

Volume 34 • Supplement 1
2020

Brazilian Oral Research

Periodontia

Official Journal of the SBPqO - Sociedade
Brasileira de Pesquisa Odontológica
(Brazilian Division of the IADR)

Publishing Commission

Scientific Editor

Saul Martins Paiva

Honorary Editor

Esther Goldenberg Birman

Associated Editors

Ana Flavia Granville-Garcia (2020)
Cinthia Pereira Machado Tabchoury (2019)
Giulio Gavini (2017)
Giuseppe Alexandre Romito (2019)
Lucianne Cople Maia de Faria (2017)
Luciane Macedo de Menezes (2016)
Luciano José Pereira (2020)
Luís Carlos Spolidorio (2018)
Manoela Domingues Martins (2017)
Mario Tanomaru-Filho (2020)
Paulo Francisco Cesar (2017)
Rafael Ratto de Moraes (2017)
Sérgio Luís Scombatti de Souza (2018)
Valentim Adelino Ricardo Barão (2019)

Editorial production and Secretary

Ingroup Tecnologia e Serviços Eireli

Editorial Board

Brenda Paula Figueiredo Almeida Gomes (Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Brazil)
Cláudio Mendes Pannuti (Universidade de São Paulo - USP, Brazil)
Daniel Harold Fine (University of Medicine & Dentistry of New Jersey, USA)
Hyun Koo (University of Rochester Medical Center, USA)
Izabel Cristina Fröner (Universidade de São Paulo - USP, Brazil)
Jaime Aparecido Cury (Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Brazil)
Jeroen Kroon (Medical University of Southern Africa Community, South Africa)
Kátia Regina Hostilio Cervantes Dias (Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Brazil)
María Elina Itoiz (Universidad de Buenos Aires, Argentina)
Mariano Sanz (Universidad Complutense, Spain)
Pedro Luis Rosalen (Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Brazil)
Rita Villena Sarmiento (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Peru)
Robert Glenn Quivey Jr. (University of Rochester, USA)
Saulo Geraldelli (University of Florida, USA)
Stephen Bayne (University of North Carolina, USA)

The Editorial Board is also composed of ad hoc reviewers, who are specialized in Dentistry and related areas.



Board of Directors

President: Isabela Almeida Pordeus

Vice President: Paulo Francisco César

Former President: Carlos Eduardo Francci

Secretary: Saul Martins Paiva

Treasurer: Marcelo Bönecker

Executive Secretary: Celso Augusto Lemos Junior

Executive Director: Kátia Martins Rode

Information Technology Director: Valentim Adelino Ricardo Barão

Online Evaluation Coordinator: Wander José da Silva

Social Media Coordinator: Alessandra Pereira de Andrade

Scientific Advisor: Altair Antoninha Del Bel Cury

Ethics Committee Coordinator: Maria Gabriela Haye Biazivez

Board of Advisors 2019-2021

Cláudio Mendes Pannuti

Lucianne Cople Maia de Faria

Manoel Damião Sousa Neto

Rafael Ratto de Moraes

Copyright © All rights reserved to Brazilian Oral Research, including the translated version of each published article. Transcription after publication is, however, allowed with citation of the source.

Indexing

The Brazilian Oral Research is indexed in:

Base de Dados LILACS: 2000-; Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO): 2000-; DOAJ: 2005-; EBSCO Publishing: 2008-; GALE Cengage

Cataloguing-in-publication

Serviço de Documentação Odontológica – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Brazilian oral research. – Vol. 18, n. 1

(Jan./Mar. 2004) – São Paulo : SBPqO : 2004 –

Bimestral

ISSN 1806-8324 versão impressa;

ISSN 1807-3107 versão online

Continuação de: Pesquisa odontológica brasileira =

Brazilian oral research, 14(2000) – 17(2003).

A partir do vol. 25, n. 1 (Jan./Fev. 2011), a periodicidade

passa a ser bimestral. A partir do vol. 29 (2015), a publicação

passa a ser exclusivamente online.

1. Odontologia – Periódicos 2. Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica

Learning: 2009-; Index Copernicus: 2008-; Portal de Periódicos CAPES: 2004-; Medline/Pubmed: 2000-; SciELO: 2000-; Scopus: 2000-; Ulrich's: 2000-; Web of Science: 2011-.

Address for correspondence

Brazilian Oral Research - Editorial Office

Av. Prof. Lineu Prestes, 2.227

Cidade Universitária "Armando Salles de Oliveira"

05508-900 - São Paulo - SP - Brasil

Phone number: (55-11) 3091-7855; (55-11) 97557-1244

E-mail: office.bor@ingroup.srv.br

Instructions to Authors

Available in <http://www.scielo.br/revistas/bor/iinstruc.htm>

E-mail: secretaria.bor@caboverde.com.br

Site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1806-8324&lng=en&nrm=iso

Disclaimer

The statements and opinions of the manuscripts submitted to and published in the BOR are solely those of the author(s), and not necessarily those of the Editorial Board or of the Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica (SBPqO), Brazilian Division of the International Association for Dental Research (IADR).

Editorial Production

Ingroup Tecnologia e Serviços Eireli

Support



Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia

Em 1963 foi publicado o primeiro volume da Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, que teve sua origem na edição de 1963 como Anais da Faculdade de Farmácia e Odontologia da Universidade de São Paulo.



BOR is a member of the
Electronic Journals
Database of SciELO

Associação Brasileira
de Editores Científicos



Sponsors



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

MINISTÉRIO DA
CIÊNCIA, TECNOLOGIA,
INOVAÇÕES E COMUNICAÇÕES





Sumário

Editorial

Doença periodontal e seu impacto na América Latina
Giuseppe Alexandre Romito 1

Revisão crítica Periodontia

Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina. Seção I: Introdução parte I
Jorge Gamonal, Joel Bravo, Zilson Malheiros, Bernal Stewart, Alicia Morales, Franco Cavalla, Mariel Gomez 2

Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina. Seção II: Introdução parte II
Paola Carvajal, Rolando Vernal, Daniela Reinerio, Zilson Malheiros, Bernal Stewart, Claudio Mendes Pannuti, Giuseppe Alexandre Romito 7

Estratégias para a prevenção de doenças periodontais e seu impacto na saúde geral da América Latina. Seção III: Prevenção
Andrés Duque Duque, Zilson Malheiros, Bernal Stewart, Hugo Jorge Romanelli 14

Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina. Seção IV: Diagnóstico
Cassiano Kuchenbecker Rösing, Juliano Cavagni, Zilson Malheiros, Bernal Stewart, Vicente Aranguiz Freyhofer 21

Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina. Seção V: Tratamento da periodontite
Ricardo Guimarães Fischer, Ronaldo Lira Junior, Belén Retamal-Valdes, Luciene Cristina De Figueiredo, Zilson Malheiros, Bernal Stewart, Magda Feres 27

Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina: Relatório da Reunião de Consenso da LAOHA
Giuseppe Alexandre Romito, Magda Feres, Jorge Gamonal, Mariel Gomez, Paola Carvajal, Claudio Pannuti, Andrés Duque Duque, Hugo Romanelli, Cassiano Kuchenbecker Rösing, Vicente Aranguiz Freyhofer, Juliano Cavagni, Ricardo Guimarães Fischer, Luciene Figueiredo, Fernanda Campos De Almeida Carrer, Zilson Malheiros, Bernal Stewart, Mariano Sanz, Maria Ryan 36

Doença periodontal e seu impacto na América Latina

Giuseppe Alexandre ROMITO 

Presidente da LAOHA

A exemplo do que é realizado por algumas associações odontológicas ao redor do mundo, onde se promove a reunião de líderes de opinião da área para discutir e estabelecer parâmetros relacionados a alguma condição ou tratamento na área odontológica,¹ a *Latin American Oral Health Association* (LAOHA), que conta com o apoio da Colgate-Palmolive, promoveu o primeiro Workshop das Condições Periodontais da região Latino-Americana e do Caribe, em 2019.

Esta iniciativa reuniu profissionais e líderes de opinião da área acadêmica, de associações de classe e especialidades e de órgãos governamentais. A discussão envolveu temas como Prevenção, Diagnóstico, Plano de tratamento e dados epidemiológicos da América Latina. Deste debate, foi estruturado um Consenso que temos o privilégio de publicá-lo como suplemento especial na *Brazilian Oral Research*.

A importância deste tipo de iniciativa é trazer à luz dados científicos e orientações que dizem respeito a uma determinada área geográfica, pois apesar de vivermos num mundo globalizado, quando se trata de condições de saúde, particularidades regionais relacionadas às condições sócio-culturais são importantes na visão do paciente dentro de seu contexto social, o que pode impactar diretamente a sua condição de saúde e de doença.

A divulgação deste Consenso por toda a região Latino Americana e Caribe é fundamental para que os profissionais que atuam, em qualquer nível, da clínica privada a órgãos do governo, possam compreender a realidade das condições periodontais e desta forma, promover mudanças em saúde pública, baseando a sua tomada de decisão no que existe de mais atual em evidência científica.

Declaration of Interests: The authors certify that they have no commercial or associative interest that represents a conflict of interest in connection with the manuscript.

Referências

1. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyje TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, 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. *J Clin Periodontol*. 2018;89(Suppl 1):S74-84. <https://doi.org/10.1002/JPER.17-0719>

<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0028>

Submitted: January 28, 2020
Accepted for publication: January 31, 2020
Last revision: March 2, 2020



Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina. Seção I: Introdução parte I

Jorge GAMONAL^(a) 

Joel BRAVO^(b) 

Zilson MALHEIROS^(c,d) 

Bernal STEWART^(c,d) 

Alicia MORALES^(a) 

Franco CAVALLA^(e) 

Maríel GOMEZ^(f) 

^(a)Universidade do Chile, Faculdade de Odontologia, Centro de Vigilância e Epidemiologia de Doenças Bucais, Santiago, Chile.

^(b)Universidade de Antofagasta, Faculdade de Odontologia e Medicina, Departamento de Odontologia, Antofagasta, Chile.

^(c)Latin American Oral Health Association – LAOHA, São Paulo, Brasil.

^(d)Colgate Palmolive Company, Centro Global de Tecnologia, Piscataway, NJ, EUA.

^(e)Universidade do Chile, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Conservadora, Santiago, Chile.

^(f)Universidade Maimônides, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Periodontia, Buenos Aires, Argentina.

Declaração de interesses: Os autores declaram que não possuem interesses comerciais ou associativos que representem conflitos de interesses com o manuscrito.

Autor correspondente:

Jorge Gamonal

E-mail: jgamonal@odontologia.uchile.cl

<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0024>

Resumo: Um alto nível de saúde bucal e geral é um benefício inestimável, um fator nem sempre considerado como um direito humano básico para a sua melhor qualidade de vida. A boca é um ponto crítico de contato com o ambiente externo, que é estabelecido quando falamos, mastigamos, engolimos e no começo da digestão do alimento. De uma perspectiva da condição humana, a boca é crucial para a formação do som e a apresentação social do indivíduo e é um dos componentes fundamentais da saúde geral. Por isso, não ter uma saúde bucal adequada afeta a autoestima, a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas, de modo geral.

Palavras-chave: Carga Global de Doença; Doenças Periodontais; Saúde Pública.

Introdução

As doenças periodontais são um problema de saúde pública determinado socialmente e são uma das principais causas da cárie, levando a um maior impacto sobre a qualidade de vida das pessoas e podendo ser agravadas pela associação com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) crônicas. O tratamento periodontal e as ações tradicionais de promoção e prevenção realizadas na unidade odontológica não são suficientes para o controle de doenças periodontais, e o acesso aos sistemas de saúde é injusto, o que reforça a inequidade na saúde e mantém a situação atual de todas as doenças bucais no mundo todo.

Na epidemiologia bucal, o entendimento da associação causal entre práticas de estilo de vida, como higiene bucal, tabagismo ou dieta, e a cárie, erosão e doença periodontal, não explica por que indivíduos e comunidades optam por se envolver em tais práticas e a dimensão histórica de tais comportamentos e sua mudança ao longo do tempo.¹

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), criada pela organização em 2006, complementa esse trabalho pela equidade na saúde apoiando países e parceiros globais da saúde para abordar os fatores sociais que levam a problemas de saúde e inequidades e falta de acesso a serviços de saúde. A iniciativa da comissão também incorporou análises sobre os determinantes sociais da saúde bucal.²

Submetido: 3 setembro 2019

Aceito para publicação: 22 setembro 2019

Última revisão: 16 outubro 2019

As doenças bucais como um problema de saúde pública e a carga global.

Um alto nível de saúde bucal e geral é um benefício inestimável, um fator nem sempre considerado como um direito humano fundamental para uma melhor qualidade de vida para as pessoas.³ De uma perspectiva da condição humana, a boca é crucial para a formação do som, a apresentação social do indivíduo e é um dos componentes fundamentais da saúde geral.⁴ Por isso, não ter uma saúde bucal adequada afeta a autoestima, a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas, de modo geral.³

As doenças bucais (cáries e doenças periodontais, como gengivite e periodontite) agora são reconhecidas ao mesmo tempo como uma epidemia e um dos problemas de saúde pública mais importantes do mundo.¹ Em 2015, cerca de 3,5 bilhões de pessoas sofriam de condições dentárias não tratadas: 2,5 bilhões de pessoas com cárie não tratada em dentes permanentes, 573 milhões de crianças com cárie não tratada em dentes decíduos, 538 milhões de pessoas com periodontite grave e 276 milhões de pessoas com perda total dos dentes.^{6,7} Também sabemos que, à medida que as populações continuam a envelhecer, a quantidade de pessoas afetadas por doenças periodontais aumentará ainda mais,⁷ e sua prevalência estará concentrada nos grupos (e segmentos da sociedade) mais vulneráveis, tornando-se assim uma fonte significativa de desigualdade social.⁸

Uma grande contribuição do estudo da Carga Global de Doença (GBD) foi desenvolver o DALY (Anos de Vida Ajustados por Incapacidade) para uso como indicador em estudos de relação custo-benefício.⁹ O DALY representa o número de anos de vida perdidos devido a morte ou incapacidade. Curiosamente, no relatório de 2015 da GBD, foi declarado que, durante o período de 25 anos entre 1990 e 2015, houve uma mudança mínima entre as 10 doenças mais críticas que causam comprometimento ou morte, exceto por um ponto significativo: o aumento da doença bucal fez com que ela se tornasse uma das 10 mais importantes doenças causadoras de perda funcional no mundo.¹⁰

Periodontite como uma doença crônica não transmissível e seu impacto na saúde

A periodontite agora é considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT), juntamente com outras, como a doença cardiovascular, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, por terem em comum os mesmos determinantes sociais e fatores de risco de DCNT, que são responsáveis por cerca de dois terços das mortes no mundo.^{4,11} O tabagismo, a obesidade e a desnutrição (tanto em termos de ingestão calórica quanto de qualidade dos componentes nutricionais), a hiperglicemia (com ou sem diabetes) e o sedentarismo têm sido associados a riscos aumentados de periodontite, entre outras condições.¹² Estudos clínicos mostraram os efeitos do tratamento periodontal na redução da inflamação sistêmica, no melhoramento dos níveis de biomarcadores de doenças cardiovasculares e da função endotelial e na redução dos índices de glicose no sangue em pacientes com diabetes mellitus tipo 2.¹³ A proximidade entre periodontite e doenças sistêmicas resulta na exacerbação da resposta inflamatória com uma resposta imunológica alterada.¹⁴ Existem até 57 condições sistêmicas com possibilidade presumida de estarem associadas a doenças periodontais, o que confirma que as associações estão estabelecidas por meio de um mecanismo patogênico em comum.¹⁵ Em 2010, os custos globais de tratamento foram estimados em US\$ 298 bilhões, uma média de 4,6% dos gastos mundiais com a saúde.¹⁶ Na União Europeia, as despesas anuais com tratamentos para doenças bucais foram de aproximadamente de 79 bilhões de euros (gasto médio anual de 2008 a 2012) e, se essa tendência continuar, esse número poderá subir para 93 bilhões em 2020. Esses custos (€ 79,0 bi) superam os custos contraídos no tratamento de doenças neuromusculares (€ 7,7 bi), esclerose múltipla (€ 14,6 bi), câncer (€ 51,0 bi), doenças respiratórias (€ 55,0 bi) e mal de Alzheimer (71,1 milhões de euros).¹⁷ Além das grandes implicações financeiras, tanto para o governo quanto para os pacientes, existem outros custos que afetam a população administrados pelo governo, considerando o tempo perdido na escola e no trabalho.^{12,18,19}

Proposta de intervenção abrangente contra doenças periodontais

Esse tipo de intervenção requer uma mudança conceitual em voltada ao tipo cujos determinantes sociais subjacentes à saúde bucal têm maior valor explicativo.²⁰ Esses determinantes, definidos como as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, atualmente são entendidos como “causas das causas” dos eventos de saúde e incluem vários fatores estruturais, como renda e escolaridade. Essa proposta mostra que as vidas das pessoas são afetadas não somente pelas suas características pessoais, mas também pelas características dos grupos sociais aos quais elas pertencem, o que poderia determinar os efeitos dos atributos em nível individual. Esses efeitos poderiam ser os resultados das normas, dos valores e das convicções que prevalecem no contexto social das pessoas ou de certas características do ambiente no qual elas vivem.²¹ Portanto, para poder estudar as características “de uma população” ou “de uma área de agrupamento”, é feita uma abordagem geográfica ou territorial com base no local de residência dos indivíduos, como bairro, cidade, região ou país, ou com base na localização da habitação (ou seja, em uma área urbana ou rural). Essa abordagem pressupõe que indivíduos que vivem na mesma área geográfica têm uma série de variáveis socioeconômicas, ambientais e culturais e um contexto sociopolítico em comum.^{22,23}

Tendências globais atuais: O chamado para ação da Federação Europeia de Periodontologia

A periodontite é uma doença que pode ser frequentemente evitada e normalmente diagnosticada com facilidade. Ela pode ser tratada e controlada com sucesso em longo prazo, desde que o paciente e o dentista tomem os devidos cuidados. No cenário contemporâneo, existem diversos obstáculos culturais e socioeconômicos que dificultam a assistência odontológica profissional para a população e o desenvolvimento de abordagens preventivas.⁸ Nossa

proposta está alinhada ao chamado para ação da Federação Europeia de Periodontologia, com um plano de intervenção abrangente que visa melhorar a saúde geral e periodontal. Isso inclui a participação de cirurgiões-dentistas, especialistas em odontologia, médicos, educadores, professores, equipes técnicas em saúde, instituições que contratam profissionais, assim como a população-alvo, com estratégias para a promoção da saúde, diagnóstico e tratamento de doenças periodontais.²⁴

Oportunidades de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças periodontais.

A Federação Europeia de Periodontologia propõe identificar programas preventivos a serem desenvolvidos em larga escala, com ações específicas para reduzir a prevalência das doenças periodontais.²⁵ Devemos trabalhar no controle eficaz da gengivite, promovendo estilos de vida saudáveis tanto nos níveis populacional quanto individual.²⁶ Isso pode ser alcançado através de: (i) orientações profissionais para uma higiene bucal eficaz, como a escovação de dentes e limpeza interdental, (ii) uma abordagem à educação em saúde integrada e baseada na população apoiada por uma abordagem comum aos fatores de risco.²⁷ Um elemento crítico é que, através do diagnóstico e do desenvolvimento de perfis de risco, a prevenção deve ser adaptada às necessidades de cada indivíduo. Nós destacamos que todas as pessoas devem desempenhar um papel proativo na conscientização de sua saúde bucal, medidas de cuidado próprio, promoção da saúde e na prevenção de doenças para uma saúde geral e bucal ideal ao longo da vida, e desenvolver estratégias de higiene bucal que sejam consideradas um estilo de vida saudável pela OMS e outras organizações.

Somente políticas públicas de saúde bucal, fundamentadas em evidências, com apoio financeiro suficiente e com leis e regulamentos específicos, serão capazes de reverter os indicadores epidemiológicos de saúde bucal atuais, sempre considerando aspectos como atendimento integral, qualidade de vida, promoção da saúde e prevenção de doenças.^{28,29} Organizações como a OMS e a Organização Panamericana de Saúde

(OPS) podem ser agentes importantes na mudança de práticas e podem inspirar legisladores e partes interessadas a tomar decisões de políticas públicas que promovam a saúde bucal em um contexto de saúde geral dos indivíduos e população.

Conclusões

A periodontite é uma doença crônica não transmissível com impacto na saúde e na qualidade de vida. Periodontite e gengivite são doenças determinadas socialmente. Por isso, somente políticas públicas, focadas na equidade da saúde e atendimento integral serão capazes de modificar os indicadores epidemiológicos.

Agradecimentos

Este artigo foi preparado para a reunião de consenso intitulada “Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina - Consenso da América Latina”, promovida pela Latin American Oral Health Association (LAOHA) e pela Colgate Palmolive Co. com a participação de especialistas da região, incluindo representantes de Associações Periodontais da América Latina. Todos os participantes tiveram a oportunidade de revisar o conteúdo e fazer as suas próprias contribuições. O Relatório de Consenso foi baseado neste artigo. O autor (JG) obteve apoio por meio de subsídio do Fondef I+D, N°ID18I10034. Os autores declaram que não possuem conflitos de interesse.

Referências

1. Popay J, Williams G, Thomas C, Gatrell A. Theorising inequalities in health. *Sociol Health Illn.* 1998;20(5):619-44. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00122>
2. Petersen PE. Challenges to improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Int Dent J.* 2004 Dec;54(6 Suppl 1):329-43. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2004.tb00009.x>
3. Glick M, Silva OM, Seeberger GK, Xu T, Pucca G, Williams DM, et al. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *Int Dent J.* 2012 Dec;62(6):278-91. <https://doi.org/10.1111/idj.12009>
4. United-Nations. General Assembly. Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. 19 Sep 2011 [cited 2012 Jan 24]. Available from: https://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf
5. FDI World Dental Federation. The challenge of oral disease: a call for global action: the oral health atlas. 2nd ed. Brighton: FDI World Dental Federation; 2015.
6. Jin LJ, Lamster IB, Greenspan JS, Pitts NB, Scully C, Warnakulasuriya S. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Dis.* 2016 Oct;22(7):609-19. <https://doi.org/10.1111/odi.12428>
7. Kassebaum NJ, Smith AG, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. *J Dent Res.* 2017 Apr;96(4):380-7. <https://doi.org/10.1177/0022034517693566>
8. Jin LJ, Armitage GC, Klinge B, Lang NP, Tonetti M, Williams RC. Global oral health inequalities: task group—periodontal disease. *Adv Dent Res.* 2011 May;23(2):221-6. <https://doi.org/10.1177/0022034511402080>
9. Murray CJ, Lopez AD. Measuring the global burden of disease. *N Engl J Med.* 2013 Aug;369(5):448-57. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1201534>
10. The L; The Lancet. GBD 2015: from big data to meaningful change. *Lancet.* 2016 Oct;388(10053):1447. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31790-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31790-1)
11. Jin L. The global call for oral health and general health. *Int Dent J.* 2013 Dec;63(6):281-2. <https://doi.org/10.1111/idj.12085>
12. Chapple IL, Bouchard P, Cagetti MG, Campus G, Carra MC, Cocco F, et al. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol.* 2017 Mar;44 Suppl 18:S39-51. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12685>
13. Lalla E, Papapanou PN. Diabetes mellitus and periodontitis: a tale of two common interrelated diseases. *Nat Rev Endocrinol.* 2011 Jun;7(12):738-48. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.106>
14. Loos BG. Periodontal medicine: work in progress! *J Clin Periodontol.* 2016 Jun;43(6):470-1. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12550>
15. Monsarrat P, Blaizot A, Kémoun P, Ravaud P, Nabet C, Sixou M, et al. Clinical research activity in periodontal medicine: a systematic mapping of trial registers. *J Clin Periodontol.* 2016 May;43(5):390-400. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12534>

16. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. global economic impact of dental diseases. *J Dent Res.* 2015 Oct;94(10):1355-61. <https://doi.org/10.1177/0022034515602879>
17. Patel R. The state of oral health in Europe. Report Commissioned by the platform for better oral health in Europe. 2012 [cited 2012 Sep 5]. Available from: <http://www.oralhealthplatform.eu/our-work/the-state-of-oral-health-in-europe/>
18. Casamassimo PS, Thikkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E. Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc.* 2009 Jun;140(6):650-7. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2009.0250>
19. Chapple IL, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, et al. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *J Clin Periodontol.* 2015 Apr;42 Suppl 16:S71-6. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12366>
20. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007 Feb;35(1):1-11. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00348.x>
21. Baelum V, Lopez R. Periodontal epidemiology: towards social science or molecular biology? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004 Aug;32(4):239-49. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00159.x>
22. Celeste RK, Nadanovsky P, Ponce de Leon A, Fritzell J. The individual and contextual pathways between oral health and income inequality in Brazilian adolescents and adults. *Soc Sci Med.* 2009 Nov;69(10):1468-75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.005>
23. Espinoza I, Thomson WM, Gamonal J, Arteaga O. Disparities in aspects of oral-health-related quality of life among Chilean adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013 Jun;41(3):242-50. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12001>
24. Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *J Clin Periodontol.* 2017 May;44(5):456-62. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12732>
25. Tonetti MS, Eickholz P, Loos BG, Papapanou P, Velden U, Armitage G, et al. Principles in prevention of periodontal diseases: consensus report of group 1 of the 11th European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. *J Clin Periodontol.* 2015 Apr;42 Suppl 16:S5-11. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12368>
26. Jepsen S, Blanco J, Buchalla W, Carvalho JC, Dietrich T, Dörfer C, et al. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol.* 2017 Mar;44 Suppl 18:S85-93. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12687>
27. United-Nations. The 2030 agenda for sustainable development. New York: United-Nations; 2015.
28. Oliveira APC, Dal Poz MR, Craveiro I, Gabriel M, Dussault G. Fatores que influenciaram o processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal: estudo de caso múltiplo. *Cad Saúde Pública.* 2018 Mar;34(2): e00220416. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00220416>
29. Pucca Junior GA, Gabriel M, Araujo ME, Almeida FC. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res.* 2015 Oct;94(10):1333-7. <https://doi.org/10.1177/0022034515599979>

Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina. Seção II: Introdução parte II

Paola CARVAJAL ^(a,b) 

Rolando VERNAL ^(a,c) 

Daniela REINERO ^(a) 

Zilson MALHEIROS ^(d,e) 

Bernal STEWART ^(d,e) 

Claudio Mendes PANNUTI ^(d,f) 

Giuseppe Alexandre ROMITO ^(d,f) 

^(a)Universidade do Chile, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Conservadora, Santiago, Chile.

^(b)Universidade do Chile, Faculdade de Odontologia, Centro de Vigilância e Epidemiologia de Doenças Bucais, Santiago, Chile.

^(c)Universidade do Chile, Faculdade de Odontologia, Laboratório de Biologia Periodontal, Santiago, Chile.

^(d)Latin American Oral Health Association – LAOHA, São Paulo, Brasil.

^(e)Colgate Palmolive Company, Centro Global de Tecnologia, Piscataway, NJ, EUA.

^(f)Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Odontologia, Departamento de Estomatologia, São Paulo, SP, Brasil.

Declaração de interesses: Os autores declaram que não possuem interesses comerciais ou associativos que representem conflitos de interesses com o manuscrito.

Autor correspondente:

Paola Carvajal

E-mail: pcarvajal@odontologia.uchile.cl

<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0023>

Resumo: Os dados epidemiológicos sobre a gengivite e a periodontite na América Latina são escassos, já que a maioria dos estudos na América Latina tem analisado a profundidade de sondagem, ao invés da perda clínica de inserção. Os dados apresentados têm demonstrado alta variação nos resultados entre diferentes países da América Latina, cujas causas são as definições de caso clínicas e as estratégias metodológicas empregadas. De modo geral, os dados revelam que a prevalência de doenças periodontais é maior na América Latina do que em populações nos EUA e Europa. Com respeito a suas relações com outras condições e doenças, alguns estudos latino-americanos têm focado na relação entre a periodontite e resultados adversos na gravidez, ou no controle glicêmico insatisfatório em pacientes diabéticos. No entanto, esses estudos apresentaram resultados controversos. No Chile, registros indicaram que o tratamento periodontal reduziu significativamente a taxa de nascimentos prematuros. No entanto, no Brasil, não foram encontradas ligações entre a periodontite e resultados perinatais. No caso do diabetes mellitus, estudos brasileiros apresentaram resultados controversos. Porém um estudo de intervenção chileno relatou reduções significativas nos níveis de hemoglobina glicada depois do tratamento periodontal. Embora os dados latino-americanos sejam escassos, as informações disponíveis atualmente são úteis para estabelecer políticas nacionais de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças periodontais. Sendo assim, cursos de graduação em odontologia devem exercer um papel fundamental em capacitar profissionais altamente qualificados na promoção, na prevenção, no diagnóstico antecipado e no tratamento da doença periodontal, com uma abordagem ao risco e aos componentes biopsicossociais e éticos. Assim, futuros dentistas latino-americanos seriam capazes de enfrentar o desafio de diminuir a prevalência das doenças periodontais liderando um trabalho em equipe interdisciplinar de saúde.

Palavras-chave: Doenças Periodontais; Gengivite; Periodontite; Epidemiologia; América Latina.

Introdução

A gengivite é um tipo predominante de doença periodontal em pessoas de todas as idades, incluindo crianças e adolescentes. No entanto, dados epidemiológicos sobre a gengivite são escassos na América

Submetido: 2 setembro 2019
Aceito para publicação: 22 setembro 2019
Última revisão: 14 outubro 2019



Latina, principalmente no que diz respeito a estudos representativos de âmbito nacional.¹ Além disso, ao estudar a gengivite, existem algumas dificuldades metodológicas, como a falta de uniformidade para as definições de caso de gengivite, um ponto de corte para determinar sua presença, diversidade de índices periodontais utilizados e o uso de registros parciais que poderia super ou subestimar a prevalência da doença.² O Índice Periodontal Comunitário (CPI) e o Índice de Necessidade de Tratamento Periodontal Comunitário (CPITN) são os índices mais frequentemente utilizados, ambos correspondendo aos registros parciais propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para periodontite, a maioria dos dados disponíveis sobre a América Latina ainda depende direta ou indiretamente de estimativas da profundidade de sondagem periodontal. A medição da perda de inserção periodontal permite estimar a destruição periodontal cumulativa, enquanto a profundidade de sondagem periodontal ignora a destruição periodontal acompanhada de uma recessão gengival da posição da margem gengival em relação ao tamanho da bolsa periodontal. Assim sendo, o uso de estimativas da profundidade de sondagem periodontal leva a informações controversas. Várias definições de caso de periodontite têm sido propostas ou usadas^{3,4}. Por exemplo, durante o World Workshop 2017, foi sugerida apenas uma definição de periodontite, descrita como uma perda do nível de inserção clínica (NIC) interdental, detectável em sítios de dois ou mais dentes não adjacentes, ou por um NIC bucal ou oral de 3 mm ou mais com bolsas periodontais acima de 3 mm em pelo menos 2 dentes.⁵ No entanto, não há estudos latino-americanos usando essa definição de caso de periodontite no momento.

Prevalência e indicadores de risco da gengivite na América Latina

Uma revisão recente da literatura relatou que as doenças inflamatórias periodontais são muito predominantes em crianças e adolescentes da América Latina. Em média, a gengivite afeta 34,7% dos jovens latino-americanos, com a maior prevalência na Colômbia (77%) e na Bolívia (73%) e a menor

prevalência no México (23%). Em outros países, a prevalência de gengivite variou entre 31% e 56%.² Consequentemente, devido à alta prevalência, a gengivite precisa ser identificada e tratada nos jovens, considerando especialmente sua implicação como um indicador de risco para o desenvolvimento da periodontite quando se tornarem adultos.^{6,7}

Os indicadores de risco mais comuns para a gengivite na América Latina são a baixa higiene bucal e o baixo nível socioeconômico.^{2,8} Além disso, ficou claramente estabelecido que a prevalência de gengivite aumenta com a idade.^{2,8} Na população adulta da América Latina, três estudos multicêntricos foram conduzidos com o propósito de estimar a prevalência e a gravidade da inflamação gengival.^{9,10,11} No Brasil, na Argentina e no Chile, a prevalência de inflamação gengival atingiu 96,5%.⁹ Na Jamaica, na República Dominicana e em Porto Rico, todos os participantes analisados tiveram inflamação gengival.¹¹ Nesses Países, os principais indicadores de risco de inflamação gengival consistiram em maiores índices de cálculo, placa visível a partir de 30% e ter até 12 anos de escolaridade.^{9,11} No México, na Costa Rica e na Colômbia, a prevalência da inflamação gengival atingiu 99,6%, e o indicador de risco mais importante foi o acúmulo de placa dentária.¹⁰ Em relação à gravidade da inflamação gengival, esses estudos revelaram que a maioria dos indivíduos examinados apresentava inflamação gengival moderada,^{9,10,11} de acordo com o índice gengival de Løe e Silness.

Prevalência e indicadores de risco da periodontite na América Latina

Os estudos epidemiológicos na América Latina não usaram nenhuma definição de caso uniforme para a periodontite. Adicionalmente, a possibilidade de fazer comparações entre a prevalência da periodontite entre os diferentes países foi prejudicada pelo uso de diferentes estratégias metodológicas para selecionar amostras representativas, calcular o tamanho da amostra, calibrar os examinadores, selecionar os dentes para a análise, selecionar os sítios periodontais para análise e registrar os dados obtidos.¹²

De modo geral, foi reportada uma elevada prevalência de destruição periodontal na maioria

dos estudos na América Latina, com alta variabilidade entre as estimativas periodontais. Na Argentina, utilizando o CPI, foi reportado que 40,7% dos adultos a partir de 18 anos tinham pelo menos uma bolsa periodontal de 3,5 mm ou mais.¹³ No Brasil, uma pesquisa nacional realizada em 2010 usando os índices CPI/CPITN divulgou que a prevalência de pessoas de 35 a 44 anos com profundidade de sondagem periodontal de 4 mm ou mais foi de 19,4%.¹² Em Porto Alegre, Brasil, a prevalência de pelo menos seis dentes com NIC de 5 mm ou mais foi de 62,6%, e a de pelo menos seis dentes com NIC de 7 mm ou mais foi de 37,3%, em indivíduos com 18 anos ou mais, enquanto a prevalência de periodontite foi de 31,4%, definida como indivíduos com NIC de 5 mm ou mais afetando 30% dos dentes ou mais, e isso aumentou com a idade. Além disso, a periodontite foi mais predominante entre os homens, pessoas de nível socioeconômico mais baixo e entre os fumantes intensos.¹⁴ A Pesquisa Nacional sobre Exames Odontológicos do Chile, conduzida em 2007, registrou uma elevada prevalência de NIC de 5 mm ou mais, afetando 58,3% dos indivíduos entre 35 e 44 anos e 81,4% dos indivíduos entre 65 e 74 anos de idade. Os indicadores de risco associados foram escolaridade inferior a 12 anos, ser homem, tabagismo e a idade.¹⁵ A Pesquisa Colombiana Sobre Saúde Bucal, realizada em 2014 relatou que 61,8% da população adulta apresentou periodontite, utilizando a definição de caso da vigilância da periodontite proposta pelo(a) Centro de Controle de Doenças/Academia Americana de Periodontologia (CDC/AAP).⁴ Além disso, a prevalência da periodontite grave foi de 7,8% em indivíduos de 35 a 44 anos de idade, 20,3% em indivíduos de 45 a 64 anos e 25,9% em indivíduos de 65 a 79 anos de idade.¹⁶ Assim sendo, a periodontite não foi homoganeamente distribuída na população latino-americana, e os indicadores de risco identificados foram sexo masculino, escolaridade, status socioeconômico, tabagismo, obesidade e renda.²

De acordo com um estudo multicêntrico recente,¹⁷ o dano periodontal foi predominante em adolescentes latino-americanos dos 15 aos 18 anos de idade. De fato, a prevalência de NIC de 3 mm ou mais em pelo menos um sítio periodontal foi de 32,6%, a profundidade de sondagem da bolsa de 4 mm ou mais foi de 59,3%

e o índice de sangramento à sondagem a partir de 25% foi de 28,6%. Essa prevalência foi maior que nos registros anteriores de Santiago, Chile (4,5%),¹⁸ e Santo Domingo, na República Dominicana (4,8%),¹⁹ ambos os estudos tendo usado um registro parcial da boca; e Porto Alegre, Brasil (22,9%), com registro completo da boca.²⁰ Os indicadores de risco associados ao NIC de 3 mm ou mais, em pelo menos um sítio periodontal para essa faixa etária, foram tabagismo, ter frequentado o ensino público e sangramento à sondagem a partir de 25%.¹⁷

De modo geral, estudos sobre a prevalência de doença periodontal destrutiva nas áreas urbanas e remotas da América Latina indicaram alta prevalência e baixa extensão de perda de inserção periodontal moderada a grave.¹² Embora os dados disponíveis sejam escassos e com várias limitações, eles claramente estabelecem que a NIC foi mais predominante nos latino-americanos do que nos EUA ou em populações da Europa.²

Impacto da doença periodontal em outras doenças

A periodontite tem sido associada a várias condições e doenças sistêmicas, como resultados adversos na gravidez, doenças cardiovasculares (DCV), doenças respiratórias, diabetes mellitus (DM), doença renal crônica, artrite reumatoide, demência, síndrome metabólica e câncer. A plausibilidade biológica dessas associações depende principalmente da carga inflamatória sistêmica de baixo grau característica da periodontite.²¹ Nesse contexto, uma infecção periodontal de longa duração e persistente tem um enorme impacto na economia da saúde,²² já que uma doença periodontal não controlada pode contribuir para os eventos patogênicos dessas doenças, induzindo mudanças na sua progressão ou gravidade.²¹

A maioria dos estudos conduzidos na América Latina tem focado nos resultados adversos na gravidez, DCV e no controle glicêmico durante o DM, apresentando resultados controversos.¹² No Chile, registros indicaram que o tratamento periodontal reduz significativamente o nascimento prematuro. No entanto, resultados contraditórios foram relatados em estudos realizados no Brasil.^{23,24,25} De fato, um estudo recente não apresentou associação entre os

parâmetros clínicos periodontais analisados e o resultado perinatal.²⁶ Para compreender as diferenças entre os dados obtidos no Brasil e Chile, é necessário considerar que a população chilena é etnicamente e demograficamente mais homogênea do que a população brasileira, e que a mulher chilena é provida de um programa de atendimento pré-natal uniforme e bem-projetado regulamentado pelo governo. Talvez um aspecto mais importante a ser lembrado seja o fato de haver registros de que as mulheres chilenas têm periodontites mais graves do que as mulheres de outros países da América Latina.²⁵

Uma meta-análise de estudos observacionais reforçou coerentemente uma associação entre doenças periodontais e DCV.²⁷ Os estudos epidemiológicos conduzidos na América Latina corroboraram, de modo geral, essa associação. Contudo, os resultados apresentaram grande variabilidade.¹² Nesse contexto, o tratamento periodontal demonstrou reduzir os níveis de curto prazo de marcadores sistêmicos da inflamação diretamente relacionados à etiopatogenia da DCV.²⁸

Uma relação bidirecional entre doença periodontal e DM tem sido proposta (31). De fato, a periodontite pode prejudicar o controle glicêmico em pacientes com DM²⁹ e o tratamento periodontal pode melhorar o controle glicêmico nesses pacientes.³⁰ Estudos interventivos conduzidos no Brasil obtiveram resultados controversos, com alguns relatando reduções importantes nos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c), enquanto outros não encontraram mudanças significantes nos níveis de HbA1c após o tratamento periodontal. Esses achados conflitantes podem ser explicados, pelo menos em parte, pelas diferentes estratégias terapêuticas utilizadas, pelo pequeno tamanho da amostra e pelos critérios de seleção dos participantes analisados.¹² Um estudo recente conduzido no Chile constatou que a terapia periodontal levou a uma redução no nível de HbA1c em pacientes com DM com HbA1c acima de 9%, independentemente do tipo de tratamento periodontal.³¹

Estratégias para aumentar a conscientização sobre doenças periodontais na América Latina

Atualmente, várias barreiras culturais e socioeconômicas ao atendimento profissional impedem

a população de aplicar abordagens preventivas corretas, tendo acesso ao diagnóstico antecipado e procurando tratamento em tempo hábil, o que resulta em um progresso limitado da melhora da saúde periodontal.³² A doença periodontal é determinada socialmente. Para combater efetivamente esta doença, são necessários esforços e políticas públicas de equidade que reduzam as desigualdades sociais. A prevenção deve ser a principal medida de ações, políticas e programas para manter a saúde bucal e evitar doenças periodontais, através do controle eficaz da gengivite e da promoção de estilos de vida saudáveis nos níveis individual e populacional.³³ Isso pode ser feito por profissionais de odontologia e da saúde, orientando os pacientes com instruções sobre como promover sua própria higiene bucal de maneira eficaz, como escovar adequadamente os dentes e limpar os espaços interdentais, além de uma abordagem integrada e populacional da educação em saúde focada no fator de risco comum. Ademais, o conceito que deve ser enfatizado é que cada pessoa deve assumir um papel proativo na conscientização sobre a saúde bucal, nas medidas de cuidado próprio e na promoção da saúde e prevenção de doenças, para uma saúde geral e bucal de melhor qualidade ao longo da vida.³⁴ Além disso, recomenda-se aumentar a conscientização da população sobre a importância de reconhecer os primeiros sinais de doenças periodontais, instruindo as pessoas a compreender o papel da inflamação gengival, a presença de sangramento gengival e o autoexame dos tecidos gengivais, para ajudar a prevenir essas doenças. Para atingir esses objetivos, as redes sociais podem ser uma ferramenta útil a ser explorada, dado que elas oferecem uma forma rápida, segura e em massa de disseminar informações, o que pode favorecer a implementação e a massificação das estratégias com o objetivo de informar nossos pacientes de saúde periodontal. Por exemplo, um questionário de autorrelato, projetado para a vigilância populacional da gengivite em adolescentes poderia ser implementado.³⁵ Essas plataformas também poderiam aumentar a conscientização do público ou dos profissionais sobre a saúde periodontal.³⁶

A estratégia sustentável de longo prazo para a saúde bucal global deve se concentrar na promoção da saúde e na prevenção de doenças por meio do

controle de seus fatores de risco comuns e modificáveis, com base no vínculo integrado entre a saúde bucal e o bem-estar geral. Assim, doenças bucais comuns, como a doença periodontal, devem estar sujeitas a prevenção, controle, tratamento e gerenciamento eficazes por todos os profissionais de saúde por meio de uma abordagem colaborativa para alcançar a saúde geral.^{37,38} No entanto, apesar da necessidade de mais estudos latino-americanos, as informações disponíveis no momento são muito úteis para o estabelecimento de políticas nacionais de promoção da saúde bucal e prevenção e tratamento de doenças bucais, com foco em atendimento integral. Em quase a totalidade dos casos, a doença periodontal destrutiva pode ser reduzida ou evitada se a prevenção e o tratamento da gengivite grave começar precocemente na vida. A possibilidade de a doença periodontal não tratada ser capaz de afetar negativamente a saúde geral das pessoas impõe ainda mais pressão para melhorar a saúde periodontal dos jovens na América Latina.

Considerações finais

Embora a doença periodontal represente um dos problemas mais comuns de saúde pública, lamentavelmente, ela tem sido frequentemente negligenciada nas estratégias e políticas de saúde pública. Isso levou a um impacto socioeconômico significativo em termos de custos de atendimento odontológico, ausência na escola ou no trabalho e em termos de vida cotidiana e autoestima das pessoas.³⁹ As doenças periodontais e as doenças não transmissíveis têm fatores de risco em comum, como o consumo de tabaco. Assim sendo, é crucial incorporar a saúde bucal na agenda de saúde geral, com o objetivo de alcançar a saúde e o bem-estar de todos.³⁴ Nesse contexto, as faculdades de odontologia devem exercer um papel fundamental no treinamento de profissionais

com foco na promoção da saúde, na prevenção e no diagnóstico antecipado das doenças bucais, incluindo doenças periodontais, com uma abordagem ao risco e fortes componentes biopsicossociais e éticos. Assim, futuros dentistas latino-americanos seriam capazes de enfrentar o desafio de diminuir a prevalência das doenças periodontais liderando um trabalho em equipe interdisciplinar de saúde. Seguindo essa linha, os dentistas clínicos gerais devem estar profissionalmente preparados para tratar a maioria dos pacientes periodontais nos estágios leve e moderado da periodontite (estágios I e II, de acordo com a classificação de 2018 de doenças e condições periodontais),⁵ e também devem ser capazes de identificar os indivíduos que devem ser encaminhados aos especialistas em periodontia.⁴⁰ Os usos do estabelecimento de metas, automonitoramento e planejamento são intervenções eficazes para melhorar a higiene bucal em pacientes com doença periodontal. Portanto, precisamos de futuros dentistas que entendam a gravidade das doenças periodontais e os benefícios das mudanças de comportamento por parte dos pacientes periodontais no contexto do atendimento integral às pessoas.⁴¹

Agradecimentos

Este artigo foi preparado para a reunião de consenso intitulada “Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina - Consenso da América Latina”, promovida pela Latin American Oral Health Association (LAOHA) e pela Colgate Palmolive Co. com a participação de especialistas da região, incluindo representantes de Associações Periodontais da América Latina. Todos os participantes tiveram a oportunidade de revisar o conteúdo e fazer as suas próprias contribuições. O Relatório de Consenso foi baseado neste artigo. Os autores declaram que não possuem conflitos de interesse.

Referências

1. Gjermo P, Rösing CK, Susin C, Oppermann R. Periodontal diseases in Central and South America. *Periodontol* 2000. 2002;29(1):70-8. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0757.2001.290104.x>
2. Botero JE, Rösing CK, Duque A, Jaramillo A, Contreras A. Periodontal disease in children and adolescents of Latin America. *Periodontol* 2000. 2015 Feb;67(1):34-57. <https://doi.org/10.1111/prd.12072>

3. Savage A, Eaton KA, Moles DR, Needleman I. A systematic review of definitions of periodontitis and methods that have been used to identify this disease. *J Clin Periodontol*. 2009 Jun;36(6):458-67. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2009.01408.x>
4. Eke PI, Page RC, Wei L, Thornton-Evans G, Genco RJ. Update of the case definitions for population-based surveillance of periodontitis. *J Periodontol*. 2012 Dec;83(12):1449-54. <https://doi.org/10.1902/jop.2012.110664>
5. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: framework and proposal of a new classification and case definition. *J Clin Periodontol*. 2018 Jun;45 Suppl 20:S149-61. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12945>
6. Lang NP, Schätzle MA, Løe H. Gingivitis as a risk factor in periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 2009 Jul;36 Suppl 10:3-8. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2009.01415.x>
7. Schätzle M, Løe H, Lang NP, Heitz-Mayfield LJ, Bürgin W, Ånerud A, et al. Clinical course of chronic periodontitis. III. Patterns, variations and risks of attachment loss. *J Clin Periodontol*. 2003 Oct;30(10):909-18. <https://doi.org/10.1034/j.1600-051X.2003.00401.x>
8. Ministerio de Salud (Chile). Perfil epidemiológico de salud bucal. [cited 2018 June 15]. Available from: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf2010>
9. Carvajal P, Gómez M, Gomes S, Costa R, Toledo A, Solanes F, et al. Prevalence, severity, and risk indicators of gingival inflammation in a multi-center study on South American adults: a cross sectional study. *J Appl Oral Sci*. 2016 Sep-Oct;24(5):524-34. <https://doi.org/10.1590/1678-775720160178>
10. Murillo GV, Castillo J, Serrano J, Ramirez G, Viales J, Benitez C. Prevalence and severity of plaque-induced gingivitis in three Latin American cities: Mexico City-Mexico, Great Metropolitan Area-Costa Rica and Bogota-Colombia. *ODOVTOS-Int J Dental Sci*. 2018 May-Aug;20(2):91-102. <https://doi.org/10.15517/ijds.v20i2.32451>
11. Elías-Boneta AR, Toro MJ, Rivas-Tumanyan S, Rajendra-Santosh AB, Brache M, Collins C JR. Prevalence, severity, and risk factors of gingival inflammation in Caribbean adults: A multi-city, cross-sectional study. *P R Health Sci J*. 2018 Jun;37(2):115-23.
12. Oppermann RV, Haas AN, Rösing CK, Susin C. Epidemiology of periodontal diseases in adults from Latin America. *Periodontol 2000*. 2015 Feb;67(1):13-33. <https://doi.org/10.1111/prd.12061>
13. Romanelli H, González y Rivas M, Chiappe V, Gómez M, Macchi R. Periodontal treatment needs in Argentine adult subjects. *Acta Odontol Latinoam*. 2007;20(1):39-47.
14. Susin C, Dalla Vecchia CF, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Periodontal attachment loss in an urban population of Brazilian adults: effect of demographic, behavioral, and environmental risk indicators. *J Periodontol*. 2004 Jul;75(7):1033-41. <https://doi.org/10.1902/jop.2004.75.7.1033>
15. Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzúa I, Aranda W, et al. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. *J Periodontol*. 2010 Oct;81(10):1403-10. <https://doi.org/10.1902/jop.2010.100148>
16. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). IV Estudio Nacional de Salud Bucal de Colombia. 2015 [cited 2015 June 1]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
17. Morales A, Carvajal P, Romanelli H, Gómez M, Loha C, Esper ME, et al. Prevalence and predictors for clinical attachment loss in adolescents in Latin America: cross-sectional study. *J Clin Periodontol*. 2015 Oct;42(10):900-7. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12452>
18. López R, Fernández O, Jara G, Baelum V. Epidemiology of clinical attachment loss in adolescents. *J Periodontol*. 2001 Dec;72(12):1666-74. <https://doi.org/10.1902/jop.2001.72.12.1666>
19. Collins J, Carpio AM, Bobadilla M, Reyes R, Gúzman I, Martínez B, et al. Prevalence of clinical attachment loss in adolescents in Santo Domingo, Dominican Republic. *J Periodontol*. 2005 Sep;76(9):1450-4. <https://doi.org/10.1902/jop.2005.76.9.1450>
20. Susin C, Haas AN, Valle PM, Oppermann RV, Albandar JM. Prevalence and risk indicators for chronic periodontitis in adolescents and young adults in south Brazil. *J Clin Periodontol*. 2011 Apr;38(4):326-33. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2011.01699.x>
21. Tonetti MS, Van Dyke TE. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Periodontol*. 2013 Apr;84(4 Suppl):S24-9. <https://doi.org/10.1902/jop.2013.1340019>
22. Chapple IL, Busby M, Clover H, Matthews R. Periodontal disease and systemic disease. *J R Soc Med*. 2014 Mar;107(3):94. <https://doi.org/10.1177/0141076813518770>
23. López NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol*. 2002 Aug;73(8):911-24. <https://doi.org/10.1902/jop.2002.73.8.911>
24. López NJ, Silva I, Ipinza J, Gutierrez J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. *J Periodontol*. 2005 Nov;76(11 Suppl):2144-53. <https://doi.org/10.1902/jop.2005.76.11-S.2144>
25. López NJ, Uribe S, Martínez B. Effect of periodontal treatment on preterm birth rate: a systematic review of meta-analyses. *Periodontol 2000*. 2015 Feb;67(1):87-130. <https://doi.org/10.1111/prd.12073>
26. Kruger M, Casarin RP, Pinto GD, Pappen FG, Camargo MB, Correa FO, et al. Maternal periodontal disease and adverse perinatal outcomes: is there an association? A hospital-based case-control study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019 Oct;32(20):3401-7. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1464554>
27. Humphrey LL, Fu R, Buckley DI, Freeman M, Helfand M. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2008 Dec;23(12):2079-86. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0787-6>

28. Paraskevas S, Huizinga JD, Loos BG. A systematic review and meta-analyses on C-reactive protein in relation to periodontitis. *J Clin Periodontol*. 2008 Apr;35(4):277-90. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2007.01173.x>
29. Tsai C, Hayes C, Taylor GW. Glycemic control of type 2 diabetes and severe periodontal disease in the US adult population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002 Jun;30(3):182-92. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2002.300304.x>
30. Simpson TC, Needleman I, Wild SH, Moles DR, Mills EJ. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 May;(5):CD004714. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004714.pub2>
31. Quintero AJ, Chaparro A, Quirynen M, Ramírez V, Prieto D, Morales H, et al. Effect of two periodontal treatment modalities in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus: A randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2018 Sep;45(9):1098-106. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12991>
32. Jin LJ, Armitage GC, Klinge B, Lang NP, Tonetti M, Williams RC. Global oral health inequalities: task group—periodontal disease. *Adv Dent Res*. 2011 May;23(2):221-6. <https://doi.org/10.1177/0022034511402080>
33. Jepsen S, Blanco J, Buchalla W, Carvalho JC, Dietrich T, Dörfer C, et al. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol*. 2017 Mar;44 Suppl 18:S85-93. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12687>
34. Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: a call for global action. *J Clin Periodontol*. 2017 May;44(5):456-62. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12732>
35. Quiroz V, Reinero D, Hernández P, Contreras J, Vernal R, Carvajal P. Development of a self-report questionnaire designed for population-based surveillance of gingivitis in adolescents: assessment of content validity and reliability. *J Appl Oral Sci*. 2017 Jul-Aug;25(4):404-11. <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2016-0511>
36. Bernhardt JM, Alber J, Gold RS. A social media primer for professionals: digital dos and don'ts. *Health Promot Pract*. 2014 Mar;15(2):168-72. <https://doi.org/10.1177/1524839913517235>
37. FDI World Dental Federation. FDI policy statement on non-communicable diseases. Adopted by the FDI General Assembly: 30 August 2013 - Istanbul, Turkey. *Int Dent J*. 2013 Dec;63(6):285-6. <https://doi.org/10.1111/idj.12078>
38. Jin L. The global call for oral health and general health. *Int Dent J*. 2013 Dec;63(6):281-2. <https://doi.org/10.1111/idj.12085>
39. Jin LJ, Lamster IB, Greenspan JS, Pitts NB, Scully C, Warnakulasuriya S. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Dis*. 2016 Oct;22(7):609-19. <https://doi.org/10.1111/odi.12428>
40. Kornman KS, Giannobile WV, Duff GW. Quo vadis: what is the future of periodontics? How will we get there? *Periodontol 2000*. 2017 Oct;75(1):353-71. <https://doi.org/10.1111/prd.12217>
41. Newton JT, 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*. 2015 Apr;42 Suppl 16:S36-46. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12356>

Estratégias para a prevenção de doenças periodontais e seu impacto na saúde geral da América Latina. Seção III: Prevenção

Andrés Duque DUQUE^(a) 

Zilson MALHEIROS^(b,c) 

Bernal STEWART^(b,c) 

Hugo Jorge ROMANELLI^(d) 

^(a)Universidade CES, Faculdade de Odontologia, Departamento de Periodontia, Medellín, Antioquia, Colômbia.

^(b)Latin American Oral Health Association – LAOHA, São Paulo, SP, Brasil.

^(c)Colgate-Palmolive Company, Piscataway, NJ, EUA.

^(d)Universidade Maimônides, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Periodontia, Buenos Aires, Argentina.

Declaração de interesses: Os autores declaram que não possuem interesses comerciais ou associativos que representem conflitos de interesses com o manuscrito.

Autor correspondente:

Andrés Duque Duque
E-mail: aduqued@ces.edu.co

<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0025>

Resumo: A remoção de placa dentária e a compreensão de fatores de riscos, indicadores de riscos e determinantes sociais são componentes importantes na prevenção da doença periodontal. Doenças periodontais e cáries dentárias são condições bastante evitáveis, mas exigem uma “abordagem de fator de risco comum” com doenças não transmissíveis (DNT), com a finalidade de melhorar sua prevenção e controle, além do impacto positivo na saúde. O objetivo desse consenso foi o de identificar e evidenciar as lacunas na prevenção periodontal na América Latina e propor recomendações em nível individual e coletivo para a população, profissionais da saúde, profissionais da odontologia e o governo. A prevenção de doenças periodontais na América Latina tem focado principalmente na orientação em higiene bucal, no uso da escova de dentes e dispositivos interproximais, mas em alguns pacientes é necessário o uso de adjuvantes a essas medidas, como produtos probióticos e/ou antimicrobianos respaldados por ampla evidência científica. Algumas evidências mostraram que há conhecimentos insuficientes e atitudes e práticas inadequadas entre os pacientes, dentistas e outros profissionais da saúde. A prevenção das doenças periodontais e cáries deveria ser adotada como uma rotina de estilo de vida saudável, por conta de seus efeitos locais e sistêmicos. Recentemente, novas estratégias de capacitação têm sido propostas com a finalidade de gerar mudanças comportamentais. Doenças periodontais geralmente podem ser prevenidas ou controladas por esforços conjuntos entre os sistemas de saúde do governo, associações científicas, universidades, profissionais da saúde, companhias privadas e comunidades. Concluindo, as relações entre doenças periodontais, cáries, estilo de vida saudável e DNT apresentam uma oportunidade ideal para mudar as estratégias de prevenção na América Latina nos níveis individual e populacional.

Palavras-chave: Doenças Periodontais; Saúde Pública; América Latina.

Introdução

A Federação Dentária Internacional (FDI) definiu a saúde bucal como sendo multifacetada, e ela inclui a habilidade de falar, sorrir, cheirar,

Submetido: 5 setembro 2019
Aceito para publicação: 22 setembro 2019
Última revisão: 16 outubro 2019



degustar, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma série de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto ou doença do complexo craniofacial.¹ Doenças periodontais são doenças multifatoriais crônicas iniciadas por microrganismos bacterianos. Eles causam reações inflamatórias e infecciosas que afetam local ou sistematicamente o corpo. Há evidências de que doenças periodontais estão relacionadas a condições sistêmicas, e elas têm fatores de risco em comum com as cáries e doenças não transmissíveis (DNT).² Sendo assim, o conceito de saúde bucal também deve incluir “saúde bucal sem consequências negativas na saúde geral”. A prevalência de doenças periodontais é relacionada à placa (biofilme) e fatores de riscos, como o tabagismo e o diabetes. Além disso, doenças periodontais podem estar associadas com outros fatores de risco, como: síndrome metabólica, fatores hereditários, fatores comportamentais, comprometimento durante a manutenção periodontal, estresse e obesidade.^{3,4} A remoção da placa dentária e o entendimento dos fatores de risco, indicadores de risco e determinantes sociais são componentes importantes na prevenção de doenças periodontais. Os profissionais em saúde deveriam se envolver em programas para a prevenção de cáries e doenças periodontais, pois elas podem iniciar ou agravar o desenvolvimento de DNT.^{5,6,7,8,9,10} Doenças periodontais e cáries dentárias são infecções bacterianas de relativamente fácil prevenção que requerem uma “abordagem de fator de risco comum” com DNT com o intuito de sua prevenção e controle.^{5,11}

As abordagens preventivas atuais requerem medidas individuais e coletivas sob o entendimento de que elas buscam objetivos e impactos distintos. Na América Latina, a profissão odontológica enfrenta três principais desafios, que incluem: orientações sobre a importância da saúde periodontal, capacitação dos pacientes através da incorporação de estilos de vida saudáveis, e o desenvolvimento de novas estratégias e tecnologias para promover os hábitos adequados de saúde bucal. O objetivo desse consenso é 1) identificar as evidências e lacunas na prevenção periodontal na América Latina, e 2) propor recomendações individuais e coletivas para a população, comunidade, profissionais da saúde, profissionais da odontologia e governo com o objetivo de melhorar estratégias de prevenção.

Evidências para a população (medidas em nível individual)

A prevenção de doenças periodontais na América Latina tem se concentrado principalmente em orientações de higiene bucal para a redução da placa dentária. Embora as evidências clínicas tenham demonstrado que a higiene bucal mecânica é fundamental para prevenir doenças periodontais, é importante destacar que nem sempre o controle ideal é atingido.¹² Apesar da eficácia a curto prazo da redução de placa em estudos clínicos, esses resultados positivos não foram corroborados em estudos de prevalência na América Latina.^{13,14,15} Algumas evidências demonstraram que, na América Latina, há insuficiência de conhecimentos, bem como atitudes e práticas inadequadas em relação ao diagnóstico, à prevenção, a fatores de risco e consequências sistêmicas.^{16,17} Além disso, algumas pessoas temem o diagnóstico e o tratamento de doenças periodontais (odontofobia) e são negligentes no que diz respeito a prevenção, manutenção e detecção antecipada.¹⁸ Portanto, as ações dos indivíduos são regidas pelos equívocos pessoais sobre suas necessidades odontológicas. A percepção de controle de um indivíduo é considerada um importante fator socio-comportamental em geral. Existem algumas evidências de que ter uma forte percepção interna de controle contribui para a prevenção de cáries dentárias e doenças periodontais.⁵ Na América Latina, poucas pesquisas qualitativas foram feitas para analisar o que os pacientes pensam sobre o termo “placa dentária”. Existem evidências da falta de reconhecimento da expressão “doenças periodontais” como uma condição bucogengival. Um sinal clínico de doenças periodontais, como o sangramento gengival, não é considerado um problema de saúde por muitos pacientes, e eles estão alheios às implicações de saúde das características infecciosas e inflamatórias das doenças periodontais.¹⁶

Os dados epidemiológicos relativos aos hábitos e comportamentos de saúde bucal são escassos e revelam poucas informações sobre indivíduos adultos. Um estudo multicêntrico em três cidades da América do Sul sobre comportamento em saúde bucal mostrou que, dos 84,2% dos participantes que

escovavam duas vezes ou mais por dia, 66% nunca limpavam de forma interproximal e apenas 39,6% solicitaram um exame preventivo pelo menos uma vez por ano.¹⁹ Um maior tempo de escolaridade foi significativamente associado à maior frequência de escovação, uso de fio dental, exames dentários regulares, menos sangramento gengival e menores escores de placa. Uma frequência baixa de limpeza interdental e a ausência de atendimento dentário preventivo regular foram vinculados à presença de mais placa e inflamação gengival.

A maioria dos estudos sobre prevenção de doenças periodontais não tem levado em consideração modelos de mudança de comportamento e a autonomia do paciente (incorporando a saúde bucal em um estilo de vida saudável), como: o COM-B (Capacidade, Oportunidade e Motivação-Comportamento)²⁰, a Assistência Centrada no Paciente (5 componentes principais da ACP: conexão, atitude, comunicação, autonomia e sentimento de valorização)²¹ e a Medicina Baseada em Empatia.²² Adicionalmente, uma nova perspectiva em saúde incluiu uma abordagem holística, global e integrativa (biologia de sistemas e revolução digital) chamada medicina proativa 4P (Preditiva, Preventiva, Personalizada e Participativa).^{23,24} Um grande desafio na saúde bucal será promover estratégias proativas nos pacientes e na comunidade. É possível que haja diferentes oportunidades e comportamentos de higiene bucal ao comparar vários países da América Latina nos níveis individual e coletivo. Nesse sentido, a chave para o sucesso dependerá da pesquisa colaborativa e das redes de trabalho. As experiências positivas observadas em um local podem ser replicadas em outros locais. Adicionalmente, isso requer o uso efetivo das tecnologias de informação, redes sociais humanas, redes sociais na Internet e novas estratégias de educação.

Recomendações

a. É necessário promover estratégias educativas para a prevenção da cárie dentária e de doenças periodontais e DNT, como um estilo de vida saudável em diferentes grupos e comunidades de pacientes (crianças e adolescentes, fumantes e pacientes com doenças ou disfunções sistêmicas);

- b. É necessário promover atitudes positivas e mudanças de comportamento em relação à prevenção da cárie dentária e da doença periodontal e fatores de risco comuns com DNT por meio de modelos e ferramentas de perfil de risco propostos internacionalmente;
- c. É necessário promover novas estratégias de capacitação para modificar os hábitos em saúde bucal com base em informação, atitudes, práticas, técnicas e automonitoramento do paciente.

Evidências para a prática odontológica e profissionais da saúde

Uma revisão sistemática sobre a remoção mecânica profissional de placa dentária na prevenção primária indicou sua eficácia quando complementada com instruções de saúde bucal, e esse procedimento tem sido útil em programas de manutenção. A eficácia da prevenção da doença periodontal depende de motivação, conhecimento, autonomia do paciente, fornecimento de instruções adequadas de higiene bucal, do tipo de utensílio de higiene bucal e da habilidade manual do paciente.^{12,17,25,26} Evidências demonstraram que a escovação, juntamente com o uso do fio dental, podem controlar a formação do biofilme dentário, quando feito adequada e sistematicamente em intervalos regulares.²⁵ No entanto, na América Latina, a maioria da população apresentou baixa adesão ao uso do fio dental e dos dispositivos interdentais.²⁷ O fornecimento de tão somente instruções de higiene bucal levou a uma pequena redução na placa dentária e na gengivite. Um único exercício de escovação manual ou uso de uma escova de dentes elétrica foi associado a 42% e 46% da redução da placa dentária, respectivamente, mas houve pouca evidência do impacto clínico na inflamação gengival. A chave é, portanto, treinar profissionais regionais de saúde e higienistas dentais sobre como educar e motivar os pacientes com uma seleção adequada de técnicas e táticas, uma vez que não existe uma só técnica que seja indicada para toda a população, dadas as variações na habilidade manual, tipos anatômicos de cavidades bucais e antecedentes psicossociais. Em relação a esse último,

destaca-se a importância dos higienistas dentários no acompanhamento dos pacientes nesse processo, no papel de tutores e guias de saúde, indo além de seu papel tradicional e bastante passivo na América Latina, que tem se limitado à prevenção primária.

A limpeza interproximal é essencial para manter a saúde gengival interproximal. Evidências moderadas sugeriram que, como um complemento à escovação dentária, o uso de escovas interdentais proporcionava níveis mais altos de redução de placa do que a escovação manual somente, mas as evidências sobre a eficácia na redução de inflamações e a relevância clínica são conflitantes e inconclusivas. Outros dispositivos interproximais (uso do fio dental, irrigadores orais e palitos de madeira) mostraram evidências fracas de redução da inflamação.²⁵ O uso de agentes químicos antiplaca em enxaguantes bucais ou dentifrícios proporcionam melhora na redução da placa e da inflamação gengival. O controle químico da placa deve ser considerado um tratamento relacionado necessário, e não um substituto para o controle mecânico da placa dentária.²⁶ Os enxaguantes bucais são eficazes na redução da placa dentária e na redução da gengivite, desde que sejam utilizados em combinação com o controle mecânico. A seleção do modo de uso depende do agente ativo, do custo, da preferência e da colaboração do paciente.²⁵ Entre as estratégias contemporâneas estão os prebióticos e probióticos utilizados para a prevenção da gengivite, que parecem modular o microbioma oral e diminuir os processos inflamatórios.²⁸ O uso de produtos adjuvantes apoiados em ampla evidência científica, portanto, parece ser uma estratégia interessante do ponto de vista da saúde pública, dada a dificuldade em mudar as condições sociais e comportamentais da população.

Os profissionais de saúde recebem informações e documentação insuficientes sobre diagnóstico, prevenção, consequências sistêmicas e fatores de risco comuns da cárie dentária, doenças periodontais e DNT. A prevenção periodontal também depende de relações interdisciplinares com outras especialidades médicas e odontológicas. Evidências emergentes têm demonstrado falta de conhecimento por parte de alguns profissionais de saúde da América Latina em relação a doenças periodontais e suas consequências bucais e sistêmicas. Além disso, os dentistas não

participaram suficientemente de programas de estilo de vida saudável, como prevenção do uso de tabaco, diabetes e programas de prevenção cardiovascular, etc.

Recomendações - Estratégias para a prática odontológica e profissionais da saúde

- a. É importante que o profissional de odontologia esteja familiarizado com agentes, produtos e dispositivos para que eles possam avaliar sua eficácia e efeitos adversos de acordo com as diretrizes e pesquisas futuras. (Avaliar o impacto clínico de novas tecnologias: dentífricos com princípios ativos, escovas de dentes, escovas interdentais, uso do fio dental, enxaguantes bucais e probióticos);
- b. É essencial ensinar estudantes de odontologia e profissionais da saúde sobre a importância do controle do biofilme dentário, da avaliação de fatores de risco e das estratégias e métodos de capacitação do paciente para impulsionar mudanças de comportamento;
- c. É necessário mudar o papel dos profissionais na saúde na prevenção e no controle de fatores de risco das doenças periodontais e das cáries dentárias e DNT (abordagens a fatores de risco comum);
- d. É necessário propor estratégias conjuntas entre associações científicas de periodontia da América Latina e associações médicas e de pacientes;
- e. É necessário promover estratégias tecnológicas com o objetivo de motivar o cuidado próprio e estabelecer o entendimento entre diferentes grupos de pacientes, como as associações de pacientes diabéticos ou cardiovasculares;
- f. Os profissionais de saúde da América Latina precisam de diretrizes preventivas e de treinamento que incluam uma abordagem de fator de risco comum, mudanças comportamentais e estratégias de capacitação do paciente.

Evidências para prevenção em saúde pública na América Latina

A integração de sistemas biológicos com a revolução digital sugere que tratar os pacientes de maneira mais

personalizada pode ser a melhor opção, mas, do ponto de vista populacional, isso aumenta consideravelmente os custos. Nesse sentido, os indivíduos podem ser caracterizados fenotipicamente de acordo com seus fatores de risco, indicadores de risco e determinantes em saúde.^{23,24} É necessário considerar as barreiras que impedem a implementação de medidas de prevenção. Na América Latina, o baixo nível de envolvimento proativo dos governos é um fator que interfere no processo de tomada de decisão. Parcerias entre universidades, além de governos e setores da indústria são um caminho crucial para a produção de conhecimento e cooperação, que pode incluir subsídios e fornecimento de produtos de higiene bucal. Levando em consideração a prevenção secundária, é necessário ampliar conceitos na educação e minimizar intervenções (por exemplo, pela eliminação profissional do biofilme). A maior parte dos países tem uma estrutura formal para programas de saúde pública prevenirem doenças crônicas como o câncer ou o diabetes, mas esses programas não incluem a cavidade bucal. Nesse sentido, é necessário incluir as doenças bucais mais comuns nos programas de prevenção dos governos. Deve-se considerar a participação de profissionais de saúde bucal no controle e na prevenção do tabagismo e na recomendação de produtos médicos e de saúde. Também deve ser considerada a incorporação de medidas e exames laboratoriais no consultório odontológico, como a medição da circunferência da cintura e do nível de glicose, entre outros. Os dentistas e profissionais da área da saúde bucal podem desempenhar um papel fundamental na suspensão do tabagismo e possivelmente na redução dos riscos de DNT. A prevenção de doenças bucais é uma questão dominante que não deveria estar somente nas mãos dos dentistas, mas também nas de outros profissionais da saúde. Isso também deve ser levado em consideração ao capacitar os dentistas, para que eles sejam motivados a trabalhar de maneira multidisciplinar.

As doenças periodontais geralmente podem ser prevenidas, reduzidas ou controladas por esforços coletivos entre os sistemas de saúde dos governos, as associações científicas, universidades, profissionais da saúde, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs) e as comunidades. A

terceira meta dos objetivos de desenvolvimento sustentável estabelecidos pelas Nações Unidas, é a procura pelo bem-estar e uma vida saudável na população e o controle de fatores de risco nos países em desenvolvimento. É necessário avaliar as interações socio-biológicas nas doenças periodontais e modelos que possam ajudar a desenvolver um melhor entendimento das causas de desigualdades na saúde bucal e implicar a importância de identificar os determinantes sociais da saúde bucal para desenvolver intervenções inovadoras na saúde pública. Um pré-requisito para implementar adequadamente um programa preventivo voltado às doenças periodontais parece ser um sistema de saúde pública/bucal bem-organizado. Para a melhor relação custo-benefício possível, a prevenção de doenças periodontais deve se basear em modelos preditivos e de risco, e a estratégia preventiva deve ser escolhida com base na avaliação de riscos. Os sistemas de saúde deveriam se dedicar mais ao reconhecimento da doença, suas consequências sistêmicas e seus fatores de risco.^{17,27,29,30,31}

Recomendações para a prevenção na saúde pública

- a. É necessário fortalecer as políticas públicas para integrar a prevenção das doenças bucais (cáries dentárias e doenças periodontais) e DNT;
- b. É necessário estabelecer alianças entre as associações odontológicas, órgãos do governo e ONGs (legisladores e partes interessadas) e os sistemas de saúde para dar ênfase na substituição de Programas de Saúde Bucal por Políticas de Saúde Bucal. Sugere-se que essas políticas priorizem o conceito de “Saúde Bucal Integral” focado no atendimento integral. Esse conceito é um componente essencial para a saúde geral do organismo humano;
- c. É necessário avaliar as interações socio-biológicas nas doenças periodontais e modelos que possam ajudar a desenvolver um melhor entendimento das causas de desigualdades na saúde bucal e também implicar a importância de identificar os determinantes sociais da saúde bucal para desenvolver intervenções inovadoras na saúde pública;

d. É necessário promover campanhas em massa para melhorar o conhecimento, a atitude e as práticas com relação às doenças periodontais nas redes sociais, associações de pacientes (e-pacientes) e a mídia.

Conclusões e perspectivas futuras para a América Latina

A redução da placa dentária representa o principal componente na prevenção e no controle das doenças periodontais, mas novas evidências e pesquisas são necessárias para avaliar a implementação de novas estratégias para melhorar a educação, a autonomia e a aquisição de bons hábitos de saúde bucal e estilos de vida saudáveis por parte dos pacientes e da comunidade.

Existem duas abordagens preventivas principais: uma abordagem preventiva no nível individual focada no paciente e uma abordagem preventiva no nível da população/comunidade que requer a participação proativa do governo na tomada de decisões. A relação entre as doenças periodontais, cáries, estilos de vida saudáveis e DNT oferece uma oportunidade ideal para mudar as estratégias de prevenção nos níveis individual e populacional. Portanto, novos

modelos de prevenção devem incluir a promoção da saúde periodontal como um estilo de vida saudável. Cada uma das recomendações propostas nesse consenso deve ser avaliada nos níveis individual e/ou populacional, com diferentes abordagens e estratégias, de acordo com as circunstâncias específicas de cada país da América Latina. As experiências bem-sucedidas devem ser compartilhadas entre diferentes países para implementação em outro contexto, com o objetivo de melhorar a saúde bucal em toda a população latino-americana.

Agradecimentos

Este artigo foi preparado para a reunião de consenso intitulada “Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina - Consenso da América Latina”, promovida pela Latin American Oral Health Association (LAOHA) e pela Colgate Palmolive Co. com a participação de especialistas da região, incluindo representantes de Associações Periodontais da América Latina. Todos os participantes tiveram a oportunidade de revisar o conteúdo e fazer as suas próprias contribuições. O Relatório de Consenso foi baseado neste artigo. Os autores declaram que não possuem conflitos de interesse.

Referências

1. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Br Dent J*. 2016 Dec;147(12):915-7. [10.1016/j.adaj.2016.10.001](https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.10.001)
2. Tonetti MS, Eickholz P, Loos BG, Papapanou P, Velden U, Armitage G, et al. Principles in prevention of periodontal diseases: consensus report of group 1 of the 11th European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. *J Clin Periodontol*. 2015 Apr;42 Suppl 16:S5-11. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12368>
3. Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. *Periodontol 2000*. 2013 Jun;62(1):59-94. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2012.00457.x>
4. Knight ET, Liu J, Seymour GJ, Faggion CM Jr, Cullinan MP. Risk factors that may modify the innate and adaptive immune responses in periodontal diseases. *Periodontol 2000*. 2016 Jun;71(1):22-51. <https://doi.org/10.1111/prd.12110>
5. Jepsen S, Blanco J, Buchalla W, Carvalho JC, Dietrich T, Dörfer C, et al. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol*. 2017 Mar;44 Suppl 18:S85-93. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12687>
6. Sanz M, Ceriello A, Buyschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F, et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *J Clin Periodontol*. 2018 Feb;45(2):138-49. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12808>
7. Ramírez JH, Arce RM, Contreras A. Periodontal treatment effects on endothelial function and cardiovascular disease biomarkers in subjects with chronic periodontitis: protocol for a randomized clinical trial. *Trials*. 2011 Feb;12:46. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-46>
8. Jaramillo A, Contreras A, Lafaurie GI, Duque A, Ardila CM, Duarte S, et al. Association of metabolic syndrome and chronic periodontitis in Colombians. *Clin Oral Investig*. 2017 Jun;21(5):1537-44. <https://doi.org/10.1007/s00784-016-1942-9>

9. Chambrone L, Foz AM, Guglielmetti MR, Pannuti CM, Artese HP, Feres M, et al. Periodontitis and chronic kidney disease: a systematic review of the association of diseases and the effect of periodontal treatment on estimated glomerular filtration rate. *J Clin Periodontol*. 2013 May;40(5):443-56. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12067>
10. Flores MF, Montenegro MM, Furtado MV, Polanczyk CA, Rösing CK, Haas AN. Periodontal status affects C-reactive protein and lipids in patients with stable heart disease from a tertiary care cardiovascular clinic. *J Periodontol*. 2014 Apr;85(4):545-53. <https://doi.org/10.1902/jop.2013.130255>
11. Niederman R, Feres M, Ogunbodede E. Dentistry. In: Debas HT, Donkor P, Gawande A, Jamison DT, Kruk ME, Mock CN, editors. *Essential surgery: disease control priorities*. 3rd ed. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development; 2015. Vol. 1.
12. Rode SM, Gimenez X, Montoya VC, Gómez M, Blanc SL, Medina M, et al. Daily biofilm control and oral health: consensus on the epidemiological challenge—Latin American Advisory Panel. *Braz Oral Res*. 2012;26(spe1 Suppl 1):133-43. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242012000700020>
13. Carvajal P, Gómez M, Gomes S, Costa R, Toledo A, Solanes F, et al. Prevalence, severity, and risk indicators of gingival inflammation in a multi-center study on South American adults: a cross sectional study. *J Appl Oral Sci*. 2016 Sep-Oct;24(5):524-34. <https://doi.org/10.1590/1678-775720160178>
14. Murillo G, Vargas MA, Castillo J, Serrano JJ, Ramirez GM, Viales JH, et al. Prevalence and severity of plaque-induced gingivitis in three Latin American cities: Mexico City-Mexico, Great Metropolitan Area-Costa Rica and Bogota-Colombia. *Odvotso*; 2018 May-Aug;20(2):91-102. <https://doi.org/10.15517/ijds.v0i0.32451>
15. Elías-Boneta AR, Toro MJ, Rivas-Tumanyan S, Rajendra-Santosh AB, Brache M, Collins C JR. Prevalence, severity, and risk factors of gingival inflammation in Caribbean adults: a multi-city, cross-sectional study. *P R Health Sci J*. 2018 Jun;37(2):115-23.
16. Duque A, Cuartas C, Muñoz C, Salazar C, Sanchez Y. Nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal en una muestra de empleados en Medellín. *Revista CES Odontología*. 2011;24(2):43-7.
17. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. *Rev Clín Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2016;9(2):177-83. <https://doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.001>
18. Heidari E, Andiappan M, Banerjee A, Newton JT. The oral health of individuals with dental phobia: a multivariate analysis of the Adult Dental Health Survey, 2009. *Br Dent J*. 2017 Apr;222(8):595-604. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.361>
19. Gómez MV, Toledo A, Carvajal P, Gomes SC, Costa RS, Solanes F, et al. A multicenter study of oral health behavior among adult subjects from three South American cities. *Braz Oral Res*. 2018;32(0):e22. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2018.vol32.0022>
20. Newton JT, Asimakopoulou K. Behavioral models for periodontal health and disease. *Periodontol 2000*. 2018 Oct;78(1):201-11. <https://doi.org/10.1111/prd.12236>
21. Mills I, Frost J, Cooper C, Moles DR, Kay E. Patient-centred care in general dental practice--a systematic review of the literature. *BMC Oral Health*. 2014;14:64. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-64>
22. Howick J, Rees S. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *J R Soc Med*. 2017 Sep;110(9):352-7. <https://doi.org/10.1177/0141076817714443>
23. Hood L, Flores M. A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory. *N Biotechnol*. 2012 Sep;29(6):613-24. <https://doi.org/10.1016/j.nbt.2012.03.004>
24. Kornman KS, Giannobile WV, Duff GW. Quo vadis: what is the future of periodontics? How will we get there? *Periodontol 2000*. 2017 Oct;75(1):353-71. <https://doi.org/10.1111/prd.12217>
25. Chapple IL, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, et al. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *J Clin Periodontol*. 2015 Apr;42 Suppl 16:S71-6. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12366>
26. Axelsson P, Albandar JM, Rams TE. Prevention and control of periodontal diseases in developing and industrialized nations. *Periodontol 2000*. 2002;29(1):235-46. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0757.2002.290112.x>
27. Morales A, Bravo J, Baeza M, Werlinger F, Gamonal J. Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: cambios en los paradigmas. *Rev Clín Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2016;9(2):203-7. <https://doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.004>
28. Montero E, Iniesta M, Rodrigo M, Marín MJ, Figuero E, Herrera D, et al. Clinical and microbiological effects of the adjunctive use of probiotics in the treatment of gingivitis: A randomized controlled clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2017 Jul;44(7):708-16. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12752>
29. Contreras Rengifo A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Rev Clín Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2016;9(2):193-202. <https://doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.003>
30. Romanelli H. About the Gum Health Day: periodontal health is possible. *Rev Asoc Odontol Argentina*. 2018 Mar;106(1):1-4.
31. Duque A, Tirado M, Arbeláez C, García S. Conocimientos y actitudes sobre la posible asociación de la periodontitis como factor de riesgo de algunas enfermedades y condiciones médicas en una muestra de médicos en Medellín - Colombia. *CES Odontol*. 2011;24(1):8.

Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina. Seção IV: Diagnóstico

Cassiano Kuchenbecker RÖSING^(a,b) 

Juliano CAVAGNI^(a,b) 

Zilson MALHEIROS^(b,c) 

Bernal STEWART^(b,c) 

Vicente ARÁNGUIS FREYHOFER^(d) 

^(a)Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Faculdade de Odontologia, Departamento de Periodontologia, Porto Alegre, RS, Brasil.

^(b)Latin American Oral Health Association – LAOHA, São Paulo, SP, Brasil.

^(c)Colgate Palmolive Company, Centro Global de Tecnologia, Piscataway, NJ, EUA.

^(d)Universidade dos Andes, Faculdade de Odontologia, Departamento de Cariologia, Santiago, Chile.

Declaração de interesses: Os autores declaram que não possuem interesses comerciais ou associativos que representem conflitos de interesses com o manuscrito.

Corresponding Author:

Cassiano Kuchenbecker Rösing

E-mail: ckrosing@hotmail.com

<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0104>

Submetido: 2 setembro 2019

Aceito para publicação: 22 setembro 2019

Última revisão: 29 setembro 2019

Resumo: A arte do diagnóstico é de grande importância no controle de qualquer doença, e isso inclui estratégias preventivas e terapêuticas. O conhecimento sobre o processo saúde-doença é fundamental para um diagnóstico preciso e eficaz. Este artigo revisa importantes aspectos para o diagnóstico periodontal em uma abordagem contemporânea, na tentativa de estabelecer desafios para desenvolver o diagnóstico periodontal, principalmente na América Latina. Considerando que o diagnóstico periodontal contemporâneo deve ser embasado no conhecimento da etiopatogenia das doenças periodontais, este artigo enfatiza que o sistema de classificação proposto recentemente para as condições e doenças periodontais baseou-se nas melhores evidências disponíveis. Esse sistema foi criado para diagnósticos individuais e, portanto, seu uso no cenário epidemiológico e acadêmico pode ser limitado. O sistema leva a implicações práticas que dão ênfase na importância de entrevistar o paciente, usar mapeamentos periodontais detalhados e solicitar imagens ou outros testes complementares, conforme necessário. Uma observação importante é que o registro parcial de dados periodontais utilizável para triagem não é um método de diagnóstico e pode subestimar a doença. Os objetivos de maior importância para a América Latina são aumentar a conscientização da população e dos profissionais e priorizar o diagnóstico periodontal correto. Além disso, aprender a usar o novo sistema de classificação irá auxiliar no diagnóstico de doenças periodontais.

Palavras-chave: Diagnóstico; Doenças Periodontais; América Latina.

Introdução

O diagnóstico de doenças e condições periodontais tem sido tema de uma série de controvérsias que levaram a dificuldades de comunicação e, principalmente, a diferentes abordagens clínicas em Odontologia. A arte do diagnóstico deve ser considerada acima de qualquer sistema de classificação, que é em si uma maneira arbitrária de distinguir diferentes formas e condições da doença. Nesse sentido, este artigo fará uma abordagem contemporânea ao diagnóstico do processo saúde-doença periodontal, num esforço para compreender seus desafios e propor possíveis soluções, principalmente para países da América Latina. O artigo fez parte de um Workshop que contou com a participação de



especialistas da América Latina. As colaborações para a discussão estão incluídas no artigo.

Historicamente, a Odontologia tem focado principalmente em cáries dentárias, já que essa era a principal causa de perda de dentes, dor e comprometimento da saúde bucal. Isso levou à prática do subdiagnóstico de doenças e condições periodontais. Após o declínio nos números de casos de cáries dentárias e o advento do entendimento da importância de um cuidado bucal mais abrangente, as doenças periodontais precisam ser encaradas com mais atenção, de uma perspectiva da saúde de indivíduos e populações. Isso é respaldado por evidências do papel das doenças periodontais no resultado de quadros bucais, como perda de dentes, e por possíveis relações com outras condições sistêmicas e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.^{1,2,3} Estudos demonstraram que o diagnóstico periodontal de rotina não é executado como o esperado. Vários clínicos chegam a ter dificuldades em elaborar um diagnóstico ou podem determinar mais de um diagnóstico diferencial.^{2,4} Isso é provavelmente reflexo de como o diagnóstico periodontal é abordado nas faculdades de odontologia e da forma como os sistemas de saúde estimam a avaliação e o tratamento clínico periodontal.

Diagnóstico do processo saúde-doença periodontal

Um importante aspecto acerca da arte do diagnóstico no processo saúde-doença periodontal é a distinção entre contexto clínico e epidemiológico. O objetivo dos levantamentos epidemiológicos é o de descrever a ocorrência das condições de saúde e doença na população, associando-as aos possíveis fatores e indicadores de risco. Portanto, estudos epidemiológicos não são focados no diagnóstico individual como tal. A má compreensão da importância desses levantamentos epidemiológicos causou confusão em termos de diagnóstico de doenças periodontais. O diagnóstico de doenças periodontais, de uma perspectiva individual, deve ser focado na pessoa como um todo. Nesse sentido, dados de estudos epidemiológicos serão usados para construir o conhecimento que irá orientar o

processo de diagnóstico. Há um ponto de consenso: a doença periodontal não pode ser diagnosticada depois de o dente estar prestes a ser perdido devido à destruição periodontal.

Doenças periodontais têm sido classificadas em diferentes maneiras. A questão que deve ser reforçada é que o processo saúde-doença periodontal se manifesta clinicamente em duas formas principais de comprometimento: gengivite e periodontite. A distinção entre essas duas doenças baseia-se principalmente na ocorrência concomitante da perda de inserção. A gengivite é um processo inflamatório desencadeado pela presença do biofilme supragengival, e não está relacionada à destruição periodontal. A periodontite ocorre após um desequilíbrio entre a presença de biofilme subgengival e a resposta do hospedeiro, levando à perda de inserção periodontal e óssea. Como ambas as doenças apresentam um quadro de processo inflamatório, o diagnóstico deve incluir esses aspectos na entrevista com o paciente, no exame físico e com testes diagnósticos adicionais que poderiam auxiliar na diagnose.⁵

Em 2018, um Workshop Conjunto organizado pela Federação Europeia de Periodontologia e a Academia Americana de Periodontologia lançou um novo sistema de classificação de doenças e condições periodontais e peri-implantares. Um esforço considerável foi feito para melhorar o sistema de classificação existente.⁶ Os profissionais normalmente precisam de uma curva de aprendizado para que um novo sistema de classificação seja adotado mundialmente. O sistema compreende saúde gengival, gengivite, periodontite e condições e doenças peri-implantares. É necessário um estudo aprofundado pela profissão para permitir a implementação desse novo sistema. A principal diferença dessa para a classificação existente, que foi lançada pela Academia Americana de Periodontologia em 1999⁵, é o fato de ser necessário um processo de diagnóstico mais completo ao tentar estabelecer as definições de caso. O sistema baseia-se nas melhores evidências disponíveis. No entanto, em algumas situações, evidências de baixo nível tiveram de ser usadas. Um aspecto extremamente importante de se compreender é que o sistema de classificação não

foi feito para ser prioridade em epidemiologia ou na pesquisa, mas sim no diagnóstico individual. Claramente, deve-se entender que o estudo extensivo conduzido na literatura deve servir de base para pesquisas acadêmicas e a nível epidemiológico, sem a necessidade de uma padronização completa entre as duas atividades. Este artigo reconhece que uma parte do novo sistema foi dedicada a definir saúde gengival; desde a saúde perfeita da gengiva até uma gengiva clinicamente saudável. Ademais, este artigo aponta que a periodontite foi classificada principalmente em estágios e graus. Esse sistema permite entender que, em cada paciente, tanto a taxa de progressão quanto o modo como a função é afetada são relevantes para, por exemplo, a perda dental. O sistema requer avaliações futuras e, quando for considerado necessário, melhorias. Recomenda-se uma leitura atenta e cuidadosa das edições especiais do *Journal of Clinical Periodontology* e do *Journal of Periodontology*, onde o sistema é apresentado em detalhes.

Diagnóstico periodontal

Este artigo enfatiza a importância de clínicos gerais e especialistas serem bem-capacitados em diagnose. Os especialistas também devem realizar um exame mais aprofundado nos casos complexos. Além disso, embora este artigo seja focado no diagnóstico periodontal, é crucial que o dentista tenha proficiência no diagnóstico da saúde bucal. Por exemplo, a cárie radicular é uma situação muito frequente em indivíduos com problemas periodontais e não deve ser subdiagnosticada.

A entrevista com o paciente é de extrema importância no diagnóstico periodontal. Isso é um desafio para os cursos de graduação em odontologia, uma vez que uma entrevista detalhada é uma das chaves para o diagnóstico periodontal. Por exemplo, em termos de outras condições sistêmicas, os sistemas de classificação listaram mais de 50 condições relacionadas à ocorrência de doenças periodontais, desde alterações hormonais e exposição a fatores ambientais a síndromes raras.⁵ Os profissionais precisam desses conhecimentos e os incorporam nas entrevistas com os pacientes.

Além disso, como as doenças periodontais estão ligadas a componentes comportamentais, incluindo os métodos de higiene bucal, isso deve ser parte do processo de diagnóstico

O exame físico deve considerar o entendimento de que as doenças periodontais são de natureza crônica. Sabe-se que a evolução da periodontite não tratada é lenta, o que limita o impacto clínico rápido.⁷ Nesse sentido, o exame físico periodontológico ainda é baseado no histórico da doença. Sendo assim, a ferramenta de diagnóstico mais utilizada é a sondagem periodontal, com o propósito de compreender tanto o estado inflamatório (por exemplo, com profundidade de sondagem ou sangramento à sondagem) quanto o histórico da doença (com perda de inserção). Essa também é uma das melhores ferramentas para monitorar a progressão da doença ao longo do tempo.⁸ Considerando as informações mencionadas anteriormente, é consenso que, de uma forma ou de outra, todo dentista precisa realizar uma sondagem periodontal em seus pacientes. O novo sistema de classificação promove a sondagem de perdas de inserção para prover um melhor diagnóstico da periodontite.⁶ Evidentemente, por motivos epidemiológicos, a sondagem periodontal para obter o histórico de progressão da doença deve ser realizada principalmente em indivíduos adultos. Crianças devem ser diagnosticadas periodontalmente por sondagem e/ou radiografias caso tenham histórico de doença periodontal na família.

Sabe-se que a sondagem periodontal é demorada e trabalhosa, e essa é uma das razões por que ela não tem sido usada como se esperava. Este artigo recomenda com veemência que o treinamento odontológico reitere a importância do uso dessa ferramenta para aumentar a qualidade do diagnóstico bucal.⁶ Foram observadas diferenças para cada tipo de sondagem (manual e automatizada/computadorizada).⁸ Por isso, os profissionais são incentivados a usar qualquer tipo de sonda. O exame periodontal completo, ou seja, a sondagem periodontal em seis sítios por dente (disto-vestibular, vestibular, méso-vestibular, disto-lingual/palatal, lingual/palatal e méso-lingual/palatal), é considerado o método padrão-ouro para o diagnóstico periodontal. Quando essa abordagem é adotada, são poucas as chances de erro de diagnóstico das doenças

periodontais.^{9, 10} No entanto, outras abordagens simplificadas foram propostas na tentativa de aumentar o número de dentistas que realizam rotineiramente os exames periodontais.

Deve-se ter em mente que a triagem é o principal objetivo de qualquer tipo de exame parcial. Portanto, se a doença periodontal for encontrada por meio dessa abordagem, é obrigatório o mapeamento periodontal completo. Susin et al.¹¹ testaram 7 protocolos de registros parciais baseados em exames periodontais completos e parciais da boca e observaram que todos os protocolos de examinação parcial subestimaram a ocorrência de doença periodontal. O melhor protocolo de registro parcial encontrado nesse estudo foi o de sondagem em três sítios por dente (mésio-vestibular, vestibular e disto-lingual). De qualquer forma, isso ainda é um processo demorado. Quanto mais grave for a doença, piores serão os registros parciais do diagnóstico periodontal. Portanto, a recomendação é que, se o indivíduo tem periodontite, deve ser realizada uma sondagem periodontal completa.

Foi proposta uma alternativa para a triagem periodontal; o chamado exame periodontal básico (triagem e registro periodontal).⁴ Esse exame baseia-se na sondagem de todos os dentes e na avaliação do sextante de acordo com a profundidade da sondagem. Ao fazer sondagens mais profundas, recomenda-se o exame periodontal completo. Essa é uma alternativa interessante para aqueles que entendem que o mapeamento periodontal não é necessário. No entanto, deve-se ter em mente que esse tipo de diagnóstico periodontal tem potencial para subestimar a doença. Por outro lado, se essa fosse a única alternativa considerada para o diagnóstico periodontal, isso permitiria a triagem de casos mais graves. A triagem é uma maneira eficaz de cobrir uma parte maior da população. Em cenários diferentes, isso deveria ser um assunto a ser discutido. A premissa é que “fazer algo é melhor do que não fazer nada”. Isso é parcialmente verdade, principalmente ao analisar caso a caso. Deve-se enfatizar que a triagem não é um diagnóstico.

Além da entrevista com os pacientes e exames físicos periodontais, estão disponíveis testes diagnósticos adicionais. Os exames de imagem são os mais utilizados em termos de diagnóstico

periodontal. No entanto, devido às diretrizes internacionais de radioproteção, eles devem ser precedidos por indicação clínica; ou seja, os dados da entrevista com o paciente ou do exame físico são os principais fatores para indicação dos exames de imagem. Os exames de imagem mais comuns utilizados no diagnóstico periodontal são as radiografias periapicais e panorâmicas e, mais contemporaneamente, a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC). Todos os citados acima expõem os pacientes à radiação x e, portanto, devem ser limitados. Este artigo recomenda que os profissionais da saúde estejam cientes das diretrizes internacionais de radioproteção antes de indicar tais exames.¹²

A radiografia panorâmica é uma das imagens de maior custo-benefício, mas nos casos de destruição periodontal, ela oferece baixo detalhamento da imagem. Por isso, nos casos de doença moderada, a complementação com uma radiografia periapical ou interproximal é justificada e, nos casos de doença periodontal grave, pode ser necessário um exame radiográfico periapical completo. O uso da TCFC é restrito a situações periodontais específicas, incluindo relações endo-perio, fraturas, perfurações, etc.¹³

O principal aspecto dos exames de imagem é que eles são analisados de forma abrangente, de modo a se obter um melhor diagnóstico. No caso específico das doenças periodontais, a crista óssea merece atenção especial, tanto em termos da presença de lâmina dura (que pode ser um indicativo de estabilidade periodontal) quanto da quantidade de osso periodontal perdido, principalmente para análises futuras da progressão da doença.

Foram propostos métodos de diagnóstico sofisticados na literatura, incluindo ensaios microbiológicos, imunológicos, físicos e moleculares.¹⁴ Esses métodos têm sido amplamente utilizados em pesquisas. No entanto, para a abordagem clínica, eles não se demonstraram necessários até o momento. Por outro lado, o desejado é que ferramentas de diagnóstico mais precisas sejam desenvolvidas no futuro, uma vez que as ferramentas disponíveis agora ainda se baseiam em sondagem, o que é rudimentar e poderia ser substituído por um método mais preciso.

Além disso, considerando a complexidade da doença periodontal, não é possível imaginar o diagnóstico de doenças periodontais fora do conceito de atendimento integral, que inclui testes clínicos adicionais (dados sobre hemoglobina glicada em diabéticos ou a ajuda de outros exames de sangue em pacientes comprometidos sistemicamente). Mais que isso, o profissional deve se lembrar durante o exame clínico que, para cuidar de um ser humano, é necessário considerar aspectos como: histórico de vida, relações familiares, exposição a fatores de risco, além de aspectos sociais e psicológicos.

Objetivos para a América Latina: considerações finais

Esta seção analisou importantes aspectos do diagnóstico periodontal em uma abordagem baseada em evidências com o intuito de resumir o estado da arte e levando em conta as características da profissão odontológica nos países da América Latina.

Esses países têm passado por um desenvolvimento contínuo no atendimento em saúde bucal. No entanto, a prevalência das doenças periodontais permanece elevada e observa-se uma carga da doença na região. Além disso, características culturais e socioeconômicas são comuns na área, e deve-se levar abordagens específicas em consideração. Com o objetivo de qualificar ainda mais a profissão, os seguintes aspectos devem ser considerados:

- a. É necessária uma chamada para ação para aumentar a conscientização sobre as doenças periodontais e assim desenvolver a qualidade do atendimento em saúde bucal e promover a manutenção adequada dos dentes ao longo da vida do paciente;
- b. O profissional de odontologia deve ser treinado desde o curso de graduação para diagnosticar adequadamente as doenças periodontais e alcançar com sucesso a prevenção da patologia periodontal;
- c. Os profissionais de odontologia precisam aumentar a conscientização sobre as doenças periodontais na comunidade. Portanto, as informações de que o sangramento gengival não é normal e que o espaçamento

- ou a mobilidade dos dentes podem ser sinais de doença periodontal, etc., devem ser disseminadas. Ademais, o diagnóstico periodontal autorrelatado poderia ser utilizado;
- d. Os profissionais de odontologia deverão estar cientes dos aspectos sistêmicos e comportamentais relacionados às doenças periodontais e inclui-los na entrevista com o paciente. Eles devem estar preparados para trabalhar em um nível multidisciplinar nos casos em que isso é necessário para alcançar a saúde geral;
- e. Os profissionais de saúde bucal devem realizar rotineiramente o exame clínico periodontal, de acordo com o nível da doença do paciente;
- f. Testes diagnósticos adicionais devem ser entendidos como parte do diagnóstico periodontal, e os profissionais devem saber como utilizá-los para obterem o melhor rendimento diagnóstico;
- g. Os profissionais de odontologia devem compreender o processo saúde-doença periodontal para uma abordagem correta, seja tratando a doença eles mesmos ou encaminhando seus pacientes para uma abordagem adequada ao tratamento;
- h. Um processo de aprendizado com uma avaliação contínua do novo sistema de classificação é importante para a padronização do diagnóstico periodontal na América Latina. Além disso, é necessário promover uma educação periodontal constante na comunidade da Odontologia.

Agradecimentos

Este artigo foi preparado para a reunião de consenso intitulada “Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina - Consenso da América Latina”, promovida pela Latin American Oral Health Association (LAOHA) e pela Colgate Palmolive Co. com a participação de especialistas da região, incluindo representantes das Associações Periodontais da América Latina. Todos os participantes tiveram a oportunidade de revisar o conteúdo e fazer as suas próprias contribuições. O Relatório do Consenso foi baseado neste artigo. Os autores declaram que não possuem conflitos de interesse.

Referências

1. Cardoso EM, Reis C, Manzanares-Céspedes MC. Chronic periodontitis, inflammatory cytokines, and interrelationship with other chronic diseases. *Postgrad Med*. 2018 Jan;130(1):98-104. <https://doi.org/10.1080/00325481.2018.1396876>
2. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral conditions and health-related quality of life: a systematic review. *J Dent Res*. 2017 Jul;96(8):864-74. <https://doi.org/10.1177/0022034517709737>
3. Sanz M, Ceriello A, Buyschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F, et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *J Clin Periodontol*. 2018 Feb;45(2):138-49. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12808>
4. Preshaw PM. Detection and diagnosis of periodontal conditions amenable to prevention. *BMC Oral Health*. 2015;15(S1 Suppl 1):S5. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-15-S1-S5>
5. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*. 1999 Dec;4(1):1-6. <https://doi.org/10.1902/annals.1999.4.1.1>
6. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple IL, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Periodontol*. 2018 Jun;89 Suppl 1:S1- 8. <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0157>
7. Teles R, Moss K, Preisser JS, Genco R, Giannobile WV, Corby P, et al. Patterns of periodontal disease progression based on linear mixed models of clinical attachment loss. *J Clin Periodontol*. 2018 Jan;45(1):15-25. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12827>
8. Donos N. The periodontal pocket. *Periodontol 2000*. 2018 Feb;76(1):7-15. <https://doi.org/10.1111/prd.12203>
9. Kingman A, Susin C, Albandar JM. Effect of partial recording protocols on severity estimates of periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 2008 Aug;35(8):659-67. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2008.01243.x>
10. Silva-Boghossian CM, Amaral CS, Maia LC, Luiz RR, Colombo AP. Manual and electronic probing of the periodontal attachment level in untreated periodontitis: a systematic review. *J Dent*. 2008 Aug;36(8):651-7. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2008.04.015>
11. Susin C, Kingman A, Albandar JM. Effect of partial recording protocols on estimates of prevalence of periodontal disease. *J Periodontol*. 2005 Feb;76(2):262-7. <https://doi.org/10.1902/jop.2005.76.2.262>
12. Dula K, Benic GI, Bornstein M, Dagassan-Berndt D, Filippi A, Hicklin S, et al. SADMFR Guidelines for the Use of Cone-Beam Computed Tomography/Digital Volume Tomography. *Swiss Dent J*. 2015;125(9):945-53
13. Tugnait A, Carmichael F. Use of radiographs in the diagnosis of periodontal disease. *Dent Update*. 2005 Nov;32(9):536-8, 41-2. <https://doi.org/10.12968/denu.2005.32.9.536>
14. Armitage GC. Learned and unlearned concepts in periodontal diagnostics: a 50-year perspective. *Periodontol 2000*. 2013 Jun;62(1):20-36. <https://doi.org/10.1111/prd.12006>

Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina. Seção V: Tratamento da periodontite

Ricardo Guimarães FISCHER^(a) 

Ronaldo LIRA JUNIOR^(b) 

Belén RETAMAL-VALDES^(c) 

Luciene Cristina de

FIGUEIREDO^(c,d) 

Zilson MALHEIROS^(d,e) 

Bernal STEWART^(d,e) 

Magda FERES^(c,d) 

^(a)Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Faculdade de Odontologia, Departamento de Periodontologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^(b)Karolinska Institutet, Faculdade de Odontologia, Departamento de Periodontologia, Estocolmo, Suécia.

^(c)Universidade de Guarulhos – UnG, Divisão de Pesquisa Odontológica, Departamento de Periodontia, Guarulhos, SP, Brasil.

^(d)Latin American Oral Health Association – LAOHA, São Paulo, SP, Brasil.

^(e)Colgate Palmolive Company, Centro Global de Tecnologia, Piscataway, NJ, EUA.

Declaração de interesses: Os autores declaram que não possuem interesses comerciais ou associativos que representem conflitos de interesses com o manuscrito.

Autor correspondente:

Ricardo Guimarães Fischer
E-mail: ricfischer@globo.com

<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0026>

Submetido: 8 de setembro de 2019
Aceito para publicação: 22 de setembro de 2019
Última revisão: 16 de outubro de 2019

Resumo: A gengivite e a periodontite estão associadas ao impacto negativo na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB), exercendo uma influência importante sobre os aspectos relativos à função e à estética do paciente. A periodontite tem sido associada a várias condições sistêmicas, incluindo efeitos adversos na gravidez, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus (DM) tipo 2, distúrbios respiratórios, pneumonia fatal em pacientes em hemodiálise, doença renal crônica e síndrome metabólica. O objetivo deste artigo é analisar os resultados de diferentes tratamentos periodontais e seus impactos na QVRSB dos pacientes e na saúde sistêmica. Tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos são procedimentos previsíveis em termos de controle da infecção, reduzindo a profundidade de sondagem de bolsa e aumentando a inserção clínica. Além disso, o tratamento da periodontite pode melhorar a QVRSB de forma significativa e promover a redução dos níveis de marcadores sistêmicos da inflamação, incluindo algumas citocinas associadas a doenças cardiovasculares. Estudos também sugerem que o tratamento periodontal pode melhorar o controle glicêmico em pacientes com DM. As estratégias e ações para prevenir o início e a recorrência da periodontite e os desafios enfrentados na área da periodontologia no século XXI são apresentados nesta revisão.

Palavras-chave: Periodontia; Desbridamento Periodontal; Qualidade de Vida; Doenças Cardiovasculares; Diabetes Mellitus.

Introdução

A periodontite é uma doença crônica, inflamatória e multifatorial associada a um biofilme disbiótico e que se caracteriza pela destruição progressiva do suporte dental, o que pode levar a perda dentária.¹ Embora ela possa progredir com inchaço e sangramento, a periodontite é normalmente considerada uma doença silenciosa. No entanto, esse conceito pode não ser correto, uma vez que saúde e bem-estar não são apenas conceitos médicos, mas são abrangidos pelo modelo biopsicossocial. A American Dental Association (ADA) afirma que “A saúde bucal é um estado funcional, estrutural, estético, fisiológico e psicológico do bem-estar e é essencial para a saúde geral e a qualidade de vida de um indivíduo”.² A Qualidade de Vida Relativa à Saúde Bucal (QVRSB) foi amplamente reconhecida como um parâmetro válido de avaliação em quase todas as



áreas da saúde física e mental de um indivíduo.^{3,4,5} A periodontite também foi associada a diversas condições sistêmicas, incluindo efeitos adversos na gravidez,⁶ doenças cardiovasculares,⁷ doenças respiratórias, câncer, lúpus, artroses reumatóides, diabetes mellitus (DM)⁸ e doenças crônicas do rim.⁹ A plausibilidade biológica dessas associações depende principalmente da baixa carga inflamatória sistêmica que foi associada à periodontite.¹⁰

O tratamento periodontal pode melhorar não somente os parâmetros periodontais, como o sangramento gengival, a profundidade de sondagem de bolsa e os níveis de inserção, mas também a QVRSB subjetiva. Portanto, a QVRSB pode ser considerada um parâmetro importante para avaliar completamente a eficácia da terapia periodontal na saúde bucal. O tratamento periodontal demonstrou redução em curto prazo dos níveis dos marcadores sistêmicos da inflamação,¹⁰ resultados substitutos, e pode, portanto, contribuir para o controle de outras doenças.

O objetivo deste artigo foi revisar os resultados de diferentes tratamentos periodontais e seus impactos na QVRSB dos pacientes e na saúde sistêmica. Este artigo fez parte do Workshop da Latin American Oral Health Association (LAOHA), que incluiu a participação de especialistas de diferentes países da América Latina. As contribuições das discussões estão incluídas no artigo.

Doença periodontal e a Qualidade de Vida Relativa à Saúde Bucal (QVRSB)

A despeito de sua natureza generalizada e seu impacto deletério sobre o periodonto, a periodontite pode progredir como uma “doença silenciosa” ou pode ser acompanhada de inchaço, sangramento e/ou mobilidade do dente na completa ausência de dor. O reconhecimento de que saúde e bem-estar não são conceitos meramente médicos, mas sim abrangidos pelo modelo biopsicossocial, tem sido aceito por muitos anos. A QVRSB se define como “a percepção de um indivíduo sobre sua situação na vida no contexto de cultura e sistemas de valor nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”.³ As doenças periodontais exercem um papel importante na saúde bucal e impactam sobre a Qualidade de Vida (QdV) dos indivíduos

afetados^{4,5}, além de poderem apresentar uma relação dose-resposta.¹¹ Uma revisão sistemática demonstrou que a gengivite e a periodontite estavam associadas a um impacto negativo na QVRSB, com um impacto significativo sobre aspectos relacionados a função e estética,¹² enquanto outra revisão sistemática mostrou que a perda dentária estava associada a impactos negativos na QVRSB em geral.¹³ A periodontite em jovens e adultos pode estar relacionada a não somente uma pior QVRSB, mas também a uma maior ansiedade odontológica.^{14,15} Por isso, o diagnóstico antecipado e o tratamento da periodontite são importantes para a saúde geral do indivíduo, e a percepção da periodontite como uma “doença silenciosa” deveria mudar.¹¹

Doenças periodontais e sua associação com condições sistêmicas

A periodontite foi associada a diversas condições sistêmicas, incluindo efeitos adversos na gravidez⁶, doenças cardiovasculares,^{7,16} DM tipo 2,⁸ doenças respiratórias,¹⁷ mortalidade por pneumonia em pacientes em hemodiálise,¹⁸ doença renal crônica⁹ e síndrome metabólica.¹⁹ Os estágios iniciais da aterosclerose podem estar associados a uma grave periodontite crônica relacionada a disfunções endoteliais e microvasculares.²⁰ A plausibilidade biológica dessas associações depende principalmente da baixa carga inflamatória sistêmica que tem sido associada à periodontite.²¹ Níveis aumentados de IL-1, IL-6 e TNF- α foram observados nas amostras de sangue de pacientes com periodontite.²¹ Uma revisão sistemática ressaltou que os níveis de Proteína C-Reativa estavam consideravelmente maiores entre os pacientes com periodontite crônica.¹⁰ Nas populações brasileiras, essa observação foi confirmada em pacientes sistemicamente saudáveis²² e em pacientes com hipertensão arterial refratária,²³ DM tipo 2²⁴ e doença renal crônica.²⁵ Em pacientes diabéticos, complicações cardiovasculares foram associadas à periodontite, incluindo o aumento da mortalidade geral, doença arterial coronariana e derrame.⁸ Um estudo multicêntrico no Brasil sugeriu que pacientes diabéticos com periodontite têm maiores chances de complicações microvasculares e hospitalização relacionada a hiperglicemia e cetoacidose.²⁶

Tratamento periodontal

Na maioria dos pacientes, juntamente com um programa de manutenção da higiene bucal, o tratamento periodontal não cirúrgico (NSPT) e o tratamento periodontal cirúrgico (SPT) são procedimentos previsíveis no sentido de controle da infecção, redução da profundidade de sondagem da bolsa (PS) e ganhos nos níveis de inserção clínica (NIC).²⁷ Um bom controle de placa é crucial para manter a saúde periodontal, e os dados relativos ao comportamento de escovação dentária corroboram esse parecer.^{28,29,30} Um estudo de 11 anos mostrou que a escovação dentária foi associada a uma diminuição no número de dentes com bolsa periodontal. Existe uma clara relação dose-resposta entre a frequência da escovação dentária e uma alteração no número de dentes com PS de 4 mm ou mais.³⁰ A escovação interdental diária ou o uso do fio-dental pareceram ser os procedimentos mais eficientes para a redução dos escores de placa dentária e gengivite, e também foram os meios de tratamento preventivo mais econômicos.³¹

A raspagem e o alisamento radicular (RAR) é considerada o tratamento não cirúrgico padrão-ouro para a periodontite, e sua eficácia clínica tem sido bem documentada por diversas revisões sistemáticas.^{32,33} Mesmos os dentes com destruição periodontal extensa podem ser retidos e tratados. A remoção de placa e a RAR podem reduzir o sangramento gengival à sondagem em aproximadamente 45% dos sítios.³⁴ Após o NSPT, as reduções de PS variaram de 1 a 1,3 mm, para bolsas com PS inicial de 5 a 6 mm, a 2 a 2,2 mm, para PS acima de 7 mm; a PCI pode melhorar em 0,5 a 2 mm.^{32,33} O NSPT pode ser feito pelas abordagens convencional por estágios ou da boca completa. Não há diferenças claras entre os dois tipos de tratamento, e a escolha pode ser feita de acordo com a situação específica.³⁵

O tipo do dente, o grau da destruição periodontal, fatores locais, o histórico médico e a idade do paciente podem interferir na eficácia da RAR. Dentes não molares demonstram maior redução de PS após RAR do que molares.³⁵ No entanto, o NSPT somente pode não ser suficiente para reestabelecer a saúde periodontal no caso de pacientes com periodontite avançada.³⁶ Dessa forma, outras formas de terapias, como lasers,

antissépticos, antibióticos sistêmicos, moduladores do hospedeiro e probióticos têm sido sugeridos como adjuvantes à RAR, de forma a potencializar os efeitos desse tratamento.³⁵ Entre outras terapias adjuntas à RAR, a amoxicilina e o metronidazol demonstraram fortes evidências científicas para seu uso no atendimento clínico de rotina. Os efeitos clínicos desse protocolo de tratamento têm sido corroborados pelas revisões sistemáticas recentes^{37,38,39,40} e por ensaios clínicos randomizados (ECRs) com 1 ou 2 anos de acompanhamento.^{41,42,43,44} Além disso, uma revisão sistemática recente⁴⁵ concluiu que probióticos adjuvantes poderiam resultar em ganho adicional de IC em adultos com periodontite. Ainda assim, são necessários mais ECRs de alta qualidade, incluindo análises microbiológicas, antes de determinar se os probióticos devem ser utilizados para o tratamento da periodontite no atendimento clínico de rotina.

Defeitos de furca ou intraósseos podem ser tratados por cirurgias conservadoras, ressectivas ou regenerativas. Uma meta-análise de estudos que avalia a cirurgia conservadora para o tratamento de defeitos intraósseos encontrou uma redução no PS de 2,9 mm e um ganho de IC de 1,7 mm após 12 meses do pós-tratamento.⁴⁶ As cirurgias regenerativas foram usadas principalmente para defeitos intraósseos profundos. A regeneração tecidual guiada e os derivados da matriz do esmalte apresentaram magnitudes semelhantes da redução de PS e do ganho de IC: 1,2 mm.⁴⁷ Ademais, a presença de defeitos de furca pode aumentar o risco da perda dentária. Nibali et al.,⁴⁸ em uma revisão sistemática, descreveram que a média da perda dentária por ano foi de 0,01 e 0,02 para molares sem e com envolvimento da furca, respectivamente, em pacientes em terapia periodontal de suporte por até 10 a 15 anos. Os resultados mostram que cerca de 10% dos molares tratados por ressecção radicular ou por procedimentos regenerativos em defeitos de furca ou intraósseos foram perdidos durante o tratamento de suporte.⁴⁸

Tratamento periodontal e a QVRSB

Além das melhorias nos parâmetros clínicos tradicionais, a QVRSB pessoal deve ser considerada um parâmetro importante para o tratamento, com o objetivo de avaliar totalmente a eficácia da terapia periodontal.

Foram publicadas duas revisões sistemáticas sobre esse assunto.^{11,49} A questão foco dessas revisões é “A terapia periodontal cirúrgica ou não cirúrgica melhora a QVRSB em adultos com doença periodontal?” Os resultados apontaram uma melhora estatisticamente significativa na QVRSB após o NSPT. Não foram reportadas diferenças consideráveis entre diferentes formas de NSPT. OSPT teve um impacto relativamente mais baixo na QVRSB, e uma correlação entre baixa resposta clínica à terapia e baixa consequência na QVRSB foi observada. Os domínios funcional (alimentação/mastigação), psicológico (aparência/desconforto) e físico (dor) foram os mais afetados em níveis basais, mas ao mesmo tempo foram aqueles que melhoraram mais após o NSPT. A QVRSB melhorou com a terapia periodontal, principalmente após tratamento supragengival, o que sugere que essa intervenção foi importante para a redução dos impactos negativos das doenças periodontais na QVRSB.

Tratamento periodontal e outras doenças

Tratamento da periodontite e doenças cardiovasculares (DCV)

O tratamento periodontal tem se mostrado eficaz na redução em curto prazo dos níveis de marcadores sistêmicos da inflamação.¹⁰ Estudos de curto prazo mostraram a redução de marcadores sistêmicos associados às DCV, incluindo IL-1, IL-6 e fibrinogênio,^{23,25,50} após o NSPT. Um ECR indicou que os valores medianos de proteína C-reativa, colesterol total e triglicérides foram reduzidos após 6 meses de tratamento periodontal.²² Dois estudos-piloto descreveram os resultados no tratamento dos pacientes com DCV após 6 meses de NSPT.^{23,25} Vidal et al.²³ observaram uma redução dos marcadores cardiovasculares, como pressão sanguínea sistólica e diastólica e massa do ventrículo esquerdo, em pacientes com grave periodontite crônica e hipertensão arterial refratária. Essas melhoras foram comparáveis com a introdução de um novo medicamento. Além disso, seis meses após o NSPT em pacientes com doenças renais crônicas e periodontite, houve uma melhora significativa na taxa glomerular estimada.²⁵ A provável ligação entre essas observações estava relacionada a uma melhora na disfunção endotelial.^{23,25}

Tratamento da periodontite e o controle glicêmico

A periodontite pode prejudicar o controle glicêmico em pacientes com DM,⁵¹ e o tratamento periodontal pode melhorar o controle glicêmico em pacientes com DM, como demonstrado por revisões sistemáticas com meta-análises^{8,52} e ECRs.^{24,53} A redução em HbA1c é uma medida de efeito estabelecida no tratamento bem-sucedido da DM.⁵⁴ Evidências derivadas de meta-análises recentes mostraram que o NSPT resultou em uma redução estatisticamente significativa nos níveis de HbA1c em 3 meses após o tratamento de cerca de 0,40% (intervalo: %–0,65%), enquanto aos 6 meses a redução estimada foi menor.⁵⁵ Essa diminuição foi considerada equivalente à introdução de um novo medicamento. Um ECR recente de 1 ano, duplo-cego e controlado por placebo²⁴ demonstrou uma melhoria considerável da média da proteína C-reativa, glicose média e níveis de HbA1c após o NSPT nos adultos com periodontite e DM tipo 2. Merchant et al.⁵⁶ demonstraram que, após 1,7 ano de acompanhamento, a assistência periodontal em longo prazo melhorou o controle glicêmico em longo prazo entre indivíduos com DM tipo 2 e doença periodontal. A redução nos níveis de HbA1c foi maior entre os indivíduos com níveis basais mais altos de HbA1c. Outro grupo de investigadores sugeriu que os efeitos benéficos do tratamento da periodontite na HbA1c podem ser suficientes para justificar o tratamento periodontal em pacientes com DM tipo 2 nos limiares de custo-benefício aceitos no Reino Unido.⁵⁷ Por outro lado, ao menos um ECR recente⁵⁸ e uma revisão sistemática⁵⁹ sugeriram que nem mesmo o uso combinado dos antibióticos sistêmicos durante o tratamento periodontal foi capaz de promover uma redução significativa dos níveis de HbA1c nos pacientes com DM tipo 2.

De forma resumida, embora a redução dos níveis de HbA1c após o tratamento periodontal não seja ainda completamente determinada, a alta prevalência de doença periodontal em pacientes com DM tipo 2, os dados disponíveis que demonstram o efeito positivo do tratamento periodontal no controle glicêmico e os benefícios da saúde bucal para a saúde sistêmica dos pacientes justificam a inclusão do atendimento e tratamento periodontal nas diretrizes clínicas para o tratamento do DM.⁵⁷

Estratégias para prevenção da periodontite

A maioria dos pacientes com periodontite pode ser previsivelmente tratada e mantida. De qualquer forma, aproximadamente 20 a 25% dos pacientes com periodontite continuarão apresentando a progressão da doença, apesar de um tratamento e manutenção adequados. Os resultados previsíveis do tratamento periodontal para a maioria dos pacientes mudaram o mercado, no qual os pacientes são tratados por dentistas gerais e higienistas dentais. A periodontia deveria incluir o controle e a tomada de decisões sobre a retenção dentária em casos de periodontite avançada, casos complexos de implantes dentários e controle da inflamação sistêmica resultante de certos tipos de periodontite.⁶⁰

As medidas populacionais para prevenir a doença periodontal visam mudanças primeiramente no comportamento individual. As intervenções para prevenir e controlar as doenças periodontais são principalmente baseadas no nível individual e, portanto, focam em comportamento, em vez de das condições sociais. No entanto, os adultos são mais difíceis de alcançar do que as crianças, se não estiverem procurando tratamento odontológico por conta própria. A única atividade de prevenção da periodontite executada com sucesso em níveis populacionais parece ter sido as campanhas antitabagismo, apesar da completa falta de evidências de sua eficácia. Um dos principais objetivos da prevenção das doenças periodontais deveria, portanto, ser o de mudar o comportamento das pessoas na direção de um estilo de vida mais saudável em nível individual⁶¹.

Ações para a prevenção da periodontite

- a. Campanhas antitabagismo e de promoção da suspensão do tabagismo.
- b. Promoção de práticas de higiene bucal. Entre as populações desfavorecidas, um fator crucial das práticas de higiene pessoal é a possibilidade de adquirir uma escova de dentes, um creme dental e um dispositivo interdental. A produção

e a venda de escovas de dentes mais acessíveis poderia dar às populações mais pobres acesso ao uso desses produtos. Parcerias entre governos, empresas nacionais e multinacionais, profissionais da saúde e comunidades locais são necessárias. A redução da carga tributária sobre produtos de higiene bucal tem um grande efeito em tornar esses itens acessíveis, principalmente em populações de países de médio ou baixo poder aquisitivo da América Latina.

- c. Estimular o uso da teleodontologia, uma ampla variedade de táticas e tecnologias para prestar serviços virtuais médicos, de saúde e educacionais às comunidades e dentistas. O uso dos sistemas de telessaúde e metodologias em odontologia pode incluir atendimento ao paciente e transmissão de conhecimento usando Tecnologias de Informação e Comunicação (ITCs).²
- d. As faculdades de odontologia podem estimular o conceito de ambiente de promoção da saúde para estudantes, funcionários e a comunidade.

A gengivite, formas moderadas de periodontite e o edentulismo parecem estar em declínio⁶²No entanto, a porcentagem de periodontite grave permaneceu a mesma.⁶³Essa tendência pode ser um indicativo de que a prevenção primária, incluindo o melhoramento dos procedimentos de higiene bucal e programas regulares de atendimento de profissionais da saúde, tem contribuído para a redução na prevalência da gengivite e formas moderadas da periodontite. Por outro lado, por conta do crescimento da população mundial (de 5,5 bilhões em 1990 para 7,4 bilhões em 2015), sociedades em envelhecimento (globalmente, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais aumentou de 6,0% em 1990 para 8,2% em 2015) e a maior retenção de dentes, o número de pessoas afetadas pela periodontite cresceu consideravelmente, aumentando a carga total dessas doenças em todo o mundo. As estimativas têm apontado que, entre 1990 e 2013, o número de pessoas afetadas por periodontite grave aumentou em 67%.⁶⁴O impacto econômico global da doença bucal em 2010 foi estimada em 442 bilhões de dólares.⁶⁵

Até 2050, estima-se que 22% da população mundial será de maiores de 60 anos de idade.

Consequentemente, 80% dos adultos mais velhos irão sofrer de pelo menos uma doença crônica, e 50% sofrerão de pelo menos duas.⁶⁶ Com a população mundial envelhecendo, é necessária a identificação antecipada de indivíduos com uma determinada trajetória de envelhecimento, uma vez que esses são indivíduos em risco de desenvolvimento antecipado de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o DM e a DCV. Até o ano de 2030, a porcentagem estimada de mortes mundialmente causadas por DCNT será de 70%. A tendência seria observada em países de baixa, média e alta renda.⁶⁷ O atendimento aos pacientes de DCNT nos consultórios odontológicos é tanto um desafio quanto uma oportunidade. Os profissionais em periodontologia devem melhorar sua comunicação com outros profissionais da saúde, especialmente médicos e enfermeiros, para identificar todas as relações possíveis entre essas doenças crônicas. A periodontite deve ser considerada uma condição indicativa de que um paciente pode ter uma DCNT subjacente (por exemplo, DM não diagnosticado). O número de dentes preservados é um marcador de saúde geral, envelhecimento saudável e uma maior expectativa de vida. Compartilhar a importância e a significância dos dentes retidos com profissionais de cuidado dentário e não dentário pode fornecer um valioso impulso para melhorar a higiene bucal e conservar os dentes. Doença periodontal, perda dentária e longevidade podem estar relacionadas.⁶⁸

Os desafios do campo da Periodontologia no século XXI: considerações finais

- a. Promover uma comunicação adequada entre dentistas gerais e periodontistas, para que eles saibam para quais distúrbios periodontais o

paciente poderia precisar de um tratamento mais especializado, principalmente nos casos em que a terapia não cirúrgica não atinge a saúde periodontal.

- b. Aumentar a participação dos periodontistas na tomada de decisões sobre extração dentária e reconstrução com implantes, e no tratamento de casos periodontais complexos e avançados. Dentistas SÃO treinados para PRESERVAR os dentes.⁶⁹
- c. Periodontistas devem estabelecer vínculos com profissionais da saúde não dental, incluindo médicos e enfermeiros, que precisam conhecer com urgência os fundamentos do surgimento e da progressão das doenças periodontais.
- d. As faculdades de odontologia podem participar do desenvolvimento de programas educacionais para dentistas e profissionais da saúde não dental.
- e. As Associações Nacionais de Odontologia podem ajudar os legisladores e governos a promover o reconhecimento da saúde bucal como um aspecto vital e integral da saúde bucal e do bem-estar.

Agradecimentos

Este artigo foi preparado para a reunião de consenso intitulada “Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina - Consenso da América Latina”, promovida pela Latin American Oral Health Association (LAOHA) e pela Colgate Palmolive Co. com a participação de especialistas da região, incluindo representantes de Associações Periodontais da América Latina. Todos os participantes tiveram a oportunidade de revisar o conteúdo e fazer as suas próprias contribuições. O consenso foi baseado neste artigo. Os autores declaram que não possuem conflitos de interesse.

Referências

1. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, 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 Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S173-82. <https://doi.org/10.1002/JPER.17-0721>

2. American Dental Association - ADA. D9995 and D9996 ADA guide: version 1. Chicago: American Dental Association, 2017 [cited 2018 Dec 20]. Available from: https://www.ada.org/~media/ADA/Publications/Files/D9995andD9996_ADAGuideToUnderstandingandDocumentingTeledentistryEvents_v1_2017Jul17.pdf?la=en
3. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011 Nov;90(11):1264-70. <https://doi.org/10.1177/0022034511399918>
4. Meusel DR, Ramacciato JC, Motta RH, Brito Júnior RB, Flório FM. Impact of the severity of chronic periodontal disease on quality of life. *J Oral Sci*. 2015 Jun;57(2):87-94. <https://doi.org/10.2334/josnusd.57.87>
5. Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol*. 2004 Jun;31(6):454-7. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2004.00498.x>
6. Ide M, Papapanou PN. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes—systematic review. *J Clin Periodontol*. 2013 Apr;40 Suppl 14:S181-94. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12063>
7. Humphrey LL, Fu R, Buckley DI, Freeman M, Helfand M. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2008 Dec;23(12):2079-86. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0787-6>
8. Graziani F, Gennai S, Solini A, Petrini M. A systematic review and meta-analysis of epidemiologic observational evidence on the effect of periodontitis on diabetes An update of the EFP-AAP review. *J Clin Periodontol*. 2018 Feb;45(2):167-87. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12837>
9. Chambrone L, Foz AM, Guglielmetti MR, Pannuti CM, Artese HP, Feres M, et al. Periodontitis and chronic kidney disease: a systematic review of the association of diseases and the effect of periodontal treatment on estimated glomerular filtration rate. *J Clin Periodontol*. 2013 May;40(5):443-56. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12067>
10. Paraskevas S, Huizinga JD, Loos BG. A systematic review and meta-analyses on C-reactive protein in relation to periodontitis. *J Clin Periodontol*. 2008 Apr;35(4):277-90. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2007.01173.x>
11. Buset SL, Walter C, Friedmann A, Weiger R, Borgnakke WS, Zitzmann NU. Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. *J Clin Periodontol*. 2016 Apr;43(4):333-44. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12517>
12. Ferreira MC, Dias-Pereira AC, Branco-de-Almeida LS, Martins CC, Paiva SM. Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. *J Periodontol Res*. 2017 Aug;52(4):651-65. <https://doi.org/10.1111/jre.12436>
13. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral Conditions and Health-Related Quality of Life: A systematic review. *J Dent Res*. 2017 Jul;96(8):864-74. <https://doi.org/10.1177/0022034517709737>
14. Levin L, Zini A, Levine J, Weiss M, Lev R, Chebath Taub D, et al. Demographic profile, Oral Health Impact Profile and Dental Anxiety Scale in patients with chronic periodontitis: a case-control study. *Int Dent J*. 2018 Aug;68(4):269-78. <https://doi.org/10.1111/idj.12381>
15. Levin L, Zini A, Levine J, Weiss M, Lev RA, Hai A, et al. Dental anxiety and oral health-related quality of life in aggressive periodontitis patients. *Clin Oral Investig*. 2018 Apr;22(3):1411-22. <https://doi.org/10.1007/s00784-017-2234-8>
16. Tonetti MS, Van Dyke TE; Working group 1 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol*. 2013 Apr;40 Suppl 14:S24-9. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12089>
17. Sabharwal A, Gomes-Filho IS, Stellrecht E, Scannapieco FA. Role of periodontal therapy in management of common complex systemic diseases and conditions: an update. *Periodontol 2000*. 2018 Oct;78(1):212-26. <https://doi.org/10.1111/prd.12226>
18. Iwasaki M, Taylor GW, Awano S, Yoshida A, Kataoka S, Ansai T, et al. Periodontal disease and pneumonia mortality in haemodialysis patients: a 7-year cohort study. *J Clin Periodontol*. 2018 Jan;45(1):38-45. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12828>
19. Nibali L, D'Aiuto F, Griffiths G, Patel K, Suvan J, Tonetti MS. Severe periodontitis is associated with systemic inflammation and a dysmetabolic status: a case-control study. *J Clin Periodontol*. 2007 Nov;34(11):931-7. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2007.01133.x>
20. Lira-Junior R, Figueiredo CM, Bouskela E, Fischer RG. Severe chronic periodontitis is associated with endothelial and microvascular dysfunctions: a pilot study. *J Periodontol*. 2014 Dec;85(12):1648-57. <https://doi.org/10.1902/jop.2014.140189>
21. Loos BG. Systemic markers of inflammation in periodontitis. *J Periodontol*. 2005;76(11 Suppl):2106-15. <https://doi.org/10.1902/jop.2005.76.11-S.2106>
22. Caúla AL, Lira-Junior R, Tinoco EM, Fischer RG. The effect of periodontal therapy on cardiovascular risk markers: a 6-month randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2014 Sep;41(9):875-82. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12290>
23. Vidal F, Figueiredo CM, Cordovil I, Fischer RG. Periodontal therapy reduces plasma levels of interleukin-6, C-reactive protein, and fibrinogen in patients with severe periodontitis and refractory arterial hypertension. *J Periodontol*. 2009 May;80(5):786-91. <https://doi.org/10.1902/jop.2009.080471>
24. Mourão Carillo Jr R. LSMCAFRG. Homeopathy and periodontal treatment in type II diabetic patients: a 1-year randomized clinical trial. *Braz Dent J*. 2019 Mar-Apr;30(2):139-45. <https://doi.org/10.1590/0103-6440201902124>
25. Almeida S, Figueiredo CM, Lemos C, Bregman R, Fischer RG. Periodontal treatment in patients with chronic kidney disease: a pilot study. *J Periodontol Res*. 2017 Apr;52(2):262-7. <https://doi.org/10.1111/jre.12390>
26. Oliveira LS, Lira-Junior R, Figueiredo CM, Gomes MB, Fischer RG. Self-Reported Periodontitis and Complications in Type 1 Diabetes Patients: A Brazilian Nationwide Survey. *Braz Dent J*. 2016 Sep-Oct;27(5):599-603. <https://doi.org/10.1590/0103-6440201601054>

27. Feres M, Faveri M, Figueiredo LC, Teles R, Flemmig T, Williams R, et al. Group B Initiator paper. Non-surgical periodontal therapy: mechanical debridement, antimicrobial agents and other modalities. *J Int Acad Periodontol*. 2015 Jan;17(1 Suppl):21-30.
28. Kalf-Scholte SM, Van der Weijden GA, Bakker E, Slot DE. Plaque removal with triple-headed vs single-headed manual toothbrushes-a systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2018 Feb;16(1):13-23. <https://doi.org/10.1111/idh.12283>
29. Van der Sluijs E, Slot DE, Hennequin-Hoenderdos NL, Van der Weijden GA. A specific brushing sequence and plaque removal efficacy: a randomized split-mouth design. *Int J Dent Hyg*. 2018 Feb;16(1):85-91. <https://doi.org/10.1111/idh.12262>
30. Joshi S, Suominen AL, Knuutila M, Bernabé E. Toothbrushing behaviour and periodontal pocketing: An 11-year longitudinal study. *J Clin Periodontol*. 2018 Feb;45(2):196-203. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12844>
31. Hyde S, Dupuis V, Mariri BP, Darteville S. Prevention of tooth loss and dental pain for reducing the global burden of oral diseases. *Int Dent J*. 2017 Sep;67 Suppl 2:19-25. <https://doi.org/10.1111/idj.12328>
32. Van der Weijden GA, Timmerman MF. A systematic review on the clinical efficacy of subgingival debridement in the treatment of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol*. 2002;29(s3 Suppl 3):55-71. <https://doi.org/10.1034/j.1600-051X.29.s3.3.x>
33. Smiley CJ, Tracy SL, Abt E, Michalowicz BS, John MT, Gunsolley J, et al. Systematic review and meta-analysis on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis by means of scaling and root planing with or without adjuncts. *J Am Dent Assoc*. 2015 Jul;146(7):508-24.e5. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2015.01.028>
34. Cobb CM. Clinical significance of non-surgical periodontal therapy: an evidence-based perspective of scaling and root planing. *J Clin Periodontol*. 2002 May;29(s2 Suppl 2):6-16. <https://doi.org/10.1034/j.1600-051X.29.s2.4.x>
35. Graziani F, Karapetsa D, Alonso B, Herrera D. Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease? *Periodontol 2000*. 2017 Oct;75(1):152-88. <https://doi.org/10.1111/prd.12201>
36. Feres M, Figueiredo LC, Soares GM, Faveri M. Systemic antibiotics in the treatment of periodontitis. *Periodontol 2000*. 2015 Feb;67(1):131-86. <https://doi.org/10.1111/prd.12075>
37. Sgolastra F, Gatto R, Petrucci A, Monaco A. Effectiveness of systemic amoxicillin/metronidazole as adjunctive therapy to scaling and root planing in the treatment of chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontol*. 2012 Oct;83(10):1257-69. <https://doi.org/10.1902/jop.2012.110625>
38. Keestra JA, Grosjean I, Coucke W, Quirynen M, Teughels W. Non-surgical periodontal therapy with systemic antibiotics in patients with untreated aggressive periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontol Res*. 2015 Dec;50(6):689-706. <https://doi.org/10.1111/jre.12252>
39. Keestra JA, Grosjean I, Coucke W, Quirynen M, Teughels W. Non-surgical periodontal therapy with systemic antibiotics in patients with untreated chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontol Res*. 2015 Jun;50(3):294-314. <https://doi.org/10.1111/jre.12221>
40. Zandbergen D, Slot DE, Niederman R, Van der Weijden FA. The concomitant administration of systemic amoxicillin and metronidazole compared to scaling and root planing alone in treating periodontitis: =a systematic review=. *BMC Oral Health*. 2016 Feb;16(1):27. <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0123-6>
41. Goodson JM, Haffajee AD, Socransky SS, Kent R, Teles R, Hasturk H, et al. Control of periodontal infections: a randomized controlled trial I. The primary outcome attachment gain and pocket depth reduction at treated sites. *J Clin Periodontol*. 2012 Jun;39(6):526-36. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2012.01870.x>
42. Harks I, Koch R, Eickholz P, Hoffmann T, Kim TS, Kocher T, et al. Is progression of periodontitis relevantly influenced by systemic antibiotics? A clinical randomized trial. *J Clin Periodontol*. 2015 Sep;42(9):832-42. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12441>
43. Tamashiro NS, Duarte PM, Miranda TS, Maciel SS, Figueiredo LC, Faveri M, et al. Amoxicillin Plus Metronidazole Therapy for Patients with Periodontitis and Type 2 Diabetes: a 2-year Randomized Controlled Trial. *J Dent Res*. 2016 Jul;95(7):829-36. <https://doi.org/10.1177/0022034516639274>
44. Borges I, Faveri M, Figueiredo LC, Duarte PM, Retamal-Valdes B, Montenegro SC, et al. Different antibiotic protocols in the treatment of severe chronic periodontitis: a 1-year randomized trial. *J Clin Periodontol*. 2017 Aug;44(8):822-32. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12721>
45. Ikram S, Hassan N, Raffat MA, Mirza S, Akram Z. Systematic review and meta-analysis of double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trials using probiotics in chronic periodontitis. *J Investig Clin Dent*. 2018 Aug;9(3):e12338. <https://doi.org/10.1111/jicd.12338>
46. Graziani F, Gennai S, Cei S, Cairo F, Baggiani A, Miccoli M, et al. Clinical performance of access flap surgery in the treatment of the intrabony defect. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Periodontol*. 2012 Feb;39(2):145-56. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2011.01815.x>
47. Needleman IG, Worthington HV, Giedrys-Leeper E, Tucker RJ. Guided tissue regeneration for periodontal infra-bony defects. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Apr;(2):CD001724. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001724.pub2>
48. Nibali L, Zavattini A, Nagata K, Di Iorio A, Lin GH, Needleman I, et al. Tooth loss in molars with and without furcation involvement - a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2016 Feb;43(2):156-66. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12497>
49. Shanbhag S, Dahiya M, Croucher R. The impact of periodontal therapy on oral health-related quality of life in adults: a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2012 Aug;39(8):725-35. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2012.01910.x>
50. Vidal F, Cordovil I, Figueredo CM, Fischer RG. Non-surgical periodontal treatment reduces cardiovascular risk in refractory hypertensive patients: a pilot study. *J Clin Periodontol*. 2013 Jul;40(7):681-7. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12110>

51. Tsai C, Hayes C, Taylor GW. Glycemic control of type 2 diabetes and severe periodontal disease in the US adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002 Jun;30(3):182-92. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2002.300304.x>
52. Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care.* 2010 Feb;33(2):421-7. <https://doi.org/10.2337/dc09-1378>
53. Quintero AJ, Chaparro A, Quirynen M, Ramirez V, Prieto D, Morales H, et al. Effect of two periodontal treatment modalities in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus: A randomized clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2018 Sep;45(9):1098-106. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12991>
54. Chapple IL, Genco R. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol.* 2013 Apr;40 Suppl 14:S106-12. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12077>
55. Madianos PN, Koromantzos PA. An update of the evidence on the potential impact of periodontal therapy on diabetes outcomes. *J Clin Periodontol.* 2018 Feb;45(2):188-95. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12836>
56. Merchant AT, Georgantopoulos P, Howe CJ, Virani SS, Morales DA, Haddock KS. Effect of Long-Term Periodontal Care on Hemoglobin A1c in Type 2 Diabetes. *J Dent Res.* 2016 Apr;95(4):408-15. <https://doi.org/10.1177/0022034515622197>
57. Solowiej-Wedderburn J, Ide M, Pennington M. Cost-effectiveness of non-surgical periodontal therapy for patients with type 2 diabetes in the UK. *J Clin Periodontol.* 2017 Jul;44(7):700-7. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12746>
58. Miranda TS, Feres M, Perez-Chaparro PJ, Faveri M, Figueiredo LC, Tamashiro NS, et al. Metronidazole and amoxicillin as adjuncts to scaling and root planing for the treatment of type 2 diabetic subjects with periodontitis: 1-year outcomes of a randomized placebo-controlled clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2014 Sep;41(9):890-9. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12282>
59. Lira Junior R, Santos CM, Oliveira BH, Fischer RG, Santos AP. Effects on HbA1c in diabetic patients of adjunctive use of systemic antibiotics in nonsurgical periodontal treatment: A systematic review. *J Dent.* 2017 Nov;66:1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2017.08.001>
60. Kornman KS, Giannobile WV, Duff GW. Quo vadis: what is the future of periodontics? How will we get there? *Periodontol 2000.* 2017 Oct;75(1):353-71. <https://doi.org/10.1111/prd.12217>
61. Sälzer S, Alkilzy M, Slot DE, Dörfer CE, Schmoedel J, Splieth CH; Chairs of Working Group 3; ORCA. Socio-behavioural aspects in the prevention and control of dental caries and periodontal diseases at an individual and population level [Internet]. *J Clin Periodontol.* 2017 Mar;44 Suppl 18:S106-15. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12673>
62. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global Burden of Severe Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res.* 2014 Jul;93(7 Suppl):20S-8S. <https://doi.org/10.1177/0022034514537828>
63. Hugoson A, Norderyd O. Has the prevalence of periodontitis changed during the last 30 years? *J Clin Periodontol.* 2008 Sep;35(8 Suppl):338-45. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2008.01279.x>
64. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 20. *Lancet.* 2016;388(10053):1545-602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
65. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global economic impact of dental diseases. *J Dent Res.* 2015 Oct;94(10):1355-61. <https://doi.org/10.1177/0022034515602879>
66. Kanasi E, Ayilavarapu S, Jones J. The aging population: demographics and the biology of aging. *Periodontol 2000.* 2016 Oct;72(1):13-8. <https://doi.org/10.1111/prd.12126>
67. Lamster IB. Geriatric periodontology: how the need to care for the aging population can influence the future of the dental profession. *Periodontol 2000.* 2016 Oct;72(1):7-12. <https://doi.org/10.1111/prd.12157>
68. Friedman PK, Lamster IB. Tooth loss as a predictor of shortened longevity: exploring the hypothesis. *Periodontol 2000.* 2016 Oct;72(1):142-52. <https://doi.org/10.1111/prd.12128>
69. Giannobile WV, Lang NP. Are dental implants a panacea or should we better strive to save teeth? *J Dent Res.* 2016 Jan;95(1):5-6. <https://doi.org/10.1177/0022034515618942>

Giuseppe Alexandre ROMITO^(a,i) 
Magda FERES^(b,i) 
Jorge GAMONAL^(c) 
Mariel GOMEZ^(d) 
Paola CARVAJAL^(e) 
Claudio PANNUTI^(a,i) 
Andrés DUQUE DUQUE^(e) 
Hugo ROMANELLI^(d) 
Cassiano Kuchenbecker RÖSING^(f,i) 
Vicente ARANGUIZ
FREYHOFER^(g) 
Juliano CAVAGNI^(f,i) 
Ricardo Guimarães FISCHER^(h) 
Luciene FIGUEIREDO^(b,i) 
Fernanda Campos de Almeida
CARRER⁽ⁱ⁾ 
Zilson MALHEIROS^(i,l) 
Bernal STEWART^(i,l) 
Mariano SANZ^(k) 
Maria RYAN^(l) 

^(a)Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Odontologia, Departamento de Estomatologia, São Paulo, SP, Brasil.

^(b)Universidade de Guarulhos – UnG, Divisão de Pesquisa Odontológica, Departamento de Periodontologia, Guarulhos, SP, Brasil.

^(c)Universidade do Chile, Faculdade de Odontologia, Centro de Vigilância e Epidemiologia de Doenças Buciais, Santiago, Chile.

^(d)Universidade Maimônides, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Periodontia, Buenos Aires, Argentina.

^(e)Universidade CES, Faculdade de Odontologia, Departamento de Periodontia, Medellín, Antioquia, Colômbia.

^(f)Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Faculdade de Odontologia, Departamento de Periodontologia, Porto Alegre, RS, Brasil.

^(g)Universidade dos Andes, Faculdade de Odontologia, Departamento de Cariologia, Santiago, Chile.

^(h)Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Faculdade de Odontologia, Departamento de Periodontologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁽ⁱ⁾Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social, São Paulo, SP, Brasil.

^(j)Latin American Oral Health Association – LAOHA, São Paulo, SP, Brasil.

^(k)Universidade Complutense de Madrid, Faculdade de Odontologia, Madrid, Espanha.

^(l)Colgate Palmolive Company, Centro Global de Tecnologia, Piscataway, NJ, EUA.

Declaração de interesses: Os autores declaram que não possuem interesses comerciais ou associativos que representem conflitos de interesses com o manuscrito.

Autor correspondente:

Giuseppe Alexandre Romito
E-mail: garomito@usp.br

<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0027>

Submitted: November 18, 2019

Accepted for publication: November 20, 2019

Last revision: November 26, 2019

Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina: Relatório da Reunião de Consenso da LAOHA

Resumo: As doenças periodontais são consideradas um problema de saúde pública mundial, devido à sua alta prevalência em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A periodontite pode levar a perda dentária, o que pode impactar na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. A gengivite e a periodontite têm sido estudadas amplamente em termos de sua etiopatogenia, epidemiologia, prevenção e resultados do tratamento. No entanto, a maioria desses aspectos é estudada e discutida mundialmente, o que pode dificultar a interpretar claramente os resultados e desenvolver planos de ação eficazes em regiões e populações específicas. Por exemplo: na América Latina, os dados epidemiológicos sobre a distribuição das doenças periodontais ainda são escassos, principalmente no caso de amostras representativas de toda a nação. Este Consenso teve como objetivo abordar os seguintes temas relacionados às doenças periodontais na América Latina: a) O impacto da carga global das doenças periodontais na saúde: uma realidade global; b) Doenças periodontais na América Latina; c) Estratégias para a prevenção de doenças periodontais na América Latina; d) Problemas relacionados ao diagnóstico de condições periodontais e possíveis soluções para a América Latina; e) Tratamento da periodontite. Esse consenso irá ajudar a aumentar a conscientização sobre o diagnóstico, a prevenção e o tratamento das doenças periodontais no contexto dos países latino-americanos.

Palavras-chave: Periodontite; Doenças Periodontais; Doenças Gengivais.

Introdução

A Reunião organizada pela Latin American Oral Health Association (LAOHA) foi realizada no dia 30 de janeiro de 2019 em São Paulo, Brasil. “Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina - Reunião de Consenso” foi o tema do evento, que teve por objetivo avaliar os principais problemas de saúde bucal na América Latina e propor recomendações individuais e coletivas para solucionar esses problemas.

Sessenta convidados de 18 países (15 associações periodontais da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Equador, México, Panamá, Peru, Porto Rico, Uruguai e Venezuela) participaram do encontro, e organizações importantes foram representadas no evento: a Federação Ibero-Panamericana de Periodontia (FIPP), a Associação

Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), a Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica (SBPqO), a Divisão do Caribe da Associação Internacional de Pesquisa Odontológica, a Federação Odontológica Latino-Americana (FOLA), a Iniciativa de Saúde Bucal do Caribe (COHI) e o Observatório Ibero-Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal.

O discurso de abertura foi feito por Zilson Malheiros e Bernal Stewart (Diretores Executivos da LAOHA e diretores regionais da Colgate-Palmolive) e Maria Ryan (Diretora Odontológica da Colgate-Palmolive Company). Em seguida, o presidente da LAOHA, Giuseppe Alexandre Romito (Universidade de São Paulo, SP, Brasil), apresentou a missão e os principais objetivos da Associação. Cada um de cinco palestrantes preparou um artigo científico sobre sua área específica de especialização, os quais foram revisados pelo moderador de cada sessão. Os temas desses artigos foram os seguintes: (i e ii) duas apresentações introdutórias sobre o impacto da carga global das doenças periodontais na saúde no mundo e na América Latina, (iii) prevenção, (iv) diagnóstico e (v) tratamento periodontal. As apresentações foram embasadas no conteúdo de cada artigo e seguidas de discussões entre os convidados e apresentadores. Uma sessão final apresentando conclusões gerais de todos os tópicos apresentados durante a reunião foi conduzida por Mariano Sanz (Universidade Complutense de Madri, Madri, Espanha). As considerações finais foram feitas por Maria Ryan e Giuseppe Alexandre Romito.

A LAOHA agradece o apoio recebido de seus membros e alunos. O encontro foi patrocinado pela LAOHA e a Colgate Palmolive Company (Piscataway, NY, EUA). As mensagens centrais dos artigos e as seções de recomendações gerais estão descritas abaixo.

Visão geral do programa e resumo das principais conclusões

Sessão 1. O impacto da carga global das doenças periodontais na saúde: Realidade global

Palestrante: Jorge Gamonal (Universidade do Chile, Chile)

Moderador: Mariel Gomez (Universidade Maimônides, Argentina)

Mensagens centrais

A periodontite é uma doença crônica não transmissível (DCNT) que afeta a qualidade de vida e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. As doenças bucais (cáries e doenças periodontais, como gengivite e periodontite) agora são reconhecidas ao mesmo tempo como uma epidemia e um dos problemas de saúde pública mais importantes do mundo. Em 2015, cerca de 3,5 bilhões de pessoas sofriam de condições dentárias não tratadas: 2,5 bilhões de pessoas com cárie não tratada em dentes permanentes, 573 milhões de crianças com cárie não tratada em dentes decíduos, 538 milhões de pessoas com periodontite grave e 276 milhões de pessoas com perda total dos dentes. Além disso, a quantidade de pessoas afetadas por doenças periodontais aumentará ainda mais, e sua prevalência estará concentrada nos grupos mais vulneráveis, tornando-se assim uma fonte significativa de desigualdade social. O tratamento periodontal e as ações tradicionais de promoção e prevenção realizadas na unidade odontológica não são suficientes para o controle de doenças periodontais, e o acesso aos sistemas de saúde é injusto, o que reforça a inequidade na saúde e mantém a situação atual de todas as doenças bucais no mundo todo. Portanto, os indicadores epidemiológicos serão modificados apenas pela implementação de políticas públicas focadas na equidade em saúde e atendimento integral.

Sessão 2. Doenças periodontais na América Latina

Palestrante: Paola Carvajal (Universidade do Chile, Chile)

Moderador: Giuseppe Alexandre Romito (Universidade de São Paulo, Brasil)

Mensagens centrais

Os principais fatores de risco e indicadores para as doenças periodontais nas populações latino-americanas são: gênero (masculino), educação/escolaridade, situação socioeconômica, tabagismo e obesidade. A periodontite não é distribuída de forma homogênea entre as populações latino-americanas, mas o estabelecimento da prevalência e distribuição reais dessa doença não é uma tarefa simples, principalmente porque há uma falta de um “sistema de definição

de caso” padronizado para ser usado em estudos epidemiológicos. O desenvolvimento de tal ferramenta poderia ajudar a gerar dados confiáveis sobre a periodontite na região. A gengivite e a periodontite são prevalentes em indivíduos de todas as idades, incluindo crianças e adolescentes. No entanto, os dados epidemiológicos na América Latina são escassos, principalmente em relação a estudos representativos em todo o país. Em média, a gengivite afeta 34,7% dos jovens latino-americanos. Na população adulta latino-americana, a prevalência da inflamação gengival atingiu de 96,5% a 100%. Nos adolescentes latino-americanos de idade entre 15 e 18 anos, a prevalência de PCI de 3 mm ou mais é de 32,6%, e a prevalência de profundidade de sondagem de bolsa de 4 mm ou mais é 59,3%. Adicionalmente, a prevalência de periodontite grave em adultos foi de 7,8% a 25,9%, da meia-idade a idosos, respectivamente. A conscientização sobre a prevalência e as consequências das doenças periodontais ainda é baixa na América Latina. Sendo assim, o uso das redes sociais foi sugerido como uma estratégia eficaz para aumentar a conscientização sobre as doenças periodontais na população. Por isso, agora está sendo recomendada a implementação de um procedimento de triagem periodontal durante a Atenção Básica, para que aqueles que apresentarem sinais e sintomas clínicos de doença periodontal possam ser encaminhados aos especialistas (periodontistas) para um exame periodontal completo e um tratamento periodontal, se necessário. Essa estratégia melhoraria o diagnóstico de doenças periodontais nos estágios iniciais e, conseqüentemente, melhoraria o prognóstico. Além disso, foi sugerido manter canais de comunicação entre as associações de saúde bucal e ambientes acadêmicos para abordar temas relacionados à prevenção e ao diagnóstico da periodontite em programas de graduação, treinamentos de especialistas e programas de pós-graduação em um contexto de atendimento integral.

Sessão 3. Estratégia de prevenção de doenças periodontais na América Latina

Palestrante: Andrés Duque (Universidade de CES, Colômbia)

Moderador: Hugo Romanelli (Universidade Maimônides, Argentina)

Mensagens centrais

A prevenção das doenças periodontais na América Latina tem focado principalmente nas orientações de higiene bucal para a redução do biofilme dentário usando métodos motivacionais para aumentar o conhecimento dos pacientes sobre a doença e sua autonomia e fornecer instruções para uma higiene bucal adequada. Nesse contexto, existem duas principais abordagens preventivas que poderiam ser usadas: (i) em nível individual, focado no paciente, e (ii) em nível populacional/comunitário, o qual requer a participação proativa do governo no processo de tomada de decisão. A prevenção de doenças bucais é fundamental em termos de saúde pública e não deve ficar concentrada somente com os dentistas, mas em grupos interdisciplinares trabalhando juntos. Nesse contexto, o papel importante dos higienistas dentários deve ser destacado. Esses profissionais devem participar proativamente desse processo como instrutores em saúde, indo além de seu papel tradicional na América Latina, que tem sido passivo e restrito à prevenção primária. Também existem evidências emergentes da falta de conhecimento de alguns profissionais de saúde na América Latina sobre as doenças periodontais e suas consequências bucais e sistêmicas. Os profissionais da saúde também deveriam fazer parte das iniciativas de estilo de vida saudável, focando na conscientização sobre o diabetes, a eliminação do tabagismo e programas de prevenção cardiovascular, entre outros. Além disso, alianças entre diferentes associações, órgãos públicos e organizações não-governamentais (legisladores e partes interessadas) e sistemas de saúde devem ser incentivadas, a fim de criar um esforço conjunto para substituir Programas de Saúde Bucal por Políticas de Saúde Bucal. Foi sugerido que essas políticas deveriam enfatizar o conceito de “Saúde Bucal Completa”, com um foco no atendimento integral.

Sessão 4. Problemas relacionados ao diagnóstico de condições periodontais e possíveis soluções para a América Latina

Palestrante: Cassiano Rösing (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)

Moderador: Vicente Aránguiz (Universidade dos Andes, Chile)

Mensagens centrais

As doenças periodontais são diagnosticadas clinicamente em duas categorias principais: gengivite e periodontite. Um tema importante a respeito da saúde periodontal e do diagnóstico da doença periodontal é a divergência entre os parâmetros usados nos estudos epidemiológicos e os usados para pacientes individuais. Deve-se enfatizar que a estratégia padrão-ouro para o diagnóstico periodontal é o exame periodontal completo e, quando essa abordagem é adotada, há pouca probabilidade de a doença periodontal ser diagnosticada incorretamente. Contudo, outras abordagens simplificadas foram propostas na tentativa de aumentar o número de dentistas que rotineiramente fazem avaliações periodontais. Uma ferramenta comum e eficiente deveria ser estabelecida para o uso em estudos epidemiológicos e triagens nos serviços de Saúde Pública na América Latina. No entanto, deveria ser posto em mente que, embora a triagem seja uma maneira eficiente de avaliar uma alta porcentagem da população mais rapidamente, ela não é uma ferramenta de diagnóstico. Em 2018, a Federação Europeia de Periodontologia e a Academia Americana de Periodontologia lançaram um novo sistema de classificação para doenças e condições periodontais e peri-implantares. Esse novo sistema de classificação foi feito para diagnósticos individuais, e não para iniciativas de triagem ou estudos epidemiológicos. Na América Latina, os profissionais de odontologia devem realizar rotineiramente o exame clínico periodontal individual, e os pesquisadores deveriam tentar desenvolver um teste de diagnóstico padronizado que possa ajudar na triagem clínica periodontal (para estudos epidemiológicos). Os profissionais de odontologia também deveriam ser treinados durante a graduação para diagnosticar de forma adequada as doenças periodontais em seus estágios iniciais.

Sessão 5. Tratamento da periodontite

Palestrante: Ricardo Fischer (Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Brasil)

Moderadora: Magda Feres (Universidade de Guarulhos, Brasil)

Mensagens centrais

Na maioria dos pacientes, juntamente com um programa de manutenção de higiene bucal, os tratamentos periodontais não cirúrgico (NSPT) e cirúrgico (SPT), um bom controle de placas dentárias e programas de manutenção regular são procedimentos previsíveis para o tratamento da periodontite. No entanto, o NSPT e/ou o SPT somente podem não ser suficientes para restabelecer a saúde periodontal nos pacientes com periodontite grave ou fatores de risco associados. Portanto, outras terapias adjuvantes, como lasers, antibióticos sistêmicos, moduladores do hospedeiro e probióticos, têm sido sugeridas. Entre esses protocolos, o metronidazol e a amoxicilina sistêmicos são um tratamento adjuvante respaldado por sólidas evidências científicas para uso pelos profissionais diariamente. Doenças periodontais são associadas a um impacto negativo na Qualidade de Vida Relativa à Saúde Bucal (QVRSB), principalmente em funcionalidade e estética, e o NSPT e o SPT levam a uma melhoria considerável na QVRSB dos pacientes. Adicionalmente, resultados relatados pelo paciente (RRP) usados em medicina têm sido propostos para avaliar o tratamento periodontal na QVRSB do paciente. O desenvolvimento de um instrumento eficaz para avaliar o RRP no tratamento periodontal pode contribuir para a avaliação completa dos benefícios de diferentes protocolos. Isso também seria útil para aumentar a participação dos periodontistas na tomada de decisões sobre extrações dentárias, reconstruções com implantes e no tratamento de casos periodontais avançados e complexos. Os dentistas são treinados para preservar os dentes. A periodontite tem sido associada a várias condições sistêmicas, incluindo resultados adversos na gravidez, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes mellitus (DM) e doença renal crônica. Há fortes evidências na literatura de que o tratamento periodontal pode melhorar o controle glicêmico de pacientes com *diabetes mellitus* (DM). Assim, tem sido sugerida a inclusão da avaliação e do tratamento periodontal nas diretrizes clínicas para o controle do DM. Além disso, os periodontistas devem estabelecer conexões mais fortes com profissionais da saúde não dentária, incluindo médicos e enfermeiros.

Recomendações finais

Em geral, autoridades em saúde na América Latina têm reconhecido que a periodontite e as doenças não transmissíveis de grande impacto na qualidade de vida representam um importante problema de saúde no mundo. O grupo de consenso reconhece que a periodontite e a gengivite são doenças determinadas socialmente e que seu combate efetivo requer necessariamente esforços e políticas públicas para promover a equidade através da redução das desigualdades sociais. A prevenção deve ser a principal medida de ações, políticas e programas para manter a saúde bucal e evitar a periodontite através do tratamento eficaz da gengivite e da promoção de estilos de vida saudáveis nos níveis populacional e individual. O grupo identificou a necessidade de implementar as ações mencionadas de modo a promover a conscientização, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da periodontite na América Latina:

Conscientização e prevenção

- a. Aumentar a conscientização dos profissionais da saúde tanto dentária quanto não dentária sobre a prevalência e as consequências das doenças periodontais para a saúde bucal e sistêmica dos pacientes usando as redes sociais.
- b. Estabelecer alianças entre associações dentárias, públicas e organizações não governamentais (legisladores e partes interessadas) e os sistemas de saúde para dar ênfase na substituição de Programas de Saúde Bucal por Políticas de Saúde Bucal.
- c. Encorajar a autonomia dos pacientes em relação à saúde bucal e sistêmica, aumentando o conhecimento do público sobre bons hábitos de higiene bucal e os efeitos da saúde bucal sobre a saúde sistêmica.
- d. Propor Políticas de Saúde Bucal com ênfase no conceito de “saúde bucal completa”, com foco em um atendimento integral. Esse conceito é um componente essencial para a saúde geral do organismo humano.
- e. Promover somente produtos com eficácia clínica comprovada, incluindo dispositivos interdentais, fios dentais, cremes dentais, enxaguantes bucais e escovas de dente.
- f. Os profissionais da América Latina da saúde devem fazer parte de iniciativas de estilo de vida saudável, focando na conscientização sobre o diabetes, na eliminação do tabagismo, em programas de prevenção cardiovascular, entre outros.

Diagnóstico

- a. Implementar procedimentos de triagem periodontal durante as avaliações em Atenção Básica do paciente. “Ademais, os sistemas de atendimento em saúde pública deveriam oferecer tratamento periodontal especializado para o controle de casos mais complexos (segundo nível de atendimento).”
- b. Incentivar o desenvolvimento de um teste de diagnóstico padronizado que possa ser usado em estudos epidemiológicos e em exercícios de triagem de saúde pública.
- c. Destacar a importância do papel do higienista dentário, que deve participar de forma proativa no processo como um consultor em saúde, indo além de suas funções tradicionais na América Latina.
- d. Motivar profissionais de odontologia da América Latina a realizar rotineiramente exames clínicos periodontais individuais.
- e. Motivar profissionais de odontologia da América Latina a evitar erros de diagnósticos em periodontia com o uso de parâmetros realmente baseados em evidências. Por exemplo: especialmente em casos de periodontite moderada/grave, recomenda-se o uso do exame periodontal completo com profundidade de bolsa, níveis de inserção clínica e presença de sangramento à sondagem.
- f. Nas faculdades de Odontologia, reforçar a importância de capacitar os acadêmicos profissionais de odontologia para diagnosticar adequadamente as doenças periodontais em seus estágios iniciais.

Tratamento

- a. Esclarecer para a comunidade periodontal que a remoção mecânica de placas e cálculo,

o controle eficiente de placas e um programa regular de manutenção são procedimentos essenciais que devem ser aplicados a todos os pacientes com periodontite.

- b. Esclarecer para a comunidade periodontal que o NSPT e/ou o SPT isoladamente podem não ser suficientes para restabelecer a saúde periodontal em pacientes com periodontite grave ou com fatores de risco associados. Por isso, foram sugeridas outras terapias

adjuvantes, como clorexidina, lasers, antibióticos sistêmicos, moduladores do hospedeiro e probióticos.

- c. Desenvolver um instrumento validado de RRP para avaliar os efeitos de diferentes tratamentos periodontais sobre a qualidade de vida dos pacientes.
- d. Preservar os dentes deve ser um dos objetivos mais importantes e em comum entre todos os profissionais da saúde bucal.

Colaboradores	Organização	País
Abraham Cazes	Diretor do Centro Global de Tecnologia do Brasil - Colgate-Palmolive	Brasil
Adrian Avendaño Valiente	Presidente da Sociedade de Periodontia de El Salvador	El Salvador
Adrian Guerrero	Vice-Presidente da Federação Ibero-Panamericana de Periodontia (FIPP)	Espanha
Alex Haas	Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS	Brasil
Alfonso Garcia Huerta	Presidente da Associação Mexicana de Periodontologia (AMP)	México
Andrés Duque	Professor na Universidade CES, Medellín, Antioquia	Colômbia
Andrés Felipe Vieira	Presidente da Associação Colombiana de Periodontologia	Colômbia
Belén Retamal-Valdes	Professora da Universidade de Guarulhos, Guarulhos - Brasil	Chile
Bernal Stewart	Diretor Executivo da LAOHA e pesquisador do Centro Global de Tecnologia - Colgate-Palmolive	EUA
Carlos Benitez	Doutorando pela Universidade de São Paulo, São Paulo - Brasil	México
Carlos Rubio	Doutorando pela Universidade de São Paulo, São Paulo - Brasil	Venezuela
Carolina Vargas Loria	Academia Costarriquenha de Especialistas em Periodontia (ACEP)	Costa Rica
Caroll Yibrin	Presidente da Associação Venezuelana de Periodontologia	Venezuela
Cassiano Rösing	Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS	Brasil
Cassio V. Carvalho	Professor do Centro Universitário Senac, SENAC/SP	Brasil
Cesar Buitrago	Diretor da Divisão Profissional da América Latina - Colgate-Palmolive	Colômbia
Claudia Bevilacqua	Presidente da Sociedade Argentina de Periodontologia (SAP)	Argentina
Claudia Sacio	Presidente da Associação Peruana de Periodontia e Osseointegração	Peru
Claudio Pannuti	Professor da Universidade de São Paulo e membro do Conselho da LAOHA	Brasil
Cristina Villar	Professora da Universidade de São Paulo e membro do Conselho da LAOHA	Brasil
David Alvarez	Presidente da Sociedade Boliviana de Periodontia	Bolívia
Elizabeth Lozano	Presidente da Sociedade de Periodontia do Chile	Chile
Enilson Sallum	Professor da Universidade de Piracicaba, UNICAMP	Brasil
Fernanda Campos	Observatório Ibero-Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal	Brasil
Fernando Costa	Divisão Brasileira da IADR (SBPqO)	Brasil
Gerson Langa	Doutorando da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil	Moçambique
Gilberto Pucca	Observatório Ibero-Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal	Brasil
Giuseppe A. Romito	Professor da Universidade de São Paulo e Presidente da LAOHA	Brasil
Gloria Ramirez	Doutoranda pela Universidade de São Paulo, São Paulo - Brasil	Colômbia
Hugo Romanelli	Professor na Universidade Maimônides, Buenos Aires	Argentina
James Collins	Presidente da Divisão do Caribe da IADR	República Dominicana
Javier Garcia	Federação Ibero-Panamericana de Periodontia (FIPP)	Espanha
Jorge Gabito Mira	Sociedade de Periodontia do Uruguai	Uruguai
Jorge Gamonal	Professor na Universidade do Chile	Chile
Juliano Cavagni	Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS e membro do Conselho da LAOHA	Brasil
Libia Ferreira	Coordenadora de Assuntos Acadêmicos - Cone Sul - Colgate-Palmolive	Argentina
Lisbeth Colon	Ex-Presidente da Associação de Periodontia de Porto Rico (SEPIPR)	Porto Rico
Luciana Saraiva	Professora da Universidade de São Paulo e membro do Conselho da LAOHA	Brasil

Colaboradores	Organização	País
Luciene Figueiredo	Professora da Universidade de Guarulhos e membro do Conselho da LAOHA	Brasil
Lupe Salazar Zurita	Presidente da Federação Odontológica Latino-Americana (FOLA)	Panamá
Magda Feres	Professora da Universidade de Guarulhos e vice-presidente da LAOHA	Brasil
Marco Medina Vega	Presidente da Federação Ibero-Panamericana de Periodontia (FIPP) e Professor da Universidade UCE - Equador	Equador
Maria Ryan	Diretora Odontológica da Colgate-Palmolive	EUA
Mariana Almeida	Doutoranda pela Universidade de Guarulhos, São Paulo - Brasil	Brasil
Mariano Sanz	Professor na Universidade Complutense, Madrid	Espanha
Mariel Gomez	Professora na Universidade Maimônides, Buenos Aires	Argentina
Marsha Butler	Vice-Presidente da Colgate-Palmolive Oral Care	EUA
Mauricio Tinajero	Presidente da Associação Equatoriana de Periodontologia e Osseointegração	Equador
Monica Larcebeau	Profissional do Cone Sul da Colgate-Palmolive	Uruguai
Monica Shedden	Sociedade Panamericana de Periodontia	Panamá
Paola Carvajal	Professor na Universidade do Chile	Chile
Patricia Bella Costa	Diretora da Divisão Profissional Cone-Sul da Colgate-Palmolive	Brasil
Ramón Gonzales	Presidente da Iniciativa de Saúde Bucal do Caribe (COHI)	Porto Rico
Ricardo Fischer	Professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Sociedade Brasileira de Periodontologia (SOBRAPE)	Brasil
Saulo Rosario	Presidente da Sociedade Dominicana de Periodontia e Implantes Dentários (SODOPERIO)	República Dominicana
Sergio Leite	Diretor Mundial da Colgate-Palmolive	EUA
Vania Fontanella	Presidente da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO)	Brasil
Vicente Aranguiz	Professor na Universidade dos Andes	Chile
Xiomara Gimenez	Secretária-Geral da Federação Ibero-Panamericana de Periodontia (FIPP)	Venezuela
Zilson Malheiros	Diretor Executivo da LAOHA e pesquisador do Centro Global de Tecnologia - Colgate-Palmolive	Brasil



Participantes do “Doença periodontal e seu impacto na saúde geral na América Latina - Reunião de Consenso” (São Paulo, SP, Brasil).

Referências

1. D’Aiuto F, Gkraniias N, Bhowruth D, Khan T, Orlandi M, Suvan J, et al. Effects of periodontitis treatment in patients with type 2 diabetes: a 12 month, single-centre, investigator-masked, randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018 Dec;6(12):954-965. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30038-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30038-X)

Complementando nossa melhor TECNOLOGIA CONTRA A GENGIVITE



PARA
**USO
DIÁRIO**

Colgate PerioGard®

Conteúdo de clorexidina a 0,12%
de longa duração: mantém-se
ativo por até 8 horas, sendo liberado
gradualmente¹

Eliminação de 99% dos microorganismos
causadores da gengivite²

Escova dental Colgate PerioGard®

Reduzir o sangramento
gengival em até 66,7%³

Alcance os causadores da
gengivite, principalmente em regiões
de difícil acesso que o paciente não alcança⁴

Evita a recolonização bacteriana⁵



NOVO

Escova dental Colgate PerioGard®

- Cabeça compacta
- Cerdas macias, com
pontas arredondadas para
uma limpeza mais eficiente de
áreas interproximal e subgengivais
- Exclusivas cerdas
ultrafinas que
garantem uma limpeza
profunda e eficiente
sem agredir o tecido

PARA
**USO
DIÁRIO**



NOVO

1. P. A. P. and P. N. Paus. Arch Oral Biol. 1974, Mar; 19 (3): 209-12. 2. de Albuquerque RF Jr, Head TW, Mian H, Muller K, Sanches K. Ito IY. Reduction of salivary S. Aureus and mutans group streptococci by a preprocedural chlorhexidine and cetylpyridinium, Quintessence Int. 2004 Sept; 35 (8): 635-40. 3. Willians C, Mostler K, Petrone DM, Simone AJ, Crawford R, Patel S, Petrone ME, Chakins P, Devizio W, volpe AR, Proskin HM. Efficacy of a dentifrice containing zinc citrate in a 6-month clinical study in adults. Compendium. 19 (2 Suppl): 4-15. 4. Efficacy of a dentifrice containing Zinc Citrate for control of plaque and gingivitis. - Craig Williams et al, Compendium special issue Vol 19. 5. Antibacterial effects of toothpaste with fluoride alone on the supragingival plaque bacteria after multiple use. Data on File; Colgate Palmolive Company Study design: 6 month, double blind clinical study in harmony with ADA guidelines with 99 subjects