

## TERAPIA PERIODONTAL INICIAL: A TERAPIA NÃO CIRÚRGICA

### INITIAL PERIODONTAL THERAPY: NON-SURGICAL THERAPY

### TRATAMIENTO PERIODONTAL INICIAL: TERAPIA NO QUIRÚRGICA



10.56238/sevened2026.015-031

**Kaio Henrique Soares**

**Olga Beatriz Lopes Martins**

**Mariana Botelho Leite**

**Sâmia Francy Ferreira Alves**

**Maria Rita Lima Lopes**

**Jefferson Aguiar Santos**

**Gabriela Leite Paulino**

**Célio Leone Ferreira Soares**

---

#### RESUMO

A terapia periodontal inicial, também denominada terapia não cirúrgica, constitui a base fundamental do tratamento das doenças periodontais, tendo como principal objetivo o controle da infecção bacteriana e da inflamação periodontal por meio da remoção do biofilme e do cálculo dentário. O capítulo descreve detalhadamente as etapas do tratamento periodontal, incluindo anamnese, exame clínico e radiográfico, motivação do paciente, instrução de higiene oral, raspagem e alisamento radicular, além do uso complementar de agentes químicos antimicrobianos. Destaca-se ainda a importância da identificação e correção de fatores locais retentivos de placa, bem como da reavaliação periodontal após a terapia inicial para definição da necessidade de manutenção ou intervenção cirúrgica. A abordagem integrada e individualizada é enfatizada como essencial para a estabilização da doença e manutenção da saúde periodontal a longo prazo.

**Palavras-chave:** Terapia Periodontal Inicial. Raspagem Radicular. Controle do Biofilme.

#### ABSTRACT

Initial periodontal therapy, also known as non-surgical therapy, forms the fundamental basis of periodontal disease treatment, with the main objective of controlling bacterial infection and periodontal inflammation through the removal of biofilm and dental calculus. This chapter describes in detail the steps of periodontal treatment, including anamnesis, clinical and radiographic examination, patient motivation, oral hygiene instruction, scaling and root planing, as well as the complementary use of antimicrobial chemical agents. The importance of identifying and correcting local plaque-retentive

factors is also highlighted, as well as periodontal reassessment after initial therapy to determine the need for maintenance or surgical intervention. An integrated and individualized approach is emphasized as essential for stabilizing the disease and maintaining long-term periodontal health.

**Keywords:** Initial Periodontal Therapy. Root Planing. Biofilm Control.

### **RESUMEN**

La terapia periodontal inicial, también conocida como terapia no quirúrgica, constituye la base fundamental del tratamiento de la enfermedad periodontal, con el objetivo principal de controlar la infección bacteriana y la inflamación periodontal mediante la eliminación de la biopelícula y el cálculo dental. Este capítulo describe en detalle los pasos del tratamiento periodontal, incluyendo la anamnesis, el examen clínico y radiográfico, la motivación del paciente, las instrucciones de higiene bucal, el raspado y alisado radicular, así como el uso complementario de agentes químicos antimicrobianos. Se destaca la importancia de identificar y corregir los factores locales de retención de placa, así como la reevaluación periodontal tras la terapia inicial para determinar la necesidad de mantenimiento o intervención quirúrgica. Se enfatiza la importancia de un enfoque integral e individualizado para estabilizar la enfermedad y mantener la salud periodontal a largo plazo.

**Palabras clave:** Terapia Periodontal Inicial. Alisado Radicular. Control de Biopelícula.

## 1 INTRODUÇÃO

A Terapia Periodontal Inicial, também classicamente conhecida como fase I do tratamento periodontal ou terapia não cirúrgica, representa a pedra angular no manejo da doença periodontal. Esta fase fundamental visa controlar a infecção bacteriana, eliminar ou reduzir os fatores etiológicos primários e secundários, e estabelecer um ambiente bucal propício à saúde gengival e periodontal. Longe de ser meramente um procedimento mecânico, a terapia inicial é um processo abrangente que integra diagnóstico preciso, uma meticulosa avaliação da condição sistêmica e bucal do paciente, uma motivação profunda e personalizada, instrução de higiene oral rigorosa e a remoção profissional do biofilme e do cálculo supra e subgengival.

Historicamente, o foco principal era a raspagem e o alisamento radicular como procedimentos isolados. No entanto, a compreensão moderna da doença periodontal como uma condição inflamatória crônica, resultante da interação complexa entre um biofilme disbiótico e a resposta do hospedeiro, elevou a terapia inicial a um patamar que valoriza a educação do paciente e a modificação de hábitos comportamentais. É nesta fase que se busca não apenas a eliminação da causa microbiana, mas também a capacitação do paciente para a manutenção da saúde a longo prazo, sendo a base para qualquer sucesso terapêutico subsequente, cirúrgico ou não. A capacidade de discernir a resposta tecidual e planejar as etapas futuras, incluindo a transição para a fase cirúrgica quando indicado, é um diferencial crítico.

Este capítulo aprofundará as etapas que compreendem a Terapia Periodontal Inicial. Abordaremos desde a consulta inicial com um exame aprimorado e o processo de motivação do paciente com foco na adesão ao tratamento, passando pela descrição detalhada das técnicas e procedimentos realizados, incluindo o controle mecânico e químico do biofilme, e os produtos mais empregados. Exploraremos também a importância dos intervalos de reavaliação e a tomada de decisão para as fases subsequentes. Nos baseando nos livros de referência em Periodontia, exploraremos como esta fase não cirúrgica é essencial para interromper a progressão da doença, reduzir a inflamação, e preparar o periodonto para uma possível reavaliação e, se necessário, terapias mais avançadas.

## 2 A BASE DO TRATAMENTO PERIODONTAL - ETAPAS DO TRATAMENTO PERIODONTAL

O tratamento periodontal completo é classicamente dividido em fases, que se complementam para atingir a saúde e a estabilidade periodontal:

- 1. Fase Sistêmica (ou Emergencial):** Manejo de condições sistêmicas que possam influenciar ou ser influenciadas pela doença periodontal (ex: controle de diabetes descompensado, manejo de condições cardíacas antes de procedimentos invasivos) e resolução de emergências (abscessos agudos, dor severa).

## 2. Fase Etiológica (ou Terapia Periodontal Inicial / Terapia Não Cirúrgica):

O foco principal deste capítulo. Visa remover a causa primária da doença (biofilme e cálculo) e controlar os fatores de risco e modificadores locais e sistêmicos.

## 3. Fase Corretiva (ou Cirúrgica):

Realizada após a reavaliação da fase inicial, se a doença persistir em locais específicos ou houver a necessidade de procedimentos adicionais (ex: eliminação de bolsas profundas residuais, regeneração tecidual, cirurgia plástica periodontal, instalação de implantes).

## 4. Fase de Manutenção (ou Suporte Periodontal):

Essencial e contínua. É a fase de longo prazo, com visitas regulares de profilaxia, controle de biofilme e avaliação da saúde periodontal para prevenir a recidiva da doença e assegurar a estabilidade a longo prazo.

### 3 TERAPIA PERIODONTAL INICIAL: DETALHAMENTO

A Terapia Periodontal Inicial é a espinha dorsal do tratamento e engloba uma série de procedimentos e ações:

#### 1. Consulta Inicial e Exame Diagnóstico Detalhado

Antes de iniciar qualquer intervenção, uma avaliação completa e minuciosa é crucial para estabelecer um diagnóstico preciso e um plano de tratamento individualizado. Este exame vai além do aspecto periodontal:

- **Anamnese Aprofundada:**
  - **Histórico Médico:** Investigação rigorosa de doenças sistêmicas (diabetes, doenças cardíacas, doenças autoimunes, condições imunossupressoras como HIV, distúrbios hematológicos, osteoporose), uso de medicamentos (incluindo aqueles que afetam o periodonto ou a coagulação), alergias e histórico familiar de doenças periodontais ou sistêmicas relevantes. Perguntas sobre sintomas gerais que possam indicar condições sistêmicas não diagnosticadas.
  - **Histórico Odontológico:** Experiências prévias com tratamento periodontal, queixas atuais (sangramento, mobilidade, dor, halitose), hábitos de higiene oral e percepção do paciente sobre sua saúde bucal.
  - **Histórico Social e Comportamental:** Avaliação de fatores de risco como tabagismo (tipo, quantidade, tempo), consumo de álcool, estresse emocional, depressão, dieta e fatores ocupacionais que possam influenciar a saúde bucal.
- **Exame Clínico Extenso e Sistemático:**
  - **Periodontograma Completo (6 pontos por dente):** Registro preciso de:
    - **Profundidade de Sondagem (PS):** Medida do sulco/bolsa gengival.

- **Nível de Inserção Clínica (PIC):** Distância da junção cimento-esmalte (JCE) à base da bolsa, considerada o parâmetro mais fidedigno da perda tecidual.
- **Recessão Gengival (RG):** Distância da JCE à margem gengival livre.
- **Sangramento à Sondagem (SGS):** Presença ou ausência de sangramento em 10-20 segundos após a sondagem. Indicador chave de inflamação.
- **Supuração:** Presença de pus ao sondar a bolsa.
- **Mobilidade Dentária:** Avaliação em 3 graus (0, 1, 2, 3) em direções vestibulo-lingual e mesio-distal.
- **Envolvimento de Furca:** Classificação (Grau I, II, III) em dentes multirradiculares.
  - **Avaliação da Gengiva:** Cor, contorno, consistência, textura e presença de hiperplasia ou ulcerações.
  - **Avaliação Oclusal:** Contatos prematuros, interferências, trauma oclusal, desgaste dentário.
  - **Avaliação de Fatores Retentivos de Placa:** Restaurações desadaptadas, cáries, apinhamentos, próteses mal adaptadas.
- **Exame Radiográfico Completo:** Séries periapicais completas (14-18 radiografias) ou radiografia panorâmica de alta qualidade, complementada por periapicais em áreas específicas.
  - Avaliação da **perda óssea alveolar** (horizontal ou vertical), sua extensão, padrão e relação coroa-raiz.
  - Identificação de cálculos subgengivais, lesões periapicais, reabsorções radiculares e fatores anatômicos.
  - Comparação com radiografias prévias para avaliar a taxa de progressão da doença.
- **Diagnóstico e Plano de Tratamento Individualizado:** Com base em todos os dados, é formulado o diagnóstico preciso da doença periodontal (gengivite, periodontite: estágio, grau, extensão e distribuição, e se há manifestação de doença sistêmica) e um plano de tratamento detalhado, explicando as fases ao paciente.

## 2. Motivação e Instrução de Higiene Oral (IHO): O Pilar do Sucesso

Esta é a fase mais crucial para o sucesso a longo prazo. O comprometimento do paciente é indispensável.

- **Abordagem Personalizada e Empática:** A motivação deve ser contínua e adaptada ao perfil de cada paciente, reconhecendo suas barreiras e dificuldades. Não é uma "palestra", mas um processo de ensino-aprendizagem interativo.
- **Conscientização sobre a Doença:** Explicar a etiologia (biofilme como causa principal), a patogênese, a irreversibilidade da perda de inserção na periodontite e o impacto da doença periodontal na saúde sistêmica (e vice-versa). Usar recursos visuais (modelos anatômicos, fotos intraorais, radiografias, reveladores de placa) para demonstrar a placa e o cálculo e suas consequências.
- **Técnicas de Escovação e Prática Supervisionada:**
  - **Bass Modificada:** Considerada a técnica mais eficaz para remover placa no sulco gengival. Cerdas do ângulo de 45° em relação ao longo eixo do dente, apontando para o sulco gengival. Movimentos vibratórios curtos (tremores) e suaves (10-20 segundos por grupo de 2-3 dentes), seguida por um movimento de rolagem para oclusal para varrer a placa da superfície coronária.
  - **Stillman Modificada:** Similar à Bass, mas com parte das cerdas sobre a gengiva inserida, recomendada quando há recessão para massagear a gengiva e limpar a JCE.
  - **Escovas Elétricas (Oscilatórias-Rotatórias, Sônicas):** Apresentam alta eficácia na remoção de biofilme devido à sua ação mecânica e, nas sônicas, ao efeito hidrodinâmico que desorganiza a placa em áreas adjacentes às cerdas. São particularmente úteis para pacientes com destreza manual limitada.
- **Controle Interproximal e Uso de Auxiliares:**
  - **Fio/Fita Dental:** Fundamental para áreas de contato apertado. Demonstração prática da técnica correta (formando um "C" em torno do dente).
  - **Escovas Interdentais:** A escolha preferencial para espaços interproximais abertos (diastemas, papilas perdidas, áreas de furca), oferecendo remoção de placa superior ao fio dental nessas situações. Diversos tamanhos e formatos disponíveis.
  - **Passadores de Fio:** Para áreas com pontes fixas, aparelhos ortodônticos.
  - **Estimuladores Gengivais/Tufo Simples:** Para áreas específicas ou dentes mal posicionados.
- **Limpeza da Língua:** Remoção do biofilme lingual com raspadores de língua ou a própria escova, importante para reduzir bactérias e controlar a halitose.

- **Frequência e Duração:** Instruir sobre a frequência adequada (mínimo duas vezes ao dia, preferencialmente após as refeições) e duração da escovação (pelo menos 2 minutos).

### 3. Controle Mecânico Profissional (Raspagem e Alisamento Radicular - RAR)

Este é o cerne da intervenção clínica não cirúrgica, visando desbridar as superfícies dentárias.

- **Raspagem Supragengival:** Remoção de cálculo e biofilme das superfícies coronárias acima da margem gengival com instrumentais manuais (foices, curetas) e/ou ultrassônicos.

- **Raspagem e Alisamento Radicular (RAR):** Remoção meticulosa de cálculo, biofilme (incluindo subgengival) e endotoxinas bacterianas das superfícies radiculares, tornando-as lisas e biocompatíveis. O objetivo é criar uma superfície radicular limpa e passiva à inserção tecidual.

- **Instrumental Manual:**

- **Curetas de Gracey:** Instrumentos de área específica, com lâmina angulada para raspagem subgengival eficiente em superfícies dentárias específicas (ex: Gracey 1/2 para incisivos e pré-molares; 7/8 para pré-molares e superfícies vestibulares/linguais de molares; 11/12 para superfícies mesiais de posteriores; 13/14 para superfícies distais de posteriores). Exigem excelente controle tátil e técnica apurada.

- **Curetas Universais (ex: Columbia, McCall):** Podem ser usadas em qualquer superfície dentária, com lâminas de dois gumes. Úteis para raspagem inicial mais pesada.

- **Instrumental Ultrassônico/Sônico:** Aparelhos que utilizam vibrações de alta frequência (e ultrassom, acima da audição humana) para fragmentar o cálculo e desorganizar o biofilme.

- **Vantagens:** Menos invasivos (preservam mais estrutura dentária), mais rápidos, produzem menos fadiga ao operador, e o jato de água promove lavagem contínua e efeito de cavitação (ruptura de paredes celulares bacterianas).

- **Limitações:** Menos eficazes na sensação tátil da superfície radicular do que as curetas manuais para o alisamento fino. Requerem pontas finas para acesso a bolsas profundas e furcas.

- **Polimento Coronário:** Remoção de manchas extrínsecas e biofilme residual após a raspagem, utilizando taças de borracha, escovas profiláticas e pastas

abrasivas de baixa granulação. Embora não remova placa firmemente aderida, melhora a estética e a lisura superficial.

- **Planejamento das Sessões:** A RAR pode ser realizada em múltiplas sessões (por quadrante, por hemicavidade) ou em uma única sessão (**full-mouth disinfection** ou desinfecção de boca toda), geralmente em 24-48 horas, que visa reduzir a reinfecção entre os sítios tratados. A escolha depende da extensão e severidade da doença, da tolerância do paciente e da filosofia do clínico, sempre com anestesia local adequada.

#### 4. Controle Químico do Biofilme (Agentes Quimioterápicos)

Utilizados como **adjunto** à terapia mecânica, para otimizar a redução da carga bacteriana e/ou modular a resposta inflamatória, nunca como substituto.

- **Anti-sépticos Oraís:**
  - **Digluconato de Clorexidina (0,12% ou 0,2%):** O padrão-ouro. Possui amplo espectro de ação antibacteriana e antifúngica, e sua principal característica é a alta **substanciatividade** (capacidade de se ligar aos tecidos e ser liberada lentamente, mantendo a atividade por horas). Usada como bochecho (15ml, 2x/dia por 30-60 segundos) no pós-operatório (inclusive da RAR), em pacientes com dificuldade de higiene, ou como terapia adjuvante em casos específicos de gengivite ou periodontite. Efeitos colaterais incluem manchamento de dentes e língua (reversível), alteração temporária do paladar, e descamação da mucosa.
  - **Compostos de Amônio Quaternário (ex: Cloreto de Cetilpiridínio - CPC 0,05%):** Agem como desintegradores de membranas bacterianas. Possuem menor substanciatividade que a clorexidina, mas são úteis para redução de placa e gengivite em uso diário.
  - **Óleos Essenciais (ex: Listerine):** Mistura de timol, mentol, eucaliptol e salicilato de metila. Comprovadamente eficazes na redução da placa e gengivite, com boa substanciatividade e sem os efeitos de manchamento da clorexidina, mas com sabor forte e álcool (em algumas formulações).
- **Antibióticos Sistêmicos (como adjunto à RAR):**
  - **Indicação restrita:** Reservados para casos específicos de periodontite que apresentam características mais agressivas ou recalcitrantes (ex: periodontite Grau C, ou casos de periodontite necrozante, ou em pacientes sistemicamente comprometidos com alto risco de disseminação da infecção). Não são de uso rotineiro.
  - **Combinações mais estudadas:**
    - **Amoxicilina (500mg) + Metronidazol (250mg):** 3x/dia por 7-10 dias, após a RAR, para cobrir bactérias gram-positivas e gram-negativas

anaeróbias (Metronidazol atua bem contra anaeróbios, incluindo *P. gingivalis* e *T. denticola*).

- **Doxiciclina (20mg, dose sub-antibiótica):** 2x/dia por 3-9 meses. Nesta dose baixa, atua como um inibidor da collagenase (MMP-8), modulando a resposta do hospedeiro e reduzindo a destruição tecidual, sem exercer efeito antimicrobiano significativo.
- **Antibióticos de Liberação Lenta (Locais):**
  - **Inserção direta na bolsa periodontal:** Após a RAR, são inseridos diretamente na bolsa para manter uma alta concentração de droga no local da infecção por um período prolongado, minimizando os efeitos colaterais sistêmicos.
  - **Exemplos:**
    - **Doxiciclina gel (Atridox®):** Gel de 10% de doxiciclina que se solidifica na bolsa.
    - **Clorexidina em chip (PerioChip®):** Pequeno chip bioabsorvível de 2,5mg de clorexidina.
    - **Minociclina microesferas (Arestin®):** Microesferas de minociclina.
  - **Indicações:** Bolsas residuais localizadas ( $\geq 5$  mm com sangramento) após a RAR, onde a cirurgia não é indicada ou preferida.

## 5. Remediação de Fatores Locais Contribuintes

Durante ou após a RAR, fatores que dificultam a higiene, retêm placa ou contribuem para a patogênese devem ser abordados:

- **Restaurações Desadaptadas:** Reparo ou substituição de restaurações com excesso de material, margens desadaptadas ou deficiências que criam nichos para acúmulo de biofilme e dificultam a higiene.
- **Cáries:** Tratamento de lesões cariosas para eliminar áreas de retenção de placa e infecção.
- **Trauma Oclusal:** Ajuste oclusal seletivo em casos de mobilidade dentária progressiva ou trauma oclusal primário ou secundário à perda de inserção, que pode agravar a periodontite e impedir a cicatrização.
- **Exodontias de Dentes Condenados:** Extração de dentes com prognóstico desfavorável que possam servir de reservatório de infecção para outros dentes ou dificultar a realização da higiene ou da terapia periodontal.

## 6. Reavaliação Periodontal: Tomada de Decisão Essencial

A reavaliação é uma etapa crítica para determinar a eficácia da terapia inicial e direcionar as próximas ações do tratamento.

- **Momento da Reavaliação:** Geralmente, 4 a 8 semanas após a conclusão da fase de raspagem e alisamento radicular. Este período permite a completa cicatrização dos tecidos periodontais, a resolução do edema e a formação de uma nova inserção longa do epitélio juncional. Menos de 4 semanas pode subestimar a cicatrização; mais de 8 semanas pode permitir a recolonização bacteriana em bolsas residuais.

- **Parâmetros de Reavaliação:**

- **Redução da Profundidade de Sondagem (PS):** Espera-se uma diminuição significativa, especialmente em bolsas inicialmente profundas.

- **Redução ou Eliminação do Sangramento à Sondagem (SGS):** Principal indicador de resolução da inflamação. A ausência de SGS é um sinal de saúde periodontal.

- **Ganho de Inserção Clínica (PIC):** Pode ocorrer devido à resolução do edema e à formação de uma nova inserção epitelial longa, um resultado clínico positivo da terapia não cirúrgica.

- **Melhora da Higiene Oral do Paciente:** Avaliação da remoção de placa e controle de biofilme pelo próprio paciente.

- **Redução da Mobilidade Dentária:** Se a causa foi principalmente inflamatória.

- **Tomada de Decisão:** Com base nos resultados da reavaliação, o paciente é direcionado para a fase mais apropriada do tratamento:

- **Fase de Manutenção (Suporte Periodontal):** Se a saúde periodontal foi restabelecida e está estável, com bolsas residuais mínimas (geralmente PS  $\leq$  4 mm sem SGS). O paciente entra em um programa de manutenção regular (geralmente a cada 3-6 meses) para prevenir a recidiva.

- **Fase Corretiva (Terapia Cirúrgica):** Se bolsas residuais profundas (geralmente PS  $\geq$  5 mm com SGS persistente), defeitos ósseos angulares ou lesões de furca persistirem e necessitarem de acesso cirúrgico para desbridamento adequado ou para procedimentos regenerativos/ressectivos. A cirurgia também pode ser indicada para procedimentos estéticos ou pré-protéticos. É crucial que o paciente demonstre excelente controle de placa para que a cirurgia periodontal seja bem-sucedida.

- **Retratamento Não Cirúrgico:** Em casos onde a resposta inicial não foi ideal, mas a cirurgia ainda não é indicada ou desejada, pode-se considerar um retratamento localizado da raspagem e alisamento radicular em sítios específicos.

#### 4 CONCLUSÃO

A Terapia Periodontal Inicial, ou fase não cirúrgica do tratamento, é a base indispensável para o sucesso a longo prazo no manejo da doença periodontal. Sua essência reside na eliminação meticulosa do biofilme e do cálculo supra e subgingival através de técnicas de raspagem e alisamento radicular, combinada com uma rigorosa instrução e motivação personalizada do paciente para o controle diário da placa. O emprego adjuvante de agentes antimicrobianos, sejam bochechos ou antibióticos locais/sistêmicos, pode otimizar os resultados em casos específicos.

Mais do que uma simples limpeza, a terapia inicial é um processo diagnóstico, educativo e de reabilitação, onde o cirurgião-dentista capacita o paciente a se tornar o principal agente de sua própria saúde bucal. A meticulosa reavaliação em intervalos apropriados (4-8 semanas) é fundamental para discernir a resposta tecidual e planejar as etapas subsequentes. É neste momento que se decide se o paciente está pronto para a fase de manutenção ou se ainda necessita de terapia cirúrgica para resolver bolsas residuais profundas ou outros defeitos que não responderam ao tratamento não cirúrgico. O sucesso desta fase não apenas leva à redução da inflamação e à estabilização da perda de inserção, mas também previne a progressão da doença e estabelece o alicerce para a manutenção da saúde periodontal ao longo da vida.

## REFERÊNCIAS

1. Lindhe, Lang e Karring. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 5A. edição. 2010.
2. Joly, J.C., Carvalho, P.F.M; Silva, R.C. Reconstrução Tecidual Estética. Procedimentos Plásticos e regenerativos Periodontais. 1a Ed. Editora Artmed, 2009.
3. Borghetti, A., Monnet-Corti, V. Cirurgia plástica Periodontal. 2a. Ed. Editora Artmed. 2011.
4. Cohen, E. Atlas de Cirurgia Periodontal reconstrutiva e Cosmética. 3a.Ed. Editora Santos. 2008.
5. Duarte, C.A. Cirurgia Periodontal Pré-protética e estética. 3a. Ed. Editora Santos. 2009.
6. Chujfi, E.S. Cirurgias plásticas periodontais e periimplantares. 1a Ed. Editora Santos. 2007.
7. Carranza, Newman, Takei e Klokkevold. Periodontia Clínica. 12 edição.2016.
8. Consolaro, A. Inflamação e reparo. 1aEd. Editora dental Press. 2009.
9. Genco, Goldman & Cohen. Periodontia Contemporânea. 1ª edição. St. Louis. 1990. Editora Mosby,
10. Klaus, Rateitschak & Wolf. Periodontia. Atlas Colorido de Odontologia. 3a edição. Artmed. 2006.
11. Armitage. Bases biológicas da terapia periodontal. 2ª edição. São Paulo. Editora Santos. 1993.
12. Brunetti , Fernandes, Bueno De Moraes. Fundamentos da Periodontia: teoria e prática. Artmed. 2007.
13. Zuhr & Hürzeler. Cirurgia Plástica Estética, Periodontal e Implantar - Uma abordagem microcirúrgica. 1a. Ed. 2013
14. Carranza, Newman, Takei e Klokkevold. Periodontia Clínica. 12 edição.2016.