

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA CLÍNICA DE PERIODONTIA UNIGRANRIO: PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

PROTOCOL OF DENTAL CARE ADOPTED IN THE PERIODONTICS AT UNIGRANRIO: PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

**DENISE GOMES SILVA¹, MARIA CLARA TOSTO², MAILANE TAVARES
EVANGELISTA², JOICE NASCIMENTO OLIVEIRA SILVA², TAMARA ABREU²,
CATARINA LUIZA SANTOS MONTEIRO², ANA CAROLINA MACEDO², CARINA
MACIEL DA SILVA-BOGHOSSIAN³**

¹Mestre e Doutor em Periodontia (UERJ). Departamento Periodontia Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO). Professora Doutorado em Odontologia. Professora Mestrado em Periodontia. Professora Adjunta Periodontia Graduação.

²Acadêmicas do Curso de Odontologia da UNIGRANRIO

³Coordenadora Mestrado Biotrans UNIGRANRIO. Professora Doutorado em Odontologia. Professora Mestrado em Periodontia. Professora Adjunta Periodontia Graduação.

RESUMO

Diabetes mellitus é o termo utilizado para descrever um grupo de distúrbios metabólicos, associado à intolerância à glicose e ao metabolismo inadequado de carboidratos. A literatura sugere que pacientes diabéticos descompensados e que tem controle precário de higiene oral tem maior probabilidade de apresentar doença periodontal. Por outro lado, pacientes diabéticos, que tratam seus problemas periodontais, passam a ter seu controle metabólico facilitado. Portanto, o acompanhamento médico, juntamente com o odontológico, limita os distúrbios que diabéticos não compensados possam apresentar. No entanto, vale lembrar, que o paciente diabético deve ser visto de forma individual, pois a doença assume características próprias em cada indivíduo. A alta prevalência, a morbidade, as manifestações bucais e as dúvidas sobre o atendimento odontológico destes indivíduos são uma constante na rotina do profissional de odontologia. Este artigo tem por objetivo demonstrar o protocolo de atendimento odontológico adotado na disciplina de Periodontia da UNIGRANRIO.

DESCRITORES: DOENÇA PERIODONTAL; DIABETES; PLACA BACTERIANA; CONTROLE METABÓLICO.

ABSTRACT

Diabetes mellitus includes a group of metabolic disturbs, which are associated to glucose intolerance and to the inadequate metabolism of carbohydrates. The literature indicates that diabetic patients with a poor metabolic control and with a poor oral hygiene habit are at more risk of presenting periodontal disease. On the other hand, diabetic patients, who treat their periodontal problems, may control better their systemic glucose metabolism. Therefore, medical follow-up along with periodical dental appointments, limits the problems, which non-compensated diabetics may present. However, it is worthy to remark that the diabetic patient must be considered individually, because its disease may present its own clinical features varying from each individual. The high prevalence, the morbidity, the oral manifestations, and the questions related to the dental treatment of diabetic individuals are constant in daily dental practice. This paper has the aim to present the protocol of dental care adopted in the Periodontics at UNIGRANRIO.

KEYWORDS: PERIODONTAL DISEASE; DIABETES; DENTAL PLAQUE; METABOLIC CONTROL.

INTRODUÇÃO

As doenças periodontais, incluindo gengivites e periodontites, são doenças infecto-inflamatórias, altamente prevalentes, afetando cerca de 80% da população mundial (AAP, 1999; LÖE, 1986). No caso das periodontites, a interação entre a resposta do hospedeiro e o fator etiológico – o biofilme bacteriano patogênico – leva à destruição dos tecidos de inserção e do osso alveolar, tornando-se uma das maiores causas de perda dental em adultos (ARMITAGE, 1999; LÖE, 1965).

As principais espécies bacterianas deste biofilme bacteriano patogênico são as espécies do complexo vermelho descrito por Socransky: *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* e *Treponema denticola*; a espécie *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* e espiroquetas (SOCRANSKY et al, 2002). Estas espécies têm demonstrado forte associação com sítios periodontais com sinais clínicos inflamatórios e progressão da doença periodontal (de ARAUJO NERIS et al, 2015; da SILVA-BOGHOSSIAN et al 2011).

No entanto, como mencionado acima, o aspecto bacteriano é apenas um dos fatores que atuam na fisiopatologia da doença periodontal, pois esta possui caráter multifatorial. Portanto, o hospedeiro susceptível às doenças periodontais tem um importante papel na prevalência e progressão da mesma (BRASIL, 2013). O aumento da idade, placa/biofilme

dental, bactérias patogênicas, disfunção imune, deficiência nutricional, estresse, tabaco, genética, gravidez, osteoporose e condições sistêmicas, incluindo Diabetes mellitus (DM) constituem fatores de risco associados à doença periodontal (GROSSI, 1995; ALBANDAR, 2002; MISHRA et al 2016).

O termo DM é utilizado para descrever um grupo de distúrbios metabólicos associados à intolerância à glicose e ao metabolismo inadequado de carboidratos. É caracterizado pela deficiência de secreção da insulina e/ou sua incapacidade de exercer adequadamente seus efeitos. Os distúrbios metabólicos classificam o DM em Tipo I (DM1) e Tipo 2 (DM2). O DM1 é uma doença crônica caracterizada pela destruição parcial ou total das células β das ilhotas de Langerhans pancreáticas, resultando na incapacidade progressiva de produzir insulina. No DM2 há dois defeitos fisiopatológicos principais: a resistência à insulina, que resulta em aumento da produção hepática de glicose e redução da sua utilização periférica, e o comprometimento da função secretora da célula β (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014/2015).

Os principais sintomas da DM são polidipsia, poliúria, polifagia e perda de peso, além de outros sintomas comumente encontrados, como alterações visuais, nefropatias, neuropatias e as manifestações orais (GREGORI et al, 1999). Além destes sintomas, frequentemente é observado o comprometimento vascular periférico, diminuição da capacidade imunológica e a resposta inflamatória, provocando distúrbios de cicatrização e alterações fisiológicas, o que aumenta o risco de infecções (BAZOTTE, 2010).

No paciente diabético, a microbiota do biofilme subgengival é afetada na sua composição com o aumento da glicemia, através do aumento do número de anaeróbios Gram-negativos. Por outro lado, a resposta imune é diminuída no combate aos patógenos periodontais, porém a resposta inflamatória é aumentada com aumento de alterações microvasculares, retardo na cicatrização, além de deficiência no reparo/ renovação óssea (LALLA et al., 2001, GRAVES et al., 2006).

Segundo Pannicker & Mehtha, (2016) o tratamento periodontal reduz a liberação de mediadores químicos da inflamação em pacientes diabéticos, o que pode contribuir para a redução dos níveis glicêmicos. Já foi demonstrado que o tratamento periodontal mecânico é capaz de obter resultados significativos na redução de espécies patogênicas ao longo do tempo após terapia mesmo em indivíduos com controle glicêmico inadequado (SILVA-BOGHOSSIAN et al, 2014). Este controle da infecção periodontal é um fator chave que pode contribuir para melhorar o controle glicêmico do diabético (MEALEY & OATES, 2006). Isto

pode ser explicado pelo fato do tratamento periodontal resultar na diminuição dos níveis de mediadores inflamatórios no sangue, que estão relacionados à resistência à insulina (QUIRINO et al, 2009)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o DM é reconhecido como um dos principais problemas de saúde na América Latina, afetando 422 milhões de pessoas (2014), especialmente em países em desenvolvimento, e em 2030 será a segunda causa de morte. No Brasil, segundo a pesquisa Nacional de Saúde (2013) estimou-se um total de aproximadamente 9 milhões de pessoas com diabetes no país. (ISER et al, 2015)

Neste contexto, há uma estimativa de que, aproximadamente, 3 a 4% dos pacientes que se submetem a tratamento odontológico são diabéticos, o que representa um fator de risco para as doenças periodontais (SIMA & GLOGAUER, 2012; SOUSA et al, 2003; HONG et al 2016)

Entretanto, o diagnóstico, planejamento e o conjunto de procedimentos clínicos do tratamento periodontal, para o paciente diabético, tem gerado muitas dúvidas para o profissional de odontologia. Devido à alta prevalência, à morbidade, às manifestações bucais e às dúvidas sobre o atendimento odontológico destes indivíduos, este artigo tem por objetivo apresentar o protocolo de atendimento odontológico adotado na disciplina de Periodontia da UNIGRANRIO. (Quadro.1)

1. ANAMNESE

O questionário anamnésico é imprescindível para o início da identificação do estado de saúde sistêmica. O cirurgião dentista deve estar atento para suspeitar de casos não diagnosticados, pois existe uma parcela dos indivíduos que desconhecem a sua condição sistêmica (RAMOS & CALVIELLI,1991)

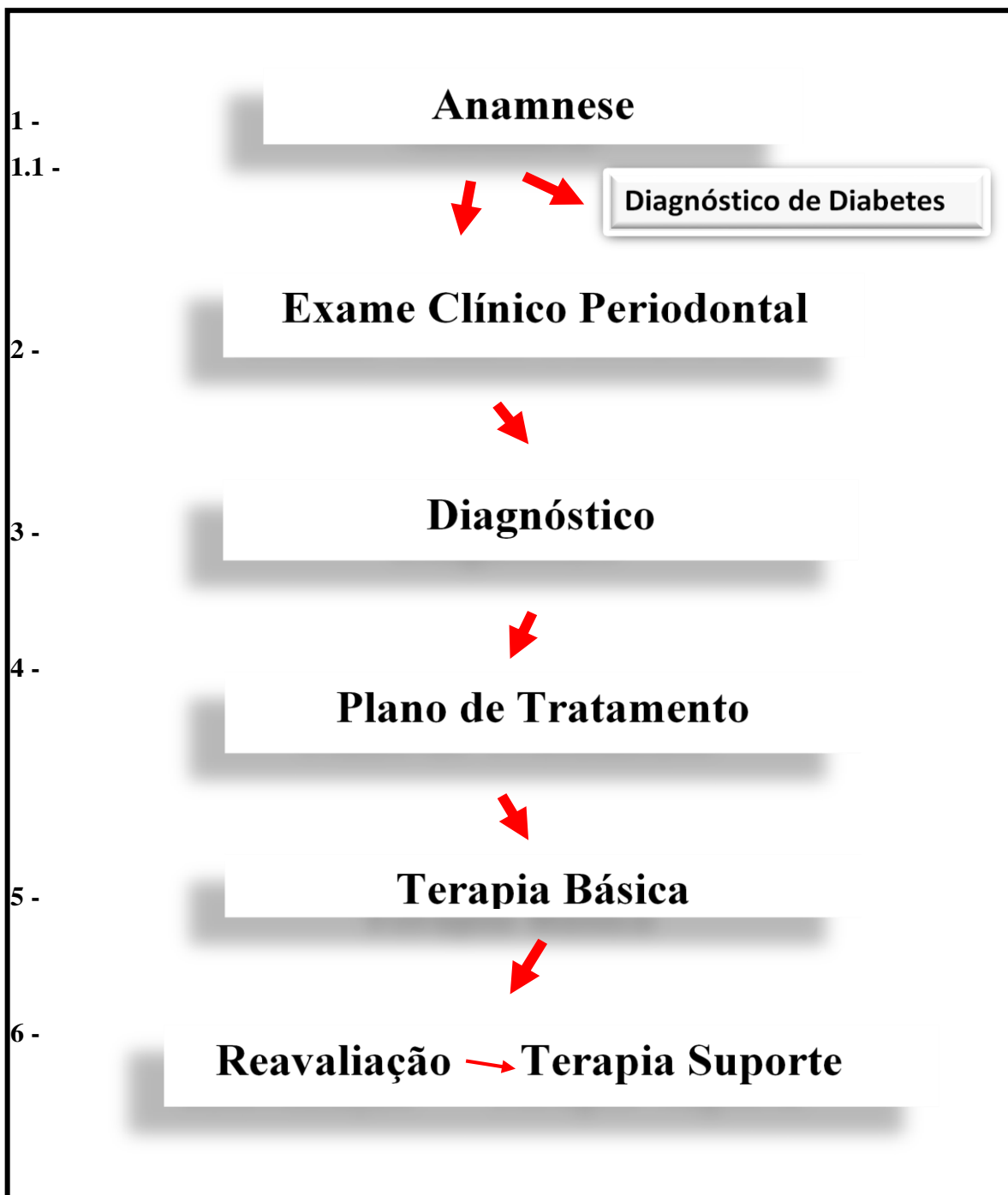
O profissional deve observar nos indivíduos sintomatologia oral (candidíase, xerostomia) ou sistêmica sugestiva de DM1 (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso) ou DM2 (obesidade, dislipidemia, hipertensão) (SOUZA, 2003).

No caso de pacientes com diagnóstico prévio, o dentista deve procurar se informar sobre o tipo da doença, se DM1 ou DM2, duração da enfermidade e tipo de terapia recomendada pelo médico (TÓFOLI, 2005).

1.1 Após o preenchimento do questionário anamnésico, o cirurgião dentista deve solicitar ao médico do paciente um parecer sobre seu estado geral de saúde, contendo diagnóstico da(s) doença(s), relatório de resultados dos últimos exames laboratoriais de controle da glicemia

(glicose plasmática em jejum e hemoglobina glicada, HbA1c) e liberação, por escrito, para o tratamento odontológico e possíveis contraindicações.

QUADRO 1 - MAPA CONCEITUAL DO ATENDIMENTO CLÍNICO



2. ANAMNESE

O questionário anamnésico é imprescindível para o início da identificação do estado de saúde sistêmica. O cirurgião dentista deve estar atento para suspeitar de casos não

diagnosticados, pois existe uma parcela dos indivíduos que desconhecem a sua condição sistêmica (RAMOS & CALVIELLI, 1991)

O profissional deve observar nos indivíduos sintomatologia oral (candidíase, xerostomia) ou sistêmica sugestiva de DM1 (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso) ou DM2 (obesidade, dislipidemia, hipertensão) (SOUZA, 2003).

No caso de pacientes com diagnóstico prévio, o dentista deve procurar se informar sobre o tipo da doença, se DM1 ou DM2, duração da enfermidade e tipo de terapia recomendada pelo médico (TÓFOLI, 2005).

1.2 Após o preenchimento do questionário anamnésico, o cirurgião dentista deve solicitar ao médico do paciente um parecer sobre seu estado geral de saúde, contendo diagnóstico da(s) doença(s), relatório de resultados dos últimos exames laboratoriais de controle da glicemia (glicose plasmática em jejum e hemoglobina glicada, HbA1c) e liberação, por escrito, para o tratamento odontológico e possíveis contraindicações.

3. EXAME CLÍNICO PERIODONTAL

Objetivo: Através de uma sequência didática, a ser utilizada durante exame clínico periodontal, registrar a história progressa e atual da doença periodontal.

2.1 Registro dos Fatores Retentivos de Placa

Os fatores retentivos de placa são todos aqueles elementos que interferem com o acúmulo de placa na região próxima à margem gengival, levando, assim, ao desenvolvimento ou à continuidade de doença periodontal. Estes elementos podem ser: cálculo dental, restaurações ou próteses mal adaptadas, cavidades de cáries, restos radiculares, entre outros. A presença destes deve ser registrada na ficha clínica para que seja incluído no planejamento da abordagem terapêutica.

2.2 IP - Índice de Placa Visível

Este índice é realizado através da dicotomização do Índice de Placa de Silness & Løe (1964), onde os escores originais do índice 0 e 1 são registrados como ausência de placa/biofilme visível ou zero (0), enquanto os escores originais do índice, 2 e 3, são registrados como 1, ou seja, presença de placa/biofilme visível. O exame é realizado através da observação de cada face de todos os dentes, devidamente secos e sob isolamento relativo e iluminação adequada, se há a presença ou não de biofilme/placa dental.

A sistemática do exame é descrita a seguir: o isolamento relativo é realizado com rolo de algodão, seca-se, com ar da seringa tríplice, a face a ser examinada e observa-se

visualmente a presença desta, sem a utilização de instrumentos ou algodão. Em seguida, registra-se na ficha clínica 0 para ausência e 1 para presença de placa/ biofilme visível.

Deve-se destacar que o IP fornece informações sobre o nível de controle de placa que o paciente é capaz de executar de acordo com seu treinamento e/ ou habilidade. Por outro lado, também é importante ressaltar que o IP tem a desvantagem de mostrar apenas a situação no momento do exame, não demonstrando assim o hábito do paciente em relação ao controle de placa cotidiano.

2.3 IG - Índice de Sangramento Gengival

Neste exame, deve-se percorrer com a sonda periodontal a margem gengival em ângulo de 45° em relação ao longo eixo do dente. Após este movimento, deve-se esperar alguns segundos para observar se haverá ou não sangramento da margem gengival. Caso ocorra, deve ser registrado na ficha clínica como 1 e 0 para ausência. (AINAMO & BAY, 1975)

2.4 PBS – Profundidade de Bolsa à Sondagem

Este exame é realizado com sonda periodontal, que é introduzida paralelamente ao longo eixo do dente até o fundo da bolsa/ ou porção mais apical sondável com uma pressão leve (aproximadamente 25 g) em todas os sítios dos dentes. A PBS fornece informações sobre o acometimento da inflamação. (GOODSON, 1986)

2.5 SS – Sangramento à Sondagem (ou Exsudato Inflamatório)

Durante o exame de PBS, simultaneamente, também é realizado o registro do sangramento à sondagem. Diferentemente do IG, que é da margem gengival, este sangramento é derivado do fundo da bolsa, e ocorre durante ou após o exame da PBS. A anotação na ficha clínica é realizada através do registro da presença (1) ou da ausência (0) de SS em cada sítio examinado. Além de sangramento, é possível haver secreção purulenta.

A presença de SS tem sido tomada como um indicador clínico de inflamação do tecido conjuntivo, ainda que não diferencie a gengivite da periodontite. Além disto, sua ausência é um bom indicador de saúde e estabilidade periodontal (LANG, 1990).

2.6 NCI – Nível Clínico de Inserção

Este exame é realizado com sonda periodontal, a qual também é introduzida paralelamente ao longo eixo do dente com uma pressão leve (aproximadamente 25 g) em

todas os sítios dos dentes. O nível clínico de inserção (NCI) é a distância em mm da porção mais apical sondável até a junção cimento esmalte.

Segundo Goodson (1986), o NCI de um mesmo sítio em dois tempos representa o melhor e mais confiável meio de determinar longitudinalmente a progressão da DP. Isso porque, ao contrário da PBS, essa medida não está sujeita a variáveis decorrentes de alterações da margem gengival. Essas medidas nos fornecem informações sobre o acometimento da inflamação quanto à gravidade e extensão.

2.7 Envolvimento de furca

Para o registro de diferentes níveis de destruição periodontal na região de furca em dentes multirradiculados, no sentido horizontal, emprega-se a classificação de perda óssea horizontal de Hamp et al. (1975). Nesta classificação, utiliza-se a sonda periodontal de Nabers a fim de registrar e classificar os envoltimentos em graus de progressão de destruição: Grau I - perda óssea menor que 1/3 da distância V-L; Grau II - perda óssea maior que 1/3 sem comunicação lado a lado; e Grau III - destruição óssea que determina um envolvimento lado a lado.

2.8 Grau de Mobilidade Dentária

Para a avaliação da mobilidade dentária, utilizam-se dois instrumentos rígidos nas faces livres do dente em questão para se determinar o grau ou índice de mobilidade (MILLER, 1950). Assim, a classificação da mobilidade é definida como: grau 1 - mobilidade maior que a fisiológica; grau 2 - mobilidade de 1mm em qualquer direção (sentido horizontal); grau 3 - mobilidade no movimento de intrusão do elemento dentário.

O exame clínico é fundamental na determinação de um correto diagnóstico. Conseqüentemente, haverá a possibilidade de estabelecimento de um bom planejamento de estratégias preventivas e terapêuticas. Quando houver necessidade de planejamento de tratamento, este deve ser iniciado com:

- Orientação de higiene bucal,
- Controle da placa,
- Raspagem e alisamento radicular,
- Reavaliações periódicas com reforço de orientação de higiene.

Em determinados casos, há a necessidade de prescrição de bochechos de Clorexidina a 0,12 % a cada 12 horas, por 10 dias.

Para o atendimento do paciente portador de Diabetes o cirurgião dentista deve ter:

- Glicosímetro/ fitas reagentes (leitura instantânea),
- Esfigmomanômetro / estetoscópio (aferir pressão),
- Soluções com glicose a 20 % ou balas. (para casos de súbita hipoglicemia)

MEDIDAS PREVENTIVAS

CUIDADOS ESPECIAIS E DIABETES (DIRETRIZES SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2014-2015)

- O profissional deve se certificar de que a insulina ou outro medicamento foi administrada corretamente (com registro da ficha anamnética).
- Consultas curtas pela manhã, se necessário uso de tranquilizante, prescrito pelo médico.
- Reduzir, ao mínimo, o risco de infecção.
- Dieta normal antes do tratamento.
- Se a consulta demorar, interromper para uma leve refeição.
- Evitar os anestésicos com vasoconstrictor adrenérgicos.
- Manipular tecidos no menor tempo possível evitando lacerações.
- Fazer profilaxia antibiótica em procedimentos invasivos ou emergenciais.

Pacientes DM tipo 1 e 2 bem controlados podem ser tratados como indivíduos não diabéticos, uma vez que a resposta clínica e microbiológica aos procedimentos periodontais destes pacientes é similar a dos não diabéticos. (MEALEY, 2006)

Para cirurgias programadas, ditas eletivas, a Associação Americana de Diabetes recomenda que os pacientes mantenham a taxa de hemoglobina glicada < 7%. A escolha da melhor hemoglobina glicada, no entanto, pode variar conforme o procedimento que o paciente vai ser submetido e do julgamento do médico que o acompanha.

Nos casos de lesões agudas ou Periodontites avançada crônica, a terapia profilática com antibióticos deverá ser utilizada, para diminuir os riscos da infecção e o retardo na cicatrização e ao mesmo tempo tornar mais eficiente a redução da glicemia. (TAMASHIRO, 2016).

A terapia de suporte periodontal (chamada anteriormente de Manutenção) deverá ser programada individualmente, dentro de intervalos de 2 a 3 meses.

...“*Embora futuras pesquisas ainda sejam necessárias para elucidar algumas questões a respeito da interrelação entre a doença periodontal e a Diabetes mellitus, as evidências*

disponíveis na literatura ressaltam a importância da adoção de condutas terapêuticas adequadas que incluam uma abordagem médico-odontológica, de modo a otimizar a promoção da saúde geral do paciente.” (NOVAES Jr. et al 2009).

REFERÊNCIAS

- AINAMO J, BAY I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* v.25, n.4, p.229-35, 1975.
- ALBANDAR JM. [Global risk factors and risk indicators for periodontal diseases](#). *Periodontol* 2000 v.29, p.177-206, 2002.
- American Academy of Periodontology 1999. International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol* v.4, n.1, p.1-112, 1999.
- ARMITAGE GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* v.4: p.1-6, 1999.
- BAZOTTE, RB. Paciente diabético: Cuidados Farmacêuticos. 1ª Ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
- BELÉM NOVAES JÚNIOR A; ANDRADE PF; MACEDO GO; DE LA ROSA A; CASTELLANOS A. Colgate Palmolive Company: Odontologia Baseada em Evidências. Ano 2 | número 2 - janeiro 2009.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA DIABETES MELLITUS. Cadernos de Atenção Básica, nº 36 - Brasília – DF 2013.
- da SILVA-BOGHOSSIAN CM, do SOUTO RM, LUIZ RR, COLOMBO AP. Association of red complex, *A. actinomycetemcomitans* and non-oral bacteria with periodontal diseases. *Arch Oral Biol* v.56, n.9, p.899-906, 2011.
- da SILVA-BOGHOSSIAN C; ORRICO SRP; GONÇALVES D; CORREA FOB, COLOMBO APV. Microbiological changes after periodontal therapy in diabetic patients with inadequate metabolic control. *Braz. Oral Res.* v.28, n.1, 2014.
- de ARAUJO NERIS M; CORTELLI SC; AQUINO DR; de MIRANDA TB, COSTA F O, CORTELLI JR. *A. actinomycetemcomitans* profile and red complex bacterial species of an Afro-Brazilian community: A comparative study. *Arch Oral Biol* v.60,p.5, p.753-9, 2015.
- Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015. Acesso em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline>.

- GOODSON, J.M. Clinical measurements of periodontitis. *J Clin Perio* v. 13, p. 446, 1986.
- GRAVES, DT; LIU, R; ALIKHANI, M; AL-MASHAT, H; TRACKMAN, PC. Diabetes-enhanced inflammation and apoptosis-impact on periodontal pathology. *J Dent Res* v.85, n.1, p.15-21, 2006.
- GREGORI C, COSTA AA, CAMPOS AC. O Paciente com Diabetes Melito. *RPG Rev Pos Grad* v.6, n.2, p.166-174, 1999.
- GROSSI SG; GENCO RJ; MACHTEI EE. *et al.* Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss. *J Periodontol*, v. 66, p. 23-29, 1995.
- HAMP, SE; NYMAN, S; LINDHE, J. Periodontal treatment of multiroots teeth. Results after 5 years. *J Clin Periodontol* v.2, p.126-135, 1975.
- HONG M; KIM HY; SEOK H; YEO CD; KIM YS; Y LEE YB; LEE HD; LEE JI; LEE TK; AHN HS; KO YH; JEONG SC; CHAE HS; SOHN TS. Prevalence and risk factors of periodontitis among adults with or without diabetes mellitus. *Korean J Intern Med* v.1,n.5, p.910-9, 2016.
- ISER BPM; STOPA SR; CHUEIRI PS; SZWARCOWALD CL; MALTA DC; CRUZ HO; DUNCAN BB; SCHMIDT MI. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* v.24, n.2, p.305-314, 2015.
- LALLA, E; LAMSTER, IB; STERN, DM; SCHMIDT, AM. Receptor for advanced glycation products, inflammation, and accelerated periodontal disease in diabetes: mechanisms and insights into therapeutic modalities. *Ann Periodontol* v.6, n.1, p.113-18, 2001.
- LANG NP, ADLER R, JOSS A, NYMAN S. Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability. *J Clin Periodontol* v.17, n.10, p.714-21, 1990.
- MEALEY BL, OATES TW; American Academy of Periodontology. Diabetes mellitus and periodontal diseases. *J Periodontol* v.77, n.8, p.1289-303, 2006.
- MILLER, S.C. *Textbook of Periodontia*. 3ª Ed. Philadelphia: Blackston. 1950, 125p.
- MISHRA V, SHETTAR L, BAJAJ M, MATH AS, THAKUR SL. Interlinking Periodontitis and Type 2 Diabetes Mellitus by Assessment of Crevicular Visfatin Levels in Health and in Disease Before and After Initial Periodontal Therapy. *J Clin Diag Res* v.10, n.8, p.67-71, 2016.
- OMS - Organização Mundial de Saude. Acesso em: <https://nacoesunidas.org/novo-relatorio-da-oms-traz-informacoes-sobre-estatisticas-de-saude-em-todo-o-mundo>. Acesso em setembro 2016.

- PANNICKER JJ, MEHTA DS: Effects of scaling and root planing on gingival crevicular fluid vascular endothelial growth factor level in chronic periodontitis patients with and without diabetes mellitus: A clinicobiochemical study. *J Indian Soc Periodontol* v.20, n.3, p.244-8, 2016.
- QUIRINO MRS, JARDIM JCM, REZENDE PHN, BULHÕES RC, PALLOS D. Doença periodontal e Diabetes mellitus: uma via de mão dupla. *Rev Ciênc Med* v.18, n.5-6, p. 235-41, 2009.
- RAMOS DLP, CALVIELLI ITP. Sugestão de composição de inventário da saúde do paciente. *Odonto* v.1, n.1, p.41- 44, 1991.
- SILNESS J, LÖE H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontologica Scandinavica* v.22, p.112-35. 1964.
- SIMA C, GLOGAUER M. Periodontitis in patients with diabetes - a complication that impacts on metabolic control. *US Endocrinol* v. 8, n.1, p.35-9, 2012.
- SOCRANSKY SS, SMITH C, HAFFAJEE AD. [Subgingival microbial profiles in refractory periodontal disease](#). *J Clin Periodontol* v.29, n.3, p.260-8, 2002.
- SOUSA RR, CASTRO RD, MONTEIRO CH, SILVA SC, NUNES AB. O paciente odontológico portador de diabetes mellitus: Uma revisão de literatura. *Pesq. Bras. Odontopediatr. Clin. Integr.*; v.3, n. 2, p.71-77, 2003.
- TAMASHIRO NS; DUARTE PM; MIRANDA TS; MACIEL SS; FIGUEIREDO LC; FAVERI M, FERES M. Amoxicillin Plus Metronidazole Therapy for Patients with Periodontitis and Type 2 Diabetes: A 2-year Randomized Controlled Trial. [J Dent Res](#) v.95,n.7, p.829-36, 2016.
- TÓFOLI, G.R. et al. Tratamento odontológico em pacientes com Diabetes mellitus. *R. Assoc. Paul. Cir. Dent* v.59, p.306-310, 2005.