Evidência disponível: 14 estudos (12 ensaios clínicos randomizados e 2 ensaios clínicos controlados).
Recomendação GRADE: ⊕○○○ †
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

- **Intervenções: Controle supragengival do biofilme (pelo profissional)**

Questão 3: Qual é a eficácia da remoção mecânica profissional de biofilme supragengival e do controle de fatores retentivos de biofilme no tratamento da periodontite?

Resumo dos achados

Com o intuito de investigar os efeitos da remoção mecânica profissional do biofilme supragengival e do controle de fatores retentivos de biofilme no tratamento da periodontite, foram utilizados os dados de duas revisões sistemáticas publicadas no ano de 2015 (NEEDLEMAN; NIBALI; DI IORIO, 2015; TROMBELLI; FRANCESCHETTI; FARINA, 2015). Esses estudos foram os selecionados, pois não foram identificados estudos mais atuais que pudessem responder a referida pergunta de pesquisa dessa diretriz.

Um estudo apresentou uma atualização de uma revisão do mesmo grupo, publicada no ano de 2005 (NEEDLEMAN; NIBALI; DI IORIO, 2015). Nessa

revisão sistemática, foram incluídos 10 ensaios clínicos randomizados. A população estudada abrangeu indivíduos com 18 anos de idade ou mais, com ou sem gengivite. A intervenção avaliada foi a remoção mecânica de biofilme profissional supragengival/subgengival, incluindo a remoção de fatores retentivos de biofilme, manual ou com instrumentos ultrassônicos. O tempo de acompanhamento nos estudos variou de menos de 1 mês a 48 meses. Foi demonstrado que alterações nas medidas do nível de placa, sangramento/inflamação gengival e menores taxas anuais de perda de inserção clínica podem ocorrer com a realização da remoção mecânica de biofilme profissional associada a instruções de higiene oral.

Ao se considerar todos os estudos incluídos, apenas um avaliou os parâmetros de redução de profundidade de sondagem e ganho de inserção clínica; oito estudos avaliaram o parâmetro redução do índice de placa, e nove avaliaram a inflamação gengival. Resumidamente, ao se analisar os resultados dos parâmetros periodontais, observou-se ausência de reduções significativas de profundidade de sondagem; redução da média anual de perda de inserção; resultados variados na avaliação dos índices de placa e inflamação gengival (desde ausência de alterações até melhoras no controle de placa e dos parâmetros inflamatórios).

Uma revisão sistemática que incluiu 19 estudos, que abordaram a remoção mecânica profissional do biofilme como parte da terapia periodontal de suporte (TROMBELLI; FRANCESCHETTI; FARINA, 2015). A população estudada incluiu indivíduos com no mínimo 18 anos de idade com presença de periodontite, que estivessem em terapia periodontal ativa (com ou sem fase cirúrgica) e fossem incluídos em terapia periodontal de manutenção de no mínimo 3 anos, após a conclusão da fase ativa do tratamento. A intervenção avaliada foi a remoção mecânica profissional de rotina, com instrumentos manuais ou ultrassônicos, incluindo remoção supragengival ou subgengival de biofilme e cálculo. O tempo de acompanhamento nos estudos variou de 3 a 14 anos, e foi demonstrada nenhuma ou baixa incidência de perda dentária durante o período de acompanhamento. E a média de perda de inserção foi menor do que 1mm no acompanhamento entre 5 e 12 anos.

Além desses achados, resumidamente, ao se analisar os resultados dos parâmetros periodontais, observou-se baixa ou nenhuma incidência de perda

dentária; leve aumento nas medidas de profundidade de sondagem; ausência de alterações no ganho de inserção clínica, mas perda de inserção leves; variações mínimas ou nulas nos índices de placa; manutenção nos índices de cálculo dentário (1 estudo); variações na prevalência de sangramento à sondagem (redução a leve aumento da prevalência), nos mesmos períodos de acompanhamento.

Importante ressaltar que embora as evidências utilizadas para responder esta questão apresentem as características metodológicas parcialmente apropriadas, ambos os estudos apresentam trabalhos antigos, com baixo nível de evidência, que datam de 1968 a 2013 (NEEDLEMAN; NIBALI; DI IORIO, 2015) e 1975 a 2014 (TROMBELLI; FRANCESCHETTI; FARINA, 2015). Entende-se que estudos mais atuais, com o perfil da amostra caracterizado por indivíduos periodontalmente comprometidos, poderiam alterar esse paradigma, com evidências mais robustas.

Recomendações

Diante do impacto clínico demonstrado para intervenções odontológicas, o painel posicionou-se como segue: "Para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel sugere que intervenções de remoção mecânica profissional de biofilme supragengival e controle de fatores retentivos de biofilme sejam implementadas em adição ao controle do biofilme subgengival."

Observações

O controle mecânico profissional do biofilme, incluindo os fatores retentivos de biofilme, se dá pela raspagem e alisamento coronário, que tem como objetivo principal controlar a doença por meio de remoção e desorganização do biofilme bacteriano, cálculo e toxinas das superfícies dentais periodontalmente comprometidas (AIMETTI, 2014; RYAN, 2005). O controle mecânico do biofilme bacteriano é considerado essencial para prevenção e tratamento das doenças periodontais induzidas por placa (COBB, 2002; LANG, 1983; VAN DER WEIJDEN; SLOT, 2011).

Quadro 7. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 3.

3) Qual é a eficácia da remoção mecânica profissional de biofilme supragengival e do controle de fatores retentivos de biofilme no tratamento da periodontite?
Para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel sugere que intervenções de remoção mecânica profissional de biofilme supragengival e controle de fatores retentivos de biofilme sejam implementadas em adição ao controle do biofilme subgengival.
Literatura de suporte: NEEDLEMAN; NIBALI; DI IORIO, 2015; TROMBELLI; FRANCESCHETTI; FARINA, 2015.
Evidência disponível: Dez ensaios clínicos randomizados com no mínimo 1 mês de acompanhamento e dezenove estudos prospectivos com no mínimo 3 anos de acompanhamento.
Recomendação GRADE: ⊕○○○
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 4: Há diferenças na eficácia da terapia periodontal quando a abordagem profissional de remoção de biofilme supragengival e fatores retentivos de biofilme são conduzidos com instrumentos manuais versus tecnologias mecanizadas?

Resumo dos achados

Os dados que auxiliam essa recomendação estão baseados em dados secundários de uma revisão sistemática da literatura, que comparou o efeito de instrumentos sônicos/ultrassônicos e instrumentos manuais em indivíduos com periodontite (MUNIZ *et al.*, 2020). Nessa revisão sistemática, apenas ensaios clínicos randomizados que avaliaram profundidade de sondagem e perda de inserção, em dois momentos distintos foram incluídos. Contudo, para a presente recomendação, os desfechos de índices de placa e índices de inflamação gengival foram considerados. A revisão sistemática incluiu dezoito ensaios clínicos randomizados com períodos de acompanhamento que variam em 49

dias (OOSTERWAAL *et al.*, 1987) a 24 meses (BADERSTEN; NILVEUS; EGELBERG, 1984).

Desses, treze avaliaram algum parâmetro de índice de placa. Todos esses estudos não identificaram diferenças significativas entre os grupos que utilizaram instrumentos manuais e instrumentos sônicos/ultrassônicos, exceto por um estudo que identificou significativo maior acúmulo de biofilme no grupo que utilizou ultrassom (IOANNOU *et al.*, 2009). Já em relação aos parâmetros de inflamação gengival, todos os estudos demonstraram não haver diferenças significativas entre os grupos independentemente do índice utilizado para mensurar a inflamação gengival.

Duas metanálises puderam ser realizadas com os dados disponíveis, uma para o índice de placa e outra para a inflamação gengival, considerando a diferença média padronizada entre o início do estudo e a última consulta de acompanhamento. Foram incluídos, respectivamente, três e seis estudos nessas análises. Em ambas metanálises, nenhuma diferença significativa entre os grupos foi identificada.

Recomendações

Por entender que ambos os dispositivos alcançam resultados terapêuticos similares, a seguinte recomendação foi fornecida: "para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel sugere que a remoção de biofilme e fatores retentivos supragengivais podem ser realizadas tanto por instrumentos manuais quanto por instrumentos sônicos e ultrassônicos."

Observações

Curetas dentais manuais, limas periodontais, instrumentos sônicos ou ultrassônicos são os dispositivos mais utilizados para o tratamento da periodontite (KRISHNA; DE STEFANO, 2016). Todos esses dispositivos podem ser utilizados para a remoção de cálculo dental e biofilme durante o tratamento ou prevenção das doenças periodontais. Originalmente, os instrumentos sônicos e ultrassônicos foram desenvolvidos para a remoção de cálculo supragengival mais grosseiro (KAMATH; UMESH NAYAK, 2014). Contudo, seu uso clínico foi ampliado na atualidade, havendo no mercado ponteiras específicas para uso nas

áreas supragengival e outras para uso na região subgengival (KRISHNA; DE STEFANO, 2016).

Apesar disso, a literatura tem reportado, por meio de estudo *in vitro*, que as curetas manuais são capazes de gerar uma superfície radicular mais lisa após a instrumentação quando comparados com instrumentos ultrassônicos (SCHMIDLIN *et al.*, 2001). Sabe-se que superfícies mais rugosas podem ocasionar maior acúmulo de biofilme e, conseqüentemente, maior inflamação gengival (LEKNES *et al.*, 1996). Nesse contexto, há a necessidade de comparar os efeitos de terapias de remoção de biofilme supragengival e de fatores retentivos de biofilme conduzidas com instrumentos manuais e com tecnologias mecanizadas.

Quadro 8. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 4.

4) Há diferenças na eficácia da terapia periodontal quando a abordagem profissional de remoção de biofilme supragengival e fatores retentivos de biofilme são conduzidos com instrumentos manuais versus tecnologias mecanizadas?
Para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel sugere que a remoção de biofilme e fatores retentivos supragengivais podem ser realizadas tanto por instrumentos manuais quanto por instrumentos sônicos e ultrassônicos.
Literatura de suporte: MUNIZ <i>et al.</i> , 2020 (dados secundários não publicados).
Evidência disponível: Dezoito ensaios clínicos randomizados com 49 dias a 24 meses de acompanhamento.
Recomendação GRADE: ⊕○○○ †
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

- **Intervenções: Controle dos fatores de risco sistêmicos**

Questão 5: **Qual é a eficácia das intervenções de cessação do tabagismo no tratamento da periodontite?**

Resumo dos achados

Com o intuito de investigar os efeitos da cessação do tabagismo, uma revisão sistemática foi conduzida (RAMSEIER *et al.*, 2020). Nessa revisão sistemática, seis estudos prospectivos foram incluídos com períodos de acompanhamento de 6 a 24 meses. Neles, diferentes intervenções para cessação do tabagismo foram realizadas, incluindo aconselhamento sobre os riscos do tabagismo, terapias cognitivas comportamentais, os 5As (“ask” [pergunte], “advise” [aconselhe], “assess” [avalie], “assist” [ajude] e “arrange” [organize]), terapias de reposição de nicotina e entrevista motivacional. Foi demonstrado que as terapias de cessação do tabagismo apresentam um sucesso moderado na interrupção da exposição ao fumo, com taxas de sucesso que variam entre 4% e 30% após 1-2 anos.

Ao se considerar todos os estudos incluídos, apenas dois deles reportaram o acompanhamento de parâmetros periodontais. Em ambos os estudos, terapia periodontal não cirúrgica e manutenção periódica preventiva foram realizadas em todo o acompanhamento do estudo. Esse período de acompanhamento variou de 12 a 24 meses. Devido a potenciais problemas éticos, nenhum desses estudos foi delineado como um ensaio clínico controlado e randomizado.

Ao se analisar os resultados dos parâmetros periodontais, observaram-se reduções significativas de profundidade de sondagem e ganhos de inserção clínica periodontal, em ambos os estudos, nos grupos que realizaram cessação do tabagismo.

Recomendações

Com base no entendimento que os mais diversos profissionais da área da saúde podem participar dos procedimentos para a cessação do tabagismo, o painel propôs o que se segue: "para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel sugere que intervenções de cessação do tabagismo sejam implementadas." Dentro desse contexto, o trabalho interprofissional e o cuidado compartilhado entre os profissionais das equipes que atuam na APS são de fundamental importância para os indivíduos com periodontite e tabagistas. O painel entende também a necessidade de estimular esses profissionais a se

apropriarem do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), essenciais dentro do contexto da Política Nacional Antitabagismo.

Observações

A exposição ao fumo é reconhecidamente um fator de risco para diversas condições sistêmicas (BOTTERI *et al.*, 2020; ZHANG *et al.*, 2021) e também para a periodontite (NOCITI; CASATI; DUARTE, 2015). Além disso, sabe-se que estratégias de cessação do tabagismo são fundamentais para reduzir diversos desfechos relacionados a doenças crônicas não-transmissíveis, como as doenças cardiovasculares (BARTH *et al.*, 2015). Intervenções de cessação de tabagismo consistem em um breve aconselhamento sobre os efeitos deletérios da exposição ao fumo, podendo envolver também terapias adicionais, como farmacoterapia e acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico (SECADES-VILLA *et al.*, 2017). Além disso, é válido ressaltar que todos os profissionais da área da saúde podem participar da educação em saúde para a cessação do tabagismo. Indivíduos que apresentam periodontite podem se beneficiar desse tipo de programa com o intuito de melhorar os resultados da terapia periodontal e de manter estabilidade do quadro periodontal.

Quadro 9. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 5.

5) Qual é a eficácia das intervenções de cessação do tabagismo no tratamento da periodontite?
Para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel sugere que intervenções de cessação do tabagismo sejam implementadas.
Literatura de suporte: RAMSEIER <i>et al.</i> , 2020.
Evidência disponível: Dois ensaios clínicos não randomizados com no mínimo 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 a eficácia da promoção do controle do diabetes no tratamento da periodontite?

Resumo dos achados

Uma revisão sistemática avaliou o impacto de diferentes formas de manejo do diabetes (RAMSEIER *et al.*, 2020). Nesse estudo, dois ensaios clínicos randomizados (NISHIHARA *et al.*, 2017; SAENGTIPBOVORN; TANEAPANICHSKUL, 2015) e um ensaio clínico com apenas um grupo experimental (HOLMER *et al.*, 2018) foram incluídos. As intervenções realizadas incluíram aconselhamento de mudanças no estilo de vida com o objetivo de redução do perfil glicêmico, além de orientações de higiene bucal. Os ensaios clínicos randomizados apresentaram um acompanhamento de 6 meses com 77 (SAENGTIPBOVORN; TANEAPANICHSKUL, 2015) e 132 (NISHIHARA *et al.*, 2017) participantes, enquanto o estudo prospectivo apresentou 4 semanas de acompanhamento com oito indivíduos incluídos (HOLMER *et al.*, 2018).

Ao se considerar os parâmetros clínicos periodontais, reduções adicionais na profundidade de sondagem foram observadas no grupo que utilizou as terapias de redução do perfil glicêmico, em apenas um estudo (SAENGTIPBOVORN; TANEAPANICHSKUL, 2015). No outro estudo, não houve diferenças significativas entre os grupos para esse parâmetro (NISHIHARA *et al.*, 2017). Já em relação ao ganho clínico de inserção, o grupo que realizou a terapia para controle do diabetes, apresentou ganhos adicionais de inserção em comparação ao grupo controle (NISHIHARA *et al.*, 2017). Reduções adicionais de sangramento à sondagem, ao longo do acompanhamento, também foram observadas no estudo prospectivo (HOLMER *et al.*, 2018).

Recomendações

Diante da forte relação entre as duas condições, o painel recomendou o seguinte: "para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel sugere que intervenções de promoção do controle do diabetes sejam implementadas." Mais uma vez, é importante reforçar que o trabalho interprofissional e o cuidado compartilhado entre os profissionais que atuam na

APS são fundamentais para que essa recomendação seja alcançada de maneira apropriada.

Observações

O achado de que a periodontite afeta a progressão do diabetes é tão relevante que a periodontite tem sido apontada como a sexta complicação principal associada ao diabetes (LÖE, 1993). Além disso, diversos estudos têm demonstrado que o tratamento da periodontite pode acarretar melhorias do perfil glicêmico de indivíduos, com reduções significativas de hemoglobina glicada (BAEZA *et al.*, 2020). Sabe-se também que o controle do diabetes é responsável por acarretar reduções de desfechos importantes em saúde, como peso, perfil lipídico e pressão arterial (SIOPI; COLAGIURI; ALLMAN-FARINELLI, 2021). Contudo, pouco se sabe sobre o efeito de terapias realizadas com intuito de controle do diabetes nos parâmetros clínicos periodontais.

Quadro 10. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 6.

6) Qual é a eficácia da promoção do controle do diabetes no tratamento da periodontite?
Para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel sugere que intervenções de promoção do controle do diabetes sejam implementadas.
Literatura de suporte: RAMSEIER <i>et al.</i> , 2020.
Evidência disponível: Dois ensaios clínicos randomizados com no mínimo 6 meses de acompanhamento e um estudo prospectivo com 4 semanas de acompanhamento.
Recomendação GRADE: ⊕○○○ ↓
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 7: **Qual é a eficácia do aumento da atividade física/exercício físico no tratamento da periodontite?**

Resumo dos achados

O impacto do aumento da atividade física nos parâmetros clínicos periodontais foi avaliado por uma revisão sistemática (RAMSEIER *et al.*, 2020), que incluiu dois estudos, um deles é um ensaio clínico randomizado (SUDHANSHU *et al.*, 2017) e o outro um estudo prospectivo (OMORI *et al.*, 2018). Ambos os estudos acompanharam seus indivíduos por 12 semanas. No ensaio clínico randomizado, que envolveu 80 participantes, práticas de yoga foram preconizadas (SUDHANSHU *et al.*, 2017), enquanto no outro estudo um programa de intervenção para aumento da atividade física foi utilizado e 71 participantes foram envolvidos (OMORI *et al.*, 2018). Contudo, a terapia periodontal realizada nesses estudos não está claramente definida.

Para o desfecho de perda dentária, não houve diferença significativa, após 12 semanas de acompanhamento, entre os grupos que realizaram atividade física (teste) ou o grupo que recebeu intervenção dietética (controle). É importante reforçar o curto período de acompanhamento nesse estudo. Para o ganho de inserção periodontal, houve ganho adicional de inserção no grupo que recebeu a intervenção de prática de yoga (atividade física/exercício físico) em comparação com o grupo controle. De forma similar, houve reduções adicionais de profundidade de sondagem nos estudos que estimularam o aumento da atividade física.

Diante da certeza da evidência muito baixa, das poucas explicações sobre a terapia periodontal realizada nesses indivíduos e outras pobres características metodológicas nos estudos incluídos, nenhuma conclusão definitiva é possível ser obtida por meio dos dois estudos abrangidos. Contudo, é importante ressaltar que a prática regular de atividade física/exercício físico é muito importante para a melhoria de outras condições em saúde (BRASIL, 2021).

Recomendações

Entende-se a importância da atividade física para a melhoria da saúde humana, contudo, o seu impacto na terapia periodontal é incerto. Assim, o painel recomendou o que segue: "para pacientes que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel não pode afirmar que há benefício adicional do aumento de atividade física/exercício físico nos desfechos periodontais. Recomendações de

aumento de atividade física/exercício físico, para outras condições, devem ser consideradas pelo cirurgião-dentista e demais profissionais da equipe no contexto da integralidade do cuidado.” As recomendações devem ser baseadas em documentos específicos elaborados para profissionais e para a população (BRASIL, 2021).

Observações

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto energético. Vários estudos apontam que a inatividade física e o sedentarismo aumentam o risco de muitas doenças crônicas e diminuem a expectativa de vida (ANDERSEN; MOTA; DI PIETRO, 2016; OZEMEK; LAVIE; ROGNMO, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2018). Em contrapartida, os benefícios da realização da atividade física são demonstrados com aumento da qualidade de vida, da expectativa de vida e redução de desfechos adversos sistêmicos (DE CARVALHO SOUZA VIEIRA *et al.*, 2018; PUCIATO; ROZPARA; BORYSIUK, 2018; RAMAKRISHNAN *et al.*, 2021). Além disso, a literatura demonstra que intervenções que promovem o aumento de atividade física/exercício físico acarretam em diminuição de biomarcadores inflamatórios sistêmicos, o que pode ser interessante para a saúde periodontal (CHEN *et al.*, 2020).

Quadro 11. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 7.

7) Qual é a eficácia do aumento de atividade física/exercício físico no tratamento da periodontite?
--

Para pacientes que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel não pode afirmar que há benefício adicional do aumento de atividade física/exercício físico nos desfechos periodontais. Recomendações de aumento atividade física/exercício físico, para outras condições, devem ser consideradas pelo cirurgião-dentista e demais profissionais da equipe no contexto da integralidade do cuidado.
--

Literatura de suporte: RAMSEIER <i>et al.</i> , 2020.
--

Evidência disponível: Um ensaio clínico randomizado e um estudo prospectivo, ambos com 12 semanas de acompanhamento.

Recomendação GRADE: ⊕○○○ †

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 8: Qual é a eficácia do aconselhamento dietético no tratamento da periodontite?

Resumo dos achados

A revisão sistemática que abordou o efeito das intervenções dietéticas incluiu sete estudos (RAMSEIER *et al.*, 2020), sendo três deles ensaios clínicos randomizados (FRIDELL *et al.*, 2018; WOELBER *et al.*, 2016b; ZARE JAVID *et al.*, 2014) e quatro estudos prospectivos (HOLMER *et al.*, 2018; JENZSCH *et al.*, 2009; KONDO *et al.*, 2014; OMORI *et al.*, 2018). Dentro dos aconselhamentos de intervenções dietéticas reportadas, encontram-se a redução do consumo de gorduras, açúcares e sal, além do aumento do consumo de frutas e vegetais em indivíduos com periodontite. Os ensaios clínicos randomizados tiveram um período de acompanhamento de 4 semanas (WOELBER *et al.*, 2016b), 8 semanas (FRIDELL *et al.*, 2018) e 6 meses (ZARE JAVID *et al.*, 2014). O protocolo de intervenção periodontal não foi claramente definido na maioria dos estudos, exceto pelo ensaio clínico randomizado com 6 meses de acompanhamento, que reportou raspagem e alisamento radicular não cirúrgico para tratamento da periodontite (ZARE JAVID *et al.*, 2014). Apenas dois estudos mostraram melhorias em alguns parâmetros periodontais (FRIDELL *et al.*, 2018; KONDO *et al.*, 2014). Além disso, o ensaio clínico randomizado com maior período de acompanhamento não mostrou benefícios adicionais, para nenhum dos parâmetros clínicos periodontais avaliados, no grupo que recebeu a intervenção dietética. É importante frisar que as recomendações, aqui fornecidas, são baseadas nas evidências atualmente disponíveis. Os leitores devem estar

cientes de que o avanço científico poderá alterar esses achados e, conseqüentemente, as recomendações fornecidas.

Recomendações

Apesar do conhecimento da importância de uma dieta equilibrada e nutritiva, em outros desfechos de saúde, na atual luz do conhecimento, nenhum efeito clínico importante é observado nos indivíduos com periodontite que recebem aconselhamento dietético e tratamento periodontal. Assim, o painel recomendou que: "Para pacientes que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel não pode afirmar que há benefício adicional do aumento de atividade física/exercício físico nos desfechos periodontais. Contudo, é importante ressaltar que a orientação para uma alimentação saudável é importante para outras condições de saúde e uma boa qualidade de vida. As recomendações sobre boa prática alimentar devem ser baseadas em documentos específicos elaborados para esse fim (BRASIL, 2019).

Observações

Um estado nutricional adequado é importante em todas as faixas etárias, pois é sabido que a maior incidência de câncer e diabetes ocorre naqueles indivíduos que apresentam deficiências nutricionais (NIGATU, 2012; ZHANG *et al.*, 2019). Em consequência, esse estado nutricional deficiente pode acarretar maior mortalidade (ZHANG *et al.*, 2019). Apesar desses achados, a prevalência de desnutrição é considerada alta em diversas populações (ROJER *et al.*, 2016).

Além disso, a literatura tem apontado que pessoas desnutridas ou em risco de desnutrição apresentaram uma pior condição de saúde bucal, incluindo menor número de dentes e maior ocorrência de cárie dental (DANTAS *et al.*, 2021; SRINIVASULU *et al.*, 2014; TONIAZZO *et al.*, 2018).

Dentro desse contexto, uma revisão sistemática demonstrou efeitos interessantes do aconselhamento dietético ou de intervenções para melhorar o quadro nutricional em indivíduos adultos, destacando-se melhorias no perfil lipídico, no peso e na pressão arterial (SIOPIS; COLAGIURI; ALLMAN-FARINELLI, 2021). Esses resultados são ainda consistentes no contexto da APS (MITCHELL *et al.*, 2017). Com base nesses conhecimentos, é válido levantar a hipótese de que o aconselhamento dietético ou intervenções

para melhorias do estado nutricional possam ocasionar algum impacto na saúde periodontal dos indivíduos.

Quadro 12. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 8.

8) Qual é a eficácia do aconselhamento dietético no tratamento da periodontite?
Para pacientes que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel não pode afirmar que há benefício adicional no aconselhamento dietético nos desfechos periodontais. Recomendações para aconselhamento dietético, para outras condições, devem ser consideradas pelo cirurgião-dentista e demais profissionais da equipe no contexto da integralidade do cuidado.
Literatura de suporte: RAMSEIER <i>et al.</i> , 2020.
Evidência disponível: Três ensaios clínicos randomizados e quatro estudos prospectivos com, no mínimo, 4 semanas e, no máximo, 12 meses de acompanhamento.
Recomendação GRADE: ⊕○○○ †
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 9: Qual é a eficácia de modificações no estilo de vida com objetivo de perda de peso no tratamento da periodontite?

Resumo dos achados

Uma revisão sistemática verificou o efeito de terapias de modificações no estilo de vida com objetivo de perda de peso em indivíduos com periodontite (RAMSEIER *et al.*, 2020). Nessa revisão, cinco estudos prospectivos foram incluídos, apresentando 12 semanas (MARTINEZ-HERRERA *et al.*, 2018; OMORI *et al.*, 2018), 24 semanas (KONDO *et al.*, 2014) e 12 meses (SALES-PERES *et al.*, 2017) de acompanhamento. Um outro estudo acompanhou seus indivíduos por um intervalo de 3 a 18 meses, período em que

os indivíduos obtiveram pelo menos 10% de redução do peso (VIVEKANANDA; FAIZUDDIN, 2019). Nesses estudos, a intervenção periodontal não foi claramente definida. Contudo, as intervenções para redução do peso variaram desde alterações na dieta, aumento do consumo de fibras e redução do consumo de gorduras, além de um programa de redução de peso combinado com modificações na dieta e em exercícios físicos.

Achados muito discrepantes são identificados para o ganho de inserção clínica, pois dois estudos demonstraram haver ganho significativo de inserção ao longo do acompanhamento (KONDO *et al.*, 2014; VIVEKANANDA; FAIZUDDIN, 2019) e outros dois estudos não identificaram ganhos significativos (MARTINEZ-HERRERA *et al.*, 2018; SALES-PERES *et al.*, 2017). Em relação à profundidade de sondagem, a maioria dos estudos identificou reduções adicionais deste parâmetro periodontal ao longo do acompanhamento.

Recomendações

De forma similar aos tópicos anteriores, entende-se a relevância do controle do peso, por meio da mudança do estilo de vida, para outros desfechos importantes em saúde, especialmente a saúde sistêmica. Contudo, a literatura ainda é incerta para afirmar benefícios adicionais no tratamento da periodontite. Dessa maneira, o painel se posicionou da seguinte forma: "para pacientes que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel não pode afirmar que há benefício adicional nas intervenções modificadoras do estilo de vida com objetivo de perda de peso nos desfechos periodontais. Recomendações para modificações no estilo de vida com objetivo de perda de peso, para outras condições, devem ser consideradas pelo cirurgião-dentista e demais profissionais da equipe no contexto da integralidade do cuidado." Orientações relativas ao estilo de vida com objetivo de perda de peso devem ser baseadas em documentos específicos relacionados à alimentação e atividade física (BRASIL, 2019; 2021).

Observações

A obesidade é uma doença crônica não transmissível que apresenta forte impacto na sociedade contemporânea, pois é observado que a sua prevalência vem aumentando drasticamente nas mais diversas faixas etárias (AN; XIANG,

2016; WANG; LOBSTEIN, 2006). A relevância dessa condição destaca-se pela forte correlação com outras doenças sistêmicas, como diabetes tipo 2, hipertensão, infarto, acidente vascular cerebral e alguns tipos de câncer (ARONNE; SEGAL, 2002; DYER; ELLIOTT; SHIPLEY, 1990; WISSE, 2004).

Diante dessa realidade, diversas terapias têm sido propostas com intuito de ocasionar a perda de peso nos indivíduos. É largamente reconhecido o efeito que essas intervenções ocasionam nas melhorias do perfil lipídico (HASAN *et al.*, 2020), na redução de eventos cardiovasculares (MCDOWELL *et al.*, 2018) e na pressão arterial (SEMLITSCH *et al.*, 2021). No contexto do tratamento da periodontite, esse tipo de intervenção pode consistir em mensagens educacionais adaptadas à idade e à saúde geral dos indivíduos, podendo incluir o encaminhamento desses indivíduos para profissionais específicos. Dessa forma, pode-se especular que essas terapias podem apresentar efeitos importantes nos tecidos periodontais.

Quadro 13. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 9.

9) Qual é a eficácia de modificações no estilo de vida com objetivo de perda de peso no tratamento da periodontite?
Para pacientes que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel não pode afirmar que há benefício adicional nas intervenções modificadoras do estilo de vida com objetivo de perda de peso nos desfechos periodontais. Recomendações para modificações no estilo de vida com objetivo de perda de peso, para outras condições, devem ser consideradas pelo cirurgião-dentista e demais profissionais da equipe no contexto da integralidade do cuidado.
Literatura de suporte: RAMSEIER <i>et al.</i> , 2020.
Evidência disponível: Cinco estudos prospectivos com pelo menos 12 semanas de acompanhamento.
Recomendação GRADE: ⊕○○○ †
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

SEGUNDA ETAPA DO TRATAMENTO DA PERIODONTITE

Questão 10: **A instrumentação subgingival é benéfica para o tratamento da periodontite?**

Resumo dos achados

Uma recente revisão sistemática (SUVAN *et al.*, 2020) avaliou, em indivíduos com periodontite, a eficácia da instrumentação subgingival (realizada com instrumentos manuais ou sônicos/ultrassônicos) em comparação com instrumentação supragengival ou profilaxia, em termos de resultados clínicos. Foram incluídos 10 estudos, sendo todos ensaios clínicos randomizados. Desses, nove foram passíveis de serem incluídos nas metanálises de redução da profundidade de sondagem, porém metanálises referentes ao ganho de inserção clínica não puderam ser realizadas. É importante destacar que existe uma escassez de ensaios clínicos randomizados sobre este assunto, possivelmente atribuída ao próprio conflito ético do desenho do estudo. Neste contexto, os autores da revisão destacam que a maioria dos dados avaliados foram obtidos a partir da análise das alterações longitudinais de braços de ensaios clínicos randomizados, e apenas um dos estudos (KAPELLAS *et al.*, 2013) possuía desenho experimental focado na comparação entre a raspagem subgingival e supragengival.

Um estudo (KAPELLAS *et al.*, 2013) realizou a avaliação de seis dentes indexados por indivíduo e indicou um benefício significativo em termos de porcentagem de redução de profundidade de sondagem média após 3 meses de acompanhamento. Além disso, foram encontradas reduções significativas nas médias de cálculo dentário (redução média de 1,73), de dentes com perda de inserção ≥ 3 mm e profundidade de sondagem ≥ 4 mm (desfecho combinado - redução média de 2,70) e na média de sangramento gengival avaliada pelos critérios modificados de Løe (1967) (redução média de 0,26). Para a média de índice de placa (LÖE, 1967) não foram encontradas diferenças significativas após três meses do tratamento.

Os resultados de uma metanálise (SUVAN *et al.*, 2020) demonstraram uma redução média de profundidade de sondagem de 1,0 mm, no período de 3-4 meses, e de 1,4 mm, no período de 6-8 meses de acompanhamento,

considerando todos os sítios presentes. Para sítios definidos como inicialmente moderados (4-6 mm), foi observada uma redução média de profundidade de sondagem de 1,5 mm após 3-4 meses e de 1,6mm após 6-8 meses de acompanhamento. Já para sítios considerados profundos (≥ 7 mm) anteriormente ao tratamento, foi descrita uma redução média da profundidade de sondagem de 2,6 mm em ambos os períodos de avaliação. Com relação ao parâmetro de sangramento à sondagem, foi estimada uma redução média de $56,7\% \pm 13,9$ aos 3-4 meses e de $62,7\% \pm 17,5$ aos 6-8 meses após o tratamento. Da mesma forma, a proporção estimada do fechamento de bolsas foi de 57% nos mesmos períodos, respectivamente. Dessa maneira, os resultados encontrados apontam que a instrumentação mecânica subgengival é eficaz no tratamento da periodontite.

Recomendações

Há evidência científica importante para recomendar que o controle do biofilme subgengival deva ser realizado nos indivíduos com periodontite. Assim, o painel posicionou-se da seguinte maneira: "para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel recomenda que a instrumentação subgengival seja realizada."

Observações

O principal objetivo do tratamento da periodontite está focado no adequado controle da infecção, diminuindo a carga bacteriana e, por conseguinte, a inflamação periodontal (RAMSEIER; SUVAN, 2015). A instrumentação subgengival altera o ambiente ecológico subgengival por meio da ruptura do biofilme subgengival e remoção de depósitos duros, reduzindo assim a carga inflamatória nos tecidos circunjacentes (HEITZ-MAYFIELD; LANG, 2013; JEPSEN *et al.*, 2011).

Embora a efetividade do tratamento da periodontite, por meio da instrumentação subgengival não cirúrgica, esteja consolidada na literatura, há escassez de dados abordando a eficácia de intervenções não cirúrgicas

conduzidas em ambientes clínicos não controlados, cuja prática clínica apresenta potenciais fatores de confusão adicionais.

É válido apontar que os procedimentos de raspagem/debridamento subgengival podem ser dolorosos e desconfortáveis (CANAKÇI; CANAKÇI, 2007; VAN STEENBERGHE *et al.*, 2004), o que justifica a necessidade de anestesia local na maioria dos casos (COBB, 1996). Sítios com profundidades de sondagens maiores tendem a apresentar maior sensibilidade dolorosa, não só pela presença de uma área maior de epitélio ulcerado que entra em contato com os instrumentos usados na raspagem, mas também por uma menor resistência dos tecidos nas ações de instrumentação (ARMITAGE; SVANBERG; LÖE, 1977; DERMAN *et al.*, 2014; PAGE; KORNMAN, 1997). A literatura demonstra que o controle da dor na instrumentação subgengival é importante, pois auxilia na diminuição da ansiedade e do desconforto dos indivíduos durante o tratamento e proporciona melhorias adicionais na redução da profundidade de sondagem (SHI *et al.*, 2020; WAMBIER *et al.*, 2016).

Quadro 14. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 10.

10) A instrumentação subgengival é benéfica para o tratamento da periodontite?
Para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel recomenda que a instrumentação subgengival seja realizada.
Literatura de suporte: SUVAN <i>et al.</i> , 2020.
Evidência disponível: Dez ensaios clínicos randomizados com período de acompanhamento variando de 3 a 8 meses.
Recomendação GRADE: ⊕⊕⊕○
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 11: Os resultados do tratamento periodontal com instrumentação subgengival são melhores após o uso de instrumentos manuais, sônicos/ultrassônicos ou uma combinação desses?

Resumo dos achados

Duas revisões sistemáticas (MUNIZ *et al.*, 2020; SUVAN *et al.*, 2020) envolvendo 18 estudos, sendo todos ensaios clínicos randomizados, compararam a instrumentação subgengival manual com instrumentações realizadas por instrumentos sônicos/ultrassônicos em termos de resultado de tratamento, com um período de acompanhamento variando de 6 a 8 meses. Para ambas as revisões, foi possível realizar metanálises para os parâmetros de ganho de inserção clínica e profundidade de sondagem com um período de 6 a 8 meses de acompanhamento. Não foram encontradas diferenças significativas com relação aos instrumentos utilizados (manuais ou sônicos/ultrassônicos).

As duas revisões demonstraram que os estudos incluídos apresentam problemas metodológicos importantes. Questões relacionadas a dor e desconforto dos indivíduos não foram avaliadas em nenhuma das revisões. Em uma delas (MUNIZ *et al.*, 2020), foi realizada uma metanálise para avaliar o tempo de tratamento em relação ao instrumental utilizado, sendo incluídos apenas três estudos. Os resultados demonstraram que os dispositivos sônicos/ultrassônicos demandam significativamente menos tempo comparados aos manuais, embora uma alta heterogeneidade entre os estudos tenha sido detectada.

Os resultados encontrados em ambas as revisões apontam que a instrumentação mecânica subgengival é eficaz no tratamento da periodontite independentemente do tipo de instrumental utilizado. No entanto, a escolha do instrumental deve estar relacionada com as preferências e habilidades do operador. Para ambas as modalidades de instrumentação, os operadores devem ter treinamento adequado e utilizar materiais apropriados, respeitando a numeração de curetas para cada região e uso de pontas de dispositivos sônicos/ultrassônicos específicas para área subgengival.

Recomendações

Diante da equivalência das duas modalidades terapêuticas, o painel escreveu o que se segue: "para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel sugere que a instrumentação subgengival pode ser realizada tanto por instrumentos manuais quanto por dispositivos sônicos/ultrassônicos."

Observações

O tratamento da periodontite é focado em um adequado controle da infecção periodontal. A remoção e a ruptura dos biofilmes, por meio da instrumentação subgengival, promovem condições de cicatrização dos tecidos periodontais (MUNIZ *et al.*, 2020), diminuindo a carga bacteriana e por conseguinte a inflamação periodontal. A instrumentação subgengival pode ser realizada tanto por instrumentos manuais (curetas e limas) quanto por dispositivos sônicos/ultrassônicos (BARENDREGT *et al.*, 2008). Sugere-se que a instrumentação subgengival com dispositivos sônicos/ultrassônicos demande menor tempo e permita um menor trauma tecidual (BREININGER; O'LEARY; BLUMENSHINE, 1987).

Por outro lado, instrumentos manuais resultam em superfícies mais lisas e podem remover mais depósitos de cálculo (RATEITSCHAK-PLÜSS *et al.*, 1992). Embora existam evidências da redução da carga bacteriana e melhora clínica para os instrumentos manuais e dispositivos sônicos/ultrassônicos, há uma escassez de dados comparando-os em termos de resultados de tratamento.

Quadro 15. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 11.

<p>11) Os resultados do tratamento periodontal com instrumentação subgengival são melhores após o uso de instrumentos manuais, sônicos/ultrassônicos ou uma combinação desses?</p>

Para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel sugere que a instrumentação subgengival pode ser realizada tanto por instrumentos manuais quanto por dispositivos sônicos/ultrassônicos.
Literatura de suporte: MUNIZ <i>et al.</i> , 2020; SUVAN <i>et al.</i> , 2020.
Evidência disponível: Dezoito ensaios clínicos randomizados com período de acompanhamento variando de 6 a 8 meses.
Recomendação GRADE: ⊕⊕○○ †
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 12: Os resultados do tratamento periodontal com instrumentação subgengival são melhores quando realizados em múltiplas consultas ou por procedimentos de boca toda (em um período de 24h)?

Resumo dos achados

A revisão sistemática de Suvan et al. (2020) (SUVAN *et al.*, 2020) avaliou, em indivíduos com periodontite, a eficácia dos procedimentos de boca toda (“*full-mouth disinfection*” - dentro de 24 horas) em comparação com a instrumentação mecânica subgengival por quadrante ou sextante/múltiplas sessões em termos de resultados clínicos e relatados pelo indivíduo. Foram incluídos treze estudos, sendo todos ensaios clínicos randomizados. Todos foram passíveis de serem incluídos na metanálise de ganho de inserção clínica e redução da profundidade de sondagem.

Os resultados da metanálise não demonstraram diferenças significativas entre os diferentes grupos de tratamento tanto para ganho de inserção clínica quanto para a redução da profundidade de sondagem no período de avaliação de 6-8 meses. Também não foram encontradas diferenças significativas entre as modalidades de procedimento com relação a redução de placa, sendo que a maioria dos estudos encontrou resultados semelhantes entre os grupos para a redução da inflamação gengival. Apenas um estudo (KOSHY *et al.*, 2005) reportou resultados significativamente menores, em termos de porcentagem de sangramento à sondagem, para o grupo que recebeu procedimento de boca toda

ao final do período de acompanhamento de 6 meses. Os resultados da metanálise não apresentaram heterogeneidade significativa.

Apenas cinco estudos (APATZIDOU; KINANE, 2004; DEL PELOSO RIBEIRO *et al.*, 2008; KOSHY *et al.*, 2005; LOGGNER GRAFF; ASKLÖW; THORSTENSSON, 2009; WENNSTRÖM *et al.*, 2005) reportaram eventos adversos, sendo dor e desconforto após a instrumentação. Novamente, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de tratamento. Um estudo (LOGGNER GRAFF; ASKLÖW; THORSTENSSON, 2009) destacou que os operadores relataram que os procedimentos por quadrante ou sextante eram menos extenuantes comparados ao protocolo de boca toda.

Os resultados encontrados apontam que a instrumentação mecânica subgingival é eficaz no tratamento da periodontite independente da modalidade de tempo do tratamento. A escolha da modalidade de tratamento deve levar em consideração questões logísticas e relacionadas ao perfil do indivíduo (padrão de controle da higiene bucal caseira, diabetes, idade, dentre outros). Já a instrumentação de boca toda pode ser conveniente para casos específicos de indivíduo que necessite de antibioticoterapia profilática prévia.

Recomendações

Com base nos resultados apresentados, a equivalência das terapias periodontais implicou na seguinte recomendação: "para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel recomenda que a instrumentação subgingival pode ser realizada tanto por múltiplas sessões quanto por procedimentos de boca toda (*"full-mouth"* em um período de 24h). Entretanto, questões logísticas de execução, no contexto da APS, e relacionadas ao perfil dos indivíduos devem ser consideradas para a escolha da modalidade terapêutica."

Dessa maneira, os dentistas podem considerar diversos aspectos no momento da escolha terapêutica. Alguns aspectos podem ser questionados, por exemplo a severidade da doença periodontal, as condições sistêmicas dos usuários, sua disponibilidade para o comparecimento à consulta e a capacidade de permanecer tempos prolongados na cadeira odontológica.

Entende-se que o procedimento de boca toda, em situações mais severas da periodontite, pode acarretar em um tempo de cadeira elevado, o que pode ser inviável para alguns usuários, pelo desconforto gerado ou pela indisponibilidade da sessão prolongada. Contudo, essa terapêutica pode ser aplicável a usuários que estão inseridos em áreas remotas ou que tenham pouca disponibilidade para deslocamento até às UBS.

Observações

A terapia mecânica subgingival não cirúrgica é convencionalmente realizada com procedimentos por quadrante ou sextante/múltiplas sessões com intervalos de tempo entre as consultas. Essas abordagens permitem o tratamento meticuloso dos sítios-alvo, com a possibilidade de acompanhar a evolução do indivíduo, reforçando as orientações de higiene para controle da infecção. Uma alternativa à abordagem convencional é a realização de procedimentos de instrumentação de boca toda ("*full-mouth disinfection*"), descrito inicialmente por Quirynen et al. (1995). Esse protocolo inicialmente compreendia as sessões de raspagem e alisamento radicular de todos os sítios com necessidade de instrumentação subgingival em um intervalo de 24 horas, com o uso de antissépticos adjuvantes (QUIRYNEN *et al.*, 1995). Buscava-se com esse protocolo diminuir a translocação bacteriana entre diferentes nichos da cavidade oral, como outras bolsas periodontais ainda não tratadas, além de sítios extra dentais, como superfície dorsal da língua, mucosa bucal, palato e amígdalas (DANSER *et al.*, 1994; VAN WINKELHOFF *et al.*, 1986).

Embora existam evidências da redução da carga bacteriana e melhora clínica para ambas as modalidades de tratamento, há uma escassez de dados que avaliem a eficácia de diferentes protocolos de instrumentação subgingival ao longo de um período maior.

Quadro 16. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 12.

12) Os resultados do tratamento periodontal com instrumentação subgengival são melhores quando realizados em múltiplas consultas ou por procedimentos de boca toda (em um período de 24h)?

Para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel **recomenda** que a instrumentação subgengival pode ser realizada tanto por múltiplas sessões quanto por procedimentos de boca toda (“full-mouth” em um período de 24h). Entretanto, questões logísticas de execução, no contexto da APS, e relacionadas ao perfil dos indivíduos devem ser consideradas para a escolha da modalidade terapêutica.

Literatura de suporte: SUVAN *et al.*, 2020.

Evidência disponível: Treze ensaios clínicos randomizados com período de acompanhamento variando de 6 a 8 meses.

Recomendação GRADE: ⊕⊕⊕○ †

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 13: O uso coadjuvante de agentes químicos disponibilizados em dentifrícios ou em colutórios (bochechos) pode melhorar o controle de placa e da inflamação gengival na fase ativa da terapia periodontal?

Resumo dos achados

Uma revisão sistemática (FIGUERO *et al.*, 2020) compilou dados de ensaios clínicos randomizados com pelo menos 6 meses de acompanhamento, os quais avaliaram a eficácia de diferentes agentes químicos disponibilizados em dentifrícios e antissépticos na redução de placa dental e inflamação gengival, usados como coadjuvante ao controle mecânico caseiro. Do total de 70 estudos incluídos, 39 incluíram portadores de gengivite (sem periodontite) e 18 com inflamação gengival em periodonto reduzido. Em 13 estudos, não foi possível verificar o perfil dos participantes por falta de informações suficientes.

De uma forma geral, salvo algumas exceções, a ampla maioria dos diferentes agentes ativos produziram resultados significativamente melhores que seus grupos controles. Entretanto, foi observada uma grande

heterogeneidade estatística nos resultados, indicando ampla variabilidade de efeito. Ainda, destaca-se o alto risco de viés encontrado na maioria dos estudos incluídos.

Dos principais resultados, pode-se destacar que tanto dentifrícios quanto colutórios impactam significativamente na redução da **inflamação gengival**, observando-se também um efeito superior quando da combinação de dentifrício com colutórios. Por outro lado, o efeito dos colutórios parece ser superior ao dos dentifrícios para o desfecho de **percentual de sangramento e placa dental**. Outro dado interessante é que o efeito dos agentes químicos parece ser levemente maior em indivíduos com histórico de periodontite e com inflamação gengival, do que em portadores de gengivite apenas.

Ao se considerar os produtos comercializados no mercado brasileiro, os maiores tamanhos de efeito clínico, na redução da **inflamação gengival**, foram observados com o uso de colutórios à base de óleos essenciais sem álcool, seguido pelos óleos essenciais com álcool. Quanto aos dentifrícios, os maiores tamanho de efeito clínico foram para fluoreto estanhoso estabilizado + hexametáfosfato de sódio, seguido pelo Triclosan + copolímero PVM/MA. Quando observados o efeito na redução de **placa dental**, os maiores tamanhos de efeito foram também para colutórios à base de óleos essenciais sem álcool, seguido pelos óleos essenciais com álcool. Em relação aos dentifrícios, clorexidina 0,12%, seguido pelo Triclosan + copolímero PVM/MA apresentaram os maiores tamanho de efeito clínico.

Dos 70 estudos incluídos nessa revisão, 31 reportaram efeitos adversos e/ou desfechos centrados nos indivíduos (FIGUERO *et al.*, 2020). Foram observados irritação nos tecidos moles com o uso de sanguinarina. Já manchamento e alterações do paladar, em maior frequência, com clorexidina e alexidina, e, em menor frequência, com dermopinol, óleos essenciais e triclosan com copolímero associado a citrato de zinco.

Embora os resultados da revisão de Figuero *et al.* (2020) tenham apontado que antissépticos à base de óleos essenciais são as melhores alternativas (baseado no tamanho do efeito) na redução de placa e inflamação gengival, revisões sistemáticas prévias também apontaram efeito semelhante

de antissépticos à base de clorexidina (FIGUERO *et al.*, 2017; VAN LEEUWEN; SLOT; VAN DER WEIJDEN, 2011; VAN STRYDONCK *et al.*, 2012). Assim, antissépticos à base de clorexidina 0,12% também se mostram boas alternativas como indicação de uso coadjuvante ao controle mecânico caseiro para indivíduos que estejam apresentando dificuldades na melhora dos cuidados caseiros de higiene oral. Entretanto, deve-se levar em consideração que a clorexidina apresenta efeitos adversos mais importantes que os óleos essenciais (manchamento dental extrínseco e alterações do paladar), devendo ser indicada idealmente por curtos períodos (<4 semanas).

A revisão sistemática de da Costa *et al.* (2017) abordou o impacto do uso de agentes químicos de forma coadjuvante ao tratamento da periodontite, com um olhar no seu efeito nos parâmetros clínicos subgingivais (redução de profundidade de sondagem e ganho de inserção clínica) (DA COSTA *et al.*, 2017). Nesse estudo, seis ensaios clínicos randomizados compararam o efeito do uso coadjuvante de antissépticos contendo clorexidina 0,12% (n:5) e 0,2% (n:1), com soluções placebo ou sem uso de antissépticos. As terapias periodontais supra e subgingival, associadas a polimento coronário e orientação de higiene bucal, foram realizadas em ambos os grupos, sob anestesia local, em múltiplas visitas (4-6 sessões) ou com instrumentação de toda boca em 24 horas. Nos estudos incluídos, o período de uso da clorexidina variou entre 4 e 9 semanas. Após 4-6 semanas, os resultados evidenciaram benefícios significativos para a redução de profundidade de sondagem, favorável ao grupo clorexidina, embora de pequeno impacto clínico. O efeito no ganho adicional de inserção clínica não foi significativo. Assim, o resultado da terapia periodontal subgingival não parece ser melhor quando acompanhado pelo uso coadjuvante de antissépticos com clorexidina. Não há estudos que tenham avaliado resultados da terapia periodontal subgingival com outros agentes químicos em antissépticos ou dentífricos.

Recomendações

A literatura é vasta em estudos que avaliam o efeito de dentífricos e colutórios, demonstrando haver impactos clínicos importantes para indivíduos

com diagnóstico de doenças periodontais. Nesse sentido, a seguinte recomendação foi proposta: "para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o uso de agentes químicos disponibilizados em dentifrícios e/ou colutórios (bochechos) pode ser considerado, em casos específicos, para otimizar o controle de placa e da inflamação gengival, como parte da abordagem individualizada. Ao se considerar a necessidade de indicação, o painel sugere antissépticos à base de óleos essenciais (com ou sem álcool) para maiores períodos (>30 dias) ou clorexidina 0,12% para períodos inferiores. Para dentifrícios, o painel sugere os com agentes ativos de fluoreto estanhoso estabilizado + hexametáfosfato de sódio ou triclosan + copolímero PVM/MA."

Apesar dessa informação, os clínicos devem se apropriar dos produtos de higiene bucal, que estão disponíveis no mercado brasileiro. Além disso, o custo associado dessa terapia deve ser levado em consideração.

Observações

Evidências têm demonstrado que a terapia periodontal acompanhada por inadequado controle caseiro do biofilme dental acarreta insucesso terapêutico, com pobre resposta à terapia, bem como recorrência e progressão da doença (AXELSSON; NYSTRÖM; LINDHE, 2004; VAN DER WEIJDEN; SLOT, 2011). Como parte fundamental do tratamento da periodontite, a equipe de Saúde Bucal deve promover mudanças comportamentais, incluindo o desenvolvimento de técnicas e habilidades para um adequado controle mecânico caseiro, bem como disponibilizar "ferramentas" para otimização do controle de placa e da inflamação gengival em indivíduos com dificuldades de alcançar um adequado controle mecânico caseiro (NEWTON; ASIMAKOPOULOU, 2015). Neste sentido, tem sido sugerido que, adjunto às medidas mecânicas caseiras, o uso de agentes químicos disponíveis em dentifrícios e colutórios (bochechos) podem otimizar o controle de placa e da inflamação gengival, contribuindo na resposta à instrumentação subgengival e diminuindo a incidência de progressão da periodontite na fase de manutenção periodontal.

Quadro 17. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 13.

13) O uso coadjuvante de agentes químicos disponibilizados em dentifrícios ou em colutórios (bochechos) pode melhorar o controle de placa e da inflamação gengival na fase ativa da terapia periodontal?

Para usuários que estão recebendo tratamento para periodontite, o uso de agentes químicos disponibilizados em dentifrícios e/ou colutórios (bochechos) **pode ser considerado**, em casos específicos, para otimizar o controle de placa e da inflamação gengival, como parte da abordagem individualizada. Ao se considerar a necessidade de indicação, o painel **sugere** antissépticos à base de óleos essenciais (com ou sem álcool) para maiores períodos (>30 dias) ou clorexidina 0,12% para períodos inferiores. Para dentifrícios, o painel **sugere** os com agentes ativos de fluoreto estanhoso estabilizado + hexametafosfato de sódio ou triclosan + copolímero PVM/MA.

Literatura de suporte: DA COSTA *et al.*, 2017; FIGUERO *et al.*, 2020; VAN LEEUWEN; SLOT; VAN DER WEIJDEN, 2011; VAN STRYDONCK *et al.*, 2012.

Evidência disponível: 70 ensaios clínicos randomizados (48 comparações com dentifrícios, 43 com antissépticos e 5 com ambos);

Recomendação GRADE: ⊕⊕○○ |

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 14: Uso de antissépticos locais melhora os desfechos clínicos da instrumentação subgengival?

Resumo dos achados

As evidências sobre os benefícios da administração local são insuficientes, especialmente quando se consideram os produtos disponíveis comercialmente no Brasil. A literatura possui o relato de dispositivos de liberação controlada de clorexidina e outros produtos, como adjuvantes ao

tratamento da periodontite (GONZALES *et al.*, 2011). Contudo, devido à indisponibilidade desses produtos no país, esses dispositivos não serão considerados na presente diretriz.

Ao se considerar esse panorama, uma revisão sistemática foi identificada (HERRERA *et al.*, 2020). No entanto, apenas 10 ensaios clínicos randomizados foram considerados no presente guia para a prática clínica, pois os outros estudos abrangem substâncias que não estão disponíveis comercialmente no Brasil. Desses, apenas um identificou diminuição significativa na profundidade de sondagem quando a clorexidina foi utilizada. Todos os outros estudos não demonstraram benefício adicional da irrigação com clorexidina, em diversas concentrações (0,12%, 0,5%, 1%, 2%), associado à raspagem e alisamento radicular, em relação ao índice de placa, à inflamação gengival, à profundidade de sondagem, ao sangramento à sondagem e ao nível de inserção clínica. Além disso, os óleos essenciais também não apresentaram melhoras adicionais em nenhum parâmetro periodontal avaliado. É importante ressaltar também os custos adicionais associados a essa terapia coadjuvante, além da limitada disponibilidade dos produtos.

Recomendações

A literatura ainda é incerta sobre o benefício de antissépticos locais, como adjuvantes ao tratamento mecânico da periodontite. Assim, o painel se posicionou com o que segue: "para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel não pode afirmar que há benefício adicional da utilização de antissépticos locais adjuntos ao tratamento mecânico nos parâmetros clínicos periodontais."

Observações

Os primeiros passos no tratamento da periodontite são focados em abordagens fundamentais, como, remoção de fatores retentivos de placa, instrução de higiene bucal para controle de biofilme dental supragengival e raspagem e alisamento radicular para redução e eliminação de biofilme, e consequentemente, a microbiota patogênica (BADERSTEN; NILVEUS;

EGELBERG, 1987). Entretanto, a raspagem e o alisamento radicular apresentam algumas limitações, como dificuldade de acessar bolsas mais profundas, áreas de furca, concavidades radiculares (MOMBELLI; CIONCA; ALMAGHLOUTH, 2011; RABBANI; ASH; CAFFESSE, 1981) e a dificuldade de remover patógenos microbianos que penetraram nos túbulos dentinários e aqueles que residem em fendas e concavidades (JONES, 1997; QUIRYNEN *et al.*, 2006). Nesse sentido, diversos antissépticos locais vem sendo estudados para melhorar os parâmetros clínicos periodontais. A clorexidina é um agente antimicrobiano de amplo espectro, amplamente utilizado para inibir o crescimento bacteriano e, portanto, um adjuvante que pode ser utilizado em indivíduos com doenças periodontais (ZHAO; HU; ZHAO, 2020). Diversos outros antissépticos ainda estão sendo estudados, como os óleos essenciais (MOROZUMI *et al.*, 2010). Contudo, devido à dificuldade de manter as substâncias no interior da bolsa, é difícil conseguir mensurar o adequado comportamento das respectivas soluções. Com o intuito de melhorar os resultados da terapia periodontal e manter estabilidade do quadro periodontal, estudos vêm sendo realizados para avaliar os resultados de adjuvantes no tratamento periodontal (GONZALES *et al.*, 2011).

Quadro 18. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 14.

14) Uso de antissépticos locais melhora os desfechos clínicos da instrumentação subgengival?

Para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel não **pode afirmar** que há benefício adicional da utilização de antissépticos locais adjuntos ao tratamento mecânico nos parâmetros clínicos periodontais.

Literatura de suporte: COSYN *et al.*, 2013; FENG *et al.*, 2011; FONSECA *et al.*, 2015; KRÜCK *et al.*, 2012; LECIC *et al.*, 2016; MOROZUMI *et al.*, 2010; OOSTERWAAL *et al.*, 1991; QUIRYNEN *et al.*, 2006; SWIERKOT *et al.*, 2009; UNSAL; AKKAYA; WALSH, 1994.

Evidência disponível: Onze ensaios clínicos com, no mínimo, 3 meses e, no máximo, 12 meses de acompanhamento.
Recomendação GRADE: ⊕○○○ †
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 15: O uso de antibióticos locais melhora os desfechos clínicos da instrumentação subgengival?

Resumo dos achados

Uma revisão sistemática foi identificada sobre o uso adjuvante de substância antimicrobianas locais no tratamento não cirúrgico da periodontite (HERRERA *et al.*, 2020). Apenas estudos que utilizaram antibióticos disponíveis no Brasil foram considerados para o desenvolvimento da presente diretriz, totalizando 10 ensaios clínicos. Assim, as evidências sobre os benefícios do uso local de antibióticos demonstraram alguma redução de placa dental, diminuição na profundidade de sondagem e ganho de inserção clínica com o uso adjuvante de tetraciclina 33% + ácido cítrico e tetraciclina 10 mg/ml associada à raspagem e alisamento radicular com um período de tempo variando de 1 mês a 9 meses. Dados referentes ao sangramento à sondagem, índice de placa e inflamação gengival não apresentaram benefícios adicionais dessa terapia adjuvante. Além disso, é importante ressaltar os custos e a limitada disponibilidade do produto no Brasil.

Recomendações

De forma similar à questão anterior, há evidências limitadas e com pouco impacto clínico para o benefício dos antibióticos locais, quando utilizados como adjuvantes ao tratamento da periodontite. Nesse sentido, o painel sugeriu o seguinte: "para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, não se pode afirmar que há benefício da utilização de antibióticos locais adjunto a instrumentação subgengival nos parâmetros clínicos periodontais."

Observações

Para o tratamento da periodontite, a raspagem e o alisamento radicular têm demonstrado melhoras clínicas importantes (BADERSTEN; NILVÉUS; EGELBERG, 1981). No entanto, esses procedimentos apresentam limitações, as quais podem ocorrer em alguns indivíduos ou em sítios específicos (TONETTI; GREENWELL; KORNMAN, 2018). Nesse sentido, outras formas de terapia, como o uso de antibióticos locais adjuntos à raspagem e ao alisamento radicular têm sido propostas (TEUGHELIS *et al.*, 2020).

O uso de antibióticos locais em comparação com o uso sistêmico, reduz os efeitos colaterais e as chances de resistência antimicrobiana (RAMS; SLOTS, 1996). Com o intuito de melhorar os resultados da terapia periodontal e manter estabilidade do quadro periodontal, estudos vêm sendo realizados para avaliar os resultados de antibióticos locais adjuvantes no tratamento periodontal (HERRERA *et al.*, 2020; PAVIA; NOBILE; ANGELILLO, 2003). Contudo, importa ressaltar que, no Brasil, há pouca diversidade de antibióticos de utilização local para irrigação, o que implica em interpretações cautelosas da evidência internacional disponível.

Quadro 19. Recomendação baseada em evidência científica para a questão

15.

15) O uso de antibióticos locais melhora os desfechos clínicos da instrumentação subgengival?
--

Para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel não pode afirmar que há benefício da utilização de antibióticos locais adjunto a instrumentação subgengival nos parâmetros clínicos periodontais.

Literatura de suporte: GEORGE <i>et al.</i> , 2013; JAIN; MOHAMED; HEMALATHA, 2012; JEONG <i>et al.</i> , 1994; KINANE; RADVAR, 1999; LIE; BRUUN; BÖE, 1998; MACALPINE <i>et al.</i> , 1985; PERAYIL <i>et al.</i> , 2016; SHILOAH; PATTERS, 1994; UNSAL; AKKAYA; WALSH, 1994; VAN STEENBERGHE <i>et al.</i> , 1993.

Evidência disponível: Dez ensaios clínicos com, no mínimo, 3 meses e, no máximo 12 meses de acompanhamento.

Recomendação GRADE: ⊕○○○ †

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 16: O uso adjuvante de antibióticos sistêmicos melhora os parâmetros clínicos periodontais da instrumentação subgingival?

Resumo dos achados

Com o intuito de investigar os efeitos do uso de antimicrobianos adjuntos à raspagem e alisamento radicular subgingival no tratamento da periodontite, foram utilizados os dados de uma revisão sistemática (TEUGHELIS *et al.*, 2020), publicada em 2020.

Nessa revisão sistemática, foram incluídos 28 ensaios clínicos randomizados. A população estudada abrangeu indivíduos com periodontite não tratada (qualquer tipo de periodontite – crônica ou agressiva). A intervenção avaliada para o grupo teste foi raspagem e alisamento subgingival, realizada por sessões ou protocolo de boca inteira (“*full-mouth*”), associada à antibioticoterapia sistêmica. O grupo controle abrangeu como intervenção a raspagem e alisamento radicular associada a placebo. Os desfechos avaliados foram: redução da profundidade de sondagem (desfecho primário), ganho de inserção clínica, redução de bolsas periodontais (profundidade de sondagem \geq 4mm para profundidade de sondagem \leq 3mm), sangramento à sondagem, reportes dos indivíduos com relação aos efeitos adversos e qualidade de vida relacionada à saúde oral (desfechos secundários). O tempo de acompanhamento nos estudos variou de 6 a 60 meses.

Os estudos avaliados variaram os protocolos de antibioticoterapia utilizados. Alguns estudos investigaram o uso adjunto de antibióticos ou placebo antes da raspagem, após a primeira sessão de raspagem e após o término da raspagem. Alguns estudos reportaram o uso de clorexidina para

desinfecção da bolsa periodontal, e outros reportaram o bochecho com clorexidina. Foram avaliados os protocolos antimicrobianos, conforme demonstrado no Quadro 20.

Quadro 20. Protocolo antimicrobianos citados na literatura, como adjuvantes ao tratamento da periodontite.

Fármaco	Dose	Frequência diária	Duração
Ornidazol	500 mg	Duas vezes	7 dias
Tetraciclina	250 mg	Quatro vezes	14 dias
Minociclina	100 mg	Uma vez	14 dias
Moxifloxacina	400 mg	Uma vez	7 dias
Clarithromicina	500 mg	Duas vezes	3 dias
Espiramicina	500 mg	Duas vezes	14 dias
Azitromicina	500 mg	Uma a três vezes	3 a 5 dias
Amoxicilina	250 mg	Três vezes	7 dias
Metronidazol	200 a 400 mg	Três vezes	7 a 14 dias
Amoxicilina + Metronidazol	250–500 mg (amoxicilina) e 200–500 mg (metronidazol)	Três vezes	3 a 14 dias

Os resultados apresentados para os desfechos redução da profundidade de sondagem e ganho de inserção clínica são reportados em todos os sítios, em sítios moderadamente profundos e em sítios profundos. Os autores demonstraram que o uso adjunto de antibióticos promove benefícios na melhora dos parâmetros de profundidade de sondagem, nível de inserção clínica e sangramento à sondagem, a curto e longo prazo (6 e 12 meses). Resultados mais expressivos foram observados com o uso da associação amoxicilina + metronidazol, seguida pelo uso do metronidazol ou da azitromicina quando comparados ao placebo. Também foram reportados

eventos adversos mais frequentes com o uso adjunto de antibióticos, principalmente com a associação amoxicilina + metronidazol.

Ao se considerar todos os estudos incluídos, vinte e um deles avaliaram os parâmetros de redução de profundidade de sondagem e ganho de inserção clínica; vinte estudos avaliaram o parâmetro sangramento à sondagem; vinte e cinco estudos avaliaram os eventos adversos reportados pelos indivíduos, e quatorze estudos avaliaram a redução do número de bolsas periodontais. Resumidamente, ao se analisar os resultados dos parâmetros periodontais, observou-se maior redução de profundidade de sondagem, ganho de inserção clínica e redução de sangramento à sondagem quando os antibióticos foram utilizados adjuntos à raspagem. Também a porcentagem de número de bolsas periodontais apresentou-se reduzida aos 6 e 12 meses após o tratamento com o uso de antibióticos sistêmicos, principalmente com a associação amoxicilina + metronidazol e com o uso do metronidazol isolado.

No entanto, em todos os desfechos avaliados, houve alta heterogeneidade dos resultados, tanto aos 6 quanto aos 12 meses após tratamento. Importante ressaltar que, na revisão sistemática avaliada, embora 28 estudos tenham sido incluídos na referida revisão, alguns protocolos antimicrobianos foram reportados em somente um estudo, podendo dificultar a avaliação dos resultados. Além disso, a magnitude dos resultados observados com relação ao tratamento periodontal deve ser considerada com cautela, principalmente devido ao impacto econômico e o risco de aumento da resistência aos antimicrobianos que o uso rotineiro desses agentes pode causar na saúde pública. Ainda, não menos importante, deve-se ressaltar que há uma concentração da literatura em alguns Centros de Pesquisa.

Recomendações

Com base no exposto, o painel entende que há a necessidade de uma recomendação condicionada à severidade da doença do indivíduo, recomendando o que se segue: "para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel não recomenda o uso rotineiro de antibióticos sistêmicos adjuntos à raspagem e alisamento subgengival. O uso de antibióticos sistêmicos adjuvantes ao tratamento da periodontite pode ser

considerado para grupos específicos de indivíduos, com condições severas da doença. Em situações para as quais a opção pelo uso de antibióticos for feita, o painel recomenda a associação de amoxicilina e metronidazol. A avaliação de alergias ou outras contraindicações, para o uso desses fármacos, deve ser investigada.”

Observações

O objetivo da terapia periodontal é a remoção do biofilme supra e subgingivais (TELES; HAFFAJEE; SOCRANSKY, 2006), restaurando os tecidos de suporte perdidos e promovendo a cicatrização periodontal (BADERSTEN; NILVEUS; EGELBERG, 1987). Embora a raspagem e alisamento radicular promovam melhoras clínicas significativas, ainda não é uma abordagem capaz de proporcionar grandes alterações na microbiota subgingival (TELES *et al.*, 2013; TELES; HAFFAJEE; SOCRANSKY, 2006), podendo ocorrer recolonização da área por patógenos periodontais após o tratamento (RENVERT *et al.*, 1990). Nesse contexto, na tentativa de superar essa limitação, tem sido proposto o uso de antibióticos sistêmicos adjuvantes à raspagem e alisamento radicular (SGOLASTRA *et al.*, 2021). Antibióticos administrados sistemicamente podem ser recomendados com o intuito de auxiliar no controle da carga bacteriana no sítio periodontal. No entanto, existem riscos potenciais associados aos antibióticos, como reações alérgicas e desenvolvimento de resistência microbiana (KHATTRI *et al.*, 2020), que devem ser considerados no momento da administração destes fármacos.

Quadro 21. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 16.

16) O uso adjuvante de antibióticos sistêmicos melhora os parâmetros clínicos periodontais da instrumentação subgingival?
--

Para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel não recomenda o uso rotineiro de antibióticos sistêmicos adjuntos à raspagem e alisamento subgingival. O uso de antibióticos sistêmicos

adjuvantes ao tratamento da periodontite pode ser considerado para grupos específicos de indivíduos, com condições severas da doença. Em situações para as quais a opção pelo uso de antibióticos for feita, o painel recomenda a associação de amoxicilina e metronidazol. A avaliação de alergias ou outras contraindicações, para o uso desses fármacos, deve ser investigada.
Literatura de suporte: TEUGHELIS <i>et al.</i> , 2020.
Evidência disponível: Vinte e oito ensaios clínicos randomizados com no mínimo 6 meses de acompanhamento.
Recomendação GRADE: ⊕⊕⊕○
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 17: **Ajustes oclusais (em dentes com contatos prematuros), quando realizados em conjunto com o controle mecânico do biofilme subgengival, melhoram os parâmetros clínicos periodontais da instrumentação subgengival?**

Resumo dos achados

Uma revisão Cochrane foi encontrada sobre essa temática, porém foi removida por falta de atualização (WESTON *et al.*, 2016). Uma nova revisão sistemática foi identificada, tendo incluído dois ensaios clínicos randomizados (CAMPIÑO *et al.*, 2019). Os estudos disponíveis demonstram que a associação entre trauma oclusal e periodontite, assim como fundamentação sobre implementar ajuste oclusal para melhorar a condição periodontal, são limitadas.

Em relação ao ganho do nível de inserção clínica e à redução da profundidade de sondagem, resultados contraditórios são demonstrados, pois apenas um dos estudos mostrou benefícios adicionais para o ajuste oclusal (BURGETT *et al.*, 1992). Apesar do resultado significativo em um dos estudos incluídos, um impacto clínico muito pequeno foi observado, podendo ser considerado questionável a relevância clínica desse achado.

Recomendações

Além do já exposto, é importante ressaltar que a realização do ajuste oclusal requer um desgaste dentário significativo, podendo acarretar maior hipersensibilidade dentinária, além de outros agravos em saúde bucal. Nesse sentido, o painel se posicionou da seguinte forma: "para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite e que apresentam contatos prematuros, o painel não sugere que intervenções de ajuste oclusal sejam implementadas como medida complementar do tratamento periodontal."

Observações

Trauma oclusal (ou oclusão traumática ou trauma decorrente da oclusão) é, segundo Jepsen e colaboradores (2018) (JEPSEN *et al.*, 2018), um conjunto de características como ampliação do espaço do ligamento periodontal, reabsorção óssea, frêmito dentário, mobilidade dentária progressiva, migração dentária patológica e dor. Apesar do ajuste oclusal ser frequentemente indicado como parte de tratamentos periodontais, segundo a revisão de Foz e colaboradores (2012) (FOZ *et al.*, 2012), não havia evidências suficientes, até aquele momento, para presumir que o ajuste oclusal era necessário para reduzir a progressão da periodontite. Diante da ausência de evidências sistematizadas na literatura, faz-se necessário verificar se atualmente ajustes oclusais, em dentes com contatos prematuros, quando realizados em conjunto com o controle mecânico do biofilme subgengival, melhoram os parâmetros clínicos periodontais.

Quadro 22. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 17.

17) Ajustes oclusais (em dentes com contatos prematuros), quando realizados em conjunto com o controle mecânico do biofilme subgengival, melhoram os parâmetros clínicos periodontais da instrumentação subgengival?

Para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite e que apresentam contatos prematuros, **o painel não sugere** que intervenções de

ajuste oclusal sejam implementadas como medida complementar do tratamento periodontal.
Literatura de suporte: CAMPIÑO <i>et al.</i> , 2019.
Evidência disponível: Dois ensaios clínicos randomizados, sendo um com acompanhamento de 6 meses e um de dois anos.
Recomendação GRADE: ⊕○○○
Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

Questão 18: Há diferenças na eficácia da terapia periodontal quando a abordagem profissional de remoção de biofilme dental e fatores retentivos de biofilme são conduzidos separadamente *versus* quando são conduzidos concomitantemente à abordagem profissional subgingival?

Resumo dos achados

Uma revisão sistemática (ainda não publicada) foi conduzida para responder à questão de pesquisa de comparar o efeito do tratamento da periodontite quando realizado em duas fases (1ª fase: apenas instrumentação supragengival; 2ª fase: instrumentação subgingival) com ambas as fases realizadas concomitantemente (instrumentação supra e subgingival concomitantes). Dois revisores independentes conduziram uma ampla busca por ensaios clínicos randomizados nas bases MEDLINE (*PubMed*), Embase, *Web of Science*, *Cochrane* (Central), Lilacs e BBO, até 22 de novembro de 2020. Após a identificação inicial de 5.782 estudos, apenas dois ensaios clínicos randomizados foram elegíveis (GOMES *et al.*, 2014; JENTSCH *et al.*, 2020).

O estudo conduzido no Brasil (GOMES *et al.*, 2014) usou um modelo de boca-dividida para tratar 25 indivíduos (56% fumantes), os quais foram randomizados para tratamento teste: “em fase única” em 1 quadrante (instrumentação supra e subgingivais com instrumentos manuais, sob anestesia local, seguida de instrução de higiene oral individualizada) ou tratamento controle: “em duas fases” em 1 quadrante (4 sessões semanais de remoção de

fatores retentivos de placa supragengivais, polimento coronário, seguidas de higiene oral individualizada. Na sequência, a instrumentação subgengival com anestesia local). Após as terapias ativas, os indivíduos foram acompanhados por 15 meses, com retornos periódicos para polimento coronário e reorientações de higiene oral (periodicidade mensal até os 90 meses e, após em média $2,2 \pm 1,6$ meses). Os resultados apontaram eficácia de ambos os tratamentos, sem diferenças significativas entre as terapias quanto a ganho de inserção clínica, reduções de profundidade de sondagem, sangramento à sondagem e percentual de sítios com profundidade de sondagem ≥ 5 mm.

O outro ensaio clínico randomizado (JENTSCH *et al.*, 2020), com desenho paralelo, randomizou 52 indivíduos para o tratamento teste: “em fase única” (higiene oral individualizada sem remoção de fatores retentivos de placa, seguidas de instrumentação supra e subgengivais simultâneas, da boca inteira, em 24 horas, com instrumentos manuais e ultrassônicos, sob anestesia local) ou tratamento controle: “em duas fases” (duas sessões mensais de remoção de fatores retentivos com instrumentos ultrassônicos inseridos levemente na região subgengival, seguidos de higiene oral individualizada. Após 30 dias, raspagem subgengival da boca inteira realizada em 24 horas, sob anestesia local, com instrumentos manuais e ultrassônicos). Após as terapias ativas, os indivíduos foram acompanhados por 6 meses, com retorno em 3 meses para polimento coronário e reorientações de higiene oral. Os resultados também apontaram eficácia de ambos os tratamentos, sem diferenças significativas entre as terapias quanto a profundidade de sondagem, nível de inserção clínica, SS e percentual de sítios com profundidade de sondagem ≥ 5 mm.

Os dados agregados de ambos estudos não apontam diferenças significativas para parâmetros de redução de profundidade de sondagem e ganho de inserção clínica, nem antes da fase subgengival, nem após a fase subgengival da terapia. Os dados de redução do percentual de sangramento à sondagem e percentual de sítios com profundidade de sondagem ≥ 5 mm também não demonstraram diferenças entre ambas abordagens, nem antes da fase subgengival, nem após a fase subgengival da terapia.

Em conclusão, parece não haver diferenças importantes entre ambas as abordagens. A escassa literatura disponível e sua certeza nessas comparações

indica que novos estudos podem mudar essas conclusões. Ressalta-se que independente da modalidade terapêutica escolhida, procedimentos de motivação, instruções de higiene oral individualizadas e acompanhamento de mudanças comportamentais do indivíduo durante as terapias são fundamentais. Ainda, a habilidade, experiência e preferências do profissional, a disponibilidade de equipamentos/instrumentais adequados e o perfil do indivíduo devem ser considerados na tomada de decisão.

Recomendações

Para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, o painel sugere que podem ser consideradas tanto abordagens em duas fases (1ª fase: instrumentação supragengival apenas; 2ª fase: instrumentação subgengival sob anestesia local) ou em fase única (instrumentação supra/subgengivais sob anestesia local), desde que sejam realizadas motivação, instruções de higiene oral individualizadas e acompanhamento de mudanças comportamentais do indivíduo durante as terapias. Ainda, a habilidade do profissional, a disponibilidade de equipamentos/instrumentais adequados e o perfil do usuário devem ser considerados na tomada de decisão.

Deve-se ressaltar que as consultas que envolvam o controle do biofilme supra e subgengival, em uma mesma sessão, demandam maior tempo clínico para cada sessão individual. De forma similar à recomendação fornecida na questão 12, a disponibilidade e conforto do usuário, o quadro clínico e a logística do serviço odontológico, atentando-se para a resolutividade do caso, deverão ser consideradas.

Observações

Tem-se postulado que o tratamento da periodontite deve iniciar por uma primeira abordagem para remoção dos depósitos dentários supragengivais e fatores retentivos de placa, associadas às orientações de higiene oral individualizadas e, se for o caso, aconselhamento para controle de fatores de risco. Na sequência, uma segunda fase (relacionada à causa), onde a instrumentação subgengival buscará reduzir/eliminar o biofilme dental e cálculo

subgengivais (JENTSCH *et al.*, 2020; SUVAN *et al.*, 2020), permitindo então uma adequada cicatrização dos tecidos periodontais.

Essa sequência de abordagem em duas fases parece ser mais interessante, pois, primeiramente, dará melhores condições para que o binômio usuário-profissional alcance mudanças comportamentais necessárias (reduções de placa dental e inflamação gengival), previamente à fase de instrumentação subgengival (GOMES *et al.*, 2014). Esses avanços contribuirão para motivar o indivíduo na fase inicial da terapia periodontal, uma vez que o resultado da fase supragengival (ex. redução de pontos sangrantes e de edema gengival) pode funcionar como fator motivacional para o usuário perceber o efeito benéfico do seu esforço e de sua mudança comportamental (MENDEZ *et al.*, 2017). Segundo, porque a diminuição dos níveis de placa dental e inflamação gengival modificam tanto a quantidade, quanto a composição do biofilme subgengival (HAFFAJEE; TELES; SOCRANSKY, 2006), reduzindo necessidades de tratamento subgengival, bem como a gravidade das profundidades de sondagens e, conseqüentemente, a complexidade da fase subgengival da terapia (ANGST *et al.*, 2013; FERES *et al.*, 2009; GOMES *et al.*, 2007; LÓPEZ *et al.*, 2014).

Por outro lado, uma alternativa a essa abordagem convencional seria a realização da instrumentação supra e subgengivais simultaneamente, sob anestesia local (SUVAN *et al.*, 2020). Essa abordagem se justificaria, em tese, pelo menor tempo despendido para a finalização da fase ativa da terapia e pela constatação de que as mudanças comportamentais de higiene bucal são normalmente lentas, devendo ser trabalhadas também na fase subgengival (JÖNSSON; ABRAHAMSSON, 2020; SANZ *et al.*, 2020). Ainda, a necessidade de anestesia local para a instrumentação garantiria ao indivíduo uma experiência de tratamento mais confortável, especialmente com histórico de periodontite e hipersensibilidade dentinária (VAN STEENBERGHE *et al.*, 2004).

Quadro 23. Recomendação baseada em evidência científica para a questão 18.

18) Há diferenças na eficácia da terapia periodontal quando a abordagem profissional de remoção de biofilme dental e fatores retentivos de biofilme são conduzidos separadamente *versus* quando são conduzidos concomitantemente à abordagem profissional subgengival?

Para indivíduos que estão recebendo tratamento para periodontite, **o painel sugere que podem ser consideradas** tanto abordagens em duas fases (1ª fase: instrumentação supragengival apenas; 2ª fase: instrumentação subgengival sob anestesia local) ou em fase única (instrumentação supra/subgengivais sob anestesia local), desde que sejam realizadas motivação, instruções de higiene oral individualizadas e acompanhamento de mudanças comportamentais do indivíduo durante as terapias. Ainda, a habilidade do profissional, a disponibilidade de equipamentos/instrumentais adequados e o perfil do usuário devem ser considerados na tomada de decisão.

Literatura de suporte: de Oliveira CM, Oliveira LM, Zanatta FB (2021) (dados não publicados); GOMES *et al.*, 2014; JENTSCH; *et al.*, 2020.

Evidência disponível: Dois ensaios clínicos randomizados.

Recomendação GRADE: ⊕○○○ †

Força do consenso: Consenso unânime (0% do grupo absteve-se devido a potencial conflito de interesse).

REFERÊNCIAS

AIMETTI, M. Nonsurgical periodontal treatment. **Int J Esthet Dent**, v. 9, n. 2, p. 251-267, 2014.

ALBANDAR, J. M. *et al.* Gingival inflammation and subgingival calculus as determinants of disease progression in early-onset periodontitis. **J Clin Periodontol**, v. 25, n. 3, p. 231-237, Mar 1998.

AN, R.; XIANG, X. Age-period-cohort analyses of obesity prevalence in US adults. **Public Health**, v. 141, p. 163-169, Dez 2016.

ANDERSEN, L. B.; MOTA, J.; DI PIETRO, L. Update on the global pandemic of physical inactivity. **Lancet**, v. 388, n. 10051, p. 1255-1256, Set 2016.

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.

ANGST, P. D. *et al.* Response of molars and non-molars to a strict supragingival control in periodontal patients. **Braz Oral Res**, v. 27, n. 1, p. 55-60, 2013 Jan-Fev 2013.

APATZIDOU, D. A.; KINANE, D. F. Quadrant root planing versus same-day full-mouth root planing. I. Clinical findings. **J Clin Periodontol**, v. 31, n. 2, p. 132-140, Fev 2004.

ARAÚJO, M. R. *et al.* Psychological, behavioral, and clinical effects of intra-oral camera: a randomized control trial on adults with gingivitis. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 44, n. 6, p. 523-530, 2016.

ARMITAGE, G. C.; SVANBERG, G. K.; LÖE, H. Microscopic evaluation of clinical measurements of connective tissue attachment levels. **J Clin Periodontol**, v. 4, n. 3, p. 173-190, Ago 1977.

ARONNE, L. J.; SEGAL, K. R. Adiposity and fat distribution outcome measures: assessment and clinical implications. **Obes Res**, v. 10 Suppl 1, p. 14S-21S, Nov 2002.

AXELSSON, P.; NYSTRÖM, B.; LINDHE, J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults.

Results after 30 years of maintenance. **J Clin Periodontol**, v. 31, n. 9, p. 749-757, Set 2004.

BAAB, D.; WEINSTEIN, P. Longitudinal evaluation of a self-inspection plaque index in periodontal recall patients. **J Clin Periodontol**, v. 13, n. 4, p. 313-318, Abr 1986.

BADERSTEN, A.; NILVEUS, R.; EGELBERG, J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. I. Moderately advanced periodontitis. **J Clin Periodontol**, v. 8, n. 1, p. 57-72, Fev 1981.

BADERSTEN, A.; NILVEUS, R.; EGELBERG, J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. II. Severely advanced periodontitis. **J Clin Periodontol**, v. 11, n. 1, p. 63-76, Jan 1984.

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.

BAEZA, M. *et al.* Effect of periodontal treatment in patients with periodontitis and diabetes: systematic review and meta-analysis. **J Appl Oral Sci**, v. 28, p. e20190248, 2020.

BARENDREGT, D. S. *et al.* Penetration depths with an ultrasonic mini insert compared with a conventional curette in patients with periodontitis and in periodontal maintenance. **J Clin Periodontol**, v. 35, n. 1, p. 31-36, Jan 2008.

BARTH, J. *et al.* Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 7, p. CD006886, Jul 2015.

BECK, J. D. *et al.* Periodontal Medicine: 100 Years of Progress. **J Dent Res**, v. 98, n. 10, p. 1053-1062, 2019.

BOTTERI, E. *et al.* Smoking and Colorectal Cancer Risk, Overall and by Molecular Subtypes: A Meta-Analysis. **Am J Gastroenterol**, v. 115, n. 12, p. 1940-1949, 2020.

BRAND, V. S. *et al.* Impact of single-session motivational interviewing on clinical outcomes following periodontal maintenance therapy. **Int J Dent Hyg**, v. 11, n. 2, p. 134-141, Maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de saúde bucal - Resultados principais. Ministério da Saúde. Brasília. 1a edição 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – 2. ed. atualizada [versão eletrônica] – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BREININGER, D. R.; O'LEARY, T. J.; BLUMENSHINE, R. V. Comparative effectiveness of ultrasonic and hand scaling for the removal of subgingival plaque and calculus. **J Periodontol**, v. 58, n. 1, p. 9-18, Jan 1987.

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.

BURGETT, F. G. *et al.* A randomized trial of occlusal adjustment in the treatment of periodontitis patients. **J Clin Periodontol**, v. 19, n. 6, p. 381-387, Jul 1992.

CAMPIÑO, J. I. *et al.* Association between traumatic occlusal forces and periodontitis: A systematic review. **J Int Acad Periodontol**, v. 21, n. 4, p. 148-158, 2019.

CANAKÇI, C. F.; CANAKÇI, V. Pain experienced by patients undergoing different periodontal therapies. **J Am Dent Assoc**, v. 138, n. 12, p. 1563-1573, Dez 2007.

CARRA, M. C. *et al.* Promoting behavioural changes to improve oral hygiene in patients with periodontal diseases: A systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 72-89, Jul 2020.

CATON, J. G. *et al.* A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. **J Periodontol**, v. 89 Suppl 1, p. S1-S8, 2018.

CHAPPLE, I. L. *et al.* Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S71-76, Abr 2015.

CHEN, X. *et al.* Effects of Exercise on Inflammatory Cytokines in Patients with Type 2 Diabetes: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. **Oxid Med Cell Longev**, 2020, p. 6660557, 2020.

COBB, C. M. Non-surgical pocket therapy: mechanical. **Ann Periodontol**, v. 1, n. 1, p. 443-490, Nov 1996.

COBB, C. M. Clinical significance of non-surgical periodontal therapy: an evidence-based perspective of scaling and root planing. **J Clin Periodontol**, v. 29 Suppl 2, p. 6-16, Maio 2002.

COSYN, J. *et al.* Clinical effects of an essential oil solution used as a coolant during ultrasonic root debridement. **Int J Dent Hyg**, v. 11, n. 1, p. 62-68, Fev 2013.

DA COSTA, L. F. N. P. *et al.* Chlorhexidine mouthwash as an adjunct to mechanical therapy in chronic periodontitis: A meta-analysis. **J Am Dent Assoc**, v. 148, n. 5, p. 308-318, 2017.

DANSER, M. M. *et al.* Short-term effect of full-mouth extraction on periodontal pathogens colonizing the oral mucous membranes. **J Clin Periodontol**, v. 21, n. 7, p. 484-489, Ago 1994.

DANTAS, P. P. A. *et al.* Pairs of natural teeth rather than use of dental prosthesis are associated with nutritional status in older adults: A cross-sectional study. **J Dent**, v. 108, p. 103656, Abr 2021.

DE CARVALHO SOUZA VIEIRA, M. *et al.* Effect of physical exercise on the cardiorespiratory fitness of men-A systematic review and meta-analysis. **Maturitas**, v. 115, p. 23-30, Set 2018.

DEL PELOSO RIBEIRO, E. *et al.* Periodontal debridement as a therapeutic approach for severe chronic periodontitis: a clinical, microbiological and immunological study. **J Clin Periodontol**, v. 35, n. 9, p. 789-798, Set 2008.

DERMAN, S. H. *et al.* Pocket-depths-related effectiveness of an intrapocket anaesthesia gel in periodontal maintenance patients. **Int J Dent Hyg**, v. 12, n. 2, p. 141-144, Maio 2014.

DYER, A. R.; ELLIOTT, P.; SHIPLEY, M. Body mass index versus height and weight in relation to blood pressure. Findings for the 10,079 persons in the INTERSALT Study. **Am J Epidemiol**, v. 131, n. 4, p. 589-596, Abr 1990.

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.

FENG, H. S. *et al.* Subgingival ultrasonic instrumentation of residual pockets irrigated with essential oils: a randomized controlled trial. **J Clin Periodontol**, v. 38, n. 7, p. 637-643, Jul 2011.

FERES, M. *et al.* Clinical and microbiological benefits of strict supragingival plaque control as part of the active phase of periodontal therapy. **J Clin Periodontol**, v. 36, n. 10, p. 857-867, Out 2009.

FIGUERO, E.; HAN, Y. W.; FURUICHI, Y. Periodontal diseases and adverse pregnancy outcomes: Mechanisms. **Periodontol 2000**, v. 83, n. 1, p. 175-188, 2020.

FIGUERO, E. *et al.* Mechanical and chemical plaque control in the simultaneous management of gingivitis and caries: a systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 44 Suppl 18, p. S116-S134, Mar 2017.

FIGUERO, E. *et al.* Efficacy of adjunctive therapies in patients with gingival inflammation: A systematic review and meta-analysis. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 125-143, 2020.

FONSECA, D. C. *et al.* Clinical and Microbiologic Evaluation of Scaling and Root Planing per Quadrant and One-Stage Full-Mouth Disinfection Associated With Azithromycin or Chlorhexidine: A Clinical Randomized Controlled Trial. **J Periodontol**, v. 86, n. 12, p. 1340-1351, Dez 2015.

FOZ, A. M. *et al.* Occlusal adjustment associated with periodontal therapy--a systematic review. **J Dent**, v. 40, n. 12, p. 1025-1035, Dez 2012.

FRIDELL, S. *et al.* A randomised study in young subjects of the effects of eating extra fruit or nuts on periodontal inflammation. **BDJ Open**, v. 4, p. 17022, 2018.

GENCO, R. J.; BORGNAKKE, W. S. Diabetes as a potential risk for periodontitis: association studies. **Periodontol 2000**, v. 83, n. 1, p. 40-45, 2020.

GEORGE, R. P. *et al.* Effects of tetracycline-containing gel and a mixture of tetracycline and citric acid-containing gel on non-surgical periodontal therapy. **Indian J Dent Res**, v. 24, n. 1, p. 52-59, 2013 Jan-Fev 2013.

GLAVIND, L.; ZEUNER, E.; ATTSTRÖM, R. Oral hygiene instruction of adults by means of a self-instructional manual. **J Clin Periodontol**, v. 8, n. 3, p. 165-176, Jun 1981.

GLAVIND, L.; ZEUNER, E.; ATTSTRÖM, R. Oral cleanliness and gingival health following oral hygiene instruction by self-educational programs. **J Clin Periodontol**, v. 11, n. 4, p. 262-273, Abr 1984.

GOMES, S. C. *et al.* Effect of supragingival plaque control in smokers and never-smokers: 6-month evaluation of patients with periodontitis. **J Periodontol**, v. 78, n. 8, p. 1515-1521, Ago 2007.

GOMES, S. C. *et al.* Supragingival treatment as an aid to reduce subgingival needs: a 450-day investigation. **Braz Oral Res**, v. 28, doi: 10.1590/S1806-83242014.50000004. 2014.

GONZALES, J. R. *et al.* A novel approach to the use of subgingival controlled-release chlorhexidine delivery in chronic periodontitis: a randomized clinical trial. **J Periodontol**, v. 82, n. 8, p. 1131-1139, Ago 2011.

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.

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.

HAFFAJEE, A. D.; TELES, R. P.; SOCRANSKY, S. S. The effect of periodontal therapy on the composition of the subgingival microbiota. **Periodontol 2000**, v. 42, p. 219-258, 2006.

HASAN, B. *et al.* Weight Loss and Serum Lipids in Overweight and Obese Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **J Clin Endocrinol Metab**, v. 105, n. 12, 2020.

HEITZ-MAYFIELD, L. J.; LANG, N. P. Surgical and nonsurgical periodontal therapy. Learned and unlearned concepts. **Periodontol 2000**, v. 62, n. 1, p. 218-231, Jun 2013.

HELAL, O. *et al.* Predictors for tooth loss in periodontitis patients: Systematic review and meta-analysis. **J Clin Periodontol**, v. 46, n. 7, p. 699-712, 2019.

HERRERA, D. *et al.* Adjunctive effect of locally delivered antimicrobials in periodontitis therapy: A systematic review and meta-analysis. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 239-256, 2020.

HOLMER, H. *et al.* Improved General and Oral Health in Diabetic Patients by an Okinawan-Based Nordic Diet: A Pilot Study. **Int J Mol Sci**, v. 19, n. 7, 2018.

IOANNOU, I. *et al.* Hand instrumentation versus ultrasonic debridement in the treatment of chronic periodontitis: a randomized clinical and microbiological trial. **J Clin Periodontol**, v. 36, n. 2, p. 132-141, Feb 2009.

JAIN, R.; MOHAMED, F.; HEMALATHA, M. Minocycline containing local drug delivery system in the management of chronic periodontitis: A randomized controlled trial. **J Indian Soc Periodontol**, v. 16, n. 2, p. 179-183, Abr 2012.

JENTSCH, H. F. R. *et al.* Professional tooth cleaning prior to non-surgical periodontal therapy: A randomized clinical trial. **J Periodontol**, v. 91, n. 2, p. 174-182, 2020.

JENZSCH, A. *et al.* Nutritional intervention in patients with periodontal disease: clinical, immunological and microbiological variables during 12 months. **Br J Nutr**, v. 101, n. 6, p. 879-885, Mar 2009.

JEONG, S. N. *et al.* Effects of tetracycline-containing gel and a mixture of tetracycline and citric acid-containing gel on non-surgical periodontal therapy. **J Periodontol**, v. 65, n. 9, p. 840-847, Set 1994.

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.* Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. **J Clin Periodontol**, v. 45 Suppl 20, p. S219-S229, 2018.

JONES, C. G. Chlorhexidine: is it still the gold standard? **Periodontol 2000**, v. 15, p. 55-62, Out 1997.

JÖNSSON, B.; ABRAHAMSSON, K. H. Overcoming behavioral obstacles to prevent periodontal disease: Behavioral change techniques and self-performed periodontal infection control. **Periodontol** 2000, v. 84, n. 1, p. 134-144, 2020.

JÖNSSON, B. *et al.* Improved compliance and self-care in patients with periodontitis--a randomized control trial. **Int J Dent Hyg**, v. 4, n. 2, p. 77-83, Maio 2006.

JÖNSSON, B. *et al.* The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behaviour in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up). **J Clin Periodontol**, v. 36, n. 12, p. 1025-1034, Dez 2009.

JÖNSSON, B. *et al.* Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health. **J Clin Periodontol**, v. 37, n. 10, p. 912-919, Out 2010.

KAMATH, D. G.; UMESH NAYAK, S. Detection, removal and prevention of calculus: Literature Review. **Saudi Dent J**, v. 26, n. 1, p. 7-13, Jan 2014.

KAPELLAS, K. *et al.* Effects of full-mouth scaling on the periodontal health of Indigenous Australians: a randomized controlled trial. **J Clin Periodontol**, v. 40, n. 11, p. 1016-1024, Nov 2013.

KASSEBAUM, N. J. *et al.* Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. **J Dent Res**, v. 93, n. 11, p. 1045-1053, Nov 2014.

KHATTRI, S. *et al.* Adjunctive systemic antimicrobials for the non-surgical treatment of periodontitis. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 11, p. CD012568, 2020.

KINANE, D. F.; RADVAR, M. A six-month comparison of three periodontal local antimicrobial therapies in persistent periodontal pockets. **J Periodontol**, v. 70, n. 1, p. 1-7, Jan 1999.

KINGMAN, A.; SUSIN, C.; ALBANDAR, J. M. Effect of partial recording protocols on severity estimates of periodontal disease. **J Clin Periodontol**, v. 35, n. 8, p. 659-667, Ago 2008.

KONDO, K. *et al.* A high-fiber, low-fat diet improves periodontal disease markers in high-risk subjects: a pilot study. **Nutr Res**, v. 34, n. 6, p. 491-498, Jun 2014.

KOSHY, G. *et al.* Effects of single-visit full-mouth ultrasonic debridement versus quadrant-wise ultrasonic debridement. **J Clin Periodontol**, v. 32, n. 7, p. 734-743, Jul 2005.

KRISHNA, R.; DE STEFANO, J. A. Ultrasonic vs. hand instrumentation in periodontal therapy: clinical outcomes. **Periodontol 2000**, v. 71, n. 1, p. 113-127, Jun 2016.

KRÜCK, C. *et al.* Clinical and microbiologic results 12 months after scaling and root planing with different irrigation solutions in patients with moderate chronic periodontitis: a pilot randomized trial. **J Periodontol**, v. 83, n. 3, p. 312-320, Mar 2012.

LANG, N. P. Indications and rationale for non-surgical periodontal therapy. **Int Dent J**, v. 33, n. 2, p. 127-136, Jun 1983.

LECIC, J. *et al.* Different methods for subgingival application of chlorhexidine in the treatment of patients with chronic periodontitis. **Acta Odontol Scand**, v. 74, n. 6, p. 502-507, Ago 2016.

LEKNES, K. N. *et al.* Influence of tooth instrumentation roughness on gingival tissue reactions. **J Periodontol**, v. 67, n. 3, p. 197-204, Mar 1996.

LIE, T.; BRUUN, G.; BÖE, O. E. Effects of topical metronidazole and tetracycline in treatment of adult periodontitis. **J Periodontol**, v. 69, n. 7, p. 819-827, Jul 1998.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of psychology**, v. 22, p.1-55, 1932.

LITTLE, S. J. *et al.* Effective group behavioral intervention for older periodontal patients. **J Periodontal Res**, v. 32, n. 3, p. 315-325, Abr 1997.

LOGGNER GRAFF, I.; ASKLÖW, B.; THORSTENSSON, H. Full-mouth versus quadrant-wise scaling--clinical outcome, efficiency and treatment discomfort. **Swed Dent J**, v. 33, n. 3, p. 105-113, 2009.

LÓPEZ, N. J. *et al.* Routine prophylaxes every 3 months improves chronic periodontitis status in type 2 diabetes. **J Periodontol**, v. 85, n. 7, p. e232-240, Jul 2014.

LÖE, H. The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems. **J Periodontol**, v. 38, n. 6, p. Suppl:610-616, 1967 Nov-Dez 1967.

LÖE, H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 16, n. 1, p. 329-334, Jan 1993.

LÖE, H. *et al.* Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. **J Clin Periodontol**, v. 13, n. 5, p. 431-445, Maio 1986.

MACALPINE, R. *et al.* Antimicrobial irrigation of deep pockets to supplement oral hygiene instruction and root debridement. I. Bi-weekly irrigation. **J Clin Periodontol**, v. 12, n. 7, p. 568-577, Ago 1985.

MARTINEZ-HERRERA, M. *et al.* Dietary therapy and non-surgical periodontal treatment in obese patients with chronic periodontitis. **J Clin Periodontol**, v. 45, n. 12, p. 1448-1457, 2018.

MCDOWELL, K. *et al.* Effects of intentional weight loss in patients with obesity and heart failure: a systematic review. **Obes Rev**, v. 19, n. 9, p. 1189-1204, 2018.

MENDEZ, M. *et al.* Impacts of supragingival and subgingival periodontal treatments on oral health-related quality of life. **Int J Dent Hyg**, v. 15, n. 2, p. 135-141, Maio 2017.

MITCHELL, L. J. *et al.* Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. **J Acad Nutr Diet**, v. 117, n. 12, p. 1941-1962, Dez 2017.

MOMBELLI, A.; CIONCA, N.; ALMAGHLOUTH, A. Does adjunctive antimicrobial therapy reduce the perceived need for periodontal surgery? **Periodontol 2000**, v. 55, n. 1, p. 205-216, Fev 2011.

MONSARRAT, P. *et al.* Clinical research activity in periodontal medicine: a systematic mapping of trial registers. **J Clin Periodontol**, v. 43, n. 5, p. 390-400, 2016.

MOROZUMI, T. *et al.* Effects of irrigation with an antiseptic and oral administration of azithromycin on bacteremia caused by scaling and root planing. **J Periodontol**, v. 81, n. 11, p. 1555-1563, Nov 2010.

MUNIZ, F. W. M. G. *et al.* Comparison Between Hand and Sonic/ Ultrasonic Instruments for Periodontal Treatment: Systematic Review with Meta-Analysis. **J Int Acad Periodontol**, v. 22, n. 4, p. 187-204, 2020.

NEEDLEMAN, I.; NIBALI, L.; DI IORIO, A. Professional mechanical plaque removal for prevention of periodontal diseases in adults--systematic review update. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S12-35, Abr 2015.

NEWTON, J. T.; ASIMAKOPOULOU, K. Managing oral hygiene as a risk factor for periodontal disease: a systematic review of psychological approaches to behaviour change for improved plaque control in periodontal management. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S36-46, Abr 2015.

NIGATU, T. Epidemiology, complications and management of diabetes in Ethiopia: a systematic review. **J Diabetes**, v. 4, n. 2, p. 174-180, Jun 2012.

NISHIHARA, U. *et al.* A periodontal disease care program for patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. **J Gen Fam Med**, v. 18, n. 5, p. 249-257, 2017.

NOCITI, F. H.; CASATI, M. Z.; DUARTE, P. M. Current perspective of the impact of smoking on the progression and treatment of periodontitis. **Periodontol 2000**, v. 67, n. 1, p. 187-210, Fev 2015.

OMORI, S. *et al.* Exercise habituation is effective for improvement of periodontal disease status: a prospective intervention study. **Ther Clin Risk Manag**, v. 14, p. 565-574, 2018.

OOSTERWAAL, P. J. *et al.* The effect of subgingival debridement with hand and ultrasonic instruments on the subgingival microflora. **J Clin Periodontol**, v. 14, n. 9, p. 528-533, Out 1987.

OOSTERWAAL, P. J. *et al.* Comparison of the antimicrobial effect of the application of chlorhexidine gel, amine fluoride gel and stannous fluoride gel in debrided periodontal pockets. **J Clin Periodontol**, v. 18, n. 4, p. 245-251, Abr 1991.

OZEMEK, C.; LAVIE, C. J.; ROGNMO, Ø. Global physical activity levels - Need for intervention. **Prog Cardiovasc Dis**, v. 62, n. 2, p. 102-107, 2019 Mar - Abr 2019.

PAGE, R. C.; KORNMAN, K. S. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. **Periodontol 2000**, v. 14, p. 9-11, Jun 1997.

PAPAPANOU, P. N. *et al.* Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. **J Clin Periodontol**, v. 45 Suppl 20, p. S162-S170, 2018.

PAVIA, M.; NOBILE, C. G.; ANGELILLO, I. F. Meta-analysis of local tetracycline in treating chronic periodontitis. **J Periodontol**, v. 74, n. 6, p. 916-932, Jun 2003.

PERAYIL, J. *et al.* Comparison of the efficacy of subgingival irrigation with 2% povidone-iodine and tetracycline HCl in subjects with chronic moderate periodontitis: A clinico microbiological study. **Dent Res J (Isfahan)**, v. 13, n. 2, p. 98-109, 2016 Mar-Abr 2016.

PERIODONTOLOGY, A. A. O.; DENTISTRY, A. A. O. P. Guideline for periodontal therapy. **Pediatr Dent**, v. 27, n. 7 Suppl, p. 197-201, 2005-2006 2005.

PUCIATO, D.; ROZPARA, M.; BORYSIUK, Z. Physical Activity as a Determinant of Quality of Life in Working-Age People in Wrocław, Poland. **Int J Environ Res Public Health**, v. 15, n. 4, 2018.

QUIRYNEN, M. *et al.* Full- vs. partial-mouth disinfection in the treatment of periodontal infections: short-term clinical and microbiological observations. **J Dent Res**, v. 74, n. 8, p. 1459-1467, Ago 1995.

QUIRYNEN, M. *et al.* Benefit of "one-stage full-mouth disinfection" is explained by disinfection and root planing within 24 hours: a randomized controlled trial. **J Clin Periodontol**, v. 33, n. 9, p. 639-647, Set 2006.

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.

RAMAKRISHNAN, R. *et al.* Objectively measured physical activity and all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. **Prev Med**, v. 143, p. 106356, Fev 2021.

RAMS, T. E.; SLOTS, J. Local delivery of antimicrobial agents in the periodontal pocket. **Periodontol 2000**, v. 10, p. 139-159, Fev 1996.

RAMSAY, C. R. *et al.* Improving the Quality of Dentistry (IQuaD): a cluster factorial randomised controlled trial comparing the effectiveness and cost-benefit of oral hygiene advice and/or periodontal instrumentation with routine care for the prevention and management of periodontal disease in dentate adults attending dental primary care. **Health Technol Assess**, v. 22, n. 38, p. 1-144, 2018.

RAMSEIER, C. A. *et al.* Natural history of periodontitis: Disease progression and tooth loss over 40 years. **J Clin Periodontol**, v. 44, n. 12, p. 1182-1191, Dez 2017.

RAMSEIER, C. A.; SUVAN, J. E. Behaviour change counselling for tobacco use cessation and promotion of healthy lifestyles: a systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S47-58, Abr 2015.

RAMSEIER, C. A. *et al.* Impact of risk factor control interventions for smoking cessation and promotion of healthy lifestyles in patients with periodontitis: A systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 90-106, Jul 2020.

RATEITSCHAK-PLÜSS, E. M. *et al.* Non-surgical periodontal treatment: where are the limits? An SEM study. **J Clin Periodontol**, v. 19, n. 4, p. 240-244, Abr 1992.

RENVERT, S. *et al.* Effect of root debridement on the elimination of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and *Bacteroides gingivalis* from periodontal pockets. **J Clin Periodontol**, v. 17, n. 6, p. 345-350, Jul 1990.

RIBEIRO, A. S. *et al.* Physical Activity and Sitting Time Are Specifically Associated With Multiple Chronic Diseases and Medicine Intake in Brazilian Older Adults. **J Aging Phys Act**, v. 26, n. 4, p. 608-613, 2018.

ROJER, A. G. *et al.* The prevalence of malnutrition according to the new ESPEN definition in four diverse populations. **Clin Nutr**, v. 35, n. 3, p. 758-762, 2016.

RYAN, M. E. Nonsurgical approaches for the treatment of periodontal diseases. **Dent Clin North Am**, v. 49, n. 3, p. 611-636, vii, Jul 2005.

SAENGTIPBOVORN, S.; TANEEPANICHSKUL, S. Effectiveness of lifestyle change plus dental care program in improving glycemic and periodontal status in aging patients with diabetes: a cluster, randomized, controlled trial. **J Periodontol**, v. 86, n. 4, p. 507-515, Abr 2015.

SALES-PERES, S. H. C. *et al.* Weight loss after bariatric surgery and periodontal changes: a 12-month prospective study. **Surg Obes Relat Dis**, v. 13, n. 4, p. 637-642, Abr 2017.

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.

SCHENKEIN, H. A. *et al.* Mechanisms underlying the association between periodontitis and atherosclerotic disease. **Periodontol 2000**, v. 83, n. 1, p. 90-106, 2020.

SCHMIDLIN, P. R. *et al.* Tooth substance loss resulting from mechanical, sonic and ultrasonic root instrumentation assessed by liquid scintillation. **J Clin Periodontol**, v. 28, n. 11, p. 1058-1066, Nov 2001.

SCHÄTZLE, M. *et al.* Clinical course of chronic periodontitis. I. Role of gingivitis. **J Clin Periodontol**, v. 30, n. 10, p. 887-901, Out 2003.

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.

SECADES-VILLA, R. *et al.* Psychological, pharmacological, and combined smoking cessation interventions for smokers with current depression: A systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 12, n. 12, p. e0188849, 2017.

SEMLITSCH, T. *et al.* Long-term effects of weight-reducing diets in people with hypertension. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 2, p. CD008274, 2021.

SGOLASTRA, F. *et al.* Adjunctive systemic antimicrobials in the treatment of chronic periodontitis: A systematic review and network meta-analysis. **J Periodontal Res**, v. 56, n. 2, p. 236-248, Abr 2021.

SHI, S. W. *et al.* Influence of local anesthesia on the outcomes of non-surgical periodontal treatment. **Chin Med J (Engl)**, v. 133, n. 16, p. 1908-1914, Ago 2020.

SHILOAH, J.; PATTERS, M. R. DNA probe analyses of the survival of selected periodontal pathogens following scaling, root planing, and intra-pocket irrigation. **J Periodontol**, v. 65, n. 6, p. 568-575, Jun 1994.

SIOPIS, G.; COLAGIURI, S.; ALLMAN-FARINELLI, M. Effectiveness of dietetic intervention for people with type 2 diabetes: A meta-analysis. **Clin Nutr**, v. 40., n. 5, p.3114-3122, Maio 2021.

SMILEY, C. J. *et al.* Evidence-based clinical practice guideline on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis by means of scaling and root planing with or without adjuncts. **J Am Dent Assoc**, v. 146, n. 7, p. 525-535, Jul 2015.

SRINIVASULU, G. *et al.* Relationship between stimulated salivary factors, dental caries status and nutritional condition among institutionalized elderly people. **Oral Health Dent Manag**, v. 13, n. 1, p. 49-53, Mar 2014.

STEFFENS, J. P.; MARCANTONIO, R. A. C. Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 47, n. 4, p. 189-197, 2018.

STENMAN, J. *et al.* A single session of motivational interviewing as an additive means to improve adherence in periodontal infection control: a randomized controlled trial. **J Clin Periodontol**, v. 39, n. 10, p. 947-954, Out 2012.

STENMAN, J.; WENNSTRÖM, J. L.; ABRAHAMSSON, K. H. A brief motivational interviewing as an adjunct to periodontal therapy-A potential tool to reduce relapse in oral hygiene behaviours. A three-year study. **Int J Dent Hyg**, v. 16, n. 2, p. 298-304, Maio 2018.

SUDHANSHU, A. *et al.* Impact of Yoga on Periodontal Disease and Stress Management. **Int J Yoga**, v. 10, n. 3, p. 121-127, 2017 Set-Dez 2017.

SUSIN, C.; KINGMAN, A.; ALBANDAR, J. M. Effect of partial recording protocols on estimates of prevalence of periodontal disease. **J Periodontol**, v. 76, n. 2, p. 262-267, Fev 2005.

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

SUVAN, J. *et al.* Subgingival instrumentation for treatment of periodontitis. A systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 155-175, Jul 2020.

SUVAN, J. E.; FINER, N.; D'AIUTO, F. Periodontal complications with obesity. **Periodontol 2000**, v. 78, n. 1, p. 98-128, 2018.

SWIERKOT, K. *et al.* One-stage full-mouth disinfection versus quadrant and full-mouth root planing. **J Clin Periodontol**, v. 36, n. 3, p. 240-249, Mar 2009.

SÄLZER, S. *et al.* Contemporary practices for mechanical oral hygiene to prevent periodontal disease. **Periodontol 2000**, v. 84, n. 1, p. 35-44, 2020.

TEDESCO, L. A. *et al.* Effect of a social cognitive intervention on oral health status, behavior reports, and cognitions. **J Periodontol**, v. 63, n. 7, p. 567-575, Jul 1992.

TEEUW, W. J.; GERDES, V. E.; LOOS, B. G. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. **Diabetes Care**, v. 33, n. 2, p. 421-427, Fev 2010.

TEEUW, W. J. *et al.* Treatment of periodontitis improves the atherosclerotic profile: a systematic review and meta-analysis. **J Clin Periodontol**, v. 41, n. 1, p. 70-79, Jan 2014.

TELES, R. P.; HAFFAJEE, A. D.; SOCRANSKY, S. S. Microbiological goals of periodontal therapy. **Periodontol 2000**, v. 42, p. 180-218, 2006.

TELES, R. *et al.* Lessons learned and unlearned in periodontal microbiology. **Periodontol 2000**, v. 62, n. 1, p. 95-162, Jun 2013.

TEUGHEL, W. *et al.* Adjunctive effect of systemic antimicrobials in periodontitis therapy: A systematic review and meta-analysis. **J Clin Periodontol**, v. 47 Suppl 22, p. 257-281, 2020.

TONETTI, M. S.; GREENWELL, H.; KORNMAN, K. S. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. **J Clin Periodontol**, v. 45 Suppl 20, p. S149-S161, 2018.

TONIAZZO, M. P. *et al.* Relationship of nutritional status and oral health in elderly: Systematic review with meta-analysis. **Clin Nutr**, v. 37, n. 3, p. 824-830, 2018.

TROMBELLI, L.; FRANCESCHETTI, G.; FARINA, R. Effect of professional mechanical plaque removal performed on a long-term, routine basis in the secondary prevention of periodontitis: a systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S221-236, Abr 2015.

TROMBELLI, L. *et al.* Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. **J Clin Periodontol**, v. 45 Suppl 20, p. S44-S67, 2018.

UNSAI, E.; AKKAYA, M.; WALSH, T. F. Influence of a single application of subgingival chlorhexidine gel or tetracycline paste on the clinical parameters of adult periodontitis patients. **J Clin Periodontol**, v. 21, n. 5, p. 351-355, Maio 1994.

VAN DER WEIJDEN, F.; SLOT, D. E. Oral hygiene in the prevention of periodontal diseases: the evidence. **Periodontol 2000**, v. 55, n. 1, p. 104-123, Fev 2011.

VAN DER WEIJDEN, F. A.; SLOT, D. E. Efficacy of homecare regimens for mechanical plaque removal in managing gingivitis a meta review. **J Clin Periodontol**, v. 42 Suppl 16, p. S77-91, Abr 2015.

VAN DYKE, T. E.; SIMA, C. Understanding resolution of inflammation in periodontal diseases: Is chronic inflammatory periodontitis a failure to resolve? **Periodontol 2000**, v. 82, n. 1, p. 205-213, Fev 2020.

VAN LEEUWEN, M. P.; SLOT, D. E.; VAN DER WEIJDEN, G. A. Essential oils compared to chlorhexidine with respect to plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. **J Periodontol**, v. 82, n. 2, p. 174-194, Fev 2011.

VAN STEENBERGHE, D. *et al.* Subgingival minocycline hydrochloride ointment in moderate to severe chronic adult periodontitis: a randomized, double-blind, vehicle-controlled, multicenter study. **J Periodontol**, v. 64, n. 7, p. 637-644, Jul 1993.

VAN STEENBERGHE, D. *et al.* Patients' experience of pain and discomfort during instrumentation in the diagnosis and non-surgical treatment of periodontitis. **J Periodontol**, v. 75, n. 11, p. 1465-1470, Nov 2004.

VAN STRYDONCK, D. A. *et al.* Effect of a chlorhexidine mouthrinse on plaque, gingival inflammation and staining in gingivitis patients: a systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 39, n. 11, p. 1042-1055, Nov 2012.

VAN WINKELHOFF, A. J. *et al.* Black-pigmented Bacteroides and motile organisms on oral mucosal surfaces in individuals with and without periodontal breakdown. **J Periodontal Res**, v. 21, n. 4, p. 434-439, Jul 1986.

VIVEKANANDA, L.; FAIZUDDIN, M. Effect of Weight Reduction on the Serum Adiponectin and Tumor Necrosis Factor- α Levels and the Clinical Parameters of Obese Patients with and without Periodontal Disease. **J Int Soc Prev Community Dent**, v. 9, n. 2, p. 166-171, 2019 Mar-Apr 2019.

WAMBIER, L. M. *et al.* Intra-pocket anaesthesia and pain during probing, scaling and root planing: a systematic review and meta-analysis. **J Clin Periodontol**, v. 43, n. 9, p. 754-766, 2016.

WANG, Y.; LOBSTEIN, T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. **Int J Pediatr Obes**, v. 1, n. 1, p. 11-25, 2006.

WENNSTRÖM, J. L. *et al.* Full-mouth ultrasonic debridement versus quadrant scaling and root planing as an initial approach in the treatment of chronic periodontitis. **J Clin Periodontol**, v. 32, n. 8, p. 851-859, Ago 2005.

WESTON, P.; YAZIZ, Y. A.; MOLES, D. R.; NEEDLEMAN, I. WITHDRAWN: Occlusal interventions for periodontitis in adults. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 11, p. CD004968, 2016.

WISSE, B. E. The inflammatory syndrome: the role of adipose tissue cytokines in metabolic disorders linked to obesity. **J Am Soc Nephrol**, v. 15, n. 11, p. 2792-2800, Nov 2004.

WOELBER, J. P. *et al.* Training of Dental Professionals in Motivational Interviewing can Heighten Interdental Cleaning Self-Efficacy in Periodontal Patients. **Front Psychol**, v. 7, p. 254, 2016a.

WOELBER, J. P. *et al.* An oral health optimized diet can reduce gingival and periodontal inflammation in humans - a randomized controlled pilot study. **BMC Oral Health**, v. 17, n. 1, p. 28, 2016b.

WORTHINGTON, H. V. *et al.* Home use of interdental cleaning devices, in addition to toothbrushing, for preventing and controlling periodontal diseases and dental caries. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 4, p. CD012018, 2019.

ZARE JAVID, A. *et al.* Impact of a customised dietary intervention on antioxidant status, dietary intakes and periodontal indices in patients with adult periodontitis. **J Hum Nutr Diet**, v. 27, n. 6, p. 523-532, Dez 2014.

ZHANG, X. *et al.* Malnutrition and overall survival in older adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. **J Geriatr Oncol**, v. 10, n. 6, p. 874-883, 2019.

ZHANG, Y. B. *et al.* Combined lifestyle factors, all-cause mortality and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. **J Epidemiol Community Health**, v. 75, n. 1, p. 92-99, Jan 2021.

ZHAO, H.; HU, J.; ZHAO, L. Adjunctive subgingival application of Chlorhexidine gel in nonsurgical periodontal treatment for chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis. **BMC Oral Health**, v. 20, n. 1, p. 34, 2020.

Apêndices

Quadro S1. Estratégia de busca realizada na base de dados PubMed para identificação de diretrizes sobre o tema.

#1 - periodontal disease[Title/Abstract] OR periodontal diseases[MeSH Terms] OR periodontal treatment[Title/Abstract] OR periodontal therapy[Title/Abstract] OR subgingival curettage[MeSH Terms] OR periodontal intervention[Title/Abstract] OR periodontium[MeSH Terms] OR periodontics[MeSH Terms] OR periodontal repair[Title/Abstract] OR periodontal regeneration[Title/Abstract] OR periodontitis[Title/Abstract]

#2 - Guideline[Publication type] OR practice guideline[Publication type] OR recommendation*[Title] OR standard*[Title] OR guideline*[Title]

#3 - #1 AND #2

versão preliminar

Figura 1. Fluxograma da inclusão das diretrizes para a prática clínica.

