

Luciana Aleixo dos Santos de Melo¹

PROMOVENDO SAÚDE PERIODONTAL À COMUNIDADE AMAZONENSE

Promoting Periodontal Health to the Amazonian Community

Ana Luisa Albino de Souza²
Andrés Avelino Alarcon Atalaya²
Andreza Heriberta Gomes Vasconcelos²
Cidália Nunes Lima²
Gregory Oigres Alves Mota²
Jean Breno da Silva Ferreira²
Luana Oliveira Sales²
Martha Inês Oliveira dos Santos²
Rayssa Nalanda Mateus Silva²
Talita Tainam de Freitas Morais Santiago²
Valeska de Almeida Bernardo²
Werlison Dias Pereira²

1 INTRODUÇÃO

A doença periodontal é caracterizada como um processo inflamatório e infeccioso que afeta progressivamente os tecidos responsáveis pela sustentação dos dentes. Essa condição possibilita que bactérias presentes na cavidade bucal alcancem a corrente sanguínea e se espalhem para outras partes do corpo, como coração e pulmões, podendo contribuir para o surgimento de diversas complicações sistêmicas. Além disso, sua progressão pode ocasionar diferentes alterações na saúde bucal, incluindo dificuldades durante a mastigação, formação de abscessos gengivais, reabsorção óssea gradual e, em estágios mais avançados, a perda dentária (FOROUZANFAR et al., 2020; LINDHE, 2005; MARTINEZ & VIGUEIRAS, 2021; SOUZA et al., 2013; TANNER et al., 2005).

Quando associada ao biofilme bacteriano, a doença periodontal pode ser classificada em duas principais condições: gengivite e periodontite. A gengivite apresenta sinais como sangramento gengival em mais de 10% dos sítios avaliados, alterações na coloração e textura da gengiva, além de possível aumento do volume gengival, porém sem perda de inserção clínica. Já a periodontite caracteriza-se pela persistência da infecção nos tecidos de suporte dos dentes, resultando em destruição

¹ Professora da Faculdade do Amazonas – IAES e preceptora do Projeto “Periodontia Contemporânea”.

² Alunos da Faculdade do Amazonas – IAES do Projeto “Periodontia Contemporânea”.

do osso alveolar, do ligamento periodontal e do cimento radicular. Essa condição pode ser subdividida conforme o estágio da doença (I, II, III e IV), a extensão da área afetada (localizada, generalizada ou com distribuição molar) e o grau de progressão (A, B ou C), levando em consideração a severidade, o número de dentes comprometidos e as perdas dentárias associadas (CATON et al., 2018; NEWMAN et al., 2016).

A etiologia dessa patologia é polimicrobiana e dependente do sítio afetado. Entre os fatores de risco que favorecem sua progressão destacam-se idade avançada, tabagismo, condições socioeconômicas desfavoráveis, presença de doenças sistêmicas e a diversidade de microrganismos periodontopatogênicos presentes na cavidade bucal, entre outros aspectos (CARRANZA, 2007). Dados do levantamento epidemiológico SB Brasil (2010), que realizou um estudo transversal em nível nacional, indicaram que a prevalência de doença periodontal leve a moderada (PIP > 0 e CPI > 2) chegou a aproximadamente 34% em determinadas regiões das regiões Norte e Nordeste. Em relação à doença periodontal grave (PIP > 1 e CPI > 2), observou-se prevalência de 5,8% em Belém e 15,5% em Manaus, sendo esta última a cidade com maior índice na região Norte (CELESTE et al., 2011; VETTORE et al., 2013). Esses resultados evidenciam que a ocorrência das doenças periodontais está associada a fatores socioeconômicos, regionais, ambientais e comportamentais, que podem influenciar diretamente na maior incidência da patologia em determinadas áreas geográficas, especialmente em comunidades mais vulneráveis (HAAS et al., 2012).

No contexto brasileiro, onde a disponibilidade de tratamentos periodontais nos serviços públicos municipais e estaduais ainda é limitada, é importante considerar que a busca por atendimento está fortemente relacionada à necessidade percebida pelo próprio paciente. Em outras palavras, a percepção individual do problema é o fator que motiva a procura por tratamento, muitas vezes levando à utilização de serviços odontológicos privados. Em nível mundial, a necessidade percebida tem sido reconhecida como um importante indicador para a utilização de serviços médicos e odontológicos, tornando fundamental compreender as expectativas e demandas dos pacientes (HARPENAU, 2016; OPPERMAN, 2013).

Nesse cenário, a participação do paciente é essencial para o sucesso do tratamento periodontal. Cabe ao profissional fornecer informações claras e adequadas, permitindo que o paciente participe ativamente do processo terapêutico. Deve-se considerar que indivíduos com doença periodontal, seja em fase ativa ou controlada, necessitam de acompanhamento profissional contínuo, além de orientações específicas para a manutenção diária do controle do biofilme dental, responsabilidade que depende diretamente da colaboração do próprio paciente (TOLENTINO et al., 2018).

Atualmente, observa-se uma demanda significativa reprimida nos serviços públicos de saúde, tanto municipais quanto estaduais, composta por pacientes que necessitam de procedimentos periodontais, sobretudo tratamentos mais complexos, como recobrimento radicular, aumento de coroa clínica e cirurgias a retalho com

finalidade estética. Muitos desses pacientes permanecem em listas de espera para dar continuidade ao tratamento. Com o objetivo de amenizar essa situação e atender à elevada demanda existente no município de Manaus, foi criado o Projeto de Extensão "Periodontia Contemporânea", voltado ao atendimento da população local. A iniciativa busca oferecer tratamentos periodontais a custos reduzidos, ampliando o acesso da comunidade a esse tipo de cuidado. Além disso, o projeto proporciona aos pacientes um tratamento periodontal completo, aliado ao acompanhamento pós-procedimento, com foco no controle da doença periodontal e na prevenção da perda dentária decorrente dessa condição.

Esta patologia apresenta um caráter polimicrobiológico e sítio-dependente, e, dentre os fatores de risco relacionados a sua progressão estão a idade avançada, fumo, condição socioeconômica, doenças sistêmicas, bem como os patógenos periodontais presentes na cavidade bucal destes pacientes, entre outras. (CARRANZA, 2007). Segundo o levantamento epidemiológico do SB BRASIL (2010) no qual realizou uma pesquisa epidemiológica transversal nacional a prevalência da doença periodontal leve/moderada (PIP maior que 0 e CPI maior que 2) chegou a 34% em algumas regiões do Norte e Nordeste e para doença periodontal grave (PIP maior que 1 e CPI maior que 2) uma prevalência de 5,8% em Belém e 15,5% em Manaus, sendo a cidade mais prevalente da região Norte (CELESTE et al., 2011; VETTORE et al., 2013).

A nova edição da pesquisa nacional foi o SB Brasil 2023, cuja coleta foi finalizada em 2024 após adiamentos pela pandemia de COVID-19. Os dados atualizados sobre doenças periodontais e outras condições de saúde bucal estão sendo divulgados gradualmente e ampliam a série histórica iniciada em 2003 e 2010. Estes dados relacionados as doenças periodontais associam a aspectos socioeconômicos e regionais, assim como fatores ambientais e comportamentais que influenciam no maior aparecimento dessa patologia em determinadas áreas geográficas, principalmente em áreas com populações vulneráveis (HAAS et al., 2012).

Na realidade brasileira, onde a oferta de tratamento periodontal em instituições governamentais municipais e estaduais é restrita, deve-se considerar que a necessidade percebida é que vai expressar a demanda. Ou seja, é a necessidade percebida que é transformada em ação, gerando a utilização dos serviços particulares para tratamento. No mundo todo, a necessidade percebida emergiu como um importante preditor da utilização dos serviços médicos e odontológicos, tornando muito importante o conhecimento dos anseios do paciente (HARPENAU, 2016; OPPERMAN, 2013).

O papel do paciente é primordial no contexto do tratamento periodontal, por isso o profissional tem o dever da informação adequada, possibilitando ao paciente contribuir efetivamente com a terapia proposta pelo profissional. Leva-se em consideração que um paciente, com doença periodontal ativa ou controlada, sempre necessitará de cuidados profissionais, além de orientações específicas em relação ao controle do biofilme dentário diário que por ele será realizada (TOLENTINO et al., 2018).

Atualmente, existe uma demanda reprimida nos serviços de saúde pública estaduais e municipais de pacientes que necessitam de procedimentos periodontais, principalmente para tratamentos mais avançados, como recobrimento radicular, aumento de coroa clínica e cirurgia a retalho para fins estéticos e aguardam para dar continuidade ao tratamento. A fim de resolver esta questão a alta demanda municipal de Manaus, criou-se o Projeto de Extensão “Periodontia Contemporânea” para atendimento ao público da cidade. Desta forma, novos atendimentos são realizados com um baixo custo a população no intuito de resolver ou minimizar esta condição, fornecendo ao paciente atendido pela instituição um tratamento periodontal completo, bem como o seu acompanhamento após os seus procedimentos para o controle da doença periodontal e prevenção da perda dentária por doenças periodontais.

2 METODOLOGIA

O projeto “Periodontia Contemporânea” foi desenvolvido com periodicidade quinzenal na Faculdade do Amazonas – IAES. A execução das atividades contou com a participação de recursos humanos constituídos por estudantes voluntários do curso de graduação em Odontologia — que já haviam cursado ou estavam matriculados no quinto período ou na disciplina de Periodontia I — e por docentes da área de Periodontia (Figuras 1 e 2).

Os pacientes atendidos foram provenientes das disciplinas de graduação e dos cursos de pós-graduação do IAES. Durante os atendimentos, foram realizados procedimentos de anamnese, avaliação odontológica extrabucal e intrabucal, além de exames periodontais completos. Adicionalmente, exames complementares de imagem foram solicitados quando necessário, com a finalidade de subsidiar o diagnóstico clínico. Os casos clínicos foram posteriormente discutidos entre os integrantes do projeto, visando à definição da conduta terapêutica mais adequada.

A avaliação do projeto foi conduzida pelo professor responsável por meio de abordagem qualitativa e quantitativa. A análise qualitativa priorizou a qualidade dos procedimentos realizados e dos serviços prestados, enquanto a avaliação quantitativa considerou a produtividade das atividades desenvolvidas ao longo da execução do projeto.

Os pacientes foram acompanhados a cada 15 dias após os procedimentos cirúrgicos e a cada mês para os tratamentos convencionais pelos alunos de graduação devidamente matriculados no curso de Odontologia da Faculdade do Amazonas – IAES e pelo professor responsável pelo presente Projeto de Extensão. Durante o acompanhamento após a terapia ativa proposta do paciente foram realizadas para cada caso a devida Terapia de Suporte Periodontal para manutenção da saúde bucal e periodontal, bem como a avaliação da recuperação biológica tecidual dos procedimentos cirúrgicos realizados.

Figuras 1, 2 e 3: atendimento clínico e cirúrgico com o professor e alunos do projeto de extensão.



Fonte: acervo próprio.

O serviço de triagem e seleção dos pacientes foi realizado pelos próprios alunos do projeto de extensão juntamente com o professor especialista responsável. O agendamento dos pacientes realizou-se através de mídias digitais, telefonemas e encaminhamentos realizados pelas outras clínicas de graduação e pós-graduação do IAES, devidamente registrado no cartão individual do paciente. Cada procedimento foi registrado na produtividade clínica do projeto de extensão pelo aluno responsável do atendimento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto de extensão “Periodontia Contemporânea”, iniciado em 2023 e mantido de forma contínua nos anos de 2024 e 2025, possibilitou a ampliação do acesso da população aos serviços especializados em Periodontia, ao mesmo tempo em que promoveu a integração entre ensino, pesquisa e extensão no ambiente acadêmico. No decorrer do ano de 2025, foram atendidos aproximadamente 53 pacientes, cujos planos terapêuticos foram estabelecidos a partir de diagnóstico clínico individualizado, respeitando as necessidades específicas de cada caso.

No que se refere aos procedimentos clínicos realizados, observou-se predominância de terapias periodontais voltadas ao controle da infecção e à reabilitação dos tecidos periodontais comprometidos. Além das abordagens periodontais convencionais, foram executados procedimentos periodontais avançados, incluindo raspagem e alisamento radicular em níveis supra e subgingival, terapia de descontaminação de boca toda, cirurgias periodontais a retalho com ou sem osteotomia, aumento de coroa clínica unitário e técnicas de recobrimento radicular unitário ou múltiplo, com ou sem utilização de enxertos. A diversidade de procedimentos realizados evidencia a complexidade dos casos atendidos e reforça o

caráter formativo do projeto, uma vez que permite aos discentes o desenvolvimento de habilidades clínicas em diferentes modalidades terapêuticas periodontais.

Entre as condições diagnosticadas, a periodontite destacou-se como a patologia mais prevalente entre os pacientes atendidos, manifestando-se em diferentes estágios de progressão e graus de severidade (Figura 3). Tal achado corrobora dados amplamente descritos na literatura, que apontam a periodontite como uma das principais doenças inflamatórias crônicas que acometem os tecidos de suporte dentário em populações adultas. Essa condição é caracterizada por um processo inflamatório crônico de etiologia multifatorial, associado ao acúmulo de biofilme disbiótico e à consequente destruição progressiva das estruturas periodontais de suporte.

Figura 3: Periodontia agressiva - Antes



Figura 3: Periodontia agressiva - Antes

Do ponto de vista clínico, o diagnóstico da periodontite baseia-se na presença de perda de inserção clínica detectada em dois ou mais sítios interproximais não adjacentes, ou ainda em perda de inserção superior a 3 mm nas superfícies vestibular ou lingual/palatina em pelo menos dois dentes, na ausência de outras causas locais que justifiquem tal condição. Além dessas características clínicas, estudos apontam a presença de fatores microbiológicos e imunológicos que contribuem para a progressão da doença. Entre esses fatores, destacam-se a presença de elevadas proporções de bactérias anaeróbias gram-negativas pertencentes ao chamado complexo vermelho descrito por Socransky, especialmente *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* e *Porphyromonas gingivalis*, microrganismos fortemente associados à patogênese da doença periodontal.

Adicionalmente, alterações na resposta imunoinflamatória do hospedeiro também desempenham papel relevante na progressão da periodontite. Entre essas alterações, destacam-se disfunções nos mecanismos fagocitários e a presença de macrófagos com perfil hiper-responsivo, o que resulta em aumento na produção de mediadores inflamatórios, como prostaglandina E2 e interleucina-1 β . Esses mediadores contribuem diretamente para a destruição tecidual observada na doença

periodontal, reforçando o caráter multifatorial e complexo dessa patologia (CATON et al., 2018; NEWMAN et al., 2016; STEFFENS; MARCANTONIO, 2018).

Nesse contexto, os resultados obtidos no presente projeto evidenciam a relevância das ações extensionistas na identificação precoce, no diagnóstico adequado e no tratamento de doenças periodontais, além de contribuírem para a formação clínica dos estudantes e para a promoção da saúde bucal da população atendida.

O procedimento mais realizado para tratamento das periodontites crônicas e agressivas foi o "*Full Mouth Desinfection*" (FMD) ou Descontaminação da boca toda (DBT) (Figura 4). Como uma terapia inespecífica, raspagem e o alisamento radicular têm a capacidade de alterar a microbiota subgengival proporcionar ótimos resultados no controle da doença periodontal (FAVERI et al., 2006). Com isso, as terapias mecânicas associadas a substâncias químicas antimicrobianas para o controle do biofilme dentário fazem parte do tratamento convencional, proposto por Quirynen (1995), a DBT é um protocolo de tratamento como uma alternativa ao tratamento convencional para a debelação da doença, principalmente periodontites agressivas e crônicas que não respondem ao tratamento manual convencional (POCKPA et al., 2018).

O protocolo DBT consiste em raspagem e alisamento radicular de toda a dentição em duas sessões com intervalos de 24 horas (dois dias consecutivos) com a finalidade de reduzir o número de patógenos subgengivais; escovação do dorso da língua realizado pelo paciente com clorexidina em gel 1% ou outros antimicrobianos durante 1 min, para reduzir as bactérias nesse nicho; enxague da boca com solução de clorexidina 0,12%, duas vezes, por 1 min e gargarejo por 10 segundos para alcançar as tonsilas; irrigação subgengival de todas as bolsas (usando uma seringa) por três vezes em 10 min. Com clorexidina gel 1% (ou outro antimicrobiano em gel) antes de ambas as sessões de raspagens e bochechos caseiros com 10 mL de clorexidina 0,12% duas vezes ao dia por 1 min; por fim, instruções de higiene oral (escovar dentes e língua (duas vezes/dia), limpeza interdental, e outros cuidados) para retardar a recolonização (BABISKI, 2010).

Figura 4: Periodontite agressiva após 24 horas do FMD/DBT – Depois



Fonte: Acervo próprio.

O outro acometimento periodontal mais comum tratado no presente projeto de extensão foi a recessão gengival (Figura 5). A retração ou recessão gengival é influenciada volume gengival tridimensional com a espessura do osso alveolar subjacente, principalmente a cortical óssea vestibular. O diagnóstico é realizado através da sondagem com sonda Carolina do Norte, onde a transparência gengival da sonda indica se o fenótipo periodontal é fino ou espesso, além dos exames de imagens complementares como a radiografia e tomografia (CATON et al., 2018; NEWMAN et al., 2016; STEFFENS & MARCANTONIO, 2018).

As recessões gengivais podem ser classificadas segundo a extensão vertical da migração apical da margem gengival causada por diferentes condições e patologias, em: recessão tipo 1 (RT1) onde não apresenta perda de inserção interproximal e a junção cimento-esmalte (JCE) não é detectável na mesial ou na distal; a recessão tipo 2 (RT2) apresenta perda de inserção interproximal, com distância JCE ao fundo de sulco/bolsa menor ou igual à perda de inserção vestibular; e a recessão tipo 3 (RT3) apresenta perda de inserção interproximal, com distância da JCE ao fundo de sulco/bolsa maior que a perda de inserção vestibular (CATON et al., 2018; FEROLDI, 2025; STEFFENS & MARCANTONIO, 2018).

Figura 5: Recobrimento radicular múltiplo associado a biomaterial – Pós-operatório



Fonte: Acervo próprio

Juntamente com várias técnicas para procedimento de cobertura radicular, vários enxertos, como enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS), aloenxerto de matriz dérmica acelular, membrana amniótica e vidro bioativo, podem ser defendidos para cobertura radicular. Agentes adjuvantes, como fator de crescimento humano recombinante, plasma rico em plaquetas (PRP) e fibrina rica em plaquetas (PRF) têm sido usados para acelerar a cicatrização e melhorar os resultados clínicos de recessão gengival (AGRAWAL & JAISWAL, 2020; FEROLDI, 2025; UCAK et al., 2020).

Vários biomateriais foram propostos para tratamento de recessões gengivais, como a membrana de colágeno, sendo um dos materiais utilizados, uma vez que, eles atuam como andaimes para fibroblastos e células endoteliais para construir um novo

tecido conjuntivo e promover a migração de células epiteliais das bordas do tecido adjacente sobre a matriz⁽¹⁴⁾. Além disso, as matrizes de colágeno podem aumentar o volume do tecido, pois é naturalmente absorvido e substituído pelo tecido hospedeiro (FEROLDI, 2025; TAVELLI et al., 2020).

4 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que o tratamento das diferentes doenças periodontais representa uma questão de saúde pública. Nesse contexto, iniciativas como os projetos de extensão contribuem para reduzir a falta de acesso ao atendimento pela população, ao mesmo tempo em que proporcionam aos acadêmicos a oportunidade de vivenciar a prática clínica, desde o diagnóstico até o acompanhamento dos diversos tipos de tratamento descritos na literatura, abrangendo tanto as abordagens convencionais quanto as mais avançadas da Periodontia atual.

REFERÊNCIAS

1. Agrawal D, Jaiswal P. Injectable platelet rich fibrin (i-PRF): a gem in dentistry. *Int J Cur Res Rev.*12(21): 25–30, 2020.
2. Boeira P., De Rossi A., Caporossi L., Lima G. Periodontal Esthetic Surgery To Improve A Natural Smile: Report Case With 2-Year Follow-Up. *J Indian Soc Periodontol.* Jan 1; 24(1):87–91, 2020.
3. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman K, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018.
4. Carranza, FA. *Periodontia Clínica.* 10. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
5. Faveri, M. et al. Controle da placa bacteriana supragengival na terapia periodontal não-cirúrgica. *Revista de Odontologia da UNESP,* v. 35, n. 4, p. 313-318, 2013.
6. Feroldi, A. B. S. Recobrimento radicular utilizando enxerto de tecido conjuntivo associado a técnica de retalho deslocado lateralmente para correção de recessões gengivais Tipo 1 (RT1). 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2025.
7. Gasner NS, Schure RS. *Periodontal Disease.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Available from: Huffnagle, G. B., Dickson, R. P., & Lukacs, N. W.

- (2017). The respiratory tract microbiome and lung inflammation: a two-way street. *Mucosal immunology*. Jan. 10(2), 299–306, 2020.
8. Haas AN, Gaio EJ, Oppermann RV, Rösing CK, Albandar JM, Susin C. Pattern and rate of progression of periodontal attachment loss in an urban population of South Brazil: a 5 years population based prospective study. *J Clin Periodontol*. 39(1): 2012.
 9. Harpenau, LA. *Periodontia e Implantodontia: Algoritmos de Hall para a prática clínica*. 5. Ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016.
 10. Lindhe, J. *Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
 11. Martinez, AR; Viguera, HS. Severe COVID-19 Lung Infection in Older People And Periodontitis., *Journal of Clinical Medicine*. Jan. 1: 17, 14, 2021.
 12. Newman MG, Takei H, Klokkevoold P, Carranza FA *Periodontia Clínica*. 12th ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
 13. Oppermann, RV; rösing, CK. *Periodontia laboratorial e clínica - série abeno*. São Paulo: Artes Médicas, 2013.
 14. Parashar, P, Parashar, A, Saraswat, N, Pani, P, Pani, N, & Joshi, S. Relationship between respiratory and periodontal health in adults: A case–control study. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 8(6), 560, 2018.
 15. Quirynen M et al. Full- vs. partial-mouth disinfection in the treatment of periodontal infections: short-term clinical and microbiological observations. *J Dent Res., Houston*. Aug. 74 (8):1459-1467,1995.
 16. Sabbah A. Smile Analysis: Diagnosis and Treatment Planning. *Dent Clin North Am*. Jul. 1; 66(3): 307–41, 2022.
 17. Tavelli L, McGuire MK, Zucchelli G, Rasperini G, Feinberg SE, Wang HL, et al. Extracellular matrix-based scaffolding technologies for periodontal and peri-implant soft tissue regeneration. *J Periodontol*. Jan 1;91(1):17–25, 2020.
 18. Ucak Turer O, Ozcan M, Alkaya B, Surmeli S, Seydaoglu G, Haytac MC. Clinical evaluation of injectable platelet-rich fibrin with connective tissue graft for the treatment of deep gingival recession defects: A controlled randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. Jan 1;47(1):72–80, 2020.

19. Sanchez IM. Modified Lip Repositioning with Esthetic Crown Lengthening: A Combined Approach to Treating Excessive Gingival Display, *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, pp. 130–134, 2017.