

Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

<http://www.portalabol.com.br/rbol>



Odontologia Legal

A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE PERIODONTAL – REVISÃO DE LITERATURA.

The importance of patient participation in periodontal health maintenance - literature review.

Pedro Henrique Moreira Paulo TOLENTINO¹, Mauro Machado do PRADO²; Daniella de Brito TRINDADE³, Ademir FRANCO⁴; Rhonan Ferreira SILVA^{2,5}.

1. Departamento de Periodontia, Universidade Paulista – Goiânia, Goiás, Brasil.
2. Disciplina de Odontologia Legal, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil.
3. Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil.
4. Departamento de Estomatologia Terapêutica, Instituto de Odontologia, I.M. Sechenov, Moscou, Federação Russa.
5. Seção de Antropologia Forense e Odontologia Legal, Polícia Científica de Goiás, Goiânia, Brasil.

Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 04 Outubro 2018

Aceito em: 09 Dezembro 2018

Autor para contato:

Pedro Henrique Moreira Paulo Tolentino
Departamento de Periodontia Universidade Paulista –
Goiânia, Goiás, Brasil.
Rodovia BR 153, Km 503, Fazenda Botafogo,
Goiânia/GO, CEP: 74845-090.
E-mail: phmptolentino@hotmail.com.

RESUMO

As doenças gengivais e periodontais mais comuns e prevalentes são a gengivite e as periodontites, ambas têm como fator etiológico o biofilme dental periodontopatogênico, que é composto principalmente por bactérias. Alguns fatores de risco podem favorecer o aparecimento ou o agravamento dessas doenças, podendo estar associado ao acúmulo/agregação do biofilme (fatores locais) ou a exacerbação do processo imuno-inflamatório (fatores sistêmicos), sendo de extrema importância a identificação dos mesmos para o devido controle destas. O objetivo desse trabalho foi analisar, por meio de uma revisão da literatura, a importância da participação do paciente no sucesso do tratamento periodontal, considerando as obrigações entre as partes, referendadas nos estudos revisados, no Código de Ética Odontológica e no Código de Defesa do Consumidor. Os trabalhos, legislação e normativa revisados mostraram que o sucesso da terapia periodontal depende de uma adequada informação e conscientização do paciente por parte do profissional assistente, além da sua aceitação, compreensão e colaboração em relação ao tratamento que será executado, seguido por uma rigorosa terapia periodontal de suporte mediante à(s) sua(s) necessidade(s). A prática odontológica, portanto, deve ser alerta em tratamentos de Periodontia, por sua complexidade de contexto de informação, pelo compromisso paritário, sendo o cuidado ético e o conhecimento odontológico fundamentais para uma prática clínica de baixo risco.

PALAVRAS-CHAVE

Doenças periodontais; Legislação odontológica; Odontologia legal; Relações dentista-paciente.

INTRODUÇÃO

As doenças periodontais, quando induzidas pelo biofilme dental, podem ser classificadas em dois principais grupos: a gengivite, que é uma inflamação da gengiva

em mais de 10% dos sítios presentes, caracterizada por sangramento, mudança na sua coloração e textura e crescimento gengival, com profundidade de sondagem ≤ 3 mm, podendo apresentar perda de

inserção clínica (se o paciente apresentar retrações gengivais ou se for um antigo portador de periodontite, mas que, momentaneamente, está controlado), além de poder ser mediada por fatores locais, sistêmicos e algumas drogas^{1,2}. Periodontites, que consistem em uma grupo de doenças em que a infecção se perpetua nos tecidos de inserção/suporte do dente, causando destruição de osso, ligamento periodontal e cemento, sendo estas classificadas em estágios (I, II, III e IV), extensão (localizada, generalizada ou distribuição molar-incisivo) e graus (A, B ou C) a depender da sua severidade, quantidade de dentes perdidos em função de periodontite prévia, quantidade de dentes afetados e complexidade de gerenciamento¹.

Alguns fatores sistêmicos do hospedeiro podem modificar a resposta imuno-inflamatória frente às doenças periodontais, tendo o potencial de agravá-las, tais como: elevação nos hormônios esteroides sexuais (na puberdade, menstruação, durante a gravidez ou com uso de contraceptivos orais de primeira geração), fatores nutricionais (deficiência de vitamina C e escorbuto), agentes farmacológicos, condições hematológicas, paciente com diabetes *mellitus* e pacientes imunossuprimidos^{1,3,4}. Além destes, a exposição aos componentes do cigarro, por terem efeitos sobre os tecidos gengivais, é considerado um dos principais fatores de risco, especificamente para a periodontite, em função do mascaramento de inflamações iniciais devido ao efeito vasoconstritor periférico^{1,5,6}. Esses aspectos devem ser de conhecimento dos

profissionais e pacientes, já que, em alguns casos o sucesso da terapia pode sofrer influência destes.

É no sentido de evitar ou controlar as doenças periodontais e fazer com que o paciente compreenda o seu papel no contexto do tratamento, podendo cumprir com o que lhe cabe, que o profissional tem o dever da informação adequada, comunicação e interação, possibilitando ao paciente contribuir ativamente com a terapêutica proposta. Leva-se em consideração que um paciente periodontopata sempre necessitará de cuidados profissionais esporádicos, além de esclarecimentos e orientações em relação ao controle do biofilme dental, que diariamente é realizado por ele (paciente) fora do consultório odontológico.

Diante dos fatos, o presente trabalho tem como objetivo revisar a literatura sobre a importância da participação do paciente no contexto do tratamento periodontal, mapeando os fatores de risco que podem ocasionar ou potencializar a doença num enfoque ético e legal.

BIOFILME E DOENÇA PERIODONTAL

A patogênese das doenças gengivais e periodontais ocorre por meio da adesão do biofilme microbiano às superfícies de dentes ou implantes. Os principais periodontopatógenos presentes no biofilme são bactérias que possuem alguns fatores de virulência, como: lipopolissacarídeos, enzimas, fimbrias e seu DNA².

Além dos seus próprios fatores de virulência, esses microrganismos ativam a

cascata imuno-inflamatória do hospedeiro, através do estímulo da produção excessiva e desregulada de mediadores pró-inflamatórios (citocinas, prostaglandinas, fator de necrose tumoral- α e metaloproteinases). Esses mediadores fornecem o sinal positivo para que o organismo libere anticorpos e neutrófilos polimorfonucleares, objetivando a defesa da integridade dos tecidos. Entretanto, apesar de ter uma função protetora, os mediadores da inflamação são responsáveis por grande parte da destruição tecidual, e se essa destruição se perpetuar pelo periodonto de proteção, ocorrerá o metabolismo do tecido conjuntivo, ósseo e ligamento periodontal, acarretando em perda de inserção clínica, característica principal da periodontite^{2,7}.

Conforme demonstrado no trabalho de Løe et al.⁸, alguns indivíduos não têm a progressão da infecção para os tecidos de suporte do dente, mesmo na presença abundante de biofilme agregado por longos períodos nas superfícies dos mesmos, entretanto, apesar disso, a periodontite é tida como a sexta condição médica crônica mais prevalente do mundo⁹.

A principal consequência local da periodontite, quando não se realiza um adequado tratamento periodontal básico e uma terapia periodontal de suporte são as perdas dentais¹⁰ e, por este motivo, um planejamento de ações visando evitar ou diminuir a ocorrência dessa doença deve ser considerado.

FATORES LOCAIS QUE INFLUENCIAM NA INFLAMAÇÃO GENGIVAL/PERIODONTAL

Alguns fatores locais podem representar um nicho para maior acúmulo de biofilme. Dentre eles, o cálculo dental é o mais representativo, devido à sua rugosidade superficial, por agir como uma barreira física para a inserção do fio dental e escovas em algumas regiões e por servir de reservatório para endotoxinas bacterianas^{2,11}.

Algumas situações clínicas podem dificultar ou até mesmo impedir uma adequada higiene bucal, favorecendo um maior acúmulo e agregação de biofilme e conseqüentemente aumentando a predisposição de desenvolvimento de doenças periodontais, como o mau posicionamento, desalinhamento ou apinhamento dental¹², ausência de ponto de contato² e ausência de mucosa queratinizada, tanto em altura, como em espessura, principalmente ao redor de dentes submetidos a tratamentos protéticos e em regiões reabilitadas com implantes¹³.

Ainda, a presença de alguns materiais odontológicos como resinas compostas, materiais provisórios a base de resina acrílica, cerâmicas odontológicas, cimentos e aparelhos ortodônticos, podem ser sítios adicionais para acúmulo de biofilme, principalmente se estiverem próximos da margem ou no espaço subgengival^{14,15}.

FATORES SISTÊMICOS QUE INFLUENCIAM NA DOENÇA PERIODONTAL

Algumas condições sistêmicas relacionadas ao sistema endócrino e alterações hormonais podem alterar a resposta imunológica do paciente, atuando

na exacerbação dos efeitos das doenças periodontais^{6,16}. Dentre as alterações do sistema endócrino, *diabetes melittus* é a mais associada negativamente aos quadros inflamatórios/infecciosos da gengiva. A provável razão é devido ao fato de a hiperglicemia induzir a formação e o acúmulo de produtos finais da glicação avançada, que aumenta o número de periodontopatógenos e diminui as funções de defesa e reparo do organismo¹⁷. Sobre as alterações hormonais, elas atingem principalmente as mulheres e dentre estas, podemos citar a puberdade, o período menstrual, o uso de contraceptivos orais de primeira geração o período gestacional e a menopausa^{18,19}.

Ainda, desordens hematológicas e deficiências imunológicas causadas por drogas (imunossupressores, corticosteroides, bisfosfonatos, doenças (HIV positivo, deficiências nutricionais, leucemia, trombocitopenia) ou radiação e doenças autoimunes (pênfigo vulgar, penfigóide e lúpus eritematoso)^{3,4}, podem influenciar na patogênese das doenças periodontais, deixando os indivíduos mais susceptíveis a uma progressão mais exacerbada.

Outras condições sistêmicas de relevância são a obesidade, em que o indivíduo tem uma maior produção de paratormônios, menor reabsorção de vitamina D e cálcio e uma maior secreção de citocinas pró-inflamatórias, tendo uma maior possibilidade de reabsorção óssea na presença de doença periodontal e o estresse que promove uma vasoconstrição periférica, redução das células de defesa e inibição da produção de citocinas pró-

inflamatórias, o que também contribui para uma piora da patogenia, quando instalada^{20,21}.

HÁBITOS DO PACIENTE E DOENÇA PERIODONTAL

Os hábitos do paciente também podem contribuir tanto para o início das doenças periodontais (falta de controle de biofilme) quanto para uma maior progressão da mesma, influenciando negativamente no prognóstico do tratamento.

A higiene bucal deficiente, seja por limitações físicas/mentais ou por falta de colaboração dos pacientes, representa a razão mais relevante para o início e progressão das doenças periodontais, já que o acúmulo do biofilme é o seu fator etiológico^{22,23}.

Além disso, o tabagismo tem sido associado a piora do quadro em relação às doenças periodontais²⁴, principalmente devido a atividade vasoconstritora periférica promovida pela nicotina, por favorecer o aumento da quantidade de periodontopatógenos, diminuir as funções neutrofílica e linfocítica do hospedeiro e limitar a capacidade de proliferação dos fibroblastos, fazendo com que os fumantes tenham maior risco de desenvolvimento e uma menor chance de um adequado controle clínico das doenças⁵.

DOS ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO CONTEXTO DO TRATAMENTO

Diante do contexto técnico descrito, tem-se evidente necessidade de atenção a preceitos éticos e legais, para com a condução de tratamentos que envolvam as patologias descritas, pela complexidade a

abrangência, pela demanda de prática profissional alerta e pela fundamental atuação do sujeito assistido.

Em relação à proposição de tratamentos periodontais, assim como em grande parte das terapêuticas odontológicas, a participação do paciente é tão importante como a atuação do profissional para controle dos fatores locais, precursores das doenças periodontais e, diante da complexidade que representa o controle das mesmas, o profissional deve assumir um compromisso de adequada interação, reciprocidade e alteridade²⁵, em atenta comunicação com o paciente, de forma que o cuidado terapêutico venha associado ao cuidado ético, sob pena de responder o profissional por não atender a preceitos legais da defesa do consumidor²⁶.

Ainda, existe a contribuição e compromisso do paciente para o alcance dos objetivos do tratamento, mediante as informações prestadas pelo profissional assistente. Essas informações devem ser prestada com uma linguagem clara e compreensível ao entendimento do paciente, considerando-o como agente leigo em Odontologia, preferencialmente por meio da elaboração do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que deve ser individualizado, impresso preferencialmente em duas vias, sendo indicado que uma delas seja entregue ao paciente, para que o mesmo possa refletir e tomar a sua decisão em relação ao seu tratamento e a outra assinada pelo mesmo e anexada ao seu prontuário clínico²⁷, juntamente com os demais registros de cada etapa da terapêutica e a ciência do assistido enquanto sujeito ativo nesse processo^{28,29}.

Em relação aos aspectos de ontológicos, constitui infração ética deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento (CFO, 2012 – Art. 11º, IV)³⁰, além disso, o Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8078/90³¹, em seu artigo 6º, inciso III, determina, como direito básico do consumidor, o acesso à informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem.

A relação profissional/paciente é de consumo, prestação de serviço e contratual. Esse contrato pode ser escrito ou verbal, e devem-se ressaltar as obrigações de ambas as partes. Às referentes ao profissional são: o diagnóstico, a elaboração do plano de tratamento, as informações em relação a todas as etapas do tratamento, a vigilância, proteção, acompanhamento e fiscalização do paciente quanto às recomendações prestadas. Já o paciente tem o dever de comparecimento às consultas marcadas e o seguimento das devidas orientações fornecidas pelo seu profissional assistente³².

Diante do exposto, denota-se que as falhas dos tratamentos odontológicos podem ser advindas de defeitos técnicos, que podem ser discutidas baseando-se na literatura odontológica atualizada, ou defeitos de informações, que podem ocorrer mesmo diante de terapêuticas tecnicamente adequadas, mas que não são acompanhadas do devido esclarecimento, interação e comunicação com o paciente²⁶.

DISCUSSÃO

As doenças periodontais possuem como fator etiológico, a infecção promovida pela agregação e acúmulo de biofilme aderido à superfície dental ou a materiais restauradores, por um tempo determinado. Isso pode desencadear processos inflamatórios que eventualmente afetam a integridade dos tecidos de proteção e/ou sustentação dos dentes. Considerando a divisão proposta por Lindhe et al.³³, em que o tratamento periodontal abrange quatro fases: sistêmica, inicial, corretiva e de manutenção, associado à informação ao paciente e consentimento do mesmo, torna-se possível avaliar e discutir, a responsabilidade de ambas as partes envolvidas no sucesso do tratamento periodontal (profissional e paciente), especialmente em se tratando de referenciais éticos e legais a serem observados para uma prática profissional de menor risco, uma vez tratar-se de contexto que demanda criteriosa orientação ao paciente e, também, ativa participação deste como condição de alcance dos objetivos almejados.

Determinadas condições sistêmicas podem alterar a resposta do hospedeiro frente à agressão sofrida pelo biofilme. Portanto, uma anamnese detalhada deve ser realizada pelo profissional, pois esse representa o momento fundamental para o mapeamento e posterior controle dos verdadeiros fatores de risco.

Na fase sistêmica do tratamento, os objetivos são identificar as condições de saúde geral adversas e proteger o paciente contra riscos de infecção. Para isso, o Cirurgião-dentista pode e deve solicitar

exames complementares necessários e eventualmente encaminhar os pacientes a outros profissionais de saúde³⁴. Nesse momento do tratamento, o paciente participa informando todas as possíveis alterações em relação a parâmetros cardiovasculares, respiratórios, glicêmicos, reações alérgicas e doenças como osteoporose e as autoimunes, onde primeiramente, tais condições devem estar estabilizadas sistemicamente, para posterior tratamento periodontal.

A *diabetes mellitus* é a alteração sistêmica mais associada às patologias periodontais, havendo evidências que ambas agem como uma via de mão dupla, ou seja, uma condição influencia a outra, seja de maneira positiva ou negativa^{35,36}. Portanto, pacientes diabéticos e com tendência a doenças periodontais, devem estar em controle de ambas patologias, pois uma condição pode contribuir para a melhoria da outra.

Algumas alterações hormonais decorrentes da puberdade, período menstrual e gestacional, também podem exacerbar uma possível inflamação pré-existente nos tecidos periodontais¹⁸. Isso, exige atenção e cuidado dos profissionais em relação a essas pacientes, inclusive incentivando as gestantes em realizar um pré-natal odontológico, o que poderia evitar doenças bucais na mulher, além de prevenir problemas como má formação fetal, parto prematuro e bebês de baixo peso.

Outro ponto relevante dessa fase do tratamento é a orientação para diminuição e controle de hábitos que diminuem o prognóstico do mesmo, como o tabagismo, tendo em vista que os produtos presentes

no cigarro proporcionam aos fumantes, um risco aumentado de desenvolver doenças periodontais³⁷. Um destes produtos é a nicotina, que ao promover vasoconstrição periférica, mascara inflamações incipientes, além disso, propicia o aumento dos periodontopatógenos e a diminuição das funções de defesa do organismo, fazendo com que o estado clínico de fumantes periodontopatas, seja pior em relação aos não fumantes. Conforme o trabalho de Coretti et al.³⁸ que verificaram uma grande alteração da comunidade microbiana subgingival em fumantes com doença periodontal. Esses achados corroboram com o trabalho de Gupta et al.³⁹ que associaram o tabagismo ao aumento da enzima metaloproteinase da matriz - 8 (MMP-8), na saliva de pacientes fumantes e observaram um aumento no grau de destruição dos tecidos periodontais nos mesmos. Portanto, a cessação ou diminuição do tabagismo, deve ser incentivada pelo profissional e se possível praticado pelo paciente.

Na fase inicial do tratamento, o profissional irá por meio de raspagem, alisamento e polimento dental, eliminar os depósitos de biofilme e seus fatores de retenção, além disso, irá orientar os pacientes sobre a relevância dos problemas periodontais (tanto em níveis locais como nos sistêmicos), na tentativa de motivá-los e direcioná-los para uma mudança de comportamento em relação a um melhor controle de biofilme (especialmente através de escovação e uso do fio dental). Esse processo informativo e educativo é complexo, demanda paciência, tempo, interesse do paciente, disponibilidade, personalidade do mesmo⁴⁰ e aceitação em

relação ao tratamento. Em alguns países como o Brasil, essa tarefa pode ser dividida com um Técnico em Saúde Bucal (TSB) que tem prerrogativas legais para essa atividade, podendo atuar como um aliado do Cirurgião-dentista nesse processo⁴¹.

Nessa fase, o paciente participa ativamente comparecendo às consultas nos períodos determinados e realizando corretamente a higiene bucal conforme instrumentos (escovas, fio dental e outros), técnicas e frequências recomendadas pelo profissional, levando em consideração que a falta ou deficiência na higienização, e consequente acúmulo de biofilme, representa o maior fator de risco para as doenças bucais.

Para controle mecânico do biofilme das faces livres dos dentes, indicam-se escovas, que devem ter preferencialmente cerdas macias, para evitar possíveis traumas e danos ao periodonto. Em relação às técnicas de escovação preconizadas, existem algumas descritas na literatura, porém sem um consenso sobre qual delas é a mais efetiva. O fato é que cada técnica tem suas indicações e limitações, sendo importante que o paciente domine e pratique ao menos uma delas, preferencialmente a que seja indicada pelo profissional que o assiste. Em relação às faces proximais, em função da capacidade limitada das escovas⁴², o fio dental é preconizado, pois esse dispositivo permite um melhor acesso à região de maneira mais simples e traumática. Para alguns pacientes ainda, métodos auxiliares como escova interdental e o controle químico do biofilme podem ser indicados⁴³.

Ao final dessa fase do tratamento, o profissional irá fazer a reavaliação do quadro, planejar terapias adicionais (quando necessárias) e de suporte, visando a promoção e manutenção da saúde periodontal dos pacientes.

Em alguns casos, em função da extensão da doença, sequelas como sensibilidade dentinária, migração da margem gengival em direção a apical e o surgimento de *black spaces* (buracos negros) podem ocorrer após a estabilização da mesma. Sendo assim, além da informação prévia ao paciente em relação a esses acontecimentos que podem ser inerentes às técnicas de tratamento, o profissional irá no momento da fase corretiva do tratamento, fazer o planejamento para o minimizar essas sequelas através de tratamentos cirúrgicos, endodônticos, implantares, restauradores ou protéticos, considerando a necessidade de cada caso, a cooperação do paciente nas fases anteriores e suas expectativas. Portanto, o paciente deve continuar sendo assistido e, eventualmente, em comum acordo com o profissional responsável, realizar tratamentos adicionais mediante as suas necessidades e anseios.

Por fim, a fase de manutenção periodontal, tem como objetivo a prevenção da reinfecção e da reincidência das doenças periodontais por meio de um acompanhamento individual, reavaliação periodontal e controle de biofilme. O paciente participa ativamente nessa fase comparecendo ao consultório nos períodos determinados pelo profissional, conforme a sua necessidade e indicação.

Pacientes periodontopatas necessitam de cuidados e revisões periódicas, sendo que o Cirurgião-dentista tem a responsabilidade de alertar, orientar e chamar seus pacientes para as consultas e registrá-las devidamente em prontuário odontológico. O paciente, já ciente de todas as etapas do tratamento, deve comparecer às chamadas, sob pena de ter sua saúde periodontal prejudicada, podendo apresentar futuras recorrências e sequelas.

A literatura é conflitante sobre o intervalo ideal para as manutenções, sendo que o período pode variar entre 3 e 6 meses. O fato é que o estabelecimento de um programa individual de manutenção periodontal é fundamental para o sucesso dos tratamentos sendo o intervalo estabelecido conforme a necessidade individual de cada paciente.

Do ponto de vista de informação, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor Brasileiro, Lei nº 8078/90³¹, o paciente (consumidor) tem o direito a informações adequadas e claras em relação aos tratamentos, incluindo as características, qualidade e os riscos inerentes (Art. 6º, III). Portanto, ao negligenciar tais preceitos, o profissional poderá incorrer em falha de informação, podendo ser caracterizada uma prática abusiva perante o paciente, consumidor dos seus serviços.

De acordo com o Código de Ética Odontológica³⁰ vigente, o profissional deve zelar pela saúde e dignidade do paciente (Art. 9º, VII), prestando as devidas informações sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento (Art.11, IV), sob pena de ser punido eticamente,

com penas que variam desde uma advertência até a cassação profissional, combinada ou não com multa (Art.51).

Neste contexto, verifica-se que, para a execução dos tratamentos periodontais, há a necessidade ética e legal de o profissional se ater a uma adequada comunicação, bem como de formalizar o fornecimento das informações prestadas ao paciente por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ou consentimento informado. Este documento deve ser redigido com linguagem adequada à compreensão do paciente e deverá conter as vantagens, desvantagens, riscos e benefícios da terapêutica, de acordo com o plano de tratamento periodontal a ser realizado em cada caso. O TCLE deve ser lido e assinado pelo paciente antes da realização do tratamento, sendo uma via entregue ao mesmo, para que possa tirar suas dúvidas em qualquer etapa do tratamento⁴⁴.

Sob o ponto de vista legal, o TCLE bem redigido, juntamente com os outros documentos que demonstrem interação e compreensão do paciente, também podem ter validade legal e servir como instrumento na defesa profissional em casos de demandas éticas ou judiciais⁴⁵.

Do ponto de vista de prestação de serviço, a relação profissional paciente é contratual e subentende-se que ambas as partes têm obrigações. Dentre estas, o profissional tem o dever do diagnóstico, elaboração do plano de tratamento, informação ao paciente em relação a todas as etapas do tratamento, vigilância do mesmo, sigilo e proteção. O dever de continuidade pertence a ambos. O

profissional deve acompanhar e fiscalizar seu paciente quanto às recomendações dadas, enquanto o paciente deve comparecer às consultas marcadas e seguir essas recomendações rigorosamente³², sob pena de ter prejuízos, especificamente em se tratando de tratamentos periodontais, os quais necessitam de cuidados diários e manutenções periódicas com o profissional assistente.

Portanto, a saúde periodontal/peri-implantar depende de aspectos biológicos, clínicos, técnicos e informacionais. Também, levando em consideração a complexidade das doenças, denota-se a necessidade do profissional em realizar o diagnóstico e tratamento clínico, de forma mais precoce possível e da importância da colaboração do paciente, principalmente em relação aos cuidados diários de higiene bucal e eliminação/controlar dos diversos fatores de riscos, fato que se torna viável somente após o seu conhecimento/ciência em relação à patologia periodontal e às etapas necessárias ao seu controle.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso da terapia periodontal depende da compreensão e colaboração dos pacientes para um adequado controle das doenças.

Dos pontos de vista ético e legal, tanto o profissional como o paciente têm deveres. O profissional, como detentor do conhecimento técnico-científico, tem o dever do diagnóstico, elaboração do plano de tratamento, esclarecimento e informação ao paciente, enquanto este deve comparecer às consultas nos períodos determinados e seguir todas as orientações,

recomendações e prescrições a ele fornecidas.

A prática odontológica, portanto, deve ser alerta em tratamentos de Periodontia, por sua complexidade de

contexto de informação, pelo compromisso paritário, sendo o cuidado ético e o conhecimento odontolegal fundamentais para uma prática clínica de baixo risco.

ABSTRACT

The most common and prevalent gingival and periodontal diseases are gingivitis and periodontitis, both of which have as their etiological factor the periodontal pathogenic dental biofilm, which is composed mainly of bacteria. Some risk factors may favor the appearance or aggravation of these diseases, and may be associated with accumulation / aggregation of the biofilm (local factors) or exacerbation of the immune-inflammatory process (systemic factors), being extremely important the identification of the same for the due to their control. The objective of this study was to analyze, through a review of the literature, the importance of patient participation in the success of periodontal treatment, considering the obligations between the parties, endorsed in the reviewed studies, the Code of Ethical Dentistry and the Code of Defense of the Consumer. The studies, legislation and regulations revised showed that the success of periodontal therapy depends on adequate information and awareness of the patient on the part of the assistant, as well as their acceptance, understanding and collaboration in relation to the treatment to be performed, followed by a rigorous therapy periodontal period of support through your need (s). Dental practice, therefore, should be alert in periodontal treatments, due to its complexity of information context, equal commitment, ethical care and odontolegal knowledge are fundamental to a low risk clinical practice.

KEYWORDS

Periodontal diseases; Dental legislation; Forensic dentistry; Dentist-Patient relations.

REFERÊNCIAS

1. 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; 89(1): S1–S8. <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0157>.
2. Newman MG, Takei H, Klokkevold P, Carranza FA. *Periodontia Clínica*. 12th ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
3. Lim HC, Kim CS. Oral signs of acute leukemia for early detection. *J Periodontal Implant Sci.* 2014; 44(6): 293–9. <https://doi.org/10.5051/jpis.2014.44.6.293>.
4. Peacock ME, Arce RM, Cutler CW. Periodontal and other oral manifestations of immunodeficiency diseases. *Oral Dis.* 2017; 23(7): 866–88. <https://doi.org/10.1111/odi.12584>.
5. Kotsakis GA, Javed F, Hinrichs JE, Karoussis IK, Romanos GE. Impact of Cigarette Smoking on Clinical Outcomes of Periodontal Flap Surgical Procedures: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Periodontol.* 2015; 86(2): 254–63. <https://doi.org/10.1902/jop.2014.140452>.
6. Mariotti A, Hefti AF. Defining periodontal health. *BMC Oral Health.* 2015; 15(1): S1: S6. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-15-S1-S6>.
7. Silva N, Abusleme L, Bravo D, Dutzan N, Garcia-Sesnich J, Vernal R, et al. Host response mechanisms in periodontal diseases. *J Appl Oral Sci.* 2015; 23(3): 329–55. <https://doi.org/10.1590/1678-775720140259>.
8. Loe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E.. Natural history of periodontal disease in man. 1986; 13(5): 431–45.
9. Renvert S, Persson GR. Treatment of periodontal disease in older adults. *Periodontol 2000.* 2016; 72(1): 108-19. <https://doi.org/10.1111/prd.12130>.
10. Batista MJ, Lawrence HP, Sousa M da LR de. Classificação das perdas dentárias: fatores associados a uma nova medida em uma população de adultos. *Cien Saude Colet.* 2015; 20(9): 2825–35. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.17322014>.
11. Doğan GE, Demir T, Aksoy H, Sağlam E2, Laloğlu E, Yıldırım A. Matrix-Gla Protein rs4236 [A/G] gene polymorphism and serum and GCF levels of MGP in patients with subgingival dental calculus. *Arch Oral Biol.* 2016; 70: 125–29. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2016.0.014>.
12. Vandana K, Nadkarni R, Guddada K. Comparison of various risk indicators among patients with chronic and aggressive periodontitis in davangere population. *J Indian Soc Periodontol.* 2015; 19(4): 429-34.

- <https://doi.org/10.4103/0972-124X.156879>.
13. Tolentino PHMP, Castro MVM, Palomeque AMP, Silva RF. Alternativas para injertos epitelial y de tejido conjuntivo en Periodoncia – revisión de literatura. *Actas Odontológicas*. 2016; 13(1): 48–54. <https://doi.org/10.22235/ao.v13i1.1207>.
 14. Bremer F, Grade S, Kohorst P, Stiesch M. In vivo biofilm formation on different dental ceramics. *Quintessence Int*. 2011; 42(7): 565–74.
 15. Wang L, Melo MAS, Weir MD, Xie X, Reynolds MA, Xu HH. Novel bioactive nanocomposite for Class-V restorations to inhibit periodontitis-related pathogens. *Dent Mater*. 2016; 32(12): 351–61. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2016.09.023>
 16. Knight ET, Liu J, Seymour GJ, Faggion CM Jr, Cullinan MP. Risk factors that may modify the innate and adaptive immune responses in periodontal diseases. *Periodontol 2000*. 2016; 71(1): 22–51. <https://doi.org/10.1111/prd.12110>.
 17. Garcia D, Tarima S, Okunseri C. Periodontitis and Glycemic Control in Diabetes: NHANES 2009 to 2012. *J Periodontol*. 2015; 86(4): 499–506. <https://doi.org/10.1902/jop.2014.140364>.
 18. Silva de Araujo Figueiredo C, Gonçalves Carvalho Rosalem C, Costa Cantanhede AL, Abreu Fonseca Thomaz ÉB, Fontoura Nogueira da Cruz MC. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017; 43(1): 16-22. <https://doi.org/10.1111/jog.13150> .
 19. Penoni DC, Fidalgo TKS, Torres SR, Varela VM, Masterson D, Leão AT, et al. Bone Density and Clinical Periodontal Attachment in Postmenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Dent Res*. 2017; 96(3): 261-9. <https://doi.org/10.1177/0022034516682017>
 20. Pataro AL, Costa FO, Cortelli SC, Cortelli JR, Dupim Souza AC, Nogueira Guimarães Abreu MH, et al. Influence of Obesity and Bariatric Surgery on the Periodontal Condition. *J Periodontol*. 2012; 83(3): 257-66. <https://doi.org/10.1902/jop.2011.100782> .
 21. Cakmak O, Tasdemir Z, Aral CA, Dunder S, Koca HB. Gingival crevicular fluid and saliva stress hormone levels in patients with chronic and aggressive periodontitis. *J Clin Periodontol*. 2016; 43(12): 1024–31. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12614> .
 22. Garrido-Urrutia C, Romo-Ormazábal F, Araya D, Muñoz-López D, Espinoza I. Cuidado bucal en mayores dependientes de un programa de cuidados domiciliarios. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral*. 2016; 9(2): 140–5. <https://doi.org/10.1016/j.piro.2016.05.001>.
 23. Gil-Montoya JA, Sánchez-Lara I, Carnero-Pardo C, Fornieles-Rubio F, Montes J, Barrios R, et al. Oral Hygiene in the Elderly with Different Degrees of Cognitive Impairment and Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2017; 65: 642–7. <https://doi.org/10.1111/jgs.14697>.
 24. Leite FRM, Nascimento GG, Scheutz F, López R. Effect of Smoking on Periodontitis: A Systematic Review and Meta-regression. *Am J Prev Med*. 2018; 54(6): 831–41. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.02.014> .
 25. Mendes AAP, Burcii LM, Stigar R, Hauer RD, Moraes SH, Ruthes VRM. O princípio da alteridade como pressuposto para a bioética clínica: em busca de novos aportes epistemológicos. *Thaumazein*. 2016; 10(9): 55–66.
 26. Almeida SM, Delwing F, Assis MPS, Furtado FMS, Azevedo JAP. Responsabilidade Profissional E Documentação Odontológica – Revisão De Literatura. *Rev Bahiana Odontol*. 2017; 8(1): 19-25. <https://doi.org/10.17267/2238-2720revbahianaodonto.v8i1.1180>.
 27. Bhupathi PA, Ravi GR. Comprehensive Format of Informed Consent in Research and Practice: A Tool to uphold the Ethical and Moral Standards. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2017; 10(1): 73–81. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1411>.
 28. Almeida SM de, Carvalho SPM, Radicchi R. Aspectos Legais Da Documentação Odontológica: Uma Revisão Sobre Validade Legal, Privacidade E Aceitação No Meio Jurídico. *Rev Bras Odontol Leg*. 2017; 4: 55–64. <http://dx.doi.org/10.21117/rbol.v4i2.96> .
 29. Almeida CAP, Zimmermann RD, Cerveira JGV, Julivaldo FSN. *Prontuário Odontológico – Uma orientação para o cumprimento da exigência contida no inciso VIII do art. 5º do Código de Ética Odontológica. Relatório Final apresentado ao Conselho Federal de Odontologia pela Comissão Especial instituída pela Portaria CFO-SEC-26, 24 julho 2002.*
 30. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Código De Ética Odontológica Resolução CFO-118 de 11 maio de 2012. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cropr.org.br/uploads/arquivo/6e78019d4c01c2576de61febb33ff295.pdf> . Acesso em 02 de outubro de 2018.
 31. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

- Brasília, DF, 11 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm. Acesso 02 de outubro de 2018.
32. Kliemann A, Calvielli I. Os contratos de prestação de serviços odontológicos à luz da atual teoria dos contratos. *Rev assoc cir dent*, 2007; 61(2): 111–4.
33. Lindhe J, Lang NP KT. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. Plano de tratamento de pacientes com doenças periodontais. In: *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 573–90.
34. Leôncio LL, Batista EPC, Queiroz FS, Nóbrega CBC, Costa LED. Diagnóstico e encaminhamento de pacientes com doenças bucais no serviço público de saúde de Patos- PB : atuação do cirurgião-dentista na referência e contra referência. *Arq Odontol*. 2015; 51(4): 210–5.
35. Taylor GW, Borgnakke WS. Periodontal disease: Associations with diabetes, glycemic control and complications. *Oral Dis*. 2008; 14(3): 191–203. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2008.01442.x>.
36. Corlan Puşcu D, Ciuluvică RC, Anghel A, Mălăescu GD, Ciursaş AN, Popa GV, et al. Periodontal disease in diabetic patients - clinical and histopathological aspects. *Rom J Morphol Embryol*. 2016; 57(4): 1323-9.
37. Sutton JD, Salas Martinez ML, Gerkovich MM. Environmental Tobacco Smoke and Periodontitis in United States Non-Smokers, 2009 to 2012. *J Periodontol*. 2017; 88(6): 565–74. <https://doi.org/10.1902/jop.2017.160725>.
38. Coretti L, Cuomo M, Florio E, Palumbo D, Keller S, Pero R, et al. Subgingival dysbiosis in smoker and non-smoker patients with chronic periodontitis. *Mol Med Rep*. 2017; 15(4): 2007–14. <https://doi.org/10.3892/mmr.2017.6269>.
39. Gupta N, Gupta ND, Goyal L, Moin S, Khan S, Gupta A, et al. The influence of smoking on the levels of matrix metalloproteinase-8 and periodontal parameters in smoker and nonsmoker patients with chronic periodontitis: A clinicobiochemical study. *J Oral Biol Craniofacial Res*. 2016; 6(1): S39–S43. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2015.08.004>.
40. Tachalov VV, Orekhova LY, Kudryavtseva TV, Isaeva ER, Loboda ES. Manifestations of personal characteristics in individual oral care. *EPMA J*. 2016; 7(1): 1–5. <https://doi.org/10.1186/s13167-016-0058-2>.
41. Brasil. Lei n. 11.889 de 24 de dezembro de 2008: Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal-TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal-ASB. Brasília, DF, 24 de dezembro de 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/l11889.htm. Acesso em 02 de outubro de 2018.
42. Angst PDM, Gomes SC, Oppermann RV. Do controle de placa ao controle do biofilme supragengival: o que aprendemos ao longo dos anos? *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2015; 69(3): 252–9.
43. Haas AN, Pannuti CM, Andrade AK, Escobar EC, Almeida ER, Costa FO, et al. Mouthwashes for the control of supragingival biofilm and gingivitis in orthodontic patients: evidence-based recommendations for clinicians. *Braz Oral Res*. 2014; 28:1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2014.vol28.0021>.
44. Petruzzi MNMR, Pithan LH, Figueiredo MAZ, Weber JBB. Informed consent in dentistry: a standard of good clinical practice. *Revista Odonto Ciência*. 2013; 28(1): 23–7.
45. Silva RF, Prado MM, Rodrigues LG, Picoli FF, Franco A. Importância ético-legal e significado das assinaturas do paciente no prontuário odontológico. *Rev Bras Odontol Leg RBOL*. 2016; 3(1): 70–83. <http://dx.doi.org/10.21117/rbol.v3i1.49>.