



ACOLHIMENTO E INSERÇÃO DE PACIENTE ESTRANGEIRO NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA CLÍNICA DE PERIODONTIA II DO UNIFACIG: RELATO DE CASO

Amanda Soares Pereira
Orientadora: Dra. Samantha Peixoto Pereira

Curso: Odontologia Período: 9º Área de Pesquisa: Área da Saúde

Resumo: Para que se possa realizar um tratamento odontológico eficaz, é necessário iniciar pela anamnese, onde pode-se recolher as informações primordiais para à realização do plano de tratamento do paciente, concomitantemente com o tratamento periodontal. Desta forma, o objetivo deste relato de caso é apresentar a realidade precária da saúde bucal de um paciente Sírio, atendido na Clínica Odontológica do Centro Universitário UNIFACIG, e o quanto o tabagismo e doenças crônicas podem prejudicar o tratamento periodontal. Os procedimentos utilizados no tratamento resultam da junção da Terapia Periodontal Básica, que consiste em orientação de higiene oral, raspagem, e utilização de cirurgia periodontal auxiliar à técnica terapêutica. Os resultados demonstram a necessidade de tratamento da Doença Periodontal, tendo como fator etiológico e agravante no presente estudo a presença de Hipertensão Arterial, utilização de Tabaco, associados à doença periodontal, causando alterações no Sistema Imunológico, e levando consequentemente ao processo inflamatório e perda das estruturas do suporte do periodonto. Conclui-se que essa doença resulta em perda acentuada, e destruição do osso alveolar, com formação de fístulas e aftas. E seu tratamento consiste em trabalho multiprofissional, com importância focada na anamnese, devido ao histórico clínico do paciente, além de cessação do uso de tabaco para melhoria dos procedimentos realizados no tratamento.

Palavras-chave: Doença Periodontal. Saúde Bucal. Tabaco. Hipertensão. Tratamento Odontológico.

1. INTRODUÇÃO

Para que se possa realizar um tratamento odontológico eficaz, é necessário iniciar pela anamnese, em que se deve recolher informações primordiais para dar o início à realização do plano de tratamento do paciente com o tratamento periodontal. É importante averiguar e compreender a etiologia da Doença Periodontal Mediada por Biofilme, sabendo que seu fator etiológico são as bactérias periodontopatogênicas, sendo a resposta imunológica associada a fatores extrínsecos e intrínsecos são de suma importância para obter um tratamento com resolubilidade (DENTINO *et al.*, 2013; SLOTS, 2013).

A importância de recepcionar o paciente confortavelmente durante a realização da anamnese, como primeiro contato no atendimento odontológico, possibilita que o mesmo entenda que as perguntas realizadas são de suma importância e que, a partir das dúvidas que surgirem, as mesmas podem ser sanadas e posteriormente ser realizado o exame clínico, com finalidade de atender as expectativas do paciente com vista no tratamento odontológico a ser realizado posteriormente nas próximas consultas (PASSANEZI, 2011).

É importante ressaltar que Periodontia é uma especialidade da área odontológica que trata o periodonto, seja ele de proteção de que é constituído pela gengiva livre e inserida e o de sustentação que é constituído por osso alveolar, cimento radicular e ligamento periodontal (LINDHE, 2010). Logo, a partir dessa denominação, destacando somente a doença provocada por excesso de placa bacteriana, ou seja, o biofilme dental, pode se dividir em gengivite, que é a forma potencialmente reversível da doença, e a periodontite que é a forma mais agressiva da doença, podendo nesse caso ser irreversível (SLOTS, 2013).

A Doença Periodontal é uma doença de carácter inflamatório que afeta o periodonto, com alto nível de prevalência, e é responsável por resultar em perda precoce de elementos dentários. Portanto, pode ocorrer a associação dessa doença com algumas patologias sistêmicas ou genéticas, evidenciando o seu diagnóstico diferenciado, podendo haver oscilações durante o tratamento (DENTINO *et al.*, 2013).

Quando existe uma alteração no periodonto, o mesmo pode ser considerada uma doença periodontal presente, que é causado pelo acúmulo de biofilme, afetando os dentes, ligamento periodontal e que, interação com a gengiva, cimento e o osso alveolar, entre essa inter-relação, tem que estar sadio para obter um bom tratamento odontológico (LINDHE, 2010). Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico com vistas na orientação ao paciente para a saúde periodontal favorável diante da proposta de seu tratamento odontológico.

2.DESENVOLVIMENTO

2.1. Referencial Teórico

A primeira consulta é de extrema importância para se proceder com o tratamento de um paciente, sendo que na anamnese são colhidas todas as informações e dados relevantes para que o cirurgião-dentista possa traçar um plano de tratamento eficaz. Essa importância é relatada na literatura nacional e internacional, como descrito:

Conhecer e entender as definições de saúde gengival e saúde periodontal são fundamentais para avaliar individualmente o risco de desenvolvimento da doença, e assim determinar um correto diagnóstico e tratamento. A saúde gengival clínica está associada a ausência de infiltrado inflamatório e a resposta imunológica do hospedeiro, esse conjunto deve permanecer em homeostasia para que assim a saúde seja mantida. O estado de saúde pode ser avaliado tanto em níveis clínicos quanto histológicos, a junção dessas características funciona como um ponto de partida preventivo que auxilia os profissionais a obterem resultados significativos em qualquer tratamento restaurador (LANG & BARTOLD, 2018, p17).

Queiroz *et al.*, (2008), afirma em seus estudos que as periodontites são uma das doenças crônicas que mais prejudicam as pessoas adultas. Estão em segundo lugar nos índices de doenças bucais, perdendo somente para a cárie dentária, como causa das perdas dentária entre adultos nos países mais desenvolvidos.

Segundo Marín *et al.*, (2015), as doenças periodontais ainda possuem uma característica alta na predominância, apesar de ser facilmente evitadas com a

mudanças dos seus hábitos saudáveis, que envolvem uma higienização oral eficaz e consultas frequentes ao cirurgião-dentista. A alta prevalências das infecções periodontais podem ser resultados das relações entre estas doenças, juntamente com as condições socioeconômicas dos indivíduos, e não apenas das interações biológicas da placa bacteriana encontrada na cavidade bucal.

A Doença Periodontal se dá a partir da aderência da placa bacteriana, sendo considerado um fator etiológico primário da periodontite, mas não somente sua presença pode explicar a grande variação da doença na população. Juntamente com genética, o estudo do hereditário tem papel fundamental nas desordens genéticas da Periodontite, evidenciando o papel dos fatores de risco para a doença. Por essa razão, o sucesso do controle e a prevenção da doença periodontal tornou-se mais eficiente, visto junto com o estudo dos fatores genéticos é possível tratar com individualidade cada um buscando a necessidade de cada paciente (PRADO, 2021, p13).

A gengivite e a periodontite são as primeiras inflamações das doenças periodontais que causam alterações no periodonto. Os fatores etiológicos dessas doenças é o acúmulo de placas bacterianas visíveis, que podem dar início ao processo de destruição ao tecido gengival e no periodonto de inserção. Porém, os pacientes não conhecem a natureza multifatorial da doença inflamatória. Os problemas locais e sistêmicos abrangem um ato em conjunto de atividades da doença, que podem ser manifestadas, seja pela péssima higienização bucal ou pela síntese de mediadores inflamatórios (MAÇANEIRO *et al.*, 2015; CORETTI, 2017).

Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos à periodontite são entidades distintas. A primeira tem sido comumente estudada pelo indicador de sangramento gengival pós-sondagem, enquanto a medição da profundidade de bolsas periodontais tem sido usada como indicador de periodontite. Essas condições devem ser estudadas separadamente, porque, além de terem etiologia diferente, não existem evidências para se afirmar que toda gengivite não tratada sempre progredirá para periodontite (GESSER, PERES & MARCENES, 2001).

Segundo Medeiros & Dias (2014), as doenças periodontais são sempre condições associadas a falta de higienização oral. Essas doenças prevalentes podem definir como uma inflamação crônica dos tecidos periodontais, causada pelas infecções bacterianas que aderem há um processo inflamatório entre a defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção.

Outros processos inflamatórios como as gengivites causam inflamações que por sua vez atingem somente o periodonto de proteção, que são compostos por muco gengival, gengiva marginal livre, papilar, ligamento periodontal, osso alveolar e cimento radicular. Já nas periodontites ocorrem inflamações com o comprometimento do periodonto de sustentação, que são compostos por cimento radicular e osso alveolar e ligamento periodontal (ARORA, 2014).

Segundo Teixeira *et al.*, (2019):

A perda de inserção periodontal é indicadora de risco de periodontite crônica. E para provar sua sentença, utilizou-se de uma pesquisa em um grupo populacional, avaliando associações com características sociodemográficas e comportamentais dos pacientes. Foi comprovado por meio

desse estudo que há uma prevalência no sexo masculino, com idade superior a 55 anos, placas visíveis, com baixa escolaridade, sem orientação de higiene bucal, e ainda portador de doença sistêmica. Em conclusão, a necessidade de atenção ao paciente, confirma as associações de riscos encontradas, inserindo o incentivo ao controle da doença periodontal, com orientações de prevenção e higienização bucal (TEIXEIRA *et al.*, 2019, p2).

Doença periodontal ocorre, na maioria das vezes em pacientes em que sua saúde bucal não é adequada. Visto que quando não há um controle preventivo da microbiota presentes na cavidade oral, permitindo a entrada de agentes patogênicos, dando início ao processo patológico. Há outras doenças que são correlacionadas a maus hábitos, ao clima ou a fatores extrínsecos como microrganismos (SANTOS & SIQUEIRA, 2016).

De acordo com Ah *et al.* (1994), o primeiro aspecto de mecanismo de defesa se dá pela resposta inflamatória presente, sendo caracterizado pela gengivite, associação entre ações imunológicas contra o biofilme supragengival, ocorrendo, portanto, um desequilíbrio entre o processo inflamatório, e o aumento da patogenia das bactérias, que em um processo de progressividade, pode ocasionar a formação de uma periodontite. Portanto, de acordo com as características macroscópicas da gengivite, pode ser verificado a presença de vermelhidão na gengiva, demonstrando processos hemorrágicos, assim como presença de edema, resultando em um estado reversível se o fator etiológico for removido Visvanathan *et al.*, (2014):

Observa-se que o tabagismo é considerado um fator de risco potencial para periodontite crônica, pois o mesmo ocasiona a deterioração da saúde periodontal, afetando a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo. Dessa forma, é aconselhável que os médicos e profissionais de odontologia orientem seus pacientes em termos de riscos potenciais do tabagismo para a sua saúde oral e sistêmica (VISVANATHAN *et al.*, 2014, p7).

Johnson & Hill, (2004) relatam que existem diversos fatores que explicam os efeitos negativos do tabagismo na situação periodontal, modificando a função dos neutrófilos, reduzindo a produção de IgG (imunoglobulina G), diminuição na propagação de linfócitos, aumento da prevalência de patógenos periodontais, alteração na atribuição e adesão de fibroblastos, dificultando na eliminação de patógenos por meio de tratamento mecânico (higiene e fisioterapia oral) e efeitos locais negativos na produção de citocinas e fator de crescimento.

De acordo com Meulmann *et al.* (2013):

Sendo assim, atuar na prevenção da doença periodontal em pacientes que fumam é necessário, destacando que o melhor método preventivo seria o abandono da prática de fumar, já que o fumo influencia na doença periodontal, agrava sua severidade, incidência e dificulta o seu tratamento (MEULMANN *et al.*, 2013, p3).

Para Camargo *et al.* (2016), por esses motivos é indispensável que os cirurgiões dentistas deem informações e muitas orientações aos seus pacientes fumantes sobre os riscos e seus prejuízos. As regiões mais afetadas são, a cavidade

bucal e os tecidos periodontais relacionados ao hábito de ser fumante. É de grande importância que os profissionais odontólogos conscientizem seus pacientes sobre a importância de parar com o consumo de tabaco, pois as doenças periodontais são mais perceptíveis aos pacientes fumantes do que os não fumantes.

Um dos maiores estudos epidemiológicos relatando uma associação entre tabagismo e periodontite é a pesquisa *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III*, que incluiu 12.329 adultos norte-americanos com 20 anos ou mais. Neste estudo, os fumantes atuais foram quatro vezes mais propensos a ter periodontite (definida como um ou mais locais com profundidade de sondagem concomitante de 4 mm e perda de inserção clínica), em comparação com não fumantes após ajuste para idade, raça ou etnia, renda e nível educacional. Fumantes pesados (31 cigarros ou mais por dia), tiveram um risco maior do que os fumantes leves (TOMAR & ASMA, 2000).

Quando uma definição mais estrita de periodontite foi usada (perda média de inserção da boca inteira de 4 mm ou mais), a razão de chances ajustada foi aumentada entre fumantes com 50 anos ou mais (HYMAN & REID, 2003). Para entendimento de um panorama maior, semelhantes achados foram relatados em uma população Sueca quando uma definição restrita de doença foi combinada com fumo pesado. Vários estudos têm demonstrado que as diferenças observadas na prevalência e gravidade da doença entre fumantes e os não-fumantes permanecem após o ajuste para os níveis de placa ou cálculo (CALSINA, RAMON & ECHEVERRIA, 2002; GROSSI *et al.*, 1995; GROSSI *et al.*, 1994). Por exemplo, nas populações brasileira (SUSIN *et al.*, 2004) e tailandesa (TORRUNGRUANG *et al.*, 2005), o risco de doença grave em fumantes pesados foi cinco a oito vezes maior do que em não fumantes quando os níveis de placa foram ajustados. As diferenças no grau de associação entre tabagismo e periodontite nesses estudos pode ser atribuída a diferenças populacionais, incluindo idade, status, padrões de atendimento odontológico, níveis de placa e as várias definições utilizadas para fumar e gravidade da doença. Claramente, estudos de todo o mundo demonstram que fumar é um forte risco fator para a periodontite e contribui substancialmente para a etiologia dos casos mais graves de doença periodontal (TOMAR & ASMA, 2000).

2.2. Metodologia

Este trabalho foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico de artigos científicos. Foram considerados como requisitos importantes, a relevância e a publicação dos estudos. Os artigos que não apresentaram metodologia adequada ou não abordavam a área de interesse foram descartados. As palavras-chave utilizadas na busca foram: doença periodontal, saúde bucal, tabaco e tratamento odontológico; sendo que somente artigos relevantes para a temática em questão e publicados em inglês e/ou português em revistas científicas foram usados para confeccionar a discussão do estudo.

A segunda parte da pesquisa é constituída por um estudo de relato de caso de um tratamento periodontal que envolveu, raspagem supragengival, subgengival, cirurgia de remoção de resto radicular, retirada de ponte contínua fixa e exame de imagem (panorâmica), para a finalidade de plano de tratamento. O paciente procurou pelo atendimento na clínica odontológica da UNIFACIG. Os atendimentos foram realizados com o consentimento e autorização de publicação de imagem, resultado de exames, fotografias e documentação assinada pelo o próprio paciente por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

2.3. Relato de Caso / Discussão

O presente estudo trata-se de um relato de caso utilizado com o objetivo científico de apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), como requisito básico para obtenção do título de cirurgião dentista. O plano de tratamento proposto ao paciente foi intervir em sua doença periodontal, e está apresentado na figura 2 (Figura 2- Rx Panorâmico). Os resultados apresentam os procedimentos que foram realizados para melhoria da saúde bucal do paciente, e sua qualidade de vida. Para execução do tratamento, o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Figura 1) que subsidiou a divulgação do caso em imagens.

FIGURA 1 – Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante no prontuário do paciente

PRONT. Nº.: _____

AUTORIZAÇÃO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento à UNIFACIG para, por intermédio de seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, fazer o diagnóstico, planejamento e executar o tratamento em minha pessoa de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da especialidade.

Tenho pleno conhecimento de que esta clínica, a qual me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução, demonstração e o ensino para estudantes e profissionais da Odontologia.

Declaro que, ao submeter-me a tratamentos odontológicos complexos, existe o risco de insucesso, podendo haver posteriormente, necessidade de complementação cirúrgica ou protética, o que não exclui a possibilidade até mesmo a perda do(s) dente(s) em tratamento.

Concordo plenamente também que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos, resultados de exames clínicos e laboratoriais e quaisquer outras informações referentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento constituem propriedades exclusivas desta Instituição, qual dou pleno direito de retenção e uso para qualquer fim de ensino e divulgação, seja em aulas, congressos, slides, jornais e revistas, do país e do exterior.

Nome do paciente(legível): Jad Munzer

Documento de identificação: 062.932.887,81

Assinatura do paciente ou Responsável Legal: JAD MUNZER

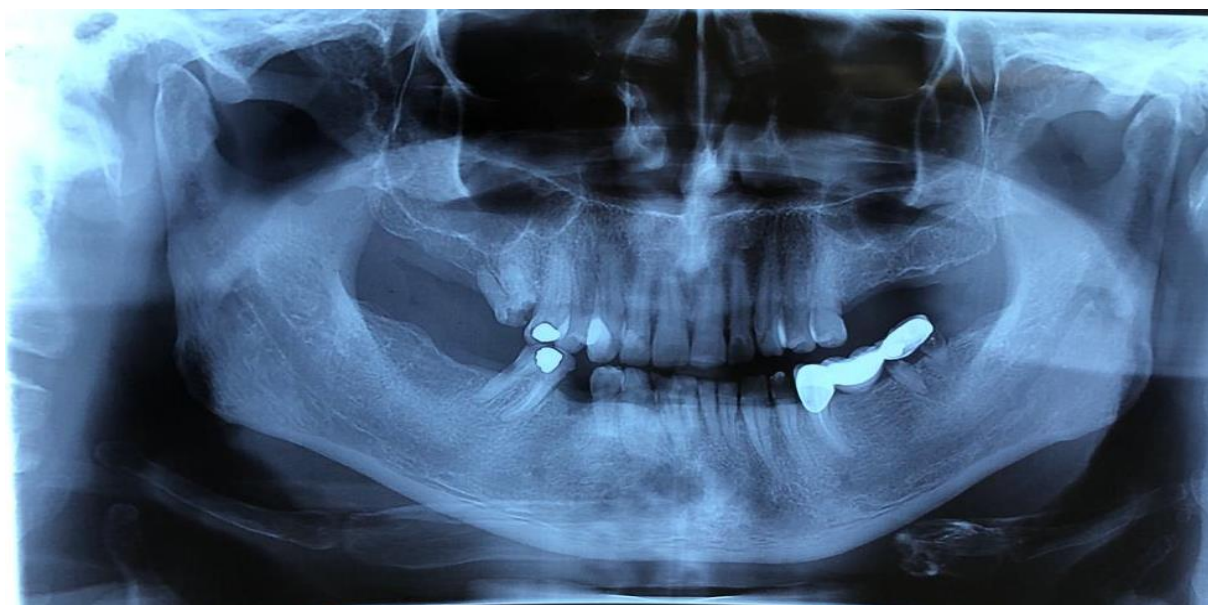
Manhuaçu, 28, de setembro, de 20 21

Fonte: Autoras, 2022.

Esse trabalho apresenta especificamente um relato de caso clínico de um paciente do sexo masculino com inicial J.M. de 43 anos de idade, com entrada de seu atendimento no dia 28/09/2021. Inicialmente J.M. compareceu a clínica odontológica do UNIFACIG relatando já ter feito tratamento odontológico no seu país de origem, a Síria, entretanto, apresentando Biofilme dental, e mobilidade dentária nos elementos 24, 25 e 26. A posteriori, foi realizado anamnese, Exame Clínico, orientação de higiene oral, profilaxia, raspagem supra gengival, e jato de bicarbonato.

De maneira complementar, foram realizados exames de imagem radiográfico panorâmico (Figura 2) e Figura 3 do sorriso, para obter um melhor diagnóstico, seguido de remoção do elemento 36 e 37 (Figura 4), por conter resto radicular por baixo da prótese, e extração do resto radicular 16, necessitando de uma cirurgia para a retirada dos restantes radiculares. Por fim, foi feita uma endodontia nos elementos 12, 22 e 34. O paciente também relatou precariedade no atendimento odontológico do seu país de origem durante a anamnese, e por conta de sua alteração sistêmica, associada ao tabagismo, ocasionou uma dificuldade no processo de reabilitação oral. Portanto, foram passadas orientações explicando ao mesmo o quão importante seria segui-las de forma minuciosa evitando assim quaisquer complicações.

FIGURA 2- Rx Panorâmico.



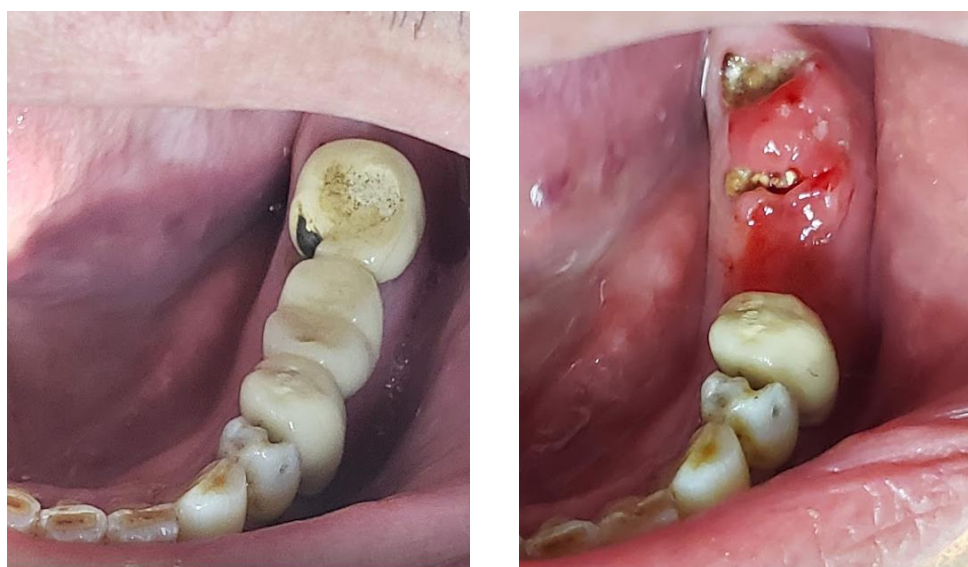
Fonte: Autoras, 2022.

FIGURA 3 – Vista Frontal das arcadas superior maxila e inferior mandíbula



Fonte: Autoras, 2022.

FIGURA 4 – Vista oclusal dos elementos/dentes 36 e 37 na ponte fixa confeccionada no país de origem do paciente e na imagem direita região com os restos radiculares do elemento 37 após remoção da ponte fixa.



Fonte: Autoras, 2022.

2.3. Discussão de Resultados

Os tratamentos odontológicos cada vez mais exigem dos profissionais uma pluralidade de domínios e conhecimentos, o que torna inviável a realização desse procedimento de maneira individual. Nesse cenário nota-se a importância do tratamento

odontológico integrado que implica na restauração do meio bucal, com o objetivo principal de proporcionar a saúde periodontal, restaurar a estética e a função mastigatória. A promoção da saúde é uma etapa de extrema importância no processo terapêutico, pois tem o poder de exercer o autocontrole e a conscientização do paciente sobre os fatores envolvidos no processo saúde-doença, estimulando a melhora de sua saúde bucal. Nesse aspecto, a anamnese se mostra de extrema importância por apresentar o histórico de saúde e hábitos do paciente, etapa essa que deve integrar o processo de tratamento odontológico (BRAGGER *et al.*, 1992).

As doenças periodontais são um grupo de doenças inflamatórias, podendo levar a um processo de cronificação, tendo como fator associado a presença de bactérias periodontopatogênicas. O tratamento apresenta três fases: não-cirúrgica, cirúrgica, e tratamento periodontal de suporte. Fumantes geralmente respondem menos favoravelmente ao tratamento periodontal não cirúrgico, em comparação com não fumantes. Numerosos estudos clínicos de acompanhamento relataram que pacientes fumantes apresentaram maior profundidade à sondagem na presença de Bolsas Periodontais (JIN *et al.*, 2000; ARDAIS *et al.*, 2014). Esses resultados vão ao encontro do caso relatado nesse estudo, em que o paciente é tabagista, o que pode trazer malefícios em seu tratamento.

Na década de 1970, foi realizado um estudo em que se comparou 400 fumantes e não-fumantes, e observou-se aumento da formação de cálculo supragengival e subgengival, e maior inflamação gengival em fumantes (ALEXANDER, 1970). Na década de 1980, Solomon *et al.*, (1968) coletaram uma amostra de 17.978 pacientes do ambulatório *Roswell Park Memorial Institute* nos Estados Unidos, cuja faixa etária variava de 20 a 75 anos. A comparação entre indivíduos de mesmo sexo e idade que fumavam ou haviam fumado, e os que nunca haviam fumado revelou que, tanto em homens como em mulheres, o hábito de fumar cigarros definitivamente aumenta a prevalência de doença periodontal, e dificulta o tratamento com insucessos em procedimentos como raspagem supragengival e subgengival.

Portanto, a diminuição do uso do tabaco vem sendo sugerida para reduzir o risco de complicações, tanto na parte da periodontia, como na cirúrgica e cicatrização de feridas cirúrgicas. Há estudos clínicos que esclarecem a relação entre os componentes do cigarro e a cicatrização. Alguns falam sobre o tempo necessário para interrupção do cigarro para evitar diversas complicações, tanto na saúde bucal ou na sistêmica. No entanto, não é encontrado na literatura um período ideal de cessação para redução de complicações da ferida periodontal ou cirúrgica, além de não se ter achados que estabeleça um tempo para o intervalo ideal (CAVICHIO *et al.*, 2014).

Ademais, é importante ressaltar que a presença de Hipertensão Arterial, associado a fatores intrínsecos como o Diabetes Melitus, podem desencadear um maior risco para o desenvolvimento de alterações cardiovasculares, sendo que, estudos relatam que a presença de doenças do sistema circulatório, juntamente com fatores extrínsecos, como alimentação inadequada e precariedade da higiene oral, podem ocasionar maior propensão ao desenvolvimento de doenças periodontais (LOPES, 2010).

As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as principais causas de óbito na contemporaneidade, sendo que a aterosclerose é o que mais ajuda a estabelecer tal fato. (ROSA JR. *et al.*, 2009).

A hipertensão arterial sistêmica é a DCV mais prevalente e o principal fator de risco para lesão cardíaca e cerebrovascular além de contribuir nas periodontias (PAIZAN, 2009).

3. CONCLUSÃO

Mediante ao caso representado, é importante destacar que a anamnese, exames físicos e planejamento juntamente com a colaboração do paciente são de suma importância para obter sucesso no tratamento periodontal. Além disso, por meio do relato de caso supracitado, que teve como intuito demonstrar a importância da saúde bucal e periodontal, e o consenso entre os cirurgiões dentistas, que a colaboração do paciente é imprescindível para se ter um bom prognóstico, e sucesso do tratamento reabilitador.

4. REFERÊNCIAS

AH, M. K. **The effect of smoking on the response to periodontal therapy.** J Clin Periodontol, 21 p.91–97, 1994.

ALEXANDER, A. G. **The relationship between tobacco smoking calculus and plaque accumulation and gingivitis.** Dent Health, 9:6-91, 1970.

ARDAIS, R. et al. **The effect of smoking on bleeding on probing after nonsurgical periodontal therapy: a quasi-experimental study.** Braz Oral Res, 28:1-7, 2014.

ARORA, N., MISHRA, A., CHUGH, S. **Microbial role in periodontitis: Have we reached the top? Some unsung bacteria other than red complex.** J Indian Soc Periodontol, v. 18, n. 3, p. 9-13, 2014.

BRAGGER, U. et al. **Surgical lengthening of the clinical crown.** J Clin Periodontol. 19(1): 58-63, 1992.

CALSINA, G., RAMON, J. M., ECHEVERRIA, J. J. **Effects of smoking on periodontal tissues.** J Clin Periodontol, 29: 771–776, 2002.

CAMARGO, G.A. et al. **Aspectos clínicos, microbiológicos e tratamento periodontal em pacientes fumantes portadores de doença periodontal crônica: revisão de literatura.** Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 73, n. 4, p. 325-30, 2016.

CORETTI, L. et al. **Subgingival dysbiosis in smoker and non-smoker patients with chronic periodontitis.** Molecular Medicine Reports, 15 (1): 2; 07-14, 2017.

DENTINO, A. et al. Principles of periodontology. **Periodontology 2000**, 61(1), p. 16-53, 2013.

GESSER, H. C. et al. **Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos.** Rev Saúde Pública, 35(3) p.289-93, 2001.

GROSSI, S. G. et al. **Assessment of risk for periodontal disease I. Risk indicators for attachment loss.** J Periodontol, 65: 260–267, 1994.

GROSSI, S. G. et al. **Assessment of risk for periodontal disease II. Risk indicators for alveolar bone loss.** J Periodontol, 66: 23–29, 1995.

HYMAN, J. J., REID, B. C. **Epidemiologic risk factors for periodontal attachment loss among adults in the United States.** J Clin Periodontol, 30: 230–237, 2003.

JIN, L. et al. **Comparison of treatment response patterns following scaling and root planing in smokers and non-smokers with untreated adult periodontitis.** J Clin Dent, 11(2):35-41, 2000.

JOHNSON, G. K., HILL, M. **Cigarette smoking and the periodontal patient.** J Periodontol. 75(2):196-209, 2004.

LANG N. P; BARTOLD P. M. Periodontal health. **J Periodontol. 89(Suppl 1):S9-S16, 2018.**

LINDHE, J. et al. **Tratado de Periodontia clínica e implantodontia oral.** 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1326, 2010.

MAÇANEIRO, C. A. R. et al. **Nível de informação sobre doenças periodontais: relação com o grau de escolaridade.** FOL, 25(2) p. 11-18, 2015.

MARÍN, C; BOTTAN, E. R; MAÇANEIRO, C. A. Visão de profissionais da saúde sobre a inserção do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar/vision of health professionals on the insertion of the dental surgeon in the hospital environment. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 1, 2015.

MEDEIROS, G. V. P., DIAS, K. S. P. A. **A influência do tabagismo na doença periodontal: Uma Revisão de Literatura.** Rev. Mult. Psic. V.12, N. 40, 2018.

MEULMAN, T. et al. **One stage, full-mouth, ultrasonic debridement in the treatment of severe chronic periodontitis in smokers: a preliminary, blind and randomized clinical trial.** J Int Acad Periodontol, v. 15, n. 3, p. 83-90, 2013.

PASSANEZI, E. et al. **Distâncias Biológicas Periodontais – Princípios para a reconstrução periodontal, estética e protética.** 1 ed. Artes Médicas, 2011.

QUEIROZ, C. M. et al. Avaliação da condição periodontal no idoso. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 156-159, 2008.

PRADO, L. L. **Fatores predisponentes para o acometimento da doença periodontal: revisão de literatura.** UNIFACIG, 2021.

SANTOS, V., SIQUEIRA, L. C. **Tabaco e Doenças Periodontais.** Rev. Cient. In FOC, v. 1, n. 1, p. 89-98, 2016.

SLOTS, J. Periodontology: past, present, perspectives. **Periodontology 2000**, 62(1), p. 7-19, 2013.

SUSIN, C. et al. **Periodontal attachment loss in an urban population of Brazilian adults: effect of demographic, behavioral, and environmental risk indicators.** J Periodontol, 75: 1033–1041, 2004.

TEIXEIRA, F. C. F. et al. Perda de Inserção Periodontal e Associações Com Indicadores de Risco Sociodemográficos e Comportamentais. **Araraquara, Rev. odontol.** UNESP dez. 2019.

TOMAR, S. L., ASMA, S. **Smoking-attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey.** J Periodontol, 71: 743–751 2000.

TORRUNGRUANG, K. et al. **The effect of cigarette smoking on the severity of periodontal disease among older Thai adults.** J Periodontol, 76: 566–572, 2005.

VISVANATHAN, R. et al. **Effect of Smoking on Periodontal Health.** J Clin Diagn Res, v. 8, n. 7, p. 46-49, 2014.