

Visão crítica da fase de manutenção no contexto da terapia periodontal

Critical view phase of maintenance in the context of periodontal therapy

Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira¹, Maria Tereza de Almeida Paiva³, Luciana Artioli Costa², Pedro Henrique Dias Brasil-iense Frota², Flávia Fernanda Carvalho Santos³, Sandra Augusta Moura Leite¹

1. Profa. Adjunto da Faculdade de Odontologia – UFMA

2. Aluno da Graduação em Odontologia – UFMA

3. Graduada em Odontologia – UFMA

DESCRIPTORIOS:

Doença periodontal; Tratamento; Manutenção periodontal.

RESUMO

Através da manutenção, é possível atingir os objetivos de prevenir ou reduzir a recorrência e a progressão da doença periodontal, diminuir a incidência de perda de dentes e aumentar a probabilidade de diagnosticar e tratar outras doenças ou condições sistêmicas encontradas na cavidade bucal. Contudo, apenas uma pequena parcela da população pratica corretamente seus autocuidados e retorna para as sessões de manutenção na frequência estabelecida. O aumento da cooperação está intrinsecamente relacionado ao empenho do profissional em identificar, logo de início, pacientes não-colaboradores, adotando métodos individualizados. Considerando que a manutenção é parte essencial do tratamento periodontal, esta revisão de literatura tem o propósito de avaliar a saúde do periodonto após tratamento ativo, traçar o perfil dos pacientes colaboradores, identificar os fatores dificultosos e estabelecer as condutas para obtenção da cooperação consciente, de modo a fornecer subsídios para o sucesso da relação profissional-paciente.

Keywords:

Dental Erosion; Dental Caries; Tooth Wear.

ABSTRACT

With the periodontal maintenance it is possible to reach the goals to prevent or to reduce the recurrence and progression of periodontal disease, to diminish the incidence of teeth loss and to increase the probability to diagnosis and to treat, in proper intervals, other illnesses or systemic conditions found in the oral cavity. However, only a small piece of the population practices its self-care correctly and returns for the recall in the scheduled frequency. The increase of the cooperation is related intrinsically to the persistence of the professional in identifying, in the beginning, non collaborator patients. Considering periodontal maintenance as an essential part of the therapy, the aim of the literature review was to evaluate its importance in order to preserve periodontal health after the active treatment, to know the prevalence and the features of the patients who cooperate with this phase of the treatment, to identify the factors that they make the maintenance difficult and to establish the most efficient behaviors for compliance with the purpose of achieving success for the relationship between professional and patient.

Endereço para correspondência

Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira
Universidade Federal do Maranhão - Faculdade de Odontologia
Av. dos Portugueses, s/n - Campus Universitário do Bacanga
São Luís - MA CEP: 65085-580
Telefone: (98) 3301-8575 / 8865-1970
e-mail: adriavasconcelos@yahoo.com

INTRODUÇÃO

A doença periodontal afeta as estruturas de suporte do dente como resultado da interação entre uma microbiota patogênica e a resposta imune do hospedeiro.¹ É classificada em gengivites e periodontites. As gengivites podem ou não ser induzidas por placa bacteriana, enquanto que as periodontites se subdividem em crônicas, agressivas, associadas às doenças sistêmicas, necrosantes, abscessos periodontais, relacionadas às lesões endodônticas e deformidades ou condições adquiridas ou de desenvolvimento.²

A motivação e a educação em saúde bucal são consideradas um trabalho de base para a prevenção da doença perio-

odontal, que deve incluir informações sobre a etiopatogênese desta doença, assim como princípios básicos e métodos para controle,^{3,4} levando-se em consideração sua natureza infecto-inflamatória.⁵

Dentro desse contexto, torna-se crucial a necessidade da manutenção periodontal, também chamada de terapia periodontal de suporte, para perpetuar a saúde adquirida após a fase ativa do tratamento, envolvendo visitas profissionais com intervalos regulares.^{5,6}

Inicialmente, o termo terapia de suporte foi preconizado para essa fase do tratamento que tinha como objetivos: preservar a saúde dental e dos tecidos moles bem como manter um adequado controle de placa profissional associado com educação do paciente à higiene bucal.⁷ Em seguida, esse mo-

mento passou a ser chamado de Terapia Periodontal de Suporte (TPS), referindo-se à manutenção do caso tratado que se estendia por toda a vida do paciente. O objetivo era o de prevenir a recidiva da doença e a perda dental.⁸ O termo manutenção periodontal surge um pouco depois com propósitos e procedimentos similares à TPS. Na realidade, a manutenção é uma extensão do tratamento periodontal, que compreende os procedimentos realizados em intervalos regulares para permitir aos pacientes previamente tratados de doença periodontal sua inclusão nessa fase, em longo prazo, prevenindo-se a recorrência e a progressão da doença.⁵

Estudos longitudinais têm relatado que os pacientes inseridos em um programa de manutenção apresentam redução dos parâmetros clínicos: sangramento à sondagem periodontal;⁹ índice de placa;¹⁰ profundidade de sondagem;⁹ perda de inserção^{11,12} e perda dentária.¹³

Diante disso, a presente revisão de literatura tem o propósito de focar a importância da manutenção para a saúde periodontal, avaliar o perfil dos pacientes que cooperam nesta fase de tratamento e identificar as condutas mais eficientes para obter a cooperação consciente.

MANUTENÇÃO PERIODONTAL

Relevância

O acúmulo de placa bacteriana supragengival está associado com gengivite, enquanto a presença de placa subgengival, com periodontite. Portanto, o tratamento periodontal está baseado no controle do biofilme bacteriano pelo binômio paciente-profissional, obedecendo-se à dinâmica etiopatogênica da doença como forma de estabelecer a saúde.⁶

Contudo, experiências clínicas sobre os efeitos dos tratamentos periodontais têm demonstrado que uma cuidadosa manutenção profissional se constitui como o único meio de garantir, por um longo período, os efeitos benéficos dessa prática, prevenindo a recorrência da doença periodontal e reduzindo a incidência de perda dental.^{5,14,15} Portanto, a manutenção fundamentada na promoção de saúde procura centrar sua prática na natureza infecto-inflamatória da doença periodontal e deve ser planejada desde o início do tratamento para o sucesso da terapia.¹⁵

Parece, então, não haver dúvida da importância da manutenção periodontal. Embora o tratamento ativo representado pelas medidas de higiene bucal, raspagem e alisamento radicular e os procedimentos cirúrgicos possam retardar a progressão da doença periodontal, este seria de pouco valor¹⁶ e não se justificaria sem a manutenção.¹⁷ Isso pode ser explicado porque seu objetivo geral é o de restabelecer o equilíbrio entre os fatores patogênicos e a resistência do hospedeiro, de forma que não haja recorrência da doença após tratamento dos pacientes.^{5,14,15,18}

As necessidades dos pacientes na consulta de manutenção são bastante variáveis, as quais vão depender do número de dentes presentes, condição periodontal no momento, controle de placa, atividade de cárie, acúmulo de cálculo, condição sistêmica e cooperação consciente^{17,19} bem como da história médica e odontológica, exame clínico extraoral e intraoral (situação dental, dos tecidos moles e do periodonto) e exame radiográfico.⁵

Em um estudo sobre o efeito da ausência de manutenção no nível de inserção clínica, ficou demonstrada a efetividade dessa fase e a necessidade do profissional de assumir sua responsabilidade no cuidado preventivo dos pacientes.²⁰ A omissão da terapia periodontal de suporte em pacientes com periodontite ou a ausência de tratamento em indivíduos sus-

cetíveis acarreta uma contínua perda de inserção periodontal assim como perda considerável de dentes.²¹

Em contrapartida, quando a manutenção é realizada em períodos regulares, esta reduz significativamente a perda dental em longo prazo,²² diminui profundidade de sondagem²³ e perda de inserção clínica.⁵ Com relação a este último parâmetro, acredita-se que monitorar longitudinalmente as alterações do nível de inserção clínica seria o ideal para verificar estabilidade periodontal ou a progressão da doença.^{11,24}

Frequência das sessões

O paciente deve ser informado da situação atual e necessidade de tratamento periodontal adicional, quando indicado, ou de outra especialidade. Baseado nisso, a frequência de manutenção pode permanecer a mesma previamente estabelecida ao final do tratamento ativo, ser modificada ou o paciente pode retornar ao tratamento mecânico, químico e/ou cirúrgico.⁵

É importante também determinar o nível de risco para progressão da doença periodontal em cada paciente, a fim de estabelecer a frequência e a extensão dos cuidados profissionais, que são necessários para manter o nível de inserção obtido após a terapia ativa. A determinação do risco evitará a realização de tratamento ineficaz e sobretratamento 25 bem como demonstra ser altamente eficiente em relação ao custo-efetividade.²⁰

Ao considerar que a estabilidade das condições periodontais reflete um equilíbrio entre a agressão bacteriana e a resposta do hospedeiro e que esta homeostase está sujeita a súbitas alterações ao longo da vida, o paciente que teve doença e está em manutenção periodontal representa um risco de moderado a alto para recorrência da infecção.¹⁸

Com relação aos pacientes com história de periodontite, os intervalos de visitas de três meses parecem ser o mais adequado inicialmente.⁵ Como a estabilidade dos tecidos periodontais pode levar até seis meses para se efetivar, durante o período pós-tratamento ativo cirúrgico ou não-cirúrgico, denominada "fase de cicatrização", recomendam-se visitas mais frequentes para cuidados de manutenção. Após esse período, pode-se adotar intervalos regulares de retorno, sendo essa variação determinada por um ajuste individual baseado na capacidade e motivação do paciente para realizar os métodos de higiene bucal bem como na resposta dos tecidos periodontais à placa.¹⁵

Para a maioria dos pacientes com gengivite recorrente e sem história de perda de inserção após terapia ativa bem como aqueles com periodontite e perda de inserção devem ser proporcionados exame periodontal, profilaxia e instrução de higiene oral uma ou duas vezes por ano, de acordo com outros fatores de risco. Pacientes com periodontite que seguem este intervalo apresentam uma probabilidade diminuída de progressão da doença, comparada aos que recebem manutenção em um intervalo menos frequente.⁵

Deve ser enfatizado que, embora o debridamento da bolsa periodontal possa suprimir os componentes da microflora subgengival,⁴ os patógenos periodontais podem retornar aos níveis iniciais dentro de dias ou meses,²⁶ com uma variação significativa de nove a onze semanas.²⁷ Assim, alguns pacientes necessitam, muitas vezes, retornar ao cuidado ativo. Os sítios com perdas de inserção anteriores são mais prováveis de necessitar de tratamento ativo posteriormente, seja cirúrgico ou não-cirúrgico, logo que iniciar a manutenção.^{5,28}

O tempo requerido para sessão de manutenção é muito divergente e depende, basicamente, da condição periodontal do paciente.¹⁸ Destacam-se como fatores envolvidos na determinação do tempo de duração da consulta de manutenção:

número de dentes, quantidade de cálculo, presença de manchas, cooperação do paciente em relação à higiene oral, saúde sistêmica, frequência da manutenção, acesso à instrumentação, história da doença periodontal e da distribuição das bolsas periodontais.²⁰

Em síntese, a duração das sessões de manutenção periodontal deve ser adaptada conforme a atividade da doença. A frequência das consultas deve estar baseada no envolvimento do paciente com os autocuidados e nas expectativas de ambos, profissional e paciente, com o propósito de mantê-los mais comprometidos com essa fase de tratamento e gradativamente cientes de sua responsabilidade pelos autocuidados.¹⁸

De um modo geral, intervalos trimestrais são preconizados aos pacientes com história pregressa de periodontite, pois resultam em menor progressão da doença em intervalos maiores.²⁰ No entanto, existe uma grande controvérsia entre os estudos quanto ao período ideal para manutenção que pode ser de 3 meses,^{20,29} 3 a 4 meses,³⁰ 3 a 6 meses,³¹ 4 a 6 meses²² e 18 meses.³²

Adesão dos pacientes

Apesar dos esforços dos responsáveis em motivar os pacientes para a manutenção da saúde periodontal, apenas uma pequena parcela, em torno de 30%, pratica corretamente seus autocuidados e retorna para as consultas de chamadas no tempo estabelecido, com tendência de redução da porcentagem com o passar dos anos.¹⁴ O maior índice de abandono ocorre no primeiro ano após o tratamento ativo, indicando que esse é o período crítico para a decisão do paciente em aderir a essa fase.^{14,33,34}

A cooperação é maior entre as mulheres, os jovens e os indivíduos pertencentes à classe sócio-econômica alta, enquanto que os pacientes com prognóstico inicial desfavorável, aqueles que necessitam de intervalos de retornos menores e fumantes são menos cooperadores em relação à manutenção periodontal.^{17,33} Ademais, pacientes com maior sentimento de realização profissional, com uma imagem positiva de si mesmos e persistentes tendem a permanecer em manutenção. Contudo, aqueles que vivenciam maior número de eventos estressantes e com menor estabilidade no relacionamento interpessoal não participam adequadamente do cronograma.¹⁶

Pode-se considerar ainda que alguns grupos são mais receptivos à informação e instrução que outros, tais como: adolescentes desenvolvendo consciência de si mesmos e com interesse pela aparência geral e bem-estar; grávidas e mães que estão com filho lactante e, casais jovens, cujo senso de responsabilidade está aguçado devido à recente paternidade. Contudo, isso não significa que as pessoas mais maduras estejam fora do alcance. A simples informação de que os dentes podem durar por toda a vida é um incentivo poderoso para esses indivíduos.³⁵

Dentre os pacientes que não retornam à manutenção periodontal, a maioria classifica como desnecessário o periodontista, por serem atendidos regularmente pelos seus dentistas e por considerar a manutenção não compatível com sua realidade econômica.³⁴ Além desses fatores, alguns problemas podem ser incorporados à não cooperação, como: expectativas iniciais dos pacientes, sua disponibilidade, seus hábitos, facilidade, objetivo final do tratamento e localização geográfica do consultório.^{36,37}

Um trabalho demonstra que, em um período de 10 anos, a cooperação consciente foi de 45,8%, enquanto que 59% dos pacientes menores de 30 anos de idade não retornaram para as consultas de manutenção.³⁸ Em um estudo com 420 pacientes cadastrados no programa de manutenção da clínica de

pós-graduação da disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia da USP, de março de 1998 a dezembro de 2003, apenas 20,23% dos pacientes retornaram regularmente ao programa, 9,04% retornaram irregularmente, e 70,71% abandonaram o programa ou nunca retornaram. Houve diferença estatisticamente significativa entre a idade e o tempo de manutenção, entretanto não foi observada associação entre sexo e grau de cooperação.³⁹

Então, deve ser enfatizado que a simplificação dos procedimentos, a satisfação dos pacientes ao tratamento, a relação profissional-paciente, os lembretes das visitas de retorno, as informações sobre a doença e a identificação de não colaboradores são algumas sugestões a fim de melhorar a motivação dos pacientes para essa fase tão importante da terapia periodontal.³⁷

DISCUSSÃO

O tratamento periodontal só pode ser conservado por longos períodos, se o paciente estiver envolvido em um programa de manutenção. A importância de um ótimo controle mecânico de placa, através de autocuidados e/ou cuidados profissionais, é um fator determinante para evitar a recorrência e a progressão da doença periodontal.⁴⁰

O efeito da ausência de manutenção sobre o nível de inserção clínico tem comprovado que a omissão de cuidados profissionais após a fase ativa do tratamento está relacionada ao insucesso em longo prazo.^{5,20} Isso pode ser explicado, pois a presença da perda de inserção durante essa fase pode indicar atividade de doença periodontal.⁴¹ Outros aspectos que corroboram a importância da manutenção profissional em períodos regulares são: redução da perda dentária²² e redução da profundidade de sondagem.²³

Torna-se, pois, indispensável fazer reavaliação sistemática do paciente para determinar as necessidades individuais de retorno, estabelecer uma rotina de procedimentos clínicos e, em alguns casos, identificar áreas para retratamento.⁵

Em relação à frequência das consultas de manutenção, existe grande divergência entre os pesquisadores. O intervalo a cada dois a três meses é indicado em razão de que os pacientes que seguem este período de chamadas apresentam excelentes padrões de higiene oral, gengiva saudável, bolsas periodontais rasas, níveis de inserção inalterados e ausência de perda dental.²⁰ O intervalo de manutenção a cada três meses é aconselhável também por ser um período ideal para prevenir a progressão da doença periodontal nos sítios inicialmente doentes.¹⁹ Pode-se observar ainda que o período de chamada para limpeza profissional a cada três a quatro meses, suplementados pelo retratamento em poucos dentes, tem proporcionado resultados superiores àqueles com chamadas menos frequentes.⁴²

A manutenção de três a seis meses resulta na diminuição da probabilidade de progressão da doença periodontal, comparado com pacientes que retornam em intervalos menos frequentes.⁴³ Já o intervalo de manutenção de quatro a seis meses é recomendado devido à ausência comprovada de perda dental posterior ao tratamento periodontal na maioria dos pacientes.²² Contudo, há um estudo que demonstra um período de um ano para as visitas de manutenção, o qual pode ser aceitável para reduzir a progressão da doença em indivíduos suscetíveis.³²

Verifica-se que não existe um consenso em relação ao melhor intervalo entre consultas e que devem ser respeitadas as variações de suscetibilidade de cada paciente, levando-se em consideração fatores locais, sistêmicos e comportamentais.^{38,44}

Dentro desse contexto, quando ocorre recidiva dos

sinais da inflamação e da destruição periodontal, múltiplos fatores podem estar envolvidos: aqueles relacionados ao paciente, ao dente e mesmo a certos sítios de dentes. Isto fornece elementos para a determinação do risco, do intervalo entre as sessões e do tempo a ser destinado para cada consulta de manutenção. Em acréscimo, é importante ficar atento sobre a possibilidade de alterações sistêmicas, como por exemplo, diabetes,²⁸ tabagismo,⁴⁵ consumo de álcool e drogas e ocorrência de eventos estressantes,⁴⁶ os quais podem requerer realização de testes de laboratório e apoio médico ou psiquiátrico.^{18,28}

Ao relacionar os fatores que dificultam a terapia de manutenção, destacam-se: capacidade de persuasão profissional,⁴⁷ percepção pelo paciente de um comportamento indiferente por parte do cirurgião-dentista, medo do tratamento odontológico,³⁷ expectativas iniciais do paciente,³⁴ hábitos, satisfação do tratamento, fatores econômicos⁴⁸ e localização geográfica do consultório.⁴⁴ Deve-se reportar, também, a falta de informação pertinente ao tratamento e à falta de motivação por parte dos profissionais.^{20,48}

Diante do exposto, acredita-se que os fundamentos da motivação à terapia de manutenção periodontal devem ser o diálogo entre o paciente e o profissional, a identificação de pacientes colaboradores para obter saúde do periodonto após tratamento ativo bem como a participação do dentista exercendo seu papel de promotor de saúde para proporcionar uma cooperação consciente do paciente.

CONCLUSÃO

a) Os efeitos em longo prazo dos tratamentos periodontais têm demonstrado claramente que cuidados profissionais, em intervalos regulares, são essenciais à terapia, constituindo-se no único meio de garantir a manutenção da saúde periodontal;

b) A fase de manutenção deve ser planejada e ajustada a cada nova consulta, com base na estabilidade clínica e nas necessidades individuais dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Page RC. The etiology and pathogenesis of periodontitis. *Compend Contin Edu Dent* 2002; 23(5 suppl):11-4.
2. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4(1):1-6.
3. Buischi YP. Promoção de saúde na bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas: EAP-APCD, 2000.
4. Slots J. Subgingival microflora in periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1979;6:351-382.
5. American Academy of Periodontology. Position paper: Periodontal maintenance. *J Periodontol* 2003; 17(9):1395-401.
6. Cachapuz MF, Cachapuz PF, Brunetti MC. Manutenção em saúde. In: Brunetti MC, Fernandes MI, Moraes RGB. *Fundamentos da Periodontia: teoria e prática*. São Paulo: Artes médicas, 2007. Cap. 24, p. 347-53.
7. American Academy of Periodontology. Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics. Chicago: The American Academy of Periodontology. 1989:IX-24.
8. American Academy of Periodontology. Position paper: Supportive periodontal therapy. *J Periodontol* 1998;69:502-6.
9. 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.

10. Miyamoto T, Kumagai T, Jones JA, Van Dyke TE, Nunn ME. Compliance as a prognostic indicator: retrospective study of 505 patients treated and maintained for 15 years. *J Periodontol* 2006;77(2):223-32.
11. Bernardo CC, De Micheli G, Imbronito AV, Carvalho VF, Del Cioppo CV. Avaliação do nível de inserção clínica de pacientes em manutenção periodontal. *RPG Rev Pós Grad* 2007;13(4):345-52.
12. Wilson TG Jr. Compliance a review of the literature with possible applications to periodontics. *J Periodontol* 1987;706-714.
13. Matthews DC, Smith CG, Hanscom SL. Tooth loss in periodontal patients. *J Can Dent Assoc* 2001;67(4): 207-10.
14. De Micheli G, Jorge MC, Lotufo RFM, Conde MC, Romito GA, Carvalho CV. O tratamento periodontal de suporte e a importância da cooperação consciente. *Rev. Odontol UNICID* 2001;13(3):203-13.
15. Lang NP, Brägger U, Salvi G, Tonetti MS. Terapia periodontal de suporte (TPS). In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 32, p. 759-83.
16. Becker C, Karp C, Becker W, Berg L. Personality differences and stressful life events. Differences between treated periodontal patients with and without maintenance. *J Clin Periodontol* 1988;15: 49-52.
17. Novaes AB, Novaes AB Jr, Moraes N, Campos GM, Grisi MF. Compliance with supportive periodontal therapy. *J Periodontol* 1996; 67(3):213-16.
18. Oliver LV, Guarino CZ. Prótese periodontal centrada na manutenção da saúde-periodontia/prótese prevenção: tratamento de manutenção periodontal. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. *Periodontia, Cirurgia, Cirurgia para implantes*. São Paulo: Artes médicas, v. 5, 2002. Cap. 16, p. 275-95.
19. Todescan JH, Todescan CG. Cooperação Consciente (Compliance). *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1989;43(3):125-27.
20. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1981; 8:281-94.
21. Løe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *J Clin Periodontol* 1986; 13: 431-40.
22. Hirschfeld L, Wasserman B. A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *J Periodontol* 1978;49:225-37.
23. Bostanci HS, Arpak MN. Long-term evaluation of surgical periodontal treatment with or without maintenance care. *J Nihon Univ Sch Dent* 1991;33:152-59.
24. Armitage GC. Manual periodontal probing in supportive periodontal treatment. *Periodontol* 2000 1996;12:33-39.
25. Cunha JJ, Cidade MC. Terapia periodontal de suporte. Estudo longitudinal. *Rev Periodontia*, p. 93-98, jul./dez., 1997.
26. Sbordone L, Ramaglia L, Gulletta E, Iacono V. Recolonization of the subgingival microflora after scaling and root planning in human periodontitis. *J Periodontol* 1990;61:579-584.
27. Greenstein G. Periodontal response to mechanical non-surgical therapy: a review. *J Periodontol* 1992;63:118-30.
28. Rees TD, Hallmon WW. Modificadores sistêmicos. Disfunções endócrinas. In: Wilson TG, Kornman KS. *Fundamentos de periodontia*. São Paulo: Quintessence, 2001. Cap. 14, p. 241-78.
29. Hill RW, Ramfjord SP, Morrison EC, Appleberry EA, Caffesse RG, Kerry GJ, Nissle RR. Four types of periodontal treatment compared over two years. *J Periodontol* 1981;52(11):655-62.
30. Pihlstrom BL, McHugh RB, Oliphant TH, Ortiz-Campos C. Comparison of surgical and nonsurgical treatment of periodontal disease. A review of current studies and additional results after 6-1/2 years. *J Clin Periodontol* 1983;10:524-41.
31. Haffajee AD, Socransky SS, Smith C, Dibart S. Relation of ba-

- seline microbial parameters to future periodontal attachment loss. *J Clin Periodontol* 1991;18:744-50.
- 32.Rosen B, Olavi G, Badersten A, Rönström A, Söderholm G, Egelberg J. Effect of different frequencies of preventive maintenance treatment on periodontal conditions. 5-year observations in general dentistry patients. *J Clin Periodontol* 1999; 26(4): 225-33.
- 33.Demetriou N, Tsami-Pandi A, Parashis A. Compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study. *J Periodontol* 1995; 66(2):145-49.
- 34.Mendonza AR, Newcomb GM, Nixon KC. Compliance with supportive periodontal therapy. *J Periodontol* 1991;62(12):731-36.
- 35.Manson JD, Eley BM. Manual de Periodontia. São Paulo: Ed. Santos, 1993.
- 36.Nevins, M. Long-term periodontal maintenance in private practice. *J Clin Periodontol* 1996; 23:273-77.
- 37.Wilson TG Jr. How the patient compliance to suggested oral hygiene and maintenance affect periodontal therapy. *Dent Clin North America* 1998; 42(2):389-402.
- 38.Novaes JR. AB, Novaes AB. Compliance with supportive periodontal therapy. Part II. Risk of non-compliance in a 10-year period. *Braz Dent J* 2001;12:47-50.
- 39.Carvalho VF, Fukuda CT, Okuda OS, Bernardo CC, Pannuti CM, De Micheli G. Avaliação da cooperação aos retornos dos pacientes em manutenção periodontal. *Rev Periodontia* 2005;15(1):5-9.
- 40.Renvert S, Persson GR. Supportive periodontal therapy. *Periodontol 2000* 2004;36:179-95.
- 41.Lang NP, Joss A, Orsanic T, Gusberti FA, Siegrist BE. Bleeding on probing: a predictor for the progression of periodontal disease? *J Clin Periodontol* 1986;13(6): 590-96.
- 42.Ramfjord SP. Maintenance care and supportive periodontal therapy. *Quintessence International* 1993;24(7):465-71.
- 43.Lindhe J, Nyman S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1984;11:504-14.
- 44.Novaes JR. AB, Novaes AB. Compliance with supportive periodontal therapy. Part I. Risk of non-compliance in a 5-year period. *J Periodontol* 1999;70:679-82.
45. Pereira AFV, Casati MZ, Nociti Jr FH, Sallum EA, Sallum AW. Consumo e tempo de uso do fumo e sua atuação como fator modificador da doença periodontal. *Rev Perionews* 2007;1(2):155-60.
- 46.Kinane DF, Peterson M, Stathopoulou PG. Environmental and other modifying factors of the periodontal diseases. *Periodontol 2000* 2006;40:107-19.
- 47.Wilson TG Jr. A typical supportive periodontal treatment visit for patients with periodontal disease. *Periodontol 2000* 1996;12:24-28.
- 48.Meira AP, Santos TMM, Côbo CC, Lorentz TCM. Terapia periodontal de suporte. *Rev Periodontia* 1996;5(4):328-34.