

Terapia Periodontal de Suporte: Objetivos, Procedimentos e Intervalos

Supportive Periodontal Therapy: Objectives, Procedures and Intervals

Talita Souza Dantas^{a*}; Éverton Ribeiro Lelis^a; Josemar Martins Ferreira^a; Sara Rodrigues Renovato^a;
Lucas Zago Naves^b; Alfredo Júlio Fernandes-Neto^a; Denildo de Magalhães^a

^aUniversidade Federal de Uberlândia, MG, Brasil

^bUniversidade Estadual de Campinas, SP, Brasil

*E-mail: talitadantas_@hotmail.com

Recebido: 26 de junho de 2011; Aceito: 17 de outubro de 2011.

Resumo

A Terapia Periodontal de Suporte (TSP) denota a necessidade básica dos procedimentos terapêuticos para que os pacientes, por meio de esforços próprios, possam controlar a infecção periodontal, sendo considerada abordagem que está diretamente relacionada com o sucesso da terapia periodontal como um todo. Inúmeras experiências clínicas sobre os efeitos em longo prazo do tratamento de periodontite têm demonstrado que manutenção profissional cuidadosa pós-terapêutica é parte integrante do tratamento periodontal, constituindo o único meio de garantir a manutenção por longo período dos efeitos benéficos da terapia. Assim, o objetivo desse artigo é revisar alguns aspectos relacionados à TSP, incluindo filosofia e periodicidade do tratamento, índices para controle periodontal, abordagem profissional, recursos e técnicas disponíveis bem como o processo de reavaliação de pacientes. A avaliação desses tópicos permite afirmar que a TSP é pré-requisito indiscutível para garantir resultados benéficos dos tratamentos com manutenção dos níveis de inserção clínica por longos períodos de tempo, mesmo que abordagens em relação à avaliação contínua do risco nos níveis do paciente, dos dentes e dos sítios dos dentes representem desafio para o conceito da TSP.

Palavras-chave: Doenças Periodontais. Índice Periodontal. Manutenção Preventiva.

Abstract

Supportive Periodontal Therapy (SPT) denotes the basic need of therapeutic procedures in order patients can control periodontal infection through their own efforts, considering the approach that is directly related to the success of the periodontal therapy as a whole. Several clinical experiences on long-term effects of periodontitis treatments have shown that a careful professional post-therapeutic maintenance therapy is part of the periodontal treatment, consisting in the only means of assuring the maintenance of the therapy beneficial effects in long term. This paper aims to review a few aspects related to SPT, including philosophy and frequency of treatment, periodontal control indexes, professional approach, available resources and techniques, as well as the process of reassessing patients. The analysis of those topics allows us to state that SPT is an undeniable prerequisite to ensure beneficial outcomes of periodontal treatment with maintenance of clinical attachment levels for long periods, even though approaches to continuous assessment of the patient's risk levels, teeth and tooth sites pose a challenge to SPT concept.

Keywords: Periodontal Diseases. Periodontal Index. Preventive Maintenance.

1 Introdução

O sucesso do tratamento periodontal requer um programa positivo, direcionado à manutenção e à melhora dos resultados do tratamento, como também à prevenção do desenvolvimento de novas doenças¹. Após o tratamento ativo, os pacientes são colocados em um programa de visitas periódicas de manutenção denominada Terapia Periodontal de Suporte (TPS). Em 2003, a Academia Americana de Periodontia (AAP) sugeriu que a terminologia utilizada para a terapia fosse Manutenção Periodontal (MP)².

Outros autores concluíram que pacientes que não são mantidos em programa de manutenção supervisionado subsequente ao tratamento ativo mostram sinais de recorrência da doença³⁻⁵. Por outro lado, pacientes mantidos em MP em intervalos regulares experimentam menor perda de inserção e perda dentária que pacientes que recebem menos ou nenhuma MP⁶.

As questões mais importantes relacionadas com a TPS

se relacionam com a efetividade do tratamento, frequência ideal, adequação às necessidades do paciente e higiene bucal pessoal. O sucesso do tratamento depende do esforço conjunto do paciente e do profissional⁷. Porém, a literatura mostra que a colaboração do paciente é na maioria das vezes pequena⁸.

Com isso, técnicas de motivação e reforço devem ser consideradas durante esse período de manutenção, pois a adesão pelo paciente a esse tratamento é um problema. Estudo⁹ revela que 25,2% de 1283 pacientes avaliados no Brasil não retornaram para as consultas de TPS. Entre os que retornaram apenas 40,1% apareceram regularmente. Confirmando esses dados, outro estudo¹⁰ relatou que em amostra de 414 pacientes na Itália somente 30% manteve o tratamento após 5 anos.

A TPS se inicia imediatamente após a conclusão da terapia ativa. O risco é então avaliado e determina-se o intervalo entre as consultas de manutenção. O objetivo desse estudo é definir a Terapia Periodontal de Suporte, assim como suas etapas, recursos e técnicas com base na literatura revisada.

2 Desenvolvimento

2.1 Filosofia e periodicidade

Durante os últimos 30 anos, uma relação de causa-efeito entre o acúmulo do biofilme bacteriano nos dentes e o desenvolvimento da gengivite foi provada¹¹. Após a remoção do biofilme foi analisado a melhora dos tecidos. Mais tarde, o relacionamento desse acúmulo e o desenvolvimento da doença periodontal, caracterizado pela perda de inserção de tecido conjuntivo e reabsorção do osso alveolar, foi mostrado em laboratório com animais¹².

A Manutenção Periodontal (Terapia Periodontal de Suporte) visa à conservação dos resultados obtidos da terapia periodontal ativa ou da fase terapêutica associada à causa. Uma cuidadosa manutenção profissional pós-terapêutica é parte integrante do tratamento periodontal e é o único meio de garantir seus efeitos benéficos.

A Manutenção Periodontal é uma extensão do tratamento periodontal e corresponde aos procedimentos realizados em intervalos selecionados para permitir aos pacientes previamente tratados de doenças periodontais a manutenção, em longo prazo, do estado de saúde obtido com o tratamento, prevenindo-se a recorrência e a progressão da doença⁶.

Através de acompanhamento do paciente com idas regulares aos profissionais, a reinfecção pode ser prevenida ou mantida em incidência mínima. Essas visitas regulares irão servir como mecanismo positivo de resposta entre o paciente e o cirurgião-dentista com o propósito de garantir que os pacientes tenham a oportunidade de manter suas dentições saudáveis por um período de tempo mais longo possível¹³.

Difícilmente há um consenso considerando a frequência das consultas de manutenção, embora haja alguns aspectos a serem considerados: o padrão de higiene oral individual do paciente, a prevalência dos sítios que exibem sangramento à sondagem, o nível de inserção e o comprimento do osso alveolar antes da terapia. Por meio desses aspectos podemos saber quais são os pacientes que possuem controle de biofilme inadequado e/ou prevalência concomitante alta de sítios que sangram. Assim, programar retornos mais frequentes que os pacientes que exibem excelente controle do biofilme e os tecidos gengivais saudáveis¹³.

Normalmente, os níveis de inserção clínica são estáveis seis meses após o tratamento periodontal ativo, portanto tem sido sugerido que os primeiros seis meses após o fim da terapia sejam considerados uma fase de cicatrização, durante a qual é recomendada frequente limpeza profissional dos dentes¹⁴.

Parece razoável começar uma manutenção pós-terapêutica com visitas uma vez a cada 3-4 meses podendo posteriormente diminuir ou prolongar os intervalos, sempre seguindo os aspectos discutidos como critério de decisão¹⁴.

2.2 Índices para controle periodontal

Ao contrário do diagnóstico periodontal inicial, que considera as sequelas do processo da doença, ou seja, documenta a perda de inserção periodontal, concomitante formação de bolsas periodontais e a existência de inflamação, o diagnóstico clínico durante a terapia periodontal de suporte é baseado na variação do estado de saúde obtido após o sucesso do tratamento periodontal ativo, o que por sua vez, significa que novos dados clínicos deverão ser obtidos, visto que o objetivo da terapia periodontal ativa foi alcançado e a saúde periodontal restaurada¹⁵.

Em circunstâncias ideais, seria a Terapia Periodontal de Suporte (TSP) capaz de manter estáveis os níveis de inserção clínica por muitos anos. Por isso, é apto para determinar os parâmetros clínicos que possam servir como indicadores precoces para um novo episódio ou recorrência do processo da doença periodontal, reinfecção e progressão de destruição periodontal de um tratamento periodontal anterior¹⁶.

Os intervalos de tempo entre avaliações devem ser escolhidos com base no perfil de risco e os benefícios esperados para o paciente. Ele deve entender que, até agora, o uso de perfis de risco individual para determinar o conteúdo e a frequência dos serviços de prevenção têm demonstrado bons resultados^{3, 17, 18}. A determinação dos níveis de risco, portanto, evitam tanto subtratamento quanto tratamento excessivo, durante a TSP¹⁶.

Todo o espectro de fatores e indicadores de risco deve ser avaliado simultaneamente, incluindo os seguintes aspectos:

1. Porcentagem de sangramento à sondagem;
2. Prevalência de bolsas residual superior 4 mm (> 5 mm);
3. Perda de dentes, total de 28;
4. Perda de suporte periodontal em relação à idade do paciente;
5. Condições sistêmicas;
6. Fatores ambientais como fumo.

2.2.1 Higiene oral

Visto que a placa bacteriana é, sem dúvida, o agente etiológico mais importante para a ocorrência da doença periodontal, é evidente que a relação do acúmulo bacteriano em toda a cavidade oral tem papel essencial na determinação do risco para recorrência da doença. Estudos publicados ainda não identificaram nível de infecção da placa compatível com a manutenção da saúde periodontal. Porém, em padrão clínico, um registro de controle de placa de 20-40% pode ser tolerada pela maioria dos pacientes. É importante compreender que a quantidade de placa dentro da boca tem relação com a resposta do hospedeiro, isto é, com os parâmetros inflamatórios¹³.

2.2.2 Porcentagem de sangramento a sondagem

O sangramento após sondagem delicada representa parâmetro inflamatório objetivo que tem sido incorporado aos sistemas de índices para avaliação das condições periodontais e é também usado como parâmetro em si. No sangramento, a

sondagem reflete, pelo menos em parte, a adesão do paciente e os padrões de higiene oral. Mesmo que não tenha sido estabelecido nível aceitável de prevalência de sangramento à sondagem acima do qual exista risco maior para recorrência de doença, prevalência de 25% do sangramento à sondagem foi o ponto limite entre pacientes com estabilidade periodontal mantida por 4 anos e pacientes com recorrência de doença em estudo prospectivo feito em clínica particular¹³. Outros estudos apresentam dados similares, apontando a uma porcentagem de sangramento à sondagem entre 20 e 30% que determinam um alto risco para progressão da doença^{19,20}.

A porcentagem de sangramento à sondagem representa a habilidade do paciente para controlar adequadamente a placa, a resposta do hospedeiro à presença de bactérias e a adesão do paciente à terapia, portanto é utilizada como primeiro fator de risco. Indivíduos com baixas médias de porcentagem de sangramento à sondagem (<10% das superfícies) podem ser considerados pacientes de baixo risco para a recorrência da doença, enquanto pacientes com média de porcentagem de sangramento superior a 25% devem ser considerados de alto risco para reinfecção¹⁶.

2.2.3 Prevalência de bolsas residuais maiores do que 4mm

A contagem das bolsas residuais com profundidade de sondagem maior do que 4mm representa até certo ponto grau de sucesso do tratamento periodontal. A presença de altas frequências de bolsas residuais profundas e o aumento da profundidade de bolsas durante a terapia periodontal de suporte tem sido associada ao alto risco de progressão da doença^{19,20}.

Na avaliação do risco do paciente para a progressão da doença, o número de bolsas residuais com profundidade de sondagem ≥ 5 mm é considerado o segundo indicador de risco para a ocorrência da doença. Indivíduos com até quatro bolsas residuais podem ser considerados pacientes com risco relativamente baixo, enquanto os pacientes com mais de oito bolsas residuais podem ser considerados pacientes com alto risco a recorrência da doença¹⁶.

2.2.4 Perda de dentes de um total de 28 dentes

Embora a razão para a perda dos dentes possa ser desconhecida, o número de dentes remanescentes na dentição reflete a funcionalidade da dentição. Uma vez que a perda do dente representa ponto final no histórico do paciente, de uma doença oral ou trauma, é evidente que esse risco deve ser incorporado ao terceiro parâmetro na avaliação de risco. Pacientes com até quatro dentes perdidos podem ser considerados de baixo risco, enquanto pacientes com mais de oito dentes perdidos podem ser considerados de alto risco¹³.

2.2.5 Perda de suporte periodontal em relação à idade do paciente

A extensão e a prevalência da perda de inserção periodontal (isto é, experiência prévia da doença e suscetibilidade), como avaliadas em radiografias pela altura do osso alveolar, podem representar o mais óbvio indicador de risco do paciente quando relacionado com sua idade¹⁶.

A estimativa da perda de osso alveolar é feita a partir da região posterior da maxila com radiografias periapicais, em que o sítio mais afetado é de certo modo observado pelo percentual de perda no comprimento radicular, ou em radiografias bite-wing, em que o sítio mais afetado é estimado em mm. Um mm é equivalente a 10% de osso perdido. O percentual então é dividido pela idade do paciente, o que resulta em um fator¹⁶.

No estabelecimento do risco do paciente para a progressão da doença, a extensão da perda de osso alveolar em relação à idade do paciente é considerada o quarto indicador na avaliação de risco¹⁶.

2.2.6 Condições sistêmicas

No estabelecimento do risco do paciente para a progressão da doença, fatores sistêmicos só serão considerados, se conhecidos, como quinto indicador na avaliação de risco para recorrência da doença. Caso não sejam conhecidos ou não estejam presentes, os fatores sistêmicos não serão considerados para avaliação geral do risco¹⁶.

2.2.7 Pacientes fumantes

O consumo de tabaco afeta a suscetibilidade e o resultado do tratamento da periodontite do adulto. As explicações clássicas para essas observações incluem a associação entre o hábito de fumar e a higiene oral precária, assim como a falta de cuidado com a saúde em geral¹³.

No estabelecimento do risco do paciente para a progressão da doença, fatores ambientais, como o fumo, devem ser considerados o sexto fator para a recorrência da doença. Enquanto não-fumantes (NF) e ex-fumantes (EF) (que interromperam há mais de 5 anos) apresentam baixo risco para a recorrência da periodontite, os fumantes assíduos (FA), definidos como aqueles que fumam mais de um maço por dia são considerado de alto risco. Fumantes ocasionais (FO<10 cigarros por dia) e moderado (FM) podem ser considerados de risco moderado para a progressão da doença¹⁶.

Assim, com a análise desses índices e posterior determinação de risco do paciente pode-se estimar o risco de suscetibilidade para progressão da doença periodontal, sendo que todos esses fatores devem ser observados e analisados em conjunto, sendo então, útil para programar a frequência e a forma de abordagem das visitas de TPS.

2.7 Abordagem profissional e recursos e técnicas

Profilaxias periódicas são importantes na manutenção e promoção de saúde periodontal, seja em crianças, cuja faixa etária que é bastante estudada nesse aspecto, ou mesmo em adultos. Pode-se dizer que esse cuidado deve ser uma rotina no consultório odontológico, principalmente em pacientes previamente tratados de doenças periodontais, sendo o objetivo dessa Terapia Periodontal de Suporte a manutenção, em longo prazo, do estado de saúde obtido com o tratamento, prevenindo-se a recorrência e a progressão da doença^{2, 21}.

De acordo com estudos longitudinais²²⁻²⁴ pacientes com gengivite quando tratados e submetidos à TPS, apresentam melhor controle de placa e menor perda de inserção quando comparado com os pacientes sem esse acompanhamento periodontal. A prevenção da inflamação gengival e da perda precoce de inserção desses pacientes com gengivite depende principalmente do nível de controle pessoal de placa, bem como de medidas adicionais para reduzir seu acúmulo¹³.

Em pacientes com periodontite, a TPS passa a ter importância fundamental, visto que há pequena parcela dos pacientes em há a recorrência da infecção periodontal, principalmente nos casos de periodontite avançada. Estudo longitudinal de 14 anos mostrou que essa parcela é de 25% dos pacientes, ocorrendo em intervalos de tempo imprevisíveis²⁵. Nesses casos de periodontite avançada, os pacientes podem necessitar de TPS em intervalos de tempos mais regulares e mais curtos (3-4 meses), enquanto que para os pacientes com periodontites leves e moderadas uma visita anual pode ser o suficiente. Portanto, a avaliação contínua do risco, dos dentes e dos sítios dos dentes representa desafio para o conceito da TPS, visando à manutenção dos níveis de inserção clínica por longos períodos de tempo¹³.

A avaliação do risco dentário também é importante, uma vez que pode estar em relação com a doença periodontal. O apinhamento dentário pode afetar na quantidade de placa com práticas de higiene oral irregulares, contribuindo para o desenvolvimento da gengivite crônica. Dentes multirradiculares com envolvimento de furca têm o prognóstico menos favorável quando comparados aos outros dentes, porém a TPS pode melhorar seu prognóstico.

Os fatores iatrogênicos como restaurações com polimento insatisfatório²⁶ sobre contorno e margens de coroas mal-adaptadas certamente representam áreas para a retenção de biofilme e/ou placa, possibilitando o aumento de risco para doença periodontal, principalmente quando os excessos estão localizados subgengivalmente, aumentando o risco de destruição periodontal^{13, 26}. O subcontorno das restaurações é mais um fator a ser considerado, pois favorece a impacção alimentar no sulco gengival e afeta na efetividade da higienização²⁶.

O suporte periodontal residual ou nível de inserção óssea é bastante discutido na literatura, sendo que para trabalhos protéticos têm-se como fundamento a manutenção de dentes

com perda óssea de, no máximo, até a metade do comprimento do dente e ausência de mobilidade, ou seja, a situação limítrofe para a reabilitação protética é com a proporção coroa/raiz de 1:1, sendo o ideal de 2:1, porém raro de acontecer e uma condição ótima é com a proporção de 2:3²⁷.

E, por fim, na avaliação do risco dentário, tem-se a mobilidade dental. Essa mobilidade pode ser induzida por dois fatores: lesões traumáticas progressivas, o que causa reabsorção óssea das paredes alveolares; e pela altura óssea, quanto menor a altura, maior a mobilidade¹³. A avaliação de risco no nível dentário pode ser utilizada na avaliação do prognóstico e da função para os dentes, indicando possíveis necessidades de intervenções específicas durante as visitas da TPS¹³.

O acompanhamento radiográfico pode ser feito para verificar a progressão da doença periodontal, portanto em casos que há sinais e sintomas de não regressão, pois do contrário não se deve utilizar esse exame complementar apenas para confirmar a saúde do periodonto¹³. Outro exame complementar que tem ganhado espaço na odontologia é a Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC), ou método Cone Beam, que pode ser utilizado, mas segundo o estudo de Misch e colaboradores, não há diferença significativa na capacidade de revelar defeitos ósseos nas interproximais quando comparada às técnicas radiográficas periapical e interproximal²⁸.

2.8 Reavaliação

Segundo a Academia Americana de Periodontia (AAP), a manutenção periodontal se inicia após a conclusão do tratamento periodontal ativo e continua com retornos periódicos ao longo da vida da dentição, prevenindo a progressão e a recorrência da doença periodontal.²⁹ Assim, é imprescindível determinar a frequência desses retornos, o que é possível após o primeiro nível de avaliação. Autores afirmam que a primeira chamada deve ser marcada dentro do prazo de 40 a 60 dias após o término do tratamento, tempo que os autores consideram próprio tanto para avaliar o andamento da higienização bucal quanto para socorrer eventuais alterações que possam surgir sem que haja evolução das mesmas.³⁰ Relatam ainda, que os intervalos entre os controles são determinados por vários fatores psíquicos, biológicos e clínicos associados, como a conscientização e conduta do paciente frente ao tratamento, urgência e gravidade do caso, índice de higienização, suscetibilidade às doenças periodontais, idade, estado de saúde geral, tipo de terapêutica programada no início do tratamento e do tratamento continuado. O intervalo de consulta de retorno para pacientes no primeiro ano de tratamento não deveria ser maior que três meses¹ e a consulta de chamada deve ser planejada a partir da necessidade individual de cada paciente¹³.

É proposto que a consulta na TPS seja dividida em quatro etapas: 1) exame, reavaliação e diagnóstico (ERD); 2) motivação, reinstrução e instrumentação (MRI); 3)

tratamento dos sítios reinfectedos (TRS) e; 4) polimento de toda a dentição, aplicação de flúor e determinação da próxima rechamada (PFD)¹³.

Na primeira etapa é necessário atualizar os dados de saúde geral do paciente, realizar exame extra-oral e intra-oral para detectar qualquer anormalidade, avaliar os fatores de riscos já citados e, ocasionalmente, realizar radiografias convencionais dos sítios necessários. Na MRI, a motivação do paciente é fator crucial, o paciente deve ser motivado a realizar adequada higiene oral, seguir todas as orientações e retornar às consultas regularmente. Porém, muitos estudos mostraram que o índice de cooperação dos pacientes aos retornos ainda é bastante baixo^{8-10,31}. Por outro lado, o profissional deve estar atento às deficiências de cada paciente em relação à cooperação, orientando-os e controlando-os individualmente³¹. O paciente deve ser reinstruído e os sítios que exibirem sinais de inflamação e/ou atividade de progressão de doença devem ser reinstrumentados. Portanto, todos os sítios com sangramento à sondagem e todas as bolsas com profundidade maior do que 5mm devem ser cuidadosamente raspados novamente e suas raízes alisadas. Dados mostram que sítios que não sangram à sondagem representam sítios estáveis^{32, 33} e que instrumentações repetidas em sítios saudáveis irão resultar em perda de inserção contínua por causa mecânica^{34,35}. Sítios com dificuldade de acesso, como regiões de furca, podem ser reinfectedos e demonstrar supuração. Esses sítios exigem completa instrumentação sob anestesia, terapia com antimicrobiano local ou debridamento com acesso cirúrgico, sendo muitas vezes necessária nova consulta para a TRS. Pacientes com alta porcentagem de sangramento necessitam de cuidado maior e visitas mais frequentes, sendo a segunda visita marcada 2 a 3 semanas após a rechamada para verificar o desempenho da higiene oral do paciente. Deve-se ressaltar a importância da supervisão de pacientes que terminaram o tratamento de periodontite avançada, pois esses pacientes apresentam alta taxa de risco^{14, 36}. Por fim, a última etapa da visita de rechamada é concluída com o polimento de toda a dentição, com a aplicação de flúor e a determinação da nova visita da terapia periodontal de suporte, que deve ser baseada na avaliação de risco do paciente.

A preservação da dentição em longo prazo é estritamente associada à frequência e qualidade da consulta para manutenção,¹ e pacientes que participam regularmente de manutenção periodontal apresentam menor perda de inserção e de dentes do que aqueles que não realizaram a manutenção³¹.

3 Conclusão

A Terapia Periodontal de Suporte é importante para a prevenção de recorrências da doença periodontal, possibilitando o sucesso do tratamento em longo prazo, mantendo-se assim a saúde periodontal. Porém, há casos em que se deve ter maior controle, principalmente em casos severos, como a periodontite avançada, em que seus riscos

podem ser maiores e há taxa de recorrência que incomoda o clínico. Aliado à preocupação do profissional com os riscos de recorrência e a periodicidade, tem-se a importância da adesão do paciente ao tratamento, que deve ser estimulado a seguir todas as instruções de higiene oral pessoal.

Referências

1. Carranza Junior FA, Newman MG, Takey HH, Klokkevold PR. Periodontia Clínica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
2. PAA. Position Paper: Periodontal Maintenance. J Periodontol 2003;74(9):1395-401.
3. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. J Clin Periodontol 1981;8(4):281-94.
4. Becker W, Becker BE, Berg LE. Periodontal treatment without maintenance. A retrospective study in 44 patients. J Periodontol 1984;55(9):505-9.
5. Checchi L, Montevicchi M, Gatto MR, Trombelli L. Retrospective study of tooth loss in 92 treated periodontal patients. J Clin Periodontol 2002;29(7):651-6.
6. Bernardo CC, Micheli G, Imbrônio AV, Carvalho VF, Cioppo CV. Avaliação do nível crítico de inserção de pacientes em manutenção periodontal. RPG Rev Pos Grad 2007;13(4):345-52.
7. Echeverria JJ, Manau GC, Guerrero A. Supportive care after active periodontal treatment: a review. J Clin Periodontol 1996;23(10):898-905.
8. Novaes AB, Jr., Novaes AB. Compliance with supportive periodontal therapy. Part II: Risk of non-compliance in a 10-year period. Braz Dent J 2001;12(1):47-50.
9. Novaes AB, Novaes AB, Jr., Moraes N, Campos GM, Grisi MF. Compliance with supportive periodontal therapy. J Periodontol 1996;67(3):213-6.
10. Checchi L, Pelliccioni GA, Gatto MR, Kelescian L. Patient compliance with maintenance therapy in an Italian periodontal practice. J Clin Periodontol 1994;21(5):309-12.
11. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental Gingivitis in Man. J Periodontol 1965;36:177-87.
12. Lindhe J, Hamp SE, Loe H. Plaque induced periodontal disease in beagle dogs. A 4-year clinical, roentgenographical and histometrical study. J Periodontol Res 1975;10(5):243-55.
13. Lindhe J, Karring T, Lang N. Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
14. Westfelt E, Nyman S, Socransky S, Lindhe J. Significance of frequency of professional tooth cleaning for healing following periodontal surgery. J Clin Periodontol 1983;10(2):148-56.
15. Claffey N. Decision making in periodontal therapy. The re-evaluation. J Clin Periodontol 1991;18(6):384-9.
16. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). Oral Health Prev Dent 2003;1(1):7-16.
17. Axelsson P, Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. J Clin Periodontol 1981;8(3):239-48.
18. Axelsson P, Lindhe J, Nystrom B. On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15-year longitudinal study in adults. J Clin Periodontol 1991;18(3):182-9.
19. Badersten A, Nilveus R, Egelberg J. Scores of plaque, bleeding, suppuration and probing depth to predict probing attachment loss. 5 years of observation following nonsurgical periodontal therapy. J Clin Periodontol 1990;17(2):102-7.

20. Claffey N, Nylund K, Kiger R, Garrett S, Egelberg J. Diagnostic predictability of scores of plaque, bleeding, suppuration and probing depth for probing attachment loss. 3 1/2 years of observation following initial periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 1990;17(2):108-14.
21. Allen E, Ziada H, Irwin C, Mullally B, Byrne PJ. Periodontics: 10. Maintenance in periodontal therapy. *Dent Update* 2008;35(3):150-2.
22. Laurell L, Lundgren D, Falk H, Hugoson A. Long-term prognosis of extensive polyunit cantilevered fixed partial dentures. *J Prosthet Dent* 1991;66(4):545-52.
23. Nyman S, Lindhe J. A longitudinal study of combined periodontal and prosthetic treatment of patients with advanced periodontal disease. *J Periodontol* 1979;50(4):163-9.
24. Valderhaug J. Periodontal conditions and carious lesions following the insertion of fixed prostheses: a 10-year follow-up study. *Int Dent J* 1980;30(4):296-304.
25. Lindhe J, Nyman S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1984;11(8):504-14.
26. Mezzomo E. Reabilitação Oral. Rio de Janeiro: Quintessence; 1994
27. Shillingburg HT, Hobo S, Whitsett LD. Fundamentos de Prótese Fixa. São Paulo: Quintessence; 1995.
28. Misch KA, Yi ES, Sarment DP. Accuracy of cone beam computed tomography for periodontal defect measurements. *J Periodontol* 2006;77(7):1261-6.
29. A PA. Position Paper: Supportive Periodontal Therapy. *J Periodontol* 1996;23:232-9.
30. Genco RJ, Cohen DW, Goldman HM. Periodontia Contemporânea. São Paulo: Santos; 1999.
31. Carvalho VF, Fukuda CT, Okuda OS, Bernardo CC, Pannuti CM, Micheli G. Avaliação da cooperação aos retornos dos pacientes em manutenção periodontal. *Rev Periodontia* 2005;15(1):5-9.
32. Joss A, Adler R, Lang NP. Bleeding on probing. A parameter for monitoring periodontal conditions in clinical practice. *J Clin Periodontol* 1994;21(6):402-8.
33. Lang NP, Adler R, Joss A, Nyman S. Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability. *J Clin Periodontol* 1990;17(10):714-21.
34. Claffey N, Loos B, Gantes B, Martin M, Heins P, Egelberg J. The relative effects of therapy and periodontal disease on loss of probing attachment after root debridement. *J Clin Periodontol* 1988;15(3):163-9.
35. Lindhe J, Socransky SS, Nyman S, Haffajee A, Westfelt E. "Critical probing depths" in periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 1982;9(4):323-36.
36. Ramfjord SP. Maintenance care for treated periodontitis patients. *J Clin Periodontol* 1987;14(8):433-7.