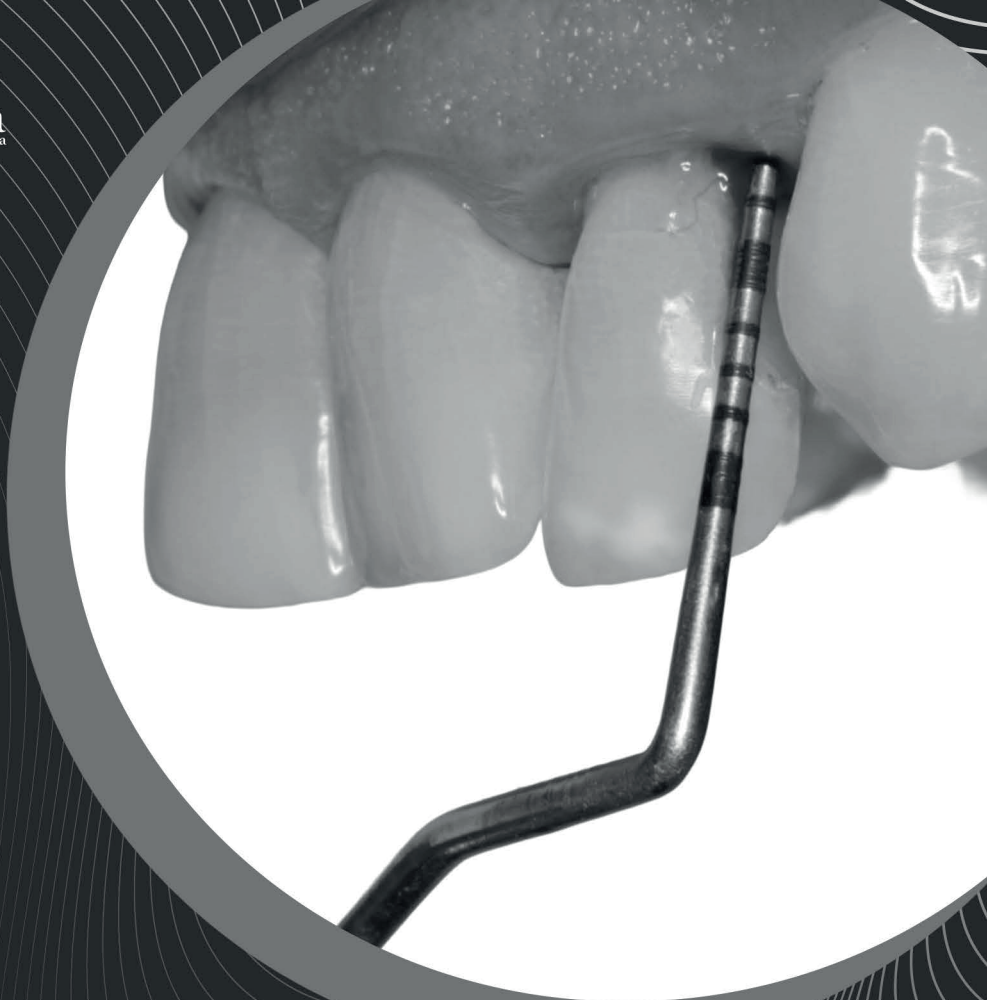




MANEJO PERIODONTAL NÃO CIRÚRGICO

Fernanda Castelo Branco Santos Bettero



MANEJO PERIODONTAL NÃO CIRÚRGICO

Fernanda Castelo Branco Santos Bettero

2025 by Atena Editora

Copyright © 2025 Atena Editora

Copyright do texto © 2025, o autor

Copyright da edição © 2025, Atena Editora

Os direitos desta edição foram cedidos à Atena Editora pelo autor.

Open access publication by Atena Editora

Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira Scheffer

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Yago Raphael Massuqueto Rocha



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

A Atena Editora tem um compromisso sério com a transparência e a qualidade em todo o processo de publicação. Trabalhamos para garantir que tudo seja feito de forma ética, evitando problemas como plágio, manipulação de informações ou qualquer interferência externa que possa comprometer o trabalho.

Se surgir qualquer suspeita de irregularidade, ela será analisada com atenção e tratada com responsabilidade.

O conteúdo do livro, textos, dados e informações, é de responsabilidade total do autor e não representa necessariamente a opinião da Atena Editora. A obra pode ser baixada, compartilhada, adaptada ou reutilizada livremente, desde que o autor e a editora sejam mencionados, conforme a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Cada trabalho recebeu a atenção de especialistas antes da publicação. A equipe editorial da Atena avaliou as produções nacionais, e revisores externos analisaram os materiais de autores internacionais.

Todos os textos foram aprovados com base em critérios de imparcialidade e responsabilidade.

Manejo periodontal não cirúrgico

| Autora:

Fernanda Castelo Branco Santos Bettero

| Revisão:

A autora

| Diagramação:

Luiza Alves Batista

| Capa:

Yago Raphael Massuqueto Rocha

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B565 Bettero, Fernanda Castelo Branco Santos
Manejo periodontal não cirúrgico / Fernanda Castelo
Branco Santos Bettero. – Ponta Grossa - PR: Atena,
2025.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-3837-3

DOI <https://doi.org/10.22533/at.ed.373252711>

1. Periodontia. I. Bettero, Fernanda Castelo Branco
Santos. II. Título.

CDD 617.63

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

+55 (42) 3323-5493

+55 (42) 99955-2866

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

CONSELHO EDITORIAL

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Ariadna Faria Vieira – Universidade Estadual do Piauí
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Glécilla Colombelli de Souza Nunes – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof. Dr. Joachin de Melo Azevedo Sobrinho Neto – Universidade de Pernambuco
Prof. Dr. João Paulo Roberti Junior – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Juliana Abonizio – Universidade Federal de Mato Grosso
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof. Dr. Sérgio Nunes de Jesus – Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A terapia não cirúrgica representa o alicerce da periodontia contemporânea. Este livro nasce do desejo de integrar ciência e prática clínica, traduzindo as recomendações mais recentes da Federação Europeia de Periodontia (EFP) para uma linguagem acessível e aplicável ao cotidiano clínico. A obra busca oferecer uma visão ampla, baseada em evidências e focada no paciente, fortalecendo o papel do cirurgião-dentista como agente ativo na promoção da saúde periodontal e sistêmica.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - Fundamentos Biológicos e Preventivos 3

1.1 A PERIODONTITE COMO DOENÇA INFLAMATÓRIA CRÔNICA MULTIFATORIAL	3
1.2 O PAPEL DO BIOFILME E DA RESPOSTA IMUNE DO HOSPEDEIRO	3
1.3 DA GENGIVITE À PERIODONTITE: CONTINUIDADE OU RUPTURA DO EQUILÍBRIO.....	4
1.4 A PREVENÇÃO COMO EIXO CENTRAL DA PERIODONTIA MODERNA	4
1.5 ABORDAGEM BASEADA EM FATORES DE RISCO COMUNS E ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL	4
CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO	5

CAPÍTULO 2 - Avaliação do Risco e Diagnóstico Clínico..... 6

2.1 RISCO PERIODONTAL: FERRAMENTAS E MODELOS PREDITIVOS.....	6
2.2 IDENTIFICAÇÃO DE FATORES MODIFICÁVEIS E NÃO MODIFICÁVEIS	6
2.3 EXAME CLÍNICO E REGISTRO DOS PARÂMETROS PERIODONTAIS	7
2.4 EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE	7
2.5 PLANEJAMENTO INDIVIDUALIZADO: O INÍCIO DA TERAPIA NÃO CIRÚRGICA.....	8
CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO	8

CAPÍTULO 3 - Etapas do Tratamento Não Cirúrgico da Periodontite (EFP 2020)..... 9

3.1 PRINCÍPIOS GERAIS E OBJETIVOS TERAPÊUTICOS.....	9
3.2 PASSO 1 - MUDANÇA DE COMPORTAMENTO: CONTROLE DO BIOFILME E DOS FATORES DE RISCO.....	9
3.3 PASSO 2 - INSTRUMENTAÇÃO SUBGENGIVAL	10
3.4 PASSO 3 - REINSTRUMENTAÇÃO SELETIVA E INDICAÇÕES CIRÚRGICAS.....	10

SUMÁRIO

SUMÁRIO

3.5 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS CLÍNICOS	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO	11

CAPÍTULO 4 - Instrumentação Subgengival: Técnicas e Evidências 12

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS INSTRUMENTOS MANUAIS E ULTRASSÔNICOS	12
4.2 VANTAGENS, LIMITAÇÕES E COMBINAÇÕES	12
4.3 CUIDADOS ERGONÔMICOS E CONTROLE DE EFICIÊNCIA	13
4.4 ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR DESCONFORTO E INFLAMAÇÃO PÓS-TERAPIA	13
4.5 REVISÃO DE EVIDÊNCIAS CLÍNICAS SOBRE RESULTADOS DA INSTRUMENTAÇÃO	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO	14

CAPÍTULO 5 - Intervenções Adjuvantes à Terapia Não Cirúrgica 15

5.1 CONCEITO E PAPEL DAS TERAPIAS ADJUVANTES	15
5.2 AGENTES ANTIMICROBIANOS LOCAIS E SISTÊMICOS	15
5.3 CONTROLE QUÍMICO DO BIOFILME	16
5.4 MODULAÇÃO DO HOSPEDEIRO	16
5.5 TERAPIAS FÍSICAS E RECURSOS EMERGENTES	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO	17

CAPÍTULO 6 - Cuidado Periodontal de Suporte 18

6.1 IMPORTÂNCIA E PROPÓSITO DO CUIDADO PERIODONTAL DE SUPORTE	18
6.2 FUNDAMENTAÇÃO BIOLÓGICA: MEMÓRIA INFLAMATÓRIA E IMUNOCOMPETÊNCIA	18
6.3 AVALIAÇÃO DE RISCO E FREQUÊNCIA DAS VISITAS DE MANUTENÇÃO	19
6.4 CRITÉRIOS DE ESTABILIDADE E SINAIS DE RECIDIVA	19
6.5 ABORDAGEM INTEGRADA E PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA	20

SUMÁRIO

SUMÁRIO

6.6 INTERAÇÃO ENTRE IMUNOCOMPETÊNCIA, ESTILO DE VIDA E ESTABILIDADE PERIODONTAL	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO.....	21
CAPÍTULO 7 - Discussão Integrada e Casos Clínicos	22
7.1 INTRODUÇÃO AO CASO CLÍNICO	22
7.2 DESCRIÇÃO CLÍNICA E RADIOGRÁFICA.....	22
7.3 CONDUTA TERAPÊUTICA.....	22
7.4 DISCUSSÃO INTEGRADA.....	23
7.5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
Agradecimentos	25
Referências Bibliográficas.....	26
Anexos	28
Sobre a Autora.....	34

RESUMO

A periodontite é uma doença inflamatória crônica multifatorial, cuja abordagem terapêutica baseia-se no controle do biofilme e na modulação da resposta do hospedeiro. Este livro apresenta uma análise abrangente e atualizada da terapia não cirúrgica da doença periodontal, alinhada às diretrizes da Federação Europeia de Periodontia (EFP, 2020). São discutidos os fundamentos biológicos, o diagnóstico baseado em risco, as etapas clínicas da instrumentação subgengival, as intervenções adjuvantes e o cuidado periodontal de suporte. A obra integra ciência e prática clínica, enfatizando a importância da prevenção e da adesão do paciente para o sucesso terapêutico a longo prazo. Inclui ainda um caso clínico ilustrativo, demonstrando a aplicação dos princípios da periodontia contemporânea em um paciente com envolvimento sistêmico. Destina-se a estudantes, clínicos e pesquisadores que buscam compreender a periodontite sob uma perspectiva atual, baseada em evidências e centrada no paciente.

Palavras-chave: Periodontite, Terapia periodontal, Terapia não cirúrgica, Biofilmes dentários, Raspagem dental, Cuidado periodontal de suporte, Fatores de risco.

ABSTRACT

Periodontitis is a chronic multifactorial inflammatory disease whose management relies on biofilm control and modulation of the host response. This book provides a comprehensive and updated overview of **non-surgical periodontal therapy**, in accordance with the **European Federation of Periodontology (EFP, 2020)** guidelines. It discusses biological foundations, risk-based diagnosis, clinical steps of subgingival instrumentation, adjunctive interventions, and supportive periodontal care. The work integrates science and clinical practice, highlighting the importance of prevention and patient adherence for long-term therapeutic success. An illustrative clinical case demonstrates the application of contemporary periodontal principles in a patient with systemic involvement. This book is aimed at students, clinicians, and researchers seeking to understand periodontitis from an evidence-based and patient-centered perspective.

Keywords: Periodontal Therapy, Non-Surgical Procedures, Dental Biofilm, Dental Scaling, Periodontal Maintenance, Risk Factors.



CAPÍTULO 1

FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS E PREVENTIVOS

1.1 A PERIODONTITE COMO DOENÇA INFLAMATÓRIA CRÔNICA MULTIFATORIAL

A periodontite é uma doença inflamatória crônica, multifatorial e associada à disbiose do biofilme dental e à resposta imunoinflamatória do hospedeiro. Seu desenvolvimento não depende apenas do acúmulo de biofilme, mas da interação entre microrganismos patogênicos, suscetibilidade individual e fatores modificadores locais e sistêmicos (Kornman, 2018; Loos & Van Dyke, 2020). Quando o equilíbrio entre microbiota e defesa do hospedeiro é rompido, ocorre uma resposta inflamatória exacerbada, com liberação de citocinas, metaloproteínases e mediadores que levam à destruição dos tecidos de suporte dental.

1.2 O PAPEL DO BIOFILME E DA RESPOSTA IMUNE DO HOSPEDEIRO

O biofilme dental é o principal fator etiológico da gengivite e da periodontite. No entanto, a mera presença de placa não explica a progressão da doença. Estudos clássicos e contemporâneos demonstram que o biofilme é um gatilho, e não o único determinante da destruição tecidual (Chen et al., 2021). A natureza polimicrobiana da infecção e a resposta do hospedeiro — modulada por fatores genéticos, metabólicos e ambientais — determinam a gravidade e a extensão da inflamação. Essa interação complexa é descrita no modelo de emergência polimicrobiana e exacerbação disbiótica mediada por inflamação (Van Dyke, Bartold & Reynolds, 2020), que substitui a visão linear entre placa e doença.

1.3 DA GENGIVITE À PERIODONTITE: CONTINUIDADE OU RUPTURA DO EQUILÍBRIO

A gengivite é um processo inflamatório reversível limitado aos tecidos gengivais, enquanto a periodontite envolve a perda irreversível de inserção e reabsorção óssea (Curtis, Diaz & Van Dyke, 2020). A progressão de uma condição à outra não é obrigatória; depende de fatores como predisposição genética, controle do biofilme, estilo de vida e comorbidades. Pacientes com boa resposta imunológica podem manter gengivite sem evoluir para periodontite, enquanto indivíduos suscetíveis podem apresentar destruição tecidual acentuada mesmo com níveis moderados de placa bacteriana. Essa individualidade biológica reforça a necessidade de um diagnóstico personalizado e de estratégias preventivas direcionadas (Bartold & Ivanovski, 2022).

1.4 A PREVENÇÃO COMO EIXO CENTRAL DA PERIODONTIA MODERNA

A prevenção primária consiste em evitar o aparecimento da inflamação gengival por meio da desorganização mecânica do biofilme supragengival, uso de agentes químicos complementares e controle de fatores de risco (Tonetti et al., 2015). Já a prevenção secundária busca impedir a progressão da doença e a recorrência da inflamação em áreas previamente tratadas. Estudos recentes confirmam que a remoção mecânica de placa, associada a uma abordagem educativa contínua, é a base para o controle da gengivite e da periodontite (Chapple et al., 2015; Sanz et al., 2020). A integração dessas medidas no contexto do estilo de vida do paciente, com ênfase na alimentação, sono, manejo do estresse e cessação do tabagismo, amplia os resultados clínicos e sistêmicos (Hahtela et al., 2019).

1.5 ABORDAGEM BASEADA EM FATORES DE RISCO COMUNS E ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

A periodontite compartilha fatores de risco com diversas doenças crônicas, incluindo diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade. Essa sobreposição sustenta o conceito de abordagem por fatores de risco comuns, proposto pela FDI e reforçado por Sanz et al. (2020), no qual o cirurgião-dentista atua como promotor de saúde geral. Estratégias educativas voltadas à modificação comportamental têm papel central na prevenção da periodontite e de suas repercussões sistêmicas (Ryder et al., 2018). A individualização do cuidado e a adoção de práticas saudáveis — higiene

bucal orientada, controle do tabagismo e manutenção regular — representam o núcleo de uma Periodontia proativa e personalizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

A compreensão da periodontite como doença inflamatória crônica multifatorial transforma a abordagem clínica do cirurgião-dentista. O sucesso terapêutico depende do diagnóstico precoce, da educação do paciente e da integração entre ciência, prevenção e manejo clínico individualizado. Ao reconhecer o papel dos fatores sistêmicos e comportamentais, o profissional amplia sua atuação para além da cavidade bucal, assumindo uma posição essencial na promoção da saúde global.



CAPÍTULO 2

AVALIAÇÃO DO RISCO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO

2.1 RISCO PERIODONTAL: FERRAMENTAS E MODELOS PREDITIVOS

A avaliação do risco periodontal é componente indispensável de toda consulta odontológica abrangente. Ela permite prever a probabilidade de ocorrência, progressão ou recorrência da doença em um indivíduo, orientando tanto o diagnóstico quanto a frequência do acompanhamento. Entre os modelos disponíveis, destacam-se o Periodontal Risk Assessment (PRA), proposto por Lang & Tonetti (2003), e o PerioRisk, desenvolvido por Trombelli et al. (2009). Ambos utilizam parâmetros clínicos, radiográficos e comportamentais para estratificar o risco e personalizar o plano de tratamento. O PRA considera fatores como sangramento à sondagem (BOP), número de bolsas residuais ≥ 5 mm, dentes perdidos, proporção de perda óssea por idade, tabagismo e presença de condições sistêmicas. Já o PerioRisk utiliza um sistema de pontuação e probabilidade baseado em regressão logística, validado em populações clínicas europeias. Tais ferramentas são hoje integradas a plataformas digitais, facilitando o uso clínico e a comunicação com o paciente.

2.2 IDENTIFICAÇÃO DE FATORES MODIFICÁVEIS E NÃO MODIFICÁVEIS

A etiologia da periodontite é multifatorial, e o reconhecimento dos fatores de risco é essencial para o sucesso do tratamento. Entre os fatores não modificáveis, destacam-se predisposição genética, idade e histórico prévio de perda de inserção. Já os fatores modificáveis incluem o tabagismo, o controle glicêmico inadequado, o estresse crônico, a obesidade e o uso de medicamentos que influenciam a resposta inflamatória (Bartold & Ivanovski, 2022). O tabagismo, por exemplo, multiplica o risco de periodontite e reduz a resposta ao tratamento. O controle glicêmico deficiente, por sua vez, intensifica a destruição tecidual e o comprometimento

cicatrizial. Compreender a interação entre esses fatores e orientar a modificação comportamental são responsabilidades centrais do cirurgião-dentista moderno.

2.3 EXAME CLÍNICO E REGISTRO DOS PARÂMETROS PERIODONTAIS

O exame clínico periodontal deve ser sistemático, abrangendo tanto o levantamento dos sinais clássicos de inflamação quanto as mensurações objetivas dos tecidos de suporte. Entre os parâmetros fundamentais, incluem-se:

- Profundidade de sondagem (PS) – distância da margem gengival ao fundo do sulco;
- Nível clínico de inserção (NCI) – distância da junção cimento-esmalte ao fundo da bolsa;
- Sangramento à sondagem (SS) – marcador sensível de inflamação ativa;
- Mobilidade dental, envolvimento de furca e recessões gengivais. A interpretação integrada desses dados, associada ao exame radiográfico, permite a determinação do estágio e grau da doença conforme a Classificação de 2017/2018 (Tonetti et al., 2018; Caton et al., 2018). É fundamental que o registro seja padronizado e atualizado em cada consulta, utilizando periodontogramas digitais ou softwares de monitoramento clínico.

2.4 EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE

A adesão do paciente é um determinante crítico para o sucesso da terapia não cirúrgica. A comunicação efetiva deve ir além da simples instrução técnica: envolve motivação, empatia e entendimento do comportamento de saúde. Estratégias educativas baseadas em entrevista motivacional e feedback visual (como escores digitais de higiene, por exemplo o Bob Score) aumentam significativamente o engajamento e a autogestão do paciente. Além disso, a valorização da autonomia e a inclusão do paciente no processo decisório fortalecem o vínculo terapêutico e promovem mudanças sustentáveis de comportamento. A educação deve ser contínua, ajustada à realidade socioeconômica e cultural de cada indivíduo (Bartold & Ivanovski, 2022; Sanz et al., 2020).

2.5 PLANEJAMENTO INDIVIDUALIZADO: O INÍCIO DA TERAPIA NÃO CIRÚRGICA

Com base na análise do risco e dos achados clínicos, o plano de tratamento deve ser individualizado, considerando a severidade da doença, o controle do biofilme e os fatores sistêmicos. O primeiro passo é sempre educativo e preventivo — a construção de consciência sobre a doença e a importância da colaboração do paciente. O tratamento inicial pode incluir profilaxia, polimento coronário, raspagem supragengival e reforço de higiene. A decisão sobre a instrumentação subgengival e possíveis terapias adjuvantes depende da resposta clínica após a reavaliação inicial. Essa abordagem gradual e personalizada segue o princípio da Periodontia Proativa, substituindo o modelo reativo e centrado na destruição tecidual por um cuidado contínuo e participativo (Bartold & Ivanovski, 2022; Tonetti et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

A avaliação de risco e o diagnóstico periodontal são pilares da abordagem contemporânea em Periodontia. Mais do que identificar a presença de doença, o diagnóstico deve reconhecer tendências, vulnerabilidades e oportunidades de intervenção precoce. A integração entre ciência, comunicação e empatia é o caminho para resultados clínicos sustentáveis e para o fortalecimento do papel educativo do cirurgião-dentista na promoção da saúde periodontal e sistêmica.



CAPÍTULO 3

ETAPAS DO TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA PERIODONTITE (EFP 2020)

3.1 PRINCÍPIOS GERAIS E OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

O tratamento não cirúrgico é a base da terapia periodontal e representa a primeira linha de intervenção após o diagnóstico da doença. Segundo as Diretrizes da Federação Europeia de Periodontia (EFP, Sanz et al., 2020), o objetivo central dessa fase é controlar a inflamação, reduzir ou eliminar o biofilme subgengival e modificar fatores de risco comportamentais e sistêmicos. O tratamento deve ser sempre individualizado, respeitando o estágio e o grau da periodontite, as condições sistêmicas do paciente e sua capacidade de autocuidado. A terapia não cirúrgica não é um evento isolado, mas um processo contínuo que integra diagnóstico, educação, intervenção e reavaliação.

3.2 PASSO 1 – MUDANÇA DE COMPORTAMENTO: CONTROLE DO BIOFILME E DOS FATORES DE RISCO

O primeiro passo da terapia periodontal consiste na orientação e motivação do paciente para o controle mecânico do biofilme e a redução dos fatores de risco. Essa fase visa criar as condições biológicas e comportamentais necessárias para o sucesso das etapas subsequentes. De acordo com Sanz et al. (2020), o controle supragengival do biofilme deve ser intensificado desde a primeira consulta. A higiene bucal deve ser personalizada conforme a condição clínica e as habilidades do paciente. Escovas manuais e elétricas são igualmente eficazes, desde que utilizadas com técnica adequada e frequência mínima de duas vezes ao dia. A limpeza interproximal diária é fortemente recomendada (Chapple et al., 2015), sendo as escovas interdentais preferíveis ao fio dental na presença de perda de inserção. Em pacientes com gengivite, o uso complementar de agentes químicos (como antissépticos e dentífricos com flúor e zinco) auxilia na redução da inflamação gengival. Durante esta fase, deve-se reforçar o controle de fatores de risco sistêmicos, como tabagismo e diabetes, e revisar

hábitos de vida que influenciem a saúde periodontal (AHA, 2022; Haahtela et al., 2019). Estratégias educativas baseadas em entrevista motivacional e feedback visual são eficazes para promover mudança de comportamento e adesão ao tratamento (Bartold & Ivanovski, 2022).

3.3 PASSO 2 – INSTRUMENTAÇÃO SUBGENGIVAL

A instrumentação subgengival é a intervenção central da terapia não cirúrgica. Consiste na remoção de placa e cálculo subgengival por meio de instrumentos manuais (curetas Gracey e McCall) ou motorizados (sônicos e ultrassônicos). A escolha do instrumento deve priorizar conforto, acesso e eficiência, sem prejuízo à integridade radicular (Lindhe et al., 2020).

De acordo com a recomendação R2.2 das Diretrizes EFP 2020, a instrumentação subgengival pode ser realizada com instrumentos manuais ou motorizados, isoladamente ou em combinação, com resultados semelhantes em termos de redução de profundidade de sondagem e ganho de inserção clínica (Sanz et al., 2020). O uso de antibióticos sistêmicos como adjuvantes não é recomendado de rotina, sendo reservado para casos de periodontite generalizada agressiva em adultos jovens ou quando houver sinais de infecção disseminada (Sanz et al., 2020; Herrera et al., 2022).

O uso de antissépticos como a clorexidina pode ser considerado apenas em situações específicas, como pacientes com dificuldade de higiene mecânica temporária. Antes de qualquer adjuvante, é essencial otimizar o controle mecânico e o treinamento do paciente.

3.4 PASSO 3 – REINSTRUMENTAÇÃO SELETIVA E INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

Após 8 a 12 semanas da instrumentação inicial, recomenda-se a reavaliação clínica para determinar a necessidade de reinstrumentação ou de procedimentos cirúrgicos complementares.

- Reinstrumentação: indicada quando persistirem bolsas de 4–5 mm com sangramento à sondagem.
- Cirurgia periodontal de acesso: sugerida para bolsas ≥ 6 mm ou áreas com defeitos intraósseos e lesões de furca (Sanz-Sánchez et al., 2020).

O objetivo é restaurar a anatomia e o acesso à instrumentação, favorecendo o controle de placa a longo prazo. A decisão pela cirurgia deve sempre considerar a motivação do paciente e a estabilidade dos fatores sistêmicos. Em todos os casos, o sucesso depende da continuidade do controle supragengival e do acompanhamento profissional periódico (Tonetti et al., 2017; Lindhe, 2022).

3.5 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS CLÍNICOS

A avaliação de sucesso da terapia não cirúrgica deve incluir parâmetros objetivos e mensuráveis:

- Redução da profundidade de sondagem (PS);
- Ausência de sangramento à sondagem (SS);
- Estabilidade do nível clínico de inserção (NCI);
- Controle de fatores de risco sistêmicos e comportamentais.

Esses critérios são utilizados para determinar se o paciente alcançou um periodonto reduzido saudável, definido por Sanz et al. (2020) como: sangramento à sondagem <10%, profundidade máxima de 4 mm e ausência de sítios com 4 mm apresentando sangramento. A resposta clínica deve ser documentada e comparada com registros iniciais, servindo de base para o planejamento do cuidado periodontal de suporte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

O tratamento não cirúrgico é o coração da terapia periodontal moderna. Sua eficácia depende da interação entre ciência, técnica e comportamento. O sucesso clínico não está apenas na instrumentação, mas na mudança de hábitos e na continuidade do cuidado. O cirurgião-dentista atua como educador, terapeuta e parceiro do paciente, promovendo saúde periodontal e qualidade de vida a longo prazo.



CAPÍTULO 4

INSTRUMENTAÇÃO SUBGENGIVAL: TÉCNICAS E EVIDÊNCIAS

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS INSTRUMENTOS MANUAIS E ULTRASSÔNICOS

A instrumentação subgengival tem como meta principal remover biofilme e cálculo aderido à superfície radicular, promovendo um ambiente compatível com a cicatrização. Essa etapa é fundamental para o controle da inflamação e para a estabilização do periodonto (Lindhe et al., 2020).

Os instrumentos manuais, como as curetas Gracey e McCall, permitem um controle tátil refinado e um acabamento preciso da superfície radicular. São especialmente indicados em áreas estreitas, furcas e regiões de difícil acesso. Já os instrumentos motorizados, como os sônicos e ultrassônicos, utilizam vibrações mecânicas de alta frequência (20–45 kHz) associadas à irrigação, favorecendo a remoção de cálculo e a descontaminação subgengival (Sanz et al., 2020).

Os dispositivos ultrassônicos modernos possuem pontas finas e desenho anatômico que reduzem o desconforto do paciente e o tempo clínico. Além disso, promovem cavitação e microstreaming — fenômenos que auxiliam na ruptura do biofilme e na lise bacteriana. A combinação de instrumentos manuais e ultrassônicos tem mostrado resultados superiores em eficiência e conforto quando comparada ao uso isolado (Herrera et al., 2022).

4.2 VANTAGENS, LIMITAÇÕES E COMBINAÇÕES

As curetas manuais oferecem controle e sensibilidade tátil, permitindo acabamento radicular suave, mas exigem mais tempo clínico e maior esforço físico. Já os sistemas ultrassônicos são mais ergonômicos, reduzem o tempo de trabalho e apresentam eficácia semelhante na redução de profundidade de sondagem e no ganho de inserção clínica (Sanz et al., 2020).

O uso combinado é o método mais recomendado atualmente, pois une o desempenho mecânico dos ultrassônicos à precisão de acabamento dos instrumentos manuais (Lindh et al., 2020). Essa abordagem híbrida também melhora a acessibilidade em áreas profundas e minimiza o risco de trauma tecidual. O protocolo deve ser adaptado à anatomia radicular, à severidade da inflamação e à experiência do profissional.

4.3 CUIDADOS ERGONÔMICOS E CONTROLE DE EFICIÊNCIA

A instrumentação deve ser realizada sob condições ergonômicas adequadas, com iluminação e magnificação que favoreçam a visibilidade e o conforto do operador. O posicionamento do paciente e do profissional deve permitir acesso direto e estabilidade manual. O uso de escalares ultrassônicos de baixa potência, associado à irrigação abundante, reduz a fadiga e o risco de sobreaquecimento da superfície dental (Lindh, 2022).

Para assegurar eficiência, é essencial realizar a afiação periódica das curetas e a checagem do desgaste das pontas ultrassônicas. O uso de pontas desgastadas reduz a eficácia de remoção e aumenta o tempo clínico. A inspeção com sonda exploradora após a instrumentação confirma a lisura da superfície e o sucesso da descontaminação.

4.4 ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR DESCONFORTO E INFLAMAÇÃO PÓS-TERAPIA

O desconforto após a instrumentação subgengival está relacionado principalmente à inflamação pré-existente e à hipersensibilidade dentinária transitória. Estratégias para reduzi-lo incluem:

- Instrumentação delicada, sem pressão excessiva;
- Irrigação com solução salina ou antisséptica;
- Aplicação tópica de dessensibilizantes;
- Orientações pós-operatórias sobre higiene e controle de dor.

A resposta inflamatória tende a diminuir nas primeiras semanas, acompanhada pela redução do sangramento e pela melhora da textura gengival. O reforço das instruções de higiene e o acompanhamento precoce favorecem a estabilidade dos resultados clínicos (Tonetti et al., 2017).

4.5 REVISÃO DE EVIDÊNCIAS CLÍNICAS SOBRE RESULTADOS DA INSTRUMENTAÇÃO

Estudos clínicos e meta-análises mostram que a instrumentação subgengival promove reduções médias de 1 a 2 mm na profundidade de sondagem e ganhos de 0,5 a 1 mm de inserção clínica, com variações dependentes do estágio da doença e do controle de placa do paciente (Sanz et al., 2020; Herrera et al., 2022).

A reinstrumentação seletiva após a fase inicial aumenta a previsibilidade dos resultados, especialmente em bolsas residuais de 4–6 mm. Em contrapartida, a repetição excessiva de raspagens pode causar desgaste radicular e recessão gengival. Assim, o equilíbrio entre eficácia e preservação tecidual é essencial.

A literatura reforça que o sucesso da instrumentação está menos na técnica isolada e mais na integração entre remoção mecânica, educação do paciente e manutenção profissional (Chapple et al., 2015; Bartold & Ivanovski, 2022). Essa visão holística sustenta a periodontia contemporânea, orientada por evidências e centrada no paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

A instrumentação subgengival é uma habilidade técnica e científica que exige precisão, conhecimento anatômico e consciência ergonômica. Quando realizada de forma planejada e combinada com um programa de controle do biofilme, ela promove não apenas a resolução da inflamação, mas também a reabilitação funcional e estética do periodonto. O domínio dessa fase constitui o fundamento clínico da terapia periodontal não cirúrgica e prepara o terreno para a fase de manutenção e suporte.



CAPÍTULO 5

INTERVENÇÕES ADJUVANTES À TERAPIA NÃO CIRÚRGICA

5.1 CONCEITO E PAPEL DAS TERAPIAS ADJUVANTES

As terapias adjuvantes à instrumentação subgengival têm sido amplamente estudadas nas últimas décadas. Contudo, de acordo com o consenso da Federação Europeia de Periodontia (EFP, Sanz et al., 2020), a base do tratamento da periodontite continua sendo a remoção mecânica do biofilme e do cálculo subgengival, associada ao controle dos fatores de risco comportamentais e sistêmicos.

Os adjuvantes — sejam antimicrobianos, físicos ou moduladores da resposta do hospedeiro — devem ser considerados apenas quando a instrumentação isolada não alcançar os resultados clínicos esperados, e nunca como substitutos da terapia mecânica. O uso rotineiro desses recursos, sem indicação precisa, não é respaldado pela evidência científica atual (Herrera et al., 2022; Chapple et al., 2015).

5.2 AGENTES ANTIMICROBIANOS LOCAIS E SISTÊMICOS

Os antimicrobianos locais (como clorexidina em gel, minociclina e doxiciclina local) podem ser utilizados como adjuvantes pontuais à instrumentação em sítios com bolsas persistentes após o tratamento inicial, desde que haja controle adequado do biofilme supragengival (Sanz et al., 2020). O benefício clínico, porém, é modesto e temporário, sendo mais evidente em bolsas profundas (>6 mm).

O uso de antibióticos sistêmicos — como a combinação amoxicilina + metronidazol — não deve ser empregado de rotina. A recomendação da EFP (R2.4, Sanz et al., 2020) é restrita a casos específicos, como periodontite estágio III ou IV generalizada em adultos jovens, com rápida progressão e sinais de disbiose agressiva. Mesmo nessas situações, o uso deve ser ponderado frente ao risco de resistência bacteriana e efeitos colaterais (Herrera et al., 2022).

A prescrição indiscriminada de antibióticos não reduz significativamente a profundidade de sondagem ou o ganho de inserção clínica quando comparada à

instrumentação isolada. Assim, o profissional deve basear sua decisão em critérios clínicos objetivos, considerando histórico de resposta terapêutica e fatores sistêmicos do paciente.

5.3 CONTROLE QUÍMICO DO BIOFILME

O controle químico deve ser entendido como complementar, e não substitutivo, da higiene mecânica. Os agentes mais estudados são os antissépticos à base de clorexidina (CHX), óleos essenciais, cloreto de cetilpiridínio (CPC) e fluoreto de estanho.

A clorexidina 0,12–0,2% permanece o padrão-ouro em curto prazo, sendo indicada após instrumentações extensas ou em pacientes com limitação motora temporária. Seu uso prolongado (>2 semanas) deve ser evitado devido a efeitos adversos, como pigmentação, alteração de paladar e descamação mucosa (Chapple et al., 2015).

Enxaguatórios com óleos essenciais ou CPC podem ser recomendados para manutenção domiciliar de longo prazo, apresentando boa tolerabilidade e efeito antibiofilme discreto, porém consistente. O uso combinado de agentes químicos e mecânicos mostra melhor controle inflamatório em pacientes com gengivite e periodontite leve (Sanz et al., 2020).

5.4 MODULAÇÃO DO HOSPEDEIRO

A modulação da resposta inflamatória do hospedeiro foi proposta como estratégia para reduzir os danos teciduais causados pela resposta imune exacerbada. Entre as substâncias avaliadas estão os antioxidantes (vitamina C, coenzima Q10) e os anti-inflamatórios moduladores (como a doxiciclina em dose subantimicrobiana).

A doxiciclina 20 mg duas vezes ao dia, por até três meses, mostrou benefício modesto e limitado em estudos de curto prazo, melhorando discretamente os parâmetros clínicos quando associada à instrumentação (Chapple et al., 2015). Contudo, seu uso não é amplamente recomendado nas diretrizes EFP, devido à escassez de evidências robustas e potenciais efeitos adversos gastrointestinais.

O uso rotineiro de suplementos antioxidantes também não possui respaldo científico suficiente. Embora haja plausibilidade biológica, a literatura atual indica que a melhora clínica está mais associada à qualidade do controle de placa e à estabilidade glicêmica do paciente do que ao uso de moduladores farmacológicos (Bartold & Ivanovski, 2022).

5.5 TERAPIAS FÍSICAS E RECURSOS EMERGENTES

As terapias baseadas em laser, fotodinâmica e ultrassom de alta frequência têm sido estudadas como alternativas de descontaminação subgengival. No entanto, revisões sistemáticas recentes mostram resultados inconsistentes e benefício clínico discreto quando comparadas à instrumentação convencional (Sanz et al., 2020; Herrera et al., 2022).

O laser de diodo, por exemplo, pode reduzir temporariamente o sangramento à sondagem, mas não demonstra vantagens sustentáveis sobre a raspagem tradicional. Assim, essas abordagens devem ser consideradas experimentais e utilizadas apenas como complementos, nunca como substitutos do protocolo padrão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

A literatura científica atual reforça que a instrumentação mecânica é insubstituível na terapia periodontal não cirúrgica. As terapias adjuvantes podem ser úteis em contextos específicos, mas seu uso indiscriminado contraria as recomendações baseadas em evidências. O profissional deve adotar uma postura crítica, fundamentada na ciência, priorizando a educação do paciente, o controle do biofilme e a manutenção contínua como estratégias principais para o sucesso a longo prazo da terapia periodontal.



CAPÍTULO 6

CUIDADO PERIODONTAL DE SUPORTE

6.1 IMPORTÂNCIA E PROPÓSITO DO CUIDADO PERIODONTAL DE SUPORTE

O cuidado periodontal de suporte (CPS) representa a fase de manutenção contínua da saúde periodontal após o tratamento ativo. É uma extensão natural da terapia não cirúrgica e cirúrgica, com o objetivo de prevenir a recidiva da inflamação, controlar fatores de risco e preservar os níveis de inserção obtidos.

De acordo com Lindhe (2022) e Chapple et al. (2018), o tratamento da periodontite é ineficaz se o cuidado de suporte for negligenciado, pois a doença apresenta caráter crônico e recorrente. Pacientes previamente afetados permanecem em condição de risco elevado durante toda a vida, exigindo acompanhamento periódico e sistemático. A ausência de manutenção está diretamente associada à recidiva da periodontite e à perda dentária progressiva (Pretzl et al., 2018).

6.2 FUNDAMENTAÇÃO BIOLÓGICA: MEMÓRIA INFLAMATÓRIA E IMUNOCOMPETÊNCIA

A manutenção periodontal não se limita à vigilância clínica; ela se ancora em uma compreensão biológica da memória inflamatória e da imunocompetência do hospedeiro. Pesquisas recentes demonstram que a exposição crônica à disbiose periodontal pode induzir alterações persistentes nas células-tronco hematopoéticas, resultando em um estado de mielopoiese treinada (Irwandi et al., 2022; Mitroulis, Hajishengallis & Chavakis, 2023).

Esse fenômeno leva à produção exacerbada de células mieloides pró-inflamatórias, predispondo o indivíduo a respostas inflamatórias mais intensas e recorrentes, mesmo após o controle do biofilme. Assim, a estabilidade clínica depende não apenas da ausência de patógenos, mas também da restauração do equilíbrio imunológico e da melhora da fitness imunológica (Loos, SOBRAPI, 2023).

Pacientes com doenças sistêmicas descompensadas — como diabetes, obesidade e dislipidemia — apresentam imunocompetência reduzida, o que compromete a cicatrização e a resposta ao tratamento. O CPS atua como mecanismo de reequilíbrio, reforçando hábitos saudáveis e promovendo intervenções precoces diante de sinais de recidiva inflamatória.

6.3 AVALIAÇÃO DE RISCO E FREQUÊNCIA DAS VISITAS DE MANUTENÇÃO

A periodicidade do CPS deve ser determinada com base na avaliação individual do risco de progressão da doença. O modelo Periodontal Risk Assessment (PRA), proposto por Lang & Tonetti (2003), continua sendo uma ferramenta confiável para estratificar risco e orientar intervalos de recall.

O PRA considera fatores como:

- Percentual de sítios com sangramento à sondagem (BOP);
- Número de bolsas residuais ≥ 5 mm;
- Dentes perdidos por periodontite;
- Relação entre perda óssea e idade;
- Tabagismo;
- Condições sistêmicas.

Pacientes de baixo risco podem ser reavaliados a cada 6–12 meses, enquanto aqueles de alto risco necessitam de retornos trimestrais (Lang & Tonetti, 2003; Sanz et al., 2020). O modelo PerioRisk (Trombelli et al., 2009) complementa essa análise, utilizando algoritmos probabilísticos para estimar a chance de perda de inserção futura com base em parâmetros clínicos e comportamentais.

A reclassificação periódica do risco é fundamental, pois o estado de saúde periodontal é dinâmico. Mudanças na adesão do paciente, no controle glicêmico ou no tabagismo podem alterar rapidamente o prognóstico.

6.4 CRITÉRIOS DE ESTABILIDADE E SINAIS DE RECIDIVA

A estabilidade periodontal é caracterizada pela manutenção de um periodonto reduzido saudável, definido por Sanz et al. (2020) como:

- Sangramento à sondagem <10% dos sítios;
- Profundidade de sondagem ≤ 4 mm;
- Ausência de sítios de 4 mm com sangramento;
- Controle efetivo de fatores de risco.

Quando o paciente apresenta BOP >10% ou bolsas residuais ≥ 5 mm, deve-se suspeitar de instabilidade ou recidiva. A reativação inflamatória pode resultar de falha no controle de placa, recontaminação subgengival, restaurações iatrogênicas ou piora sistêmica.

Lang & Tonetti (2003) observaram que o risco de recidiva pode ser reduzido de alto para moderado quando terapias adicionais são realizadas em bolsas residuais e quando há adesão adequada ao programa de suporte. A reinstrumentação seletiva, combinada com reforço educativo e reavaliação do risco, é a conduta mais indicada.

6.5 ABORDAGEM INTEGRADA E PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA

O cuidado periodontal de suporte vai além do controle mecânico profissional. Ele inclui educação contínua, monitoramento sistêmico e aconselhamento comportamental, aproximando a periodontia da medicina preventiva. O cirurgião-dentista deve atuar como um conselheiro de saúde geral, identificando precocemente alterações metabólicas e incentivando medidas de autocuidado (Bartold & Ivanovski, 2022).

Essa abordagem se alinha ao conceito de P4 Periodontics — preditiva, preventiva, personalizada e participativa (Bartold & Ivanovski, 2022) — no qual o paciente é corresponsável pela própria estabilidade periodontal. A manutenção bem-sucedida exige comunicação efetiva, empatia e acompanhamento longitudinal.

6.6 INTERAÇÃO ENTRE IMUNOCOMPETÊNCIA, ESTILO DE VIDA E ESTABILIDADE PERIODONTAL

A imunocompetência é diretamente influenciada pelo estilo de vida. Fatores como tabagismo, dieta inflamatória, sedentarismo e estresse crônico reduzem a capacidade do hospedeiro de manter uma resposta inflamatória equilibrada. O tratamento periodontal e o CPS, portanto, devem ser vistos como oportunidades para melhorar a saúde sistêmica e imunológica do paciente (Farina et al., 2023).

O conceito de *immune fitness* (Loos, 2023) reforça que a saúde periodontal reflete o estado imunológico geral. O equilíbrio entre microbiota, barreira epitelial e imunidade adaptativa determina a resiliência frente à recidiva. Pacientes com bom controle metabólico, sono adequado e manejo do estresse apresentam melhor resposta ao tratamento e menor risco de reinfecção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

O cuidado periodontal de suporte é a espinha dorsal da manutenção a longo prazo. Mais do que uma fase de acompanhamento, representa uma filosofia de atenção contínua que integra ciência biológica, comportamento humano e monitoramento clínico.

A prevenção da recidiva não depende apenas da ausência de biofilme, mas do equilíbrio entre imunocompetência, adesão comportamental e estabilidade metabólica. O periodontista moderno deve compreender e manejar esses eixos com profundidade, consolidando o papel da Periodontia como especialidade de impacto sistêmico e preventivo.



CAPÍTULO 7

DISCUSSÃO INTEGRADA E CASOS CLÍNICOS

7.1 INTRODUÇÃO AO CASO CLÍNICO

O caso a seguir ilustra o manejo clínico de um paciente com periodontite estágio III, grau B e envolvimento sistêmico pré-diabético, enfatizando a importância da integração entre o diagnóstico periodontal, o controle de fatores de risco e a terapia não cirúrgica baseada em evidências. O caso foi conduzido com abordagem centrada no paciente e acompanhamento longitudinal, em conformidade com as recomendações da Federação Europeia de Periodontia (EFP, 2020).

7.2 DESCRIÇÃO CLÍNICA E RADIOGRÁFICA

Paciente: masculino, 53 anos. Queixa principal: mobilidade no dente 22 (incisivo lateral superior esquerdo). Achados clínicos: exame periodontal revelou 57 sítios com sangramento à sondagem (34%), recessões gengivais múltiplas e bolsas variando entre 4 e 10 mm. O dente 22 apresentava mobilidade grau III, indicando prognóstico reservado. Achados radiográficos: perda óssea severa generalizada, com comprometimento acentuado no sextante 2.

Condição sistêmica: exames laboratoriais mostraram glicemia de jejum de 114 mg/dL e hemoglobina glicada de 5,6%, compatíveis com estado pré-diabético.

Diagnóstico: periodontite estágio III, grau B, generalizada, com alto risco de progressão.

7.3 CONDUTA TERAPÊUTICA

O tratamento foi conduzido em duas etapas principais:

Fase inicial:

- Extração do dente 22 devido à mobilidade avançada e prognóstico desfavorável;
- Instalação imediata de prótese provisória fixa utilizando o próprio dente;
- Instrumentação radicular cirúrgica no sextante 2 pela técnica de Kirkland, visando descontaminação profunda;
- Controle pós-operatório com laserterapia a cada dois dias para modulação inflamatória e aceleração cicatricial;
- Controle químico do biofilme com clorexidina 0,12% por 10 dias e reforço educativo intensivo.

Fase de manutenção e reavaliação:

- Após cicatrização tecidual, foi realizada raspagem e alisamento coronaradicular nos demais sextantes;
- Debridamento subgengival seletivo nas áreas residuais;
- Orientação e calibração individualizada de escovas interproximais conforme diâmetro dos espaços interdentais;
- Monitoramento periódico dos parâmetros clínicos e metabólicos.

7.4 DISCUSSÃO INTEGRADA

A associação entre periodontite e desordens metabólicas é amplamente reconhecida e bidirecional. A inflamação periodontal crônica contribui para a resistência à insulina por meio da liberação sistêmica de citocinas como IL-6 e TNF- α , que interferem na sinalização insulínica hepática e periférica (Chapple & Genco, 2013). Por outro lado, a hiperglicemia crônica promove glicação proteica e formação de produtos finais de glicação avançada (AGEs), que se ligam aos receptores RAGE, ativando vias de estresse oxidativo e amplificando a resposta inflamatória local (Lalla & Papapanou, 2022).

No presente caso, a condição pré-diabética do paciente possivelmente intensificou a destruição periodontal, justificando a adoção de uma abordagem combinada: controle do biofilme, redução de mediadores inflamatórios e acompanhamento metabólico. A literatura reforça que o manejo periodontal básico pode contribuir para a melhora do controle glicêmico, com reduções médias de 0,4% a 0,6% em hemoglobina glicada (Chapple et al., 2018).

A escolha pela extração do dente 22 seguiu o princípio de preservar a função mastigatória e o equilíbrio oclusal, evitando foco inflamatório crônico. A instrumentação cirúrgica tipo Kirkland permitiu acesso adequado à descontaminação

radicular e regeneração tecidual controlada, reduzindo a carga bacteriana subgengival. O uso da laserterapia teve caráter adjuvante e temporário, sem substituir o controle mecânico.

Após sete meses de acompanhamento, observou-se redução do sangramento à sondagem de 34% para 7%, melhora significativa da textura gengival e mudança do risco periodontal de alto para médio. Esses resultados demonstram o impacto do acompanhamento estruturado e do comprometimento do paciente com o autocuidado.

A reavaliação contínua, o suporte motivacional e a calibração de dispositivos interproximais foram fundamentais para consolidar a estabilidade clínica. Tal conduta reflete o conceito de periodonto reduzido saudável, no qual a ausência de inflamação é mantida apesar da perda estrutural prévia (Sanz et al., 2020).

7.5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso apresentado evidencia que o sucesso da terapia periodontal não cirúrgica depende da integração entre controle local, equilíbrio sistêmico e suporte comportamental. O tratamento resultou em estabilização da doença, preservação dos dentes remanescentes e melhora global da saúde periodontal.

A atuação do cirurgião-dentista como educador e agente de promoção de saúde foi determinante para o desfecho positivo. O caso reforça a importância de uma abordagem baseada em evidências, interdisciplinar e centrada no paciente, conforme preconizado pelas diretrizes da EFP 2020.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, pelo apoio incondicional, paciência e incentivo em todas as etapas da minha trajetória. Cada conquista reflete o amor e a base sólida que me sustentam.

Agradeço também à **Liga Acadêmica de Periodontia (LAUP)** da Faculdade Anhanguera de Uberlândia pelo apoio técnico e colaboração no desenvolvimento do caso clínico apresentado nesta obra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARTOLD, P. M.; IVANOVSKI, S. Periodontal and systemic interconnections: from concept to clinical reality. *Periodontology 2000*, v. 89, n. 1, p. 9–15, 2022.

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. *Journal of Periodontology*, v. 89, p. S1–S8, 2018.

CHAPPLE, I. L. C.; GENCO, R. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Periodontology*, v. 84, n. 4, p. S106–S112, 2013.

CHAPPLE, I. L. C. et al. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 42, p. S71–S76, 2015.

CHAPPLE, I. L. C. et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 45, n. S20, p. S68–S77, 2018.

CHEN, M. X. et al. The role of dysbiosis in the pathogenesis of periodontal disease. *Journal of Oral Microbiology*, v. 13, n. 1, p. 188–195, 2021.

CURTIS, M. A.; DIAZ, P. I.; VAN DYKE, T. E. The role of the microbiota in periodontal disease. *Periodontology 2000*, v. 83, n. 1, p. 14–25, 2020.

FARINA, R. et al. Periodontal medicine: the impact of periodontitis on systemic health. *Periodontology 2000*, v. 91, n. 1, p. 180–211, 2023.

HAAHTELA, T. et al. The biodiversity hypothesis and allergic disease: World Allergy Organization position statement. *World Allergy Organization Journal*, v. 12, n. 2, p. 100–102, 2019.

HERRERA, D. et al. Adjunctive therapies in non-surgical periodontal treatment: consensus report of workgroup 4 of the 15th European Workshop on Periodontology. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 49, p. 60–81, 2022.

IRWANDI, R. A. et al. Periodontal inflammation triggers trained immunity in hematopoietic stem cells. *Cell Reports*, v. 41, n. 8, p. 111–124, 2022.

LANG, N. P.; TONETTI, M. S. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health & Preventive Dentistry*, v. 1, n. 1, p. 7–16, 2003.

LALLA, E.; PAPAPANOU, P. N. Diabetes mellitus and periodontitis: a tale of two common interrelated diseases. *Nature Reviews Endocrinology*, v. 18, n. 11, p. 745–759, 2022.

LINDHE, J. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 7. ed. Hoboken: Wiley Blackwell, 2022.

LOOS, B. G.; VAN DYKE, T. E. The role of inflammation and genetics in periodontal disease. *Periodontology 2000*, v. 83, p. 26–39, 2020.

MITROULIS, I.; HAJISHENGALLIS, G.; CHAVAKIS, T. Trained immunity in periodontitis: the bone marrow connection. *Journal of Dental Research*, v. 102, n. 4, p. 379–388, 2023.

PRETZL, B. et al. Long-term results of supportive periodontal therapy: risk factors for tooth loss. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 45, n. 3, p. 354–363, 2018.

SANZ, M. et al. Treatment of stage I–III periodontitis—the EFP S3 level clinical practice guideline. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 47, p. 4–60, 2020.

SANZ-SÁNCHEZ, I. et al. Surgical treatment of periodontitis stage IV—EFP S3 clinical practice guideline. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 47, p. 61–77, 2020.

TONETTI, M. S. et al. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 45, n. 20, p. S149–S161, 2018.

TONETTI, M. S.; VAN DYKE, T. E. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Periodontology*, v. 84, p. S24–S29, 2013.

ANEXOS



Figura 1. Aspecto clínico inicial evidenciando inflamação gengival generalizada, recessões múltiplas e acúmulo de biofilme supragengival.



Figura 2. Sondagem periodontal mostrando bolsas de 7 mm na mesial do dente 21.



Figura 3. Sondagem com presença de sangramento em bolsas profundas.



Figura 4. Radiografias interproximais evidenciando perda óssea severa.



Figura 5. Exodontia do elemento 22.



Figura 6. Pós cirúrgico imediato com provisório confeccionado com o dente do paciente.



Figura 7. Calibração das escovas interproximais com a sonda IAP Curaprox.



Figura 8. Orientação de higiene bucal com escova interproximal calibrada individualmente.

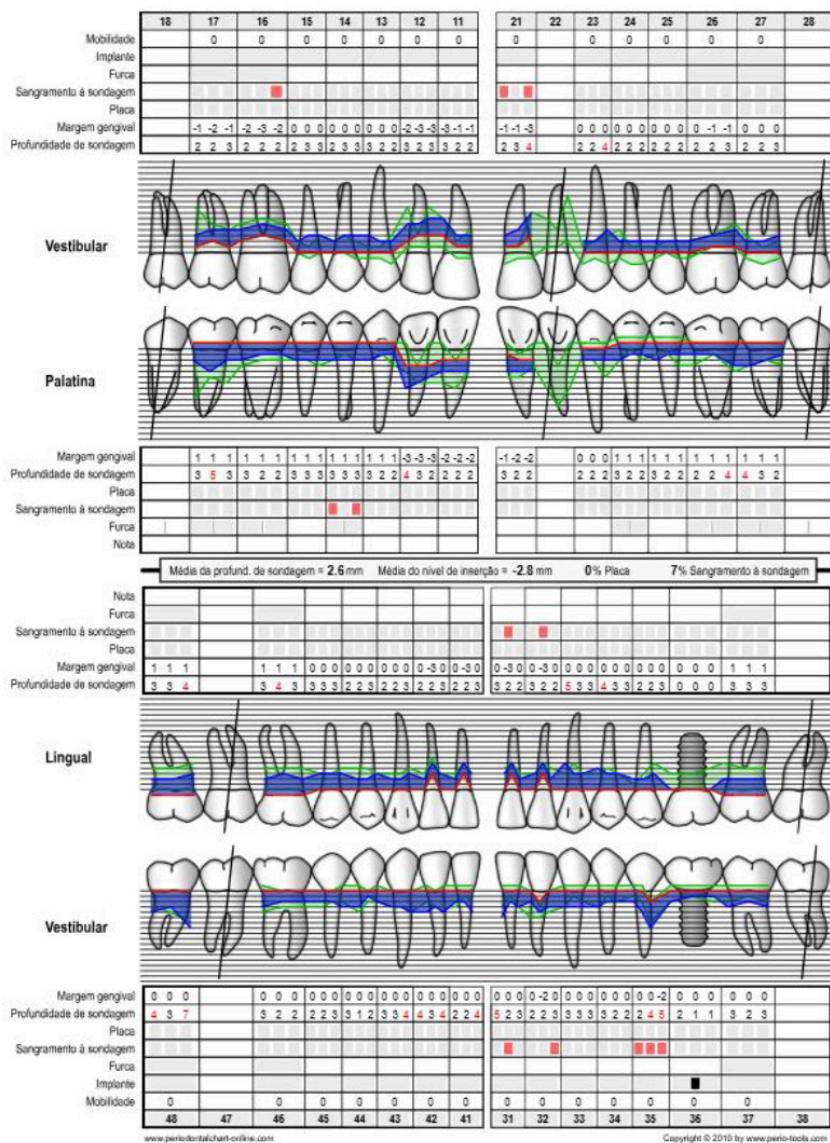
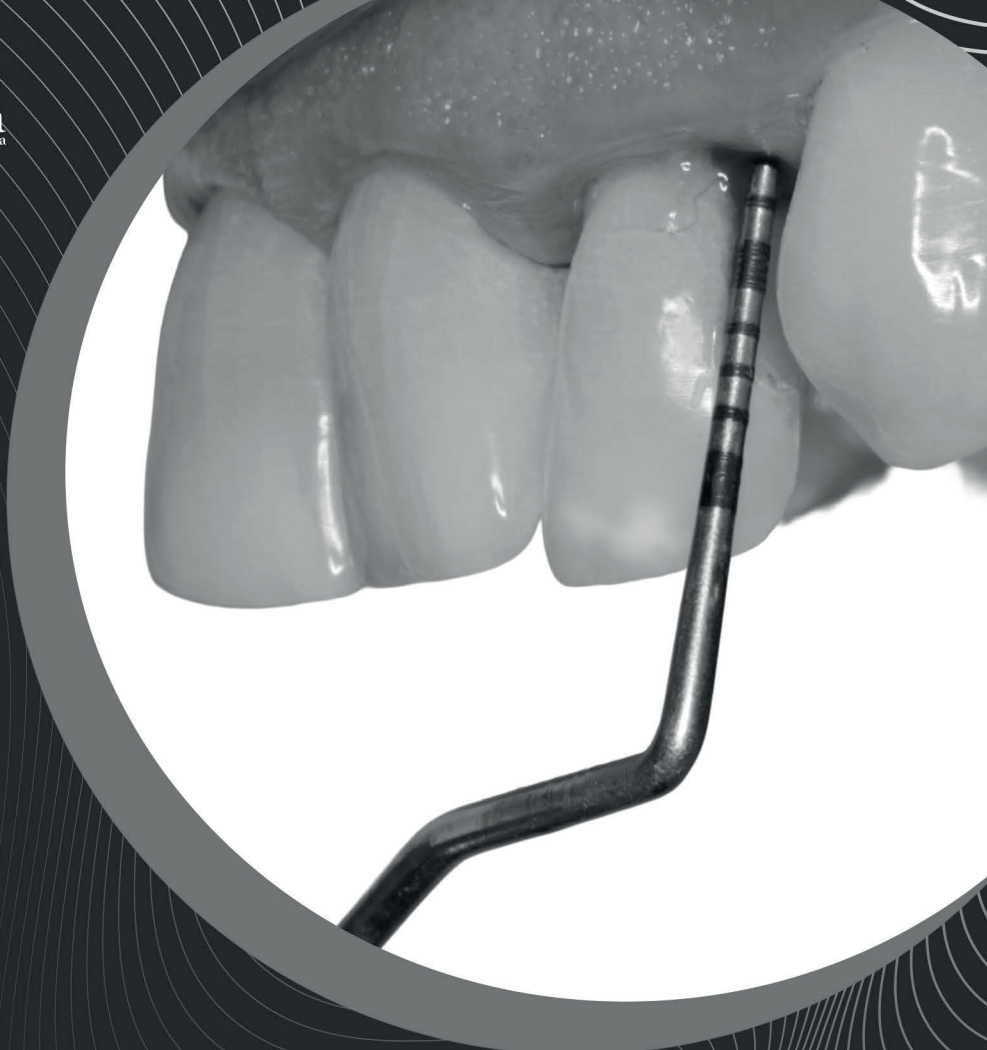


Figura 9. Periograma comparativo antes e após manejo periodontal (verde: bolsas periodontais antes do tratamento).

SOBRE A AUTORA

FERNANDA CASTELO, cirurgiã-dentista, Mestre e Doutora em Odontologia, Pós-doutoranda pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Atua há mais de dez anos no ensino de graduação e pós-graduação em Odontologia, com ênfase em Periodontia, prevenção e terapia periodontal baseada em evidências.

Sua trajetória acadêmica e clínica é marcada pela integração entre ciência, ensino e prática humanizada, com foco na promoção da saúde oral e sistêmica. Dedicar-se à formação de profissionais conscientes do papel do periodontista na prevenção, no diagnóstico precoce e no manejo individualizado das doenças periodontais.



MANEJO PERIODONTAL NÃO CIRÚRGICO



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br



MANEJO PERIODONTAL NÃO CIRÚRGICO

🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

📷 @atenaeditora

📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br