



FUNDAMENTOS DA TERAPIA PERIODONTAL DE SUPORTE (TPS)

VANDERLEI, J.M.T.M.M.¹

VANDERLEI, A.C.Q.¹

RANGEL, M.L.R.¹

AGUIAR, J.P.¹

SILVA, C.A.M.¹

SANTOS, T.K.G.L.¹

¹Professoras Mestras do Curso de Odontologia do IESP.

jan.montenegro@gmail.com

RESUMO: Visando garantir o sucesso do tratamento periodontal e o prognóstico em longo prazo, uma vez que contribui para a redução da profundidade de sondagem, do sangramento à sondagem, do índice de biofilme, bem como contribui para aumentar a sobrevida dos elementos dentais. a terapia periodontal de suporte (TPS) tem sido instituída como parte integrante do tratamento periodontal, em que os pacientes devem ser instruídos a retornarem periodicamente ao periodontista para consultas e monitorização da saúde periodontal, e com isso aumentar a sobrevida dental através de medidas de controle dos fatores etiológicos, evitando a recorrência da doença periodontal. Para tanto, é necessário entender os principais fatores de risco – sangramento à sondagem, bolsas remanescentes, quantidade de dentes perdidos, condição sistêmica, tabagismo - para a recorrência da doença, a fim de determinar a frequência nas consultas de manutenção de forma individualizada. Serão discutidos neste artigo objetivos, procedimentos e intervalos da TPS.

Palavras-chave: doença periodontal, terapia periodontal de suporte, manutenção periodontal.

ABSTRACT: In order to guarantee the success of periodontal treatment and the long-term prognosis, since it contributes to the reduction of depth of probing, bleeding to probing, biofilm index, as well as contributes to increase the survival of dental elements, periodontal supportive therapy (PST) has been instituted as an integral part of periodontal treatment, where patients should be instructed to periodically return to the periodontist for consultation and monitoring of periodontal health, and thus increase dental survival through measures to control etiological factors, avoiding the recurrence of periodontal disease. To do so, it is necessary to understand the main risk factors - bleeding at the probe, remaining pockets, amount of missing teeth, systemic condition, smoking - for recurrence of the disease, in order to determine the frequency in the maintenance consultations in an individualized way. We will discuss in this article objectives, procedures and intervals of PST.

Keywords: periodontal disease, periodontal maintenance therapy, periodontal maintenance



1 INTRODUÇÃO

A Doença Periodontal é uma doença imune-inflamatória crônica que se caracteriza pela perda de inserção e perda óssea ao redor dos dentes, associada a formação de bolsas periodontais, e que tem como fator etiológico primário o biofilme dental.

Em curto prazo, o tratamento periodontal tem sido realizado com grandes taxas de sucesso, porém, devido à recolonização bacteriana, estudos têm demonstrado um alto índice de recidiva da doença e perda dos dentes. Desta forma é necessária a remoção profissional dos depósitos bacterianos em intervalos regulares, a fim de manter a saúde periodontal e prevenir a recorrência da doença (NOVAES; NOVAES JR., 2004).

Visando garantir o sucesso do tratamento periodontal e o prognóstico em longo prazo, tem-se estudado a necessidade de instituir determinadas medidas após a terapia periodontal ativa. Estudos vêm demonstrando que a Terapia Periodontal de Suporte (TPS) contribui para a redução da profundidade de sondagem, do sangramento à sondagem, do índice de biofilme, bem como contribui para aumentar a sobrevida dos elementos dentais. Dessa forma, é necessária a realização da TPS para preservar os resultados obtidos na terapia ativa e impedir a deposição de novo biofilme, evitando assim a reincidência da doença e garantindo o sucesso do tratamento e a longevidade dental (NOVAES; NOVAES J.R, 2004).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E DISCUSSÃO

Anteriormente conhecida por Terapia de Manutenção, a TPS é definida como “extensão da terapia periodontal, onde são realizados procedimentos em intervalos regulares para possibilitar a manutenção da saúde bucal”, os autores ainda acrescentam que a “TPS não é sinônimo de profilaxia” (GLOSSARY OF PERIODONTAL TERMS, 2001), ou seja, ela é parte integrante do tratamento periodontal, e constitui o único meio para garantir a manutenção e os efeitos benéficos da terapia periodontal ativa a longo prazo (RAMFJORD, 1993; AAP, 2003; LINDHE, 2018).

Alguns estudos clínicos longitudinais, realizados nas décadas de 60 a 80, demonstraram que a frequência da TPS é inversamente proporcional à perda de inserção periodontal e à morbidade dental. E que a ausência ou irregularidade nas consultas de manutenção pode levar à recorrência da periodontite e à perda dental semelhante, ou até mais severa, do que a progressão natural da doença em indivíduos suscetíveis (RAMFJORD et al., 1968; RAMFJORD et al., 1975; LINDHE; NYMAM, 1975; LINDHE; NYMAM, 1984;



ROSLING et al., 1976; NYMAN et al., 1977; KNOWLES et al., 1979; KNOWLES et al., 1980; BADERSTEN et al., 1981; BADERSTEN et al., 1987; HILL et al., 1981; LINDHE et al., 1982 A, LINDHE et al., 1982; PIHLSTRÖM et al., 1983; WESTFELT, 1983; WESFELT, 1985; ISIDOR; KARRING, 1986; KALDAHL et al., 1988).

Foi demonstrado que pacientes não incluídos em um programa de manutenção apresentaram recorrência da periodontite com perda de inserção de três a cinco vezes maior que a perda de inserção ocorrida no curso natural da doença (NYMAN et al., 1977). E que 45% dos pacientes sem manutenção apresentaram recidiva da doença (KERR, 1981), comprovando a falta de sucesso no tratamento periodontal, se não for instituída uma adequada TPS. Assim, os objetivos da TPS são prevenir o início da doença em pacientes saudáveis, prevenir e minimizar a progressão e recidiva da doença após terapia periodontal ativa; prevenir ou reduzir a perda de dentes ou implantes; e aumentar a probabilidade de localizar e tratar precocemente outras doenças da cavidade oral (POSITION PAPER AAP, 2003).

A TPS é a fase do tratamento periodontal em que o mesmo é monitorizado e os fatores etiológicos são reduzidos ou eliminados, ela deve ser iniciada logo após o término da terapia ativa e continuar por toda a vida. Os procedimentos que devem ser realizados nas consultas de manutenção estão resumidos na Tabela 1.



TABELA 1 – AAP 2003

a. Exames, revisão e diagnóstico:

- Revisão e atualização da história médica e odontológica;
- Revisão do exame clínico (extra e intra-oral);
- Avaliação periodontal, registrando os parâmetros clínicos de: Índice de Placa; Nível clínico de Inserção; Profundidade de Bolsa; Recessão Gengival; Sangramento à Sondagem; Exsudação; avaliação de áreas de Furca e Mobilidade Dentária;
- Avaliação de implantes dentais e tecidos periimplantares, registrando os seguintes parâmetros: Profundidade de Sondagem; Sangramento à Sondagem; Avaliação das próteses e seus componentes e Estabilidade dos implantes;
- Avaliação radiográfica;
- Avaliação da higiene oral;

b. Tratamento:

- Remotivação;
- Aconselhamento a respeito de hábitos nocivos;
- Remoção da placa e cálculo supra e subgengival;
- Reinstrução de higiene oral, se necessário;
- Raspagem e alisamento radicular, se necessário;
- Debridamento de implantes, se necessário;
- Polimento coronário;
- Aplicação tópica de flúor;

c. Planejamento da nova consulta de manutenção.

A primeira sessão deve consistir em exame, reavaliação e diagnóstico, não se constatando irregularidades, a mesma pode ser finalizada com polimento coronário e aplicação tópica de flúor. Geralmente são necessários 50 minutos para a realização das consultas de suporte (AAP, 2003), nos primeiros 10-15 minutos devem ser realizados os procedimentos de exames e diagnóstico, seguidos de 30-40 minutos para motivação, instrução, instrumentação dos sítios com inflamação persistente, polimento coronário e aplicação tópica de flúor (LINDHE 2018).

Se necessário, consultas adicionais podem ser realizadas para a raspagem e alisamento radicular, instrução de higiene oral e remoção. E em casos de reincidência da periodontite, a TPS deve ser descontinuada e o tratamento periodontal necessário, realizado (NOVAES; NOVAES JR., 2004).

Quanto à frequência das consultas de manutenção, existem diversos trabalhos avaliando diferentes tempos de chamadas, os quais variam de 2 semanas a 18 meses. De modo geral, pacientes com gengivite recorrente podem ser adequadamente mantidos em



consultas semestrais (RAMFJORD, 1993). Já os pacientes que apresentam perda de inserção, podem ser mantidos em intervalos de duas semanas (NYMAN, 1975), 2 a 3 meses (AXELSSON; LINDHE, 1981), 3 meses (WILSON et al, 1987), 3 a 4 meses (SUOMI, 1971; PIHLSTROM, et al., 1983), 3 a 6 meses (LINDHE; NYMAN, 1984; HAFFAJEE et al., 1991), 4 a 6 meses (HIRSCHFELD, 1978) e 18 meses (ROSEN et al., 1999).

Os artigos sugerem que a maioria dos pacientes com história prévia de periodontite deve receber TPS pelo menos quatro vezes por ano, este intervalo entre as sessões tem demonstrado uma menor probabilidade de progressão da doença, em comparação aos pacientes que recebem TPS menos freqüente.

Foi demonstrado que periodontopatógenos podem retornar a níveis de pré-tratamento em aproximadamente 9 a 11 semanas (GREENSTEIN, 1992). Esta pode ser uma das razões pela qual muitos estudos terem conseguido manter bons resultados a longo prazo quando avaliaram os pacientes em períodos trimestrais. No entanto, o tempo de chamada deve ser individualizado, tendo seus intervalos adaptados às necessidades de cada paciente (AAP, 2003).

Para tanto, é necessário entender os principais fatores de risco para a recorrência da doença periodontal, a fim de determinar a freqüência nas consultas de manutenção de forma individualizada.

2.1 Fatores de risco para a recorrência da doença durante a TPS

A progressão da periodontite não ocorre de forma igualitária em todos os pacientes. Alguns apresentam determinados fatores de risco que os tornam mais susceptíveis à progressão da doença, necessitando de consultas de suporte em intervalos mais curtos (MATULIENE et al., 2010).

A determinação das necessidades individuais dos pacientes com periodontite e o estabelecimento dos intervalos para a TPS, são de extrema importância para evitar a recorrência da doença e a perda de dentes (MATULIENE et al., 2010). Esta afirmativa está apoiada em estudos retrospectivos que mostraram que uma pequena porcentagem dos pacientes continua perdendo inserção, mesmo participando regularmente de programas de manutenção (MATULIENE, 2008; ROSILING, 2001).

O risco para progressão da periodontite e perda dental está diretamente relacionado com a suscetibilidade individual à doença. No estudo de Rosling (2001), aproximadamente 70% dos pacientes do grupo de alto risco perderam pelo menos 2mm de inserção em 8 dentes,



enquanto que menos de 10 % dos pacientes do grupo normal perderam inserção, durante 12 anos de TPS, demonstrando que a presença de determinados fatores de risco exerce um papel importante na progressão da doença.

Em 2003, Lang e Tonetti propuseram uma avaliação do risco periodontal utilizando um diagrama funcional baseado em seis parâmetros para avaliar o risco individual de recorrência da periodontite, quais sejam (LANG; TONETTI 2003): Sangramento a sondagem (SS); Número de bolsas residuais maiores ou iguais a 5mm; Número de dentes perdidos, de um total de 28 dentes; Perda de inserção periodontal, relacionada com a idade; Condições sistêmicas e/ou genéticas; Fatores ambientais, como o tabagismo.

Esses parâmetros facilitam a classificação do paciente em baixa, moderada ou alta suscetibilidade à recorrência da doença, eles devem ser avaliados após a terapia ativa e simultaneamente, pois nenhum deles apresenta papel mais importante que outro nesta determinação. Tais fatores de risco individuais serão descritos a seguir.

2.2 Sangramento à Sondagem

Representa um parâmetro clínico inflamatório, e reflete a capacidade do paciente em realizar o controle de biofilme de forma adequada e a resposta do hospedeiro frente à agressão bacteriana (LANG; TONETTI, 2003).

2.3 Bolsas remanescentes

A quantidade de bolsas remanescentes maiores que 5mm representa o grau de sucesso do tratamento periodontal, e podem ser consideradas potenciais nichos bacterianos e por isso a alta frequência de bolsas residuais e o aumento da profundidade de sondagem durante a TPS tem sido associados ao risco de progressão da doença periodontal (MATULIENE, 2008). Apesar deste fator por si só não representar um grande risco, Lang e Tonetti (2003) recomendam a sua avaliação em conjunto com outros fatores, tais como o sangramento à sondagem e/ou supuração, pois assim corresponde a uma reinfecção e a um desequilíbrio na homeostase do hospedeiro.

2.4 Número de dentes perdidos

A perda dentária pode resultar em desequilíbrio mandibular e na diminuição da função mastigatória. Apesar de poder haver uma estabilidade mastigatória em pacientes com a arcada



encurtada (20 dentes), uma perda dentária superior a 8 elementos, geralmente ocasiona prejuízos à função mastigatória.

2.5 Perda de inserção periodontal

A perda de inserção periodontal representa um importante fator de risco quando relacionada à idade. A dentição deve ser funcional durante a maior parte da vida, dessa forma, a perda de inserção em aproximadamente 25% a 50% da altura óssea alveolar, pode indicar o prognóstico da estabilidade do tratamento periodontal em manter a dentição em função. Além disso, a perda de inserção precoce não descarta a possibilidade de uma rápida progressão da lesão, e este indicador pode ser mais preciso durante a terapia de suporte do que antes do tratamento ativo.

2.6 Condições Sistêmicas

Com relação às condições sistêmicas para o risco individual, existem fortes evidências que o diabetes mellitus influencia de maneira substancial na progressão da doença periodontal. Diabéticos não controlados ou pouco controlados estão associados com o aumento da suscetibilidade para infecções orais, incluindo periodontite, e apresentam maior perda de inserção e maior índice de sangramento à sondagem quando comparados com pacientes saudáveis. Alguns estudos têm demonstrado que essa suscetibilidade não está relacionada com níveis elevados de biofilme (AAP, 2000). Desta forma, indivíduos diabéticos devem ser considerados como de alto risco para a progressão e recidiva da doença, devendo ser inseridos em programa de suporte com maior frequência.

2.7 Tabagismo

As substâncias tóxicas do cigarro afetam diretamente os fibroblastos periodontais e alteram a resposta imune, com alteração da quimiotaxia dos neutrófilos e diminuição dos níveis de anticorpos tanto séricos (IgG) quanto salivares (IgA) para *P. intermédia* e *F. nucleatum*. O cigarro afeta negativamente o resultado da raspagem radicular, das cirurgias periodontais e da terapia regenerativa. A maior parte dos pacientes com periodontite refratária são fumantes (LINDHE, 2005) e a quantidade de cigarros fumados apresenta uma relação diretamente proporcional à quantidade de bolsas residuais (MATULIENE et al., 2008).

Além dos fatores de risco gerais descritos acima, o risco dentário também deve ser avaliado. Desta forma, para se estabelecer o risco de progressão da doença, também devemos



avaliar alguns fatores de risco locais, que podem indicar a necessidade de medidas específicas durante as visitas na terapia de suporte, quais sejam:

2.8 Posição do dente na arcada

O mau posicionamento dental no arco, por si só, não põe em risco a saúde periodontal do elemento, entretanto pode ser um fator de risco secundário, pois pode dificultar a higienização daquele local e possibilitar a progressão da doença devido o acúmulo de biofilme (LINDHE, 2018). E como fator retentor de biofilme, dentes com mau posicionamento no arco, em pacientes que apresentam dificuldades para higienizá-los, representa um fator de risco para progressão e recorrência da doença.

2.9 Envolvimento de furca

Estudos bem controlados realizados por Hirschfield (1978), demonstraram que dentes com envolvimento de furca apresentam baixos índices de sucesso durante a terapia periodontal de suporte, apresentando alto risco de perda dentária durante esta fase do tratamento. Independentemente do grupo de risco ao qual o paciente pertencia (baixo, moderado ou alto), estes estudos revelaram que a maioria dos dentes perdidos, durante a terapia de suporte foram, molares com envolvimento de furca.

Ramfjord et al. (1987) também confirmaram que o prognóstico de dentes multirradiculares com envolvimento de furca foi menos favorável eu o de dentes unirradiculares e multirradiculares sem envolvimento de furca.

Elementos com envolvimento de furca classe II e III apresentam grande dificuldades para o adequado controle do biofilme. Atualmente a terapia regenerativa em dentes com envolvimento de furca apresenta maior possibilidade de sucesso em lesões classe I e II, respectivamente.

Estes dados indicam tais elementos como de alto risco para progressão da doença, e não os indicam para a exodontia. Se os mesmos forem inseridos em um programa de suporte adequado e bem organizado, e não forem observados sinais de inflamação tais como sangramento e/ou supuração e acúmulo de biofilme, estes elementos podem ser mantidos com saúde por um longo período (LINDHE, 2005).

2.10 Suporte periodontal residual



Elementos dentais com pouco suporte residual, porém saudáveis, podem exercer sua função e serem mantidos por um tempo prolongado na cavidade oral, desde que seja adotado um programa de suporte adequado (NYMAM; LINDHE, 1979). Lindhe (2018), ainda acrescenta que esses elementos podem inclusive, servir como pilares protéticos por vários anos, contanto que forças mastigatórias fisiológicas não os sujeitem a um trauma progressivo. De certa forma, dentes nessa situação, pela sua probabilidade de sofrerem extração espontânea em caso de progressão da doença, devem ser considerados como um fator de risco local para a progressão desta.

2.11 Mobilidade dental

A mobilidade dental pode ser resultado tanto de forças uni- ou multidirecionais, as quais podem induzir uma reabsorção das paredes alveolares, quanto da perda de suporte periodontal, em que dentes com periodonto reduzido perdem a sua estabilidade. Nestes casos, é importante se realizar o diagnóstico diferencial, pois dentes com doença periodontal controlada, mas com periodonto reduzido, podem apresentar uma mobilidade “fisiológica” (LINDHE, 2018). No entanto, estes elementos devem ser mantidos em rigoroso regime de manutenção, para se evitar perdas adicionais dos tecidos de suporte, tanto devido ao processo inflamatório, quanto devido a forças excessivas.

2.12 Sangramento à Sondagem

Além de ser útil para avaliar o risco individual à progressão da doença, o sangramento à sondagem também é importante para avaliar o risco local, ou seja, o risco de progressão do sítio, por ser um forte indicador de inflamação gengival.

Aplicando-se uma força de até 25N, este parâmetro pode ser o mais confiável para controlar pacientes em longo prazo, visto que sítios com sangramentos parecem ter um aumento do risco para a progressão da doença, especialmente se o mesmo sítio sangra repetidas vezes, em diferentes períodos de tempo (LANG et al., 1986). Dessa forma, elementos que apresentam sangramento à sondagem no mesmo sítio, por várias consultas de suporte, representam áreas de alto risco para a progressão da periodontite e devem ser mantidos sob controle mais rigoroso.

É importante avaliar o paciente observando os fatores de risco inerentes à progressão da doença periodontal, tanto os gerais quanto os locais. A avaliação dos parâmetros cínicos gerais, para determinação do risco individual fornece ao profissional uma orientação para a



determinação da frequência das rechamadas durante a TPS e a avaliação dos fatores de risco locais anteriormente relatados, juntamente com outros parâmetros clínicos (mobilidade dental, profundidade de sondagem, perda progressiva de inserção, presença de supuração) irão direcionar o profissional em relação a uma distribuição racional do tempo da consulta, pois sítios de risco necessitam de mais atenção durante as consultas e parâmetros clínicos indicativos de progressão da doença, indicam a necessidade de intervenção terapêutica adequada para a região.

Além desses seis fatores de risco e tendo em vista a importância das consultas de TPS para a manutenção dos resultados, a cooperação do paciente durante esta fase do tratamento também pode ser avaliada como um fator de risco. De forma que pacientes não cooperativos devem ser incluídos no grupo de alto risco para progressão da doença (LANG; TONETTI, 2003).

Apesar do consenso sobre a importância da TPS para o sucesso do tratamento periodontal em longo prazo, a cooperação de pacientes com essa fase da terapia é muito deficiente (MENDOZA et al., 1991; DEMETRIOU et al., 1995; NOVAES JR et al., 1996; NOVAES JR; NOVAES, 2001).

A responsabilidade para a manutenção é bilateral, devendo o paciente seguir as instruções recebidas, bem como o profissional estabelecer o intervalo apropriado para a rechamada, mantendo-o sob controle. O tratamento periodontal ativo apenas retarda a progressão da doença periodontal, sendo a manutenção o procedimento mais importante. (NOVAES JR. et al., 1996).

3 METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura que tem como temática a compreensão a respeito da Terapia Periodontal de suporte. Utilizou-se como critério de exclusão: artigos com duplicidade e artigos que não abordaram o tema proposto. A busca dos artigos foi realizada utilizando-se as bases de dados PubMed, Bireme e Scielo, e os seguintes descritores: Terapia periodontal de suporte, terapia periodontal de manutenção e TPS.

4 CONCLUSÃO

- A TPS é indispensável para a manutenção dos resultados obtidos na terapia periodontal ativa devendo ser parte integrante do tratamento.



- A cooperação dos pacientes no às consultas de TPS é baixa, tendo uma média de 54% dentre os estudos
- A maioria dos estudos mostrou que o intervalo de 3 meses entre as rechamadas apresenta melhor prognóstico, porém a individualização do intervalo parece ser mais adequado devido aos fatores de risco que tornam alguns pacientes mais suscetíveis à progressão da doença.
- Tabagismo, diabetes mellitus, lesões de furca, bolsas residuais, e sangramento à sondagem repetidas no mesmo sítio, são alguns dos indicadores de risco que foram relacionados com maior perda dentária e progressão da DP.

Referências

AXELSSON, P; LINDHE, J. [The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease.](#) **J Clin Periodontol.** v. 8, n. 4, p. 281-94, 1981.

BADERSTEN A.; NILVEUS, R.; EGELBERG, J. [Effect of nonsurgical periodontal therapy \(VIII\). Probing attachment changes related to clinical characteristics.](#) **J Clin Periodontol.** v. 14, n. 7, p. 425-32, 1987.

BADERSTEN, A.; NILVÉUS, R.; EGELBERG, J. [Effect of nonsurgical periodontal therapy. I. Moderately advanced periodontitis.](#) **J Clin Periodontol.** v. 8, n.1, p. 57-72, 1981.

DEMETRIOU, N.; TSAMI-PANDI, A.; PARASHIS, A. [Compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study.](#) **J Periodontol.** v.66, n. 2, p. 145-9, 1995.

Glossary of periodontal terms, **American Association of Periodontology**, 4th edition, 2001.

GREENSTEIN, G. [Periodontal response to mechanical non-surgical therapy: a review.](#) **J Periodontol.** v.63, n.2, p. 118-130, 1992.

HAFFAJEE, A.D.; SOCRANSKY, S.S.; LINDHE, J.; KENT, R.L.; OKAMOTO, H.; YONEYAMA, T. [Clinical risk indicators for periodontal attachment loss.](#) **J Clin Periodontol.** v. 18, n. 2, p. 117-25, 1991.

HILL, R.W.; RAMFJORD, S.P.; MORRISON, E.C.; APPLEBERRY, E.A.; CAFFESSE, R.G.; KERRY, G.J.; NISSLE, R.R. [Four types of periodontal treatment compared over two years.](#) **J Periodontol.** v. 52, n. 11, p. 655-62, 1981.

HIRSCHFELD, L.; WASSERMAN, B. [A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients.](#) **J Periodontol.** v. 49, n. 5, p. 225-37, 1978.



ISIDOR, F.; KARRING, T. [Long-term effect of surgical and non-surgical periodontal treatment. A 5-year clinical study.](#) **J Periodontal Res.** v. 21, n. 5, p. 462-72, 1986.

KALDAHL, W.B.; KALKWARF, K.L.; PATIL, K.D.; DYER, J.K.; BATES Jr, R.E. [Evaluation of four modalities of periodontal therapy. Mean probing depth, probing attachment level and recession changes.](#) **J Periodontol.** v. 59, n. 12, p. 783-93, 1988.

KERR, N.W. Treatment of chronic periodontitis. 45% failure rate after 5 years. **Br Dent J.** v. 150, n. 8, p. 222-4, 1981.

[KNOWLES, J.](#); [BURGETT, F.](#); [MORRISON, E.](#); [NISSLE, R.](#); RAMFJORD, S. Comparison of results following three modalities of periodontal therapy related to tooth type and initial pocket depth. **J Clin Periodontol.** v. 7, n. 1, p. 32-47, 1980.

KNOWLES, J.W.; BURGETT, F.G.; NISSLE, R.R.; SHICK, R.A.; MORRISON, E.C.; RAMFJORD, S.P. [Results of periodontal treatment related to pocket depth and attachment level. Eight years.](#) **J Periodontol.** v. 50, n. 5, p. 225-233, 1979.

LANG, N.P.; BERGLUNDH, T.; HEITZ-MAYFIELD, L.J.; PJETURSSON, B.E.; SALVI, G.E.; SANZ, M. Consensus Statements and Recommended Clinical Procedures Regarding Implant Survival. **Int J Oral Maxillofac Implants.** v. 19, Suppl, p. 150-154, 2004.

LANG, N.P.; JOSS, A.; ORSANIC, T.; GUSBERTI, F.A.; SIEGRIST, B.E. Bleeding on probing — A predictor for the progression of periodontal disease? **J Clin Periodontol.** v.13, p. 590-596, 1986.

LANG, N.R.; TONETTI, M.S. Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT). **Oral Health Prev Dent.** v.1, p.7-16, 2003.

LINDHE J.; NYMAN S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. **J Clin Periodontol.** v.11, n. 8, p. 504-514, 1984.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N.P. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

[LINDHE, J.](#); NYMAN, S. The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of periodontal health. A longitudinal study of periodontal therapy in cases of advanced disease. **J Clin Periodontol.** v. 2, n. 2, p. 67-79, 1975.

LINDHE, J.; NYMAN, S.; KARRING, T. [Scaling and root planing in shallow pockets.](#) **J Clin Periodontol.** v. 9, n. 5, p. 415-418, 1982.

LINDHE, J.; SOCRANSKY, S.S.; NYMAN, S.; HAFFAJEE, A.; WESTFELT, E. ["Critical probing depths" in periodontal therapy.](#) **J Clin Periodontol.** v. 9, n. 4, p. 323-36, 1982.

LÖE, H.; THEILADE, E.; JENSEN, S.B. Experimental gingivitis in man. **J Periodontol.** v. 36, p. 177-187, 1965.



MATULIENE G.; PJETURSSON, B.E.; SALVI, G.E.; SCHMIDLIN, K.; BRÄGGER, U.; ZWAHLEN, M.; LANG, N.P. Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: Results after 11 years of maintenance. **J Clin Periodontol.** v. 35, p. 685–695, 2008.

MATULIENE, G.; STUDER, R.; LANG, N.P.; SCHMIDLIN, K.; PJETURSSON, B.E.; SALVI, GE; BRÄGGER, U; ZWAHLEN, M. Significance of Periodontal Risk Assessment on the recurrence of periodontitis and tooth loss. **J Clin Periodontol.** v. 37, p. 191–199, 2010.

[MENDOZA, A.R.](#); [NEWCOMB, G.M.](#); NIXON, K.C. Compliance with supportive periodontal therapy. **J Periodontol.** v.62, n. 12, p.:731-736, 1991.

MENDOZA, A.R.; NEWCOMB, G.M.; NIXON, K.C. [Compliance with supportive periodontal therapy.](#) **J Periodontol.** v. 62, n. 12, p. 731-6, 1991.

[NOVAES JR., A.B.](#); [LIMA, F.R.](#); [NOVAES, A.B.](#) Compliance with supportive periodontal therapy and its relation to the bleeding index. **J Periodontol.** n. 67, v. 10, p. 976-980, 1996.

NOVAES JR., A.B.; NOVAES, A.; BUSTAMANTI, A.; VILLAVICENCIO, J.J.; MULLER, E.; PULIDO, E. Supportive periodontal therapy in south America. A retrospective study on compliance. **J Periodontol.** v. 70, n.3, p.301-306, 1999.

NOVAES JR., A.B.; NOVAES, A. Compliance with supportive periodontal therapy. Part 1. Risk of non-compliance in the first 5-year period. **J Periodontol.** v. 70, n.6, p. 679-682, 1999.

NOVAES, A.B.; NOVAES JR., A.B. **Procedimentos Cirúrgicos da Periodontia e Implantodontia.** 1 ed. São Paulo, SP, 2004.

[NYMAN, S.](#); [LINDHE, J.](#); ROSLING, B. Periodontal surgery in plaque-infected dentitions. **J Clin Periodontol.** v. 4, n. 4, p. 240-249, 1977.

NYMAN, S.; ROSLING, B.; LINDHE, J. [Effect of professional tooth cleaning on healing after periodontal surgery.](#) **J Clin Periodontol.** v. 2, n. 2, p. 80-6, 1975.

OLIVER, R.C.; BROWN, L.J.; LÖE, H. Periodontal diseases in the United States population. **J Periodontol.** v. 69, n. 2, p. 269-278, 1998.

PIHLSTROM, B.L.; MCHUGH, R.B.; OLIPHANT, T.H.; ORTIZ-CAMPOS, C. [Comparison of surgical and nonsurgical treatment of periodontal disease. A review of current studies and additional results after 61/2 years.](#) **J Clin Periodontol.** v. 10, n. 5, p. 524-41, 1983.

Position Paper – Dental implants in Periodontal Therapy. **J Periodontology.** v. 71, n.12, 2000.

Position Paper – Periodontal Maintenance. **J Periodontology.** v. 74, n.9, 2003.

RAMFJORD, S.P. Maintenance care and supportive periodontal therapy. **Quintessence International.** v. 24, n.7, 1993.



[RAMFJORD, S.P.](#); [KNOWLES, J.W.](#); [NISSLE, R.R.](#); [BURGETT, F.G.](#); SHICK, R.A. Results following three modalities of periodontal therapy. **J Periodontol.** v.46, n. 9, p. 522-526, 1975.

[RAMFJORD, S.P.](#); [NISSLE, R.R.](#); [SHICK, R.A.](#); [COOPER JR., H.](#) Subgingival curettage versus surgical elimination of periodontal pockets. **J Periodontol.** v. 39, n. 3, p. 167-175, 1968.

[ROSLING, B.](#); [NYMAN, S.](#); [LINDHE, J.](#); JERN, B. The healing potential of the periodontal tissues following different techniques of periodontal surgery in plaque-free dentitions. A 2-year clinical study. **J Clin Periodontol.** v. 3, n. 4, p. 233-250, 1976.

ROSLING, B.; SERINO, G.; HELLSTRÖM, M-K.; SOCRANSKY, S.S.; LINDHE, J. Longitudinal periodontal tissue alterations during supportive therapy. Findings from subjects with normal and high susceptibility to periodontal disease. **J Clin Periodontol.** v. 28, p. 241-249, 2001.

SUOMI, J.D.; WEST, J.D.; CHANG, J.J.; MCCLENDON, B.J. [The effect of controlled oral hygiene procedures on the progression of periodontal disease in adults: radiographic findings.](#) **J Periodontol.** v. 42, n. 9, p. 562-4, 1971.

WESTFELT, E.; BRAGD, L.; SOCRANSKY, S.S.; HAFFAJEE, A.D.; NYMAN, S.; LINDHE, J. [Improved periodontal conditions following therapy.](#) **J Clin Periodontol.** v. 12, n. 4, p. 283-93, 1985.

WESTFELT, E.; NYMAN, S.; SOCRANSKY, S.; LINDHE, J. [Significance of frequency of professional tooth cleaning for healing following periodontal surgery.](#) **J Clin Periodontol.** v. 10, n. 2, p. 148-56, 1983.

WILSON JR., T.G.; GLOVER, M.E.; MALIK, A.K.; SCHOEN, J.A.; DORSETT, D. [Tooth loss in maintenance patients in a private periodontal practice.](#) **J Periodontol.** v. 58, n. 4, p. 231-5, 1987.