

CAUSAS E TRATAMENTOS DA PERIODONTITE

Tayaka Flores de Oliveira; Fernanda Fritzen Ferrazzo; Zenir Florek¹
 Rosane Lino Teixeira; Vitor Ricardo Correa Chechi²
 Paula Marco Marchiori³
 Marcos Massaro Takemoto⁴

RESUMO

A periodontite é uma doença inflamatória que acomete os tecidos de proteção e sustentação dos dentes. Apresenta como sintomas, a sensibilidade, o edema, sangramento gengival, ardência, mobilidade dos dentes afetados, possibilidade de ocorrência de recessão gengival. O diagnóstico da periodontite crônica ocorre por meio de avaliação do nível de inserção clínica e detecção de alterações inflamatórias na gengiva livre, medições nas profundidades da bolsa periodontal e a localização da gengiva marginal possibilitam conclusões pertinentes a perda de inserção clínica. O tratamento consiste na redução do biofilme subgengival através da raspagem e alisamento corono-radicular associada às medidas de higiene oral. Este estudo objetivou conhecer os tipos de doenças periodontais, tais como a gengivite, periodontite crônica, agressiva e seus respectivos tratamentos. O levantamento bibliográfico foi baseado em artigos presente no *google* acadêmico sobre periodontite e tratamentos. Os resultados demonstraram que o fator principal da doença é a placa bacteriana e que a higiene oral pode evitar tais doenças.

Palavras-Chave: Periodontite. Fatores de Risco. Saúde bucal.

1 INTRODUÇÃO

De modo geral a doença periodontal é categorizada a mais comum doença dentária e inflamatória causada por infecção bacteriana, podendo estar associada ao biofilme dental (DOMMISH; KEBSCHELL, 2016). Essa morbidade tem sido descrita como um agravo progressivo, passando por fases iniciais e avançadas, sendo que as lesões avançadas apresentam células plasmáticas predominantes, (ANTONINI et al, 2013).

A gengivite é a fase inicial da doença periodontal, sendo uma inflamação decorrente da presença de bactérias na margem gengival, que pode evoluir ou não para periodontite, agravo este caracterizado como lesão inflamatória de caráter infeccioso que apresenta características clínicas similares as da gengivite, incluindo a perda de inserção conjuntiva, presença de bolsa periodontal e perda de osso alveolar. Dependendo das características clínicas, a periodontite

¹ Acadêmicos do curso de Odontologia da UCEFF. E-mail: tayakaflores1992@gmail.com; fernanda-2010121@hotmail.com; zenirflorek@hotmail.com.

² Acadêmicos do curso de Odontologia, UCEFF. E-mail: rosane.lino@yahoo.com.br; vitorchechi@gmail.com.

³ Docente do curso de Odontologia da UCEFF. E-mail: paula.marchiori@uceff.edu.br.

⁴ Docente do curso de Odontologia da UCEFF. E-mail: marcostakemoto@uceff.edu.br.

pode ser agressiva e crônica (DOMMISH; KEBSCHULL, 2016), e, o seu desenvolvimento ter relação com a faixa etária da população.

De acordo com o Ministério da Saúde os problemas relativos à saúde bucal aumentam com a idade. Dados indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos de 35 a 44 anos, idade em que se observa uma prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, podendo ter associação com a diminuição do número de dentes nesse grupo populacional (BRASIL, 2010).

Além de a idade ser um fator relevante para doença periodontal, Antonini, et al. (2013) indica existir outros fatores importantes que estimulam a doença, tais como: riscos ambientais hereditariedade, tabagismo, variação hormonal, que ocorre durante a gravidez e menopausa, doenças sistêmicas, como por exemplo, diabetes, osteoporose, HIV e, doenças cardiovasculares e higiene bucal deficiente.

Mediante o exposto, nota-se que o índice da doença periodontal é elevada em adultos e idosos, podendo tornar-se crônica, e, há condições externas associadas a esse tipo de agravo, **como ocorre o desenvolvimento da periodontite crônica e quais são os tipos de tratamento?** Essa pesquisa tem como objetivo, analisar as causas e tratamentos da periodontite. Portanto, na área da odontologia esse estudo justifica-se por ser uma doença comum, logo, com grande probabilidade de o profissional dentista precisar ter conhecimento e habilidades técnicas para diagnosticar, tratar e orientar o cliente acerca do tema durante a consulta clínica.

2 TIPOS DE PERIODONTITE E SUAS CARACTERÍSTICAS

2.1 PERIODONTITE CRÔNICA

A periodontite crônica é definida como uma doença infecciosa que resulta em inflamação dentro dos tecidos de suporte dos dentes, formação de placa dentária, inflamação periodontal, perda de inserção do dente e óssea alveolar. No entanto fatores sistêmicos e

ambientais podem alterar a resposta imune do hospedeiro à placa dental, de modo que a lesão periodontal se torna progressiva. Embora este agravo seja mais comum em adultos, também pode ocorrer em crianças e adolescentes como resposta ao acúmulo crônico de biofilme dental cálculo (DOMMISH. KEBSCHULL, 2016).

Em relação aos sinais e sintomas da periodontite, (DOMMISH. KEBSCHULL, 2016), descreve sangramento gengival durante a higiene oral ou alimentação. Em consequência da retração gengival, os pacientes podem observar triângulos negros entre os dentes ou sensibilidade dentária em respostas às mudanças de temperatura. Segundo Kinane e Lindhe, 2014, também pode ocorrer mudança de cor, textura e volume da gengiva livre, sangramento a sondagem na região de bolsa gengival, aumento de profundidade de bolsa periodontal, perda de nível de inserção a sondagem, recessão da margem gengival, perda de osso alveolar, exposição furca, aumento da mobilidade dentária, eventual esfoliação dos dentes.

Algumas características da periodontite indicam que a doença pode ser localizada ou generalizada. A localizada ocorre quando menos de 30% dos sítios são afetados e exibem a perda de inserção e osso, após esse percentual considera-se periodontite generalizada (KINANE; LINDHE, 2014).

Quanto a gravidade da doença periodontal em consequência da periodontite crônica geralmente se dá em função do tempo, associada a desordens sistêmicas que prejudicam ou exacerbam a resposta imune do hospedeiro. Além disso, a idade é um fator que pode contribuir para a gravidade da doença em razão da prevalência da perda de inserção e perda óssea. A gravidade da doença pode ser classificada como leve, moderada ou grave, de acordo com a perda de inserção clínica (DOMMISH. KEBSCHULL, 2016).

2.2 PERIODONTITE AGRESSIVA

A periodontite agressiva apresenta um conjunto de microrganismos com grande heterogenicidade de bactérias (KONONEN; MULLER, 2000 apud CHAVES et al., 2017). É uma doença pouco comum e de progressão rápida, caracterizada pela perda acentuada dos tecidos de inserção periodontal, provocando a perda precoce dos dentes quando não ocorre o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Trata-se de uma doença que atinge todas as faixas etárias, com prevalência entre jovens na fase da puberdade e adultos jovens. Classifica-

se nas formas localizada e generalizada, sendo que a localizada apresenta perda de inserção interproximal em pelo menos dois dentes, como por exemplo, primeiro molares e incisivos, e, a forma generalizada ocasiona a inserção em pelo menos três dentes permanentes, além dos primeiros molares e incisivos (CHAVES et al., 2017).

Acerca dos sintomas, destaca-se a sensibilidade, o edema, sangramento gengival, ardência, mobilidade dos dentes afetados, possibilidade de ocorrência de recessão gengival. Clinicamente nota-se pouco a moderado acúmulo de placas bacterianas, inflamação discreta, ou, uma perda de inserção rápida e severa (ALMEIDA et al., 2014).

2.3 FATORES DE RISCO PARA PERIODONTITE

A causa principal da doença periodontal é a placa bacteriana, uma película viscosa e sem cor que se forma sobre os dentes, conhecida também como biofilme dental. Os fatores de risco são o tabagismo, alterações hormonais, estresse, diabetes, má nutrição, medicamentos, genética (SANTOS; SIQUEIRA, 2016), vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV), osteoporose (ANTONINI et al., 2013), entre outros.

2.3.1 Tabagismo

Segundo Preshaw; Cambrone; Novak (2016) o tabagismo é o principal fator de risco para a doença periodontal afetando a prevalência e a gravidade da doença. A fumaça do cigarro é formada por vários componentes, na qual fazem parte o monóxido de carbono e a nicotina, sendo essas as principais substâncias químicas responsáveis pelos efeitos danosos do fumo nos tecidos periodontais (SHAJU; JACOB, 2010 apud SANTOS, SIQUEIRA, 2016). A nicotina está relacionada com a perda óssea alveolar, perda de inserção periodontal, formação de bolsas periodontais, e como consequência perda de elementos dentários (SANTOS; SIQUEIRA, 2016).

Igualmente o tabagismo afeta a vascularização dos tecidos gengivais, as respostas imune e inflamatória e também o potencial de cicatrização do tecido conjuntivo periodontal, fazendo com que a resposta do paciente ao tratamento seja negativa (Matos, 2011 apud SANTOS, SIQUEIRA, 2016).

2.3.2 Alterações hormonais: puberdade, gestação e menopausa

O desequilíbrio hormonal da fase puberal masculina e feminina pode agir como um fator desencadeador de gengivite (AXELSON, 1976; KORNORNMAN; LOESCH, 1980; CARRANZA, 1986; LEVIN, 1987 apud SPEZZIA, 2016). A inflamação gengival na puberdade é decorrente da ação de fatores irritativos locais e do metabolismo tecidual do periodonto modificado, decorrente dos distúrbios hormonais característicos dessa fase da vida. Nessa situação, a placa bacteriana atua mais facilmente, advindo da queda de resistência no local (SPEZZIA, 2016), podendo desenvolver danos periodontais irreversíveis (AAP, 2005; Silveira et al., 2012; Braga et al., 2013; Coutinho et al., 2013 apud SPEZZIA, 2016), como a periodontite crônica e/ou agressiva.

Da mesma forma, no período gravídico as alterações hormonais acentuam a resposta gengival à placa e mudam o quadro clínico resultante. Além disso, afeta a gravidade de locais previamente inflamados, e, nas situações de gengivite crônica leve, o local afetado se torna amplo, inchado e de coloração alterada. A redução parcial da gravidade ocorre até dois meses depois do parto, e, após um ano, a condição da gengiva é comparável à de mulheres que não estiveram grávidas (KLOKKEVOLD; MEALEY, 2016).

Na menopausa as alterações hormonais típicas do ciclo feminino são concluídas após o estradiol deixar de ser o principal estrógeno circulante, como consequência, as mulheres podem desenvolver uma gengivoestomatite. Nessa situação a gengiva e a mucosa oral apresentam-se secas e brilhantes, sua coloração pode variar de pálida a eritematosa e sangra com facilidade. Pode haver queixa de secura, ardor pela cavidade oral, associada sensibilidade nas alterações térmicas, o paladar apresenta-se mais acentuado, como consequência a paciente sente com mais intensidade os sabores salgado, apimentado e azedo (KLOKKEVOLD; MEALEY, 2016).

2.3.3 Estresse

O estresse é uma resposta do organismo a uma situação de esforço e adaptação a um estímulo capaz de afetar o equilíbrio fisiológico, os hábitos de vida e o comportamento do indivíduo, que podem fazer a pessoa desenvolver hábitos orais danosos, como negligenciar a higiene oral, contribuindo para a presença de biofilme dental. O estresse também pode

contribuir para a baixa imunidade, propensão a processos inflamatórios e evolução da doença periodontal (OLIVEIRA, 2015).

2.3.4 Diabetes

O Diabetes mellitus é uma doença que se caracteriza pelo excesso de glicose no sangue, e, quando não controlada, pode ocasionar complicações sistêmicas crônicas (YAMASHITA et al., 2013). As modificações de maior impacto em indivíduo com diabetes descontrolada é a fragilidade imunológica e suscetibilidade a infecções (KLOKKEVOLD; MEALEY, 2016), fazendo com que a destruição dos tecidos periodontais ocorra mais rápido se comparado a indivíduos saudáveis, uma vez que essa doença aumenta a intensidade e a duração do infiltrado inflamatório, a reabsorção óssea e dificulta a reparação óssea (LIU et al., 2006 apud QUIRINO, 2010).

No paciente diabético as manifestações iniciais da doença são as alterações periodontais, mais especificamente gengivites e periodontites (BARBOSA, 2013), comuns tanto em pacientes com diabetes mellitus do tipo 1 (YAMASHITA et al., 2013) quanto do tipo 2 (TELGI, 2013 apud RODRIGUES et al., 2015), e, a falta de controle glicêmico contribui para a severidade da doença periodontal (MEALEY; OCAMPO, 2007 apud BARBOSA, 2013), podendo levar, segundo Klokkevold e Mealey (2016) a doença periodontal destrutiva, considerada como a sexta complicação do diabetes.

2.3.5 Nutrição inadequada

Segundo Campos, Demonte e Campos (2002) a falta das vitaminas A, C, D e dos minerais cálcio, fósforo, ferro e zinco possuem relação com a etiologia das doenças periodontais, havendo necessidade do profissional dentista fazer o aconselhamento nutricional ao paciente.

A alimentação e o estado nutricional influenciam a saúde bucal de muitas maneiras (PALACIOS; JOSHIPURA; WILLET, 2009 apud FREIRE et al, 2012). De acordo com Freire (et al, 2012) estudos indicam benefícios aos tecidos periodontais com uma nutrição adequada.

Campos, Demonte e Campos (2002) chamam a atenção para a falta das vitaminas A, C, D e dos minerais cálcio, fósforo, ferro e zinco por possuir relação com a etiologia das doenças periodontais, havendo necessidade do profissional dentista fazer o aconselhamento nutricional ao paciente.

Para Nizel e Papas (1989) apud Freire (et al, 2012), apenas na falta de vitamina C os tecidos periodontais do ser humano são efetivamente afetados, complicando a resposta inflamatória à irritação local. Ainda assim, de modo geral, afirmam que o periodonto é beneficiado com uma nutrição adequada (NIZEL, PAPAS, 1989 apud Freire et al, 2012).

2.3.6 Medicamentos

Estudos científicos indicam que vários medicamentos de uso sistêmico alteram a morfologia e fisiologia dos tecidos periodontais, principalmente o gengival, contribuindo para o aumento exagerado da gengiva, dificultando o controle do biofilme dental e a condição física e psíquica do indivíduo (GUSMÃO et al., 2008 apud SOARES; SOARES, 2017).

Para Ramalho (et al., 2003), Vieira (et al., 2007) apud Soares e Soares (2017) há três grupos de medicamentos associados ao aumento gengival, a seguir: anticonvulsivantes, principalmente a Fenitoína, os agentes bloqueadores de canais de cálcio, como a Nifedipina, muito utilizada como agente anti-hipertensivo, e, o imunossupressor Ciclosporina, indicado segundo Ramalho (et al., 2003) apud Soares; Soares (2017) para a prevenção da rejeição de transplantes e controle de doenças autoimunes como artrite reumatoide, esclerose múltipla, psoríase, líquem plano, pênfigo bolhoso, lúpus eritematoso, diabetes mellitus, miastenia grave e algumas glomerulopatias.

2.3.7 Genética

As doenças gengivais de origem genética podem acometer os tecidos do periodonto. Uma das condições mais clinicamente evidentes é a fibromatose gengival hereditária (HINRICHS; KOTSAKIS, 2016). Trata-se de uma condição genética incomum, que se caracteriza por um lento e progressivo crescimento fibroso indolor e não hemorrágico da gengiva, devido ao aumento da deposição de colágeno e outras macromoléculas na matriz

extracelular (BABU et al., 2011; LAI et al., 2011 apud ANDRADE, 2017). Para Goldblatt (et al., 1992); Bittencourt (et al., 2000); Clorcheret (et al., 2003) apud ANDRADE (2017) na fibromatose pode ocorrer sangramento e perda óssea, devido ao excesso de tecido gengival, presença de pseudo-bolsas e acúmulo de biofilme.

2.3. 8 Vírus da imunodeficiência humana (HIV)

O vírus da imunodeficiência humana é um retrovírus adquirido principalmente por via sexual (sexo desprotegido) e sanguínea (objetos perfuro-cortantes contaminados). Esse vírus se replica no corpo humano nas células do sistema imunológico, tornando o corpo vulnerável à infecção. A alteração da microbiota oral também ocorre, propiciando o desenvolvimento de lesões gengivais e periodontais (PAULIQUE et al., 2017).

2.3. 9 Osteoporose

A osteoporose é um agravo osteometabólico caracterizado por perda de massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo com consequente vulnerabilidade óssea e maior suscetibilidade a fraturas (SPEZZIA, 2014).

A diminuição de massa óssea e a incidência de osteoporose aumentam com o avanço da idade em ambos os sexos, mas as mulheres são afetadas mais precocemente em razão da perimenopausa, momento em que os níveis de estrogênio diminuem. A deficiência do hormônio estrogênio, a perda precoce de densidade óssea e a osteoporose juntas são fatores de risco que podem desempenhar um papel significativo no progresso da periodontite (KLOKKEVOLD; MEALEY, 2016).

2.4 DIAGNÓSTICO DA DOENÇA

O diagnóstico da periodontite crônica ocorre por meio de avaliação do nível de inserção clínica e detecção de alterações inflamatórias na gengiva livre, medições nas profundidades da bolsa periodontal e a localização da gengiva marginal possibilitam conclusões pertinentes a

perda de inserção clínica. Exames de imagem exibem a extensão de perda óssea dental (DOMMISH; KEBSCHULL, 2016).

Para melhor definir o estado de saúde ou doença periodontal usa-se o exame de sondagem em razão deste exame valorar parâmetros clínicos que refletem as seguintes condições periodontais: profundidade clínica de sondagem e perda de inserção clínica. Porém, é preciso considerar os fatores que afetam a precisão e confiabilidade da sondagem periodontal, incluindo a força de sondagem, o tipo de sonda e o sítio sondado, e outros inerentes às características da própria doença periodontal, tais como nível de inflamação gengival, anatomia da coroa e da raiz e morfologia do defeito ósseo (FERREIRA et al 2013).

Chaves (et al., 2017) relata que para diagnosticar a periodontite agressiva é necessário a avaliação dos dados clínicos, de imagem e pela agregação genética familiar.

2.5 FORMAS DE TRATAMENTOS DA PERIODONTITE

2.5.1 Tratamento não cirúrgico

A remoção frequente de placa, cálculo e outros elementos incorporadas ao cimento periodontal, por meio de raspagem supra e subgengival, alisamento radicular e polimento coronário, é o tratamento periodontal mais efetivo para se obter uma superfície radicular limpa e compatível com a saúde dos tecidos periodontais (CARRARO, 2008 apud FERREIRA et al., 2013). Na periodontite agressiva o tratamento é similar ao da periodontite crônica, com foco direcionado para a eliminação da infecção dos microrganismos patogênicos (ALMEIDA et al., 2014).

Amorim E Gurgel (2016) indicam que concomitante ao tratamento convencional da periodontite crônica e agressiva a antibioticoterapia sistêmica deve ser considerada. Para Almeida (et al., 2014) o uso de antisséptico com clorexidina também deve ser levado em conta no tratamento de periodontite, devido sua eficácia contra os micróbios. Igualmente, o tratamento fitoterápico a base de extrato de aroeira (DIAS; SILVA; LIMA, 2015) e erva Camomila apresentam-se eficazes quando associado ao tratamento convencional (ZANCA et al., 2016).

2.5. 2 Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico inclui técnicas de cirurgia plástica adotada para criar ou aumentar a gengiva por meio da colocação de enxertos. Cirurgia estética, usada para cobrir raízes desnudadas e recriar papilas perdidas. Também pode ser utilizada técnicas pré-proteicas para ajustar os tecidos periodontais e os que estão limítrofes para receber as próteses substituídas. Essas técnicas incluem o aumento da coroa, o de rebordo e o aprofundamento do vestíbulo (HENRY, CARRANZA, 2016).

A fase cirúrgica da terapia periodontal visa melhorar o prognóstico dos dentes e seus substitutos, e na melhora da aparência. Essa fase consiste em técnicas realizadas na terapia da bolsa e na correção dos problemas morfológicos relacionados com as alterações gengivais. Igualmente a fase cirúrgica objetiva corrigir defeitos morfológicos anatômicos que podem contribuir para o acúmulo de placa e a recorrência das bolsas ou afetar a estética (HENRY, CARRANZA, 2016).

2.6 PREVENÇÃO DA PERIODONTITE

A prevenção das doenças periodontais se dá pelo controle regular do biofilme microbiano, por meio de métodos mecânicos, mecânico-químicos ou associação entre esses (PONTES et al., 2007 apud FERREIRA et al., 2013), realizados na consulta clínica. Após a terapia periodontal ativa é de suma importância incentivar o paciente a colaborar no controle do biofilme bacteriano, por meio de instrução profissional acerca de higiene bucal, eliminação de fatores retentivos de placa e manutenção periodontal (BARROS et al, 2014).

Algumas estratégias podem motivar os pacientes a manter a saúde periodontal e retornar nos prazos determinados pelo profissional para a consulta de manutenção, como por exemplo, fazer elogios, rechamadas por meio de telefonemas, e-mails, entre outros. Além disso, prestar informações frequentes sobre a doença periodontal, simplificar procedimentos e manter uma boa relação profissional paciente (BARROS et al, 2014).

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa é um estudo descritivo exploratório sobre a patologia periodontite, suas causas e tratamentos. Para obtenção das informações desejadas foi acessado o *Google* acadêmico, na busca de artigos relacionados ao tema, foi utilizado um livro de periodontia clínica. Bem como, foi realizado um levantamento bibliográfico dos últimos 06 anos, para sustentar a fundamentação teórica.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com Dommish e Kepschull (2016), Kinane e Lindhe (2014), (KONONEN; MULLER, 2000 apud CHAVES et al., 2017) e Almeida et al. (2014), relataram que a periodontite gera inflamação dentro dos tecidos de suporte dos dentes e influencia na perda de inserção do dente e óssea alveolar.

Já, os autores Henry e Carranza (2016), Amorim e Gurgel (2016) indicam que concomitante ao tratamento convencional da periodontite crônica e agressiva a antibioticoterapia sistêmica deve ser considerada. Já Almeida et al. (2014), a fase cirúrgica da terapia periodontal visa melhorar o prognóstico dos dentes e seus substitutos e, na melhora da aparência.

De acordo com Santos e Siqueira (2016), Antonini et al. (2013), indicam que a causa principal da doença periodontal é a placa bacteriana, porém Preshaw; Cambrone; Novak (2016) o tabagismo é o principal fator de risco para a doença periodontal afetando a prevalência e a gravidade da doença.

Para Pontes et al., (2007) apud Ferreira et al. (2013), a prevenção das doenças periodontais se dá pelo controle regular do biofilme microbiano, por meio de métodos mecânicos, mecânico-químicos e indica que é a melhor forma de tratamento. Nesse olhar, Barros et al, (2014), reforça para as consultas de manutenções para o sucesso do tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo, analisar as causas e tratamentos da periodontite. Portanto, chegou as seguintes conclusões: 1º - A periodontite é uma doença inflamatória que acomete os tecidos de proteção e sustentação dos dentes, podendo ser classificada como periodontite crônica ou agressiva; 2º - A principal causa é a placa bacteriana; 3º - O diagnóstico se dá por meio de avaliação clínica e exames por imagem; 4º - O tratamento pode ser cirúrgico ou não cirúrgico dependendo do grau da doença.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Renato M. et al. Uso de antimicrobianos sistêmicos e locais no tratamento da Periodontite Agressiva. **Oral Sci**, v.6,n. 1,p.4, 2014.

ANDRADE, Rodrigo S. **Análise de bioinformática em redes de interações funcionais e metabólicas de pacientes com fibromatose gengival hereditária**. 2017. Dissertação (Mestrado em estomatopatologia na área de estomatologia). Universidade estadual de Campinas, Piracicaba.

ANTONINI, Rafaela. et al. Fisiopatologia da doença periodontal. **Rev. Inova Saúde**, v. 2, n. 2, p. 93, 2013.

AMORIM, Adriana G.; GURGEL, Bruno César de V. Uso de antibióticos sistêmicos adjuntos à raspagem e alisamento radicular no tratamento da periodontite crônica e periodontite agressiva: uma revisão integrativa da literatura. **Braz J Periodontol**, v. 26, n. 1, p. 39-48, 2016.

BARBOSA, Kevan Guilherme N. A complexa relação entre diabetes mellitus e doenças periodontais. **Clipe Odonto**, v. 5, n 1, p. 65-71, 2013.

BARROS, Diego L. et al. Importância da terapia de suporte para a saúde periodontal. **Rev. Ciênc. Saúde**, v.16, n. 1, p. 5-10, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, Juliana A. D.; DEMONTE, Aureluce; CAMPOS André G. O papel dos nutrientes na doença periodontal. **RBO**, v. 59, n. 4, 2002.

CHAVES, Claudia O. et al. Autopercepção e condição periodontal de pacientes com periodontite agressiva. **Rev Pesq Saúde**, v. 18, p.71, 2017.

DIAS, JN; SILVA, M. P. C. F.; LIMA, I. P. C. O uso de fitoterápicos à base de aroeira como coadjuvante no tratamento da gengivite: Revisão Sistemática. **Rev. Bras. Pl. Med.**, v.17, n.4, supl. III, p.1177-1181, 2015.

DOMMISH H, Kebschullm. **Periodontite crônica**. In: CARRANZA, Newman. Periodontia clínica, 12. ed. Rio de janeiro: Elsevier,2016.

FERREIRA, Adriane Cristina R. et al. doença periodontal: um mal que pode ser evitado. **Braz J Periodontol**. v. 23, n.03, p. 16, 2013.

FREIRE, Maria C. M.; BALBO, Patrícia L.; AMADOR, Maiara A.; SARDINHA, Luciana M. V. Guias alimentares para a população brasileira: implicações para a Política Nacional de Saúde Bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 Sup:S20-S29, 2012.

HENRY TAKEI, CARRANZA FERMIN. **Periodontite crônica**. In: CARRANZA, Newman. Periodontia clínica, 12. ed. Rio de janeiro: Elsevier,2016.

HINRICHS, James E.; KOTSAKIS, Georgios. **Classificação das doenças e condições que afetam o periodonto**. In: Carranza periodontia clínica, 12 ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

KINANE, Denis; LINDHE, Jan. **Periodontite crônica**. In: KARRING, Lindhe. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral, 5. ed. Rio de janeiro: Guanarabara Koogan, 2014.

KLOKKEVOLD, Perry R.; MEALEY, Brian L. **Influência de condições sistêmicas**. In: Carranza periodontia clínica, 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

OLIVEIRA, Jhonatan S. **A Relação do estresse com a doença periodontal-revista da literatura**. 2015. Monografia (Graduação em odontologia) - Faculdade São Lucas, Porto Velho.

PAULIQUE, C. Natália et al. Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS. **Arch Health Invest.**, v. 6, n. 6, p. 240-244, 2017.

PRESHAW, Philip M.; CHAMBRONE, Leandro; NOVAK, Karen F. **Tabagismo e doença periodontal**. In: Carranza periodontia clínica, 12ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2016.

QUIRINO, Maria R. D. S. et al. Doença periodontal e diabetes mellitus: uma via de mão dupla.**Rev ciênc. Méd.** v. 18 n.5, p. 235-241, 2009.

RODRIGUES, Israel de L. et al. Efeito do tratamento periodontal não cirúrgico no nível de hemoglobina glicada em pacientes portadores de diabetes tipo 2 com periodontite crônica: uma revisão sistemática de literatura. **Braz J Periodontol**, v.25, p.53,2015.

SANTOS, Vivian T. A.; SIQUEIRA, Leila C. B. Tabaco e doenças periodontais. **Rev. Cient. Mult. UNIFLU**, v.1, n.1, 2016.

SOARES, Erlem Priscila S.; SOARES, Queila Cristina. **Aumento gengival induzido por drogas: Fenitoína, Nifedipina e Ciclosporina A.** 2017. Monografia (Graduação em Odontologia). Centro Universitário São Lucas, Porto Velho.

SPEZZIA, Sérgio. Inter-relação entre hormônios sexuais e doenças periodontais nas mulheres. **Braz J Periodontol**, v. 26, n. 02, 2016.

SPEZZIA, Sérgio. O papel da osteoporose na Odontologia. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 68, n. 4, 2014.

YAMASHITA, Joselene M. et al. Manifestações bucais em pacientes portadores de Diabetes Mellitus: uma revisão sistemática. **Rev. odontol. UNESP**, v. 42, n.3, p. 211-220, 2013.

ZANCA, Manoela M. et al. **Utilização da camomila (matricaria recutita l.) para tratamento de gengivite e periodontite.** XIII semana acadêmica de odontologia 2016.