

Avaliação da Conduta de Cirurgiões-Dentistas no Retorno Periódico de Usuários de Prótese Parcial Removível

**Ana Cláudia PAVARINA^a, Patrícia Petromili Nordi Sasso GARCIA^b,
Roberta Ferreti BONAN^c, Eunice Teresinha GIAMPAOLO^a,
Carlos Eduardo VERGANI^a, Ana Lúcia MACHADO^a**

^a *Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, Faculdade de Odontologia, UNESP
14801-903 Araraquara - SP*

^b *Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, UNESP
14801-903 Araraquara - SP*

^c *Cirurgião-dentista*

PAVARINA, A.C.; GARCIA, P.P.N.S.; BONAN, R.F.; GIAMPAOLO, E.T.; VERGANI, C.E.; MACHADO, A.L. Survey the policy adopted by dentists concerning the periodic recalls of patients wearing removable partial. **Rev. Odontol. UNESP**, São Carlos, v. 32, n. 1, p. 47-54, Jan/Jan 2003.

Resumo: O objetivo deste estudo foi avaliar a conduta de cem cirurgiões-dentistas quanto ao controle do retorno periódico de pacientes, tratados com prótese parcial removível (PPR). Foi utilizado um questionário para preenchimento manual e um software EPI Info 6.04 para análise dos dados. De acordo com as respostas, 25% dos profissionais recomendaram o retorno após 2 dias e 39% após 7 dias. Dos procedimentos realizados nessas consultas, 49% foram de avaliação da higienização, de dentes e prótese, áreas de compressão e oclusão. Dos dentistas participantes, 65% prescreveram retorno semestral. Dos profissionais estudados, 71% recomendara o controle posterior para verificar a higienização dos dentes e adaptação da prótese ao rebordo. Os procedimentos mais realizados nesses retornos foram raspagem, instrução de higiene oral e restauração.

Palavras-chave: *Saúde; prótese parcial removível; retorno periódico; instrução de higiene.*

Abstract: The aim of this survey was to analyze the policy adopted by dentists concerning the periodic recalls of patients wearing removable partial dentures (PRD). A sample of 100 dentists was surveyed by means of a questionnaire and data were entered into a computer database (Epi Info 6.04). After placement of PRD, the recalls for adjustment were 2-day (25%) and 7-day (39%); the most reported procedures were the evaluation of teeth and denture hygiene, compression areas and occlusion (49%). Six-month recall period was advised by 65% of the professionals. 54% reported that their patients returned to the dental office only when they consider it necessary. Among the surveyed clinicians, 71% advised further control to check oral care and adaptation of the prosthesis to the residual ridge. The procedures most commonly performed on patients' recall were scaling (77%), restoration (63%) and hygiene instruction (61%). In conclusion, the findings of the conducted survey disclosed that most of professionals prescribe regular recall mainly after six months, to evaluate teeth and prosthesis hygiene, compression areas and occlusion. The most common procedures performed on the recall appointments are scaling, oral hygiene instruction and restoration.

Keywords: *Gingival health; denture partial removable; periodical recall; hygiene instruction.*

Introdução

A cárie dental e a doença periodontal são enfermidades freqüentes na população idosa, principalmente por não receber incentivos à valorização da saúde bucal no contexto da saúde geral. Há uma grande parcela da população de idosos que apresenta espaços desdentados na cavidade bucal necessitando de reabilitação com prótese parcial removível (PPR). Segundo Ghamrawy²⁰ (1976), a PPR promove mudanças ecológicas na microbiota bucal, aumenta a retenção de placa sobre os dentes pilares em contato com a prótese, e aumenta o risco de gengivite, periodontite e cárie.

Sendo assim, os profissionais deverão realizar programas de educação e motivação voltados aos pacientes portadores de próteses removíveis. Esses programas têm como objetivo estimular mudanças de comportamento, melhorar a cooperação do paciente com as medidas de higiene e, conseqüentemente, preservar as estruturas dentárias remanescentes. Nesse contexto, o retorno periódico é fundamental, pois permite o diagnóstico precoce, o controle e a prevenção da cárie e da doença periodontal. Segundo Todescan^{32,33} (1993), o retorno para a manutenção é a maneira mais segura e eficiente de se manter a saúde periodontal. De acordo com Wilson Jr.³⁶ (1984), pacientes que retornam periodicamente apresentam periodonto mais saudável e menor perda de dentes. Portanto, os pacientes usuários de PPR devem retornar periodicamente ao consultório odontológico para manutenção da higiene bucal e prevenção das doenças periodontais.^{4,12,34}

Wright et al.³⁹ (1995) analisaram a relação entre o planejamento da PPr e a recessão gengival em 146 pacientes durante 3 anos e observaram que uma adequada higiene bucal é mais importante do que o planejamento para a manutenção da saúde periodontal. Bassi et al.³ (1996), avaliando a relação entre a PPR e os danos causados às estruturas de suporte, observaram que apenas 10,5% dos pacientes examinados mantiveram ótimos níveis de higiene bucal após a colocação da prótese, demonstrando a necessidade de retornos periódicos. Segundo Bergman et al.⁷ (1995), com o retorno, serão reduzidos os possíveis danos que a prótese poderá promover aos dentes remanescentes e aos tecidos periodontais.

Durante o retorno periódico, os profissionais deverão remotivar e reinstaurar seus pacientes com relação aos procedimentos de higiene.^{3,4,25} Segundo Bostanci & Arpak⁸ (1991), os pacientes que não têm hábitos de higiene adequados não retornam ao consultório em intervalos regulares para serem reexaminados e reorientados. De acordo com Bergman et al.⁶ (1982), os profissionais deveriam utilizar estratégias que melhorassem a cooperação com o retorno, uma vez que, além da higiene bucal, deverá ser avaliados a atividade de cárie, a tendência a reabsorção óssea, os problemas na articulação temporomandibular e a qualidade da prótese.

O controle da placa bacteriana muitas vezes está relacionado com a capacidade do profissional em motivar e educar seus pacientes em relação aos recursos de higienização. Para realizar um trabalho educativo-preventivo adequado, o profissional também necessita estar motivado. Segundo McGiviney & Castleberry²³ (1994) e Morris et al.³⁴ (1996), as orientações deverão ser iniciadas na primeira visita, continuar durante todo o tratamento e nas fases de retorno para manutenção.

Para Bergman⁵ (1987) e Bergman et al.^{6,7} (1982,1995), um tratamento protético cuidadosamente planejado e retornos para controle, tanto da higiene bucal quanto da prótese do paciente, resultarão em pouco ou nenhum dano aos dentes remanescentes e tecidos periodontais.

Com base nessas considerações, o objetivo deste estudo foi avaliar a conduta dos cirurgiões-dentistas quanto ao retorno de pacientes usuários de PPR, observando-se os seguintes itens: tempo recomendado para o retorno de ajustes; procedimentos realizados no retorno de ajuste; motivo para o controle posterior; tempo recomendado para o retorno de manutenção e procedimentos realizados; freqüência e método utilizados para promover o retorno; condição dos dentes e da prótese nos retornos periódicos.

Material e método

A população de estudo foi composta por 100 cirurgiões-dentistas, selecionados aleatoriamente, dos estados de São Paulo e Minas Gerais - Brasil. Nessa população houve predominância do sexo masculino (57%) sobre o feminino (43%). A idade dos profissionais variou de 21 a 46 anos ou mais, sendo os maiores índices encontrados na faixa etária entre 26 e 30 anos (28%). A maioria dos profissionais concluiu o curso de graduação nos últimos 10 anos (58%), e, 29% iniciaram suas atividades nos últimos 5 anos.

O instrumento de análise utilizado foi um questionário composto de perguntas versando sobre a conduta de cirurgiões-dentistas no retorno periódico de usuários de prótese parcial removível, bem como a condição dos dentes e da prótese quando desse retorno.

Para armazenamento das informações coletadas foi criado um arquivo de banco de dados, utilizando o software DBase III Plus. Para a análise estatística dos dados obtidos, o arquivo DBase foi exportado para outro arquivo com estrutura compatível (o software EPIINFO 6.0). Foi também realizada estatística descritiva e confecção de Tabelas e Figuras.

Resultado

Na Tabela 1 pode-se verificar a conduta dos profissionais analisados no que diz respeito ao retorno para ajuste da prótese.

Quanto ao tempo de retorno para ajuste logo após a colocação da PPR, os períodos mais recomendados foram

de 2 dias (25%) e 7 dias (39%). Nesses primeiros retornos para ajuste, os procedimentos mais executados pelos cirurgiões-dentistas foram avaliação da higienização dos dentes pilares, e da prótese e as áreas de compressão e oclusão (49%) e higienização dos dentes pilares e da prótese e observação de áreas de compressão (11%).

Quando questionados sobre o retorno para avaliação/manutenção do tratamento e 93% afirmaram prescreverem

Tabela 1. Distribuição dos profissionais de acordo com questões relacionadas ao retorno para ajuste da prótese (FOAr., 2002).

Questões/Respostas	% profissionais (n=100)%
Quanto tempo após a colocação da PPR você recomenda que o paciente retorne para ajustes?	
2 dias	25
7 dias	39
15 dias	5
30 dias	5
2 dias e 7 dias	1
2 dias e 15 dias	2
7 dias e 15 dias	1
Outro período	15
7 dias e em outro período	3
Não respondeu	4
Nesses primeiros retornos para ajuste, o que você observa?	
Higienização dos dentes	2
Higienização da prótese	2
Área de compressão	7
Oclusão	4
Higienização dos dentes e da prótese	2
Higienização dos dentes, da prótese e áreas de compressão	11
Higienização dos dentes e áreas de compressão	2
Higienização da prótese e áreas de compressão	3
Higienização da prótese, áreas de compressão e oclusão	2
Áreas de compressão e oclusão	10
Higienização dos dentes, da prótese e oclusão	1
Higienização dos dentes, da prótese, áreas de compressão e oclusão	49
Outros	1
Não respondeu	4
Total de Profissionais	100

Tabela 2. Distribuição dos profissionais de acordo com questões relacionadas ao retorno periódico (FOAr., 2001).

Questões/Respostas	% profissionais (n=100)
Após a colocação da PPR, você recomenda que o paciente retorne para a avaliação/manutenção do tratamento?	
Não	3
Sim	93
Não respondeu	4
Com que frequência recomenda esses retornos?	
Não recomenda	3
De 3 em 3 meses	13
De 6 em 6 meses	65
Uma vez ao ano	5
De 3 em 3 meses ou de 6 em 6 meses	5
De 6 em 6 meses ou anualmente	1
Outros	4
Não respondeu	4
Qual o método utilizado para promover o retorno periódico?	
Não recomendo retorno	3
Deixa agendado o retorno na última consulta	24
Espera que o paciente retorne espontaneamente	19
Telefone	15
Cartas	10
Cartas e telefone	14
Espera que o paciente retorne espontaneamente ou telefona	1
Deixa agendado o retorno na última consulta/envia cartas/telefona	4
Deixa agendado o retorno na última consulta e telefona	6
Não respondeu	4
Qual é a frequência de retorno dos seus pacientes?	
Retornam todas as vezes recomendadas	34
Retornam apenas quando julgam necessário	54
Retornam todas as vezes recomendadas ou apenas quando julgam necessário	5
Não retornam mais após a colocação da prótese	1
Não respondeu	4
Total de Profissionais	100

lo. Os métodos mais utilizados para promoção do retorno periódico foram: telefonema na época do retorno (40%), envio de carta (28%), agendamento prévio (24%) e retorno espontâneo (19%).

Quanto à frequência de retorno recomendada, a maior parte dos profissionais prescreveu retorno semestral (65%) seguido do trimestral (13%). Quanto à frequência de retorno dos pacientes, 34% dos profissionais relataram que seus pacientes retornavam todas as vezes recomendadas; entretanto, 54% responderam que seus pacientes voltam ao consultório apenas quando julgam necessário.

De acordo com a Figura 1, 71% dos profissionais recomendaram controle posterior para verificar a higienização dos dentes e a adaptação da prótese ao rebordo; 65% para verificar a higienização da prótese; 62% para avaliação da saúde periodontal e 58% para detectar a presença de cáries.

Quanto aos procedimentos realizados durante o retorno periódico, foram apontados com maior frequência raspagem e polimento dental (77%), nova instrução de higiene oral (61%) e restauração (63%). Foram relacionados, também, ajuste da prótese e reembasamento.

A Tabela 3 mostra que 51% dos profissionais entrevistados relataram não haver nenhum problema com os dentes de seus pacientes durante os retornos periódicos; 17% mencionaram a presença de cárie; 8% de sangramento gengival, cálculo e mobilidade e 7% cárie, sangramento gengival, cálculo e mobilidade. Ao serem questionados sobre as condições da prótese, 31% disseram que ela se apresentava limpa; 33% com placa e 12% manchada por corante.

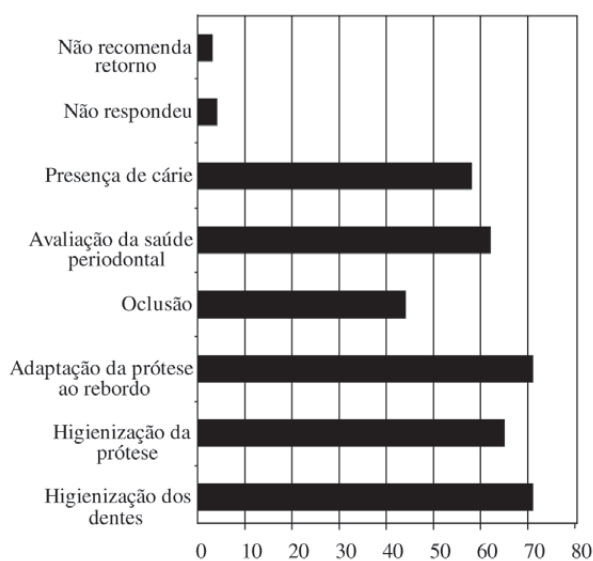


Figura 1. Motivo de controle posterior

Tabela 3. Distribuição dos cirurgiões-dentistas de acordo com questões relacionadas às condições dos dentes e das próteses nos retornos periódicos (FOAr., 2001).

Questões/Respostas	% profissionais (n=100)
Como estão os dentes em contato com a prótese?	
Não apresentam problema algum	51
Apresentam cárie	17
Apresentam sangramento gengival, cálculo e mobilidade	8
Apresentam cárie, sangramento gengival, cálculo e mobilidade	7
Não apresentam problema algum ou apresentam cáries	3
Não respondeu	14
Nos retornos periódicos, como a prótese do paciente apresenta-se?	
Com placa	33
Limpa	31
Manchada por corante	12
Manchada por corante ou com placa	5
Limpa ou com placa	4
Placa ou com cálculo	4
Com cálculo	3
Não respondeu	9
Total de Profissionais	100

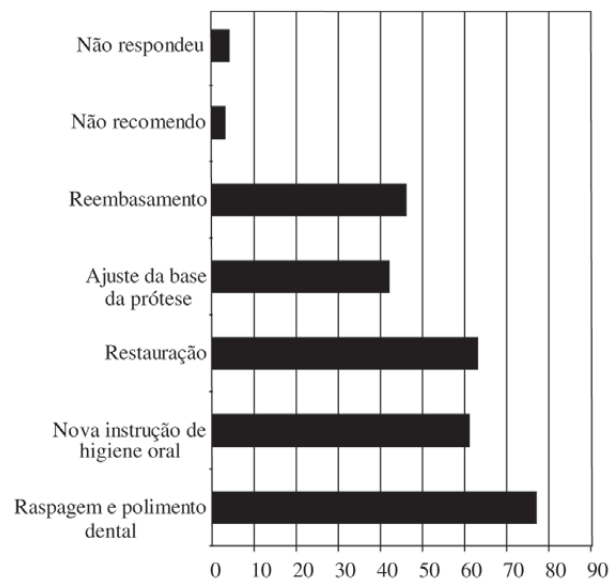


Figura 2. Procedimentos realizados nos retornos periódicos.

Discussão

Observando os resultados desta pesquisa, pode-se verificar que, dos cirurgiões-dentistas analisados, 39% recomendaram que o paciente retornasse para ajustes sete dias após a colocação da prótese e 25% após dois dias. No primeiro ajuste, 49% dos profissionais observaram a higienização dos dentes e da prótese, as áreas de compressão e a oclusão (Tabela 1). Após a colocação da prótese, é importante a realização do retorno para ajuste, uma vez que a adaptação do paciente à prótese apresenta duas fases distintas: a primeira é o ajuste na cavidade bucal, considerando o relacionamento da base com a fibromucosa e a oclusão; a segunda fase consiste na acomodação biológica e psicológica do paciente com a prótese.²² Segundo MacGivney & Castleberry,²² o paciente deve retornar para avaliação 24 horas após a colocação da prótese para avaliação da resposta das estruturas remanescentes (dentes e rebordo residual) e para a realização de pequenos ajustes quando necessário. De acordo com Miller & Grasso,²³ embora uma única checagem pós inserção seja suficiente para prótese dento-suportada, as próteses dento mucoso-suportada necessitam de duas ou mais consultas pós-inserção, sendo a segunda marcada 48 ou 72 horas após a primeira.

Pôde ser observado também que, embora os resultados desta pesquisa estejam de acordo com alguns trabalhos encontrados na literatura, os níveis de cooperação completa com o retorno poderão ser melhorados se os profissionais conscientizarem os seus pacientes sobre a importância do retorno para a manutenção da saúde bucal e das próteses.

Dos profissionais consultados, 71% julgaram que é importante o retorno periódico para avaliação da adaptação da prótese ao rebordo (Figura 1). Um aspecto importante a ser considerado logo após a colocação da prótese é a reabsorção do osso alveolar, que é um processo crônico e irreversível e pode ocasionar o desajuste das bases das próteses. Essa desadaptação pode causar, além de desconforto para o paciente, forças horizontais nocivas sobre os dentes pilares nos casos de extremidades livres. Além disso, a concentração de forças em determinadas regiões do rebordo pode acelerar o processo fisiológico de reabsorção óssea.²

Considerando esses aspectos, a adaptação das bases das próteses deve ser periodicamente reavaliada e, nos casos de desajuste, elas devem ser readaptadas aos tecidos subjacentes, contribuindo para o sucesso do tratamento.

Foi constatado, por trabalho, que 71% dos profissionais consideraram importante o retorno para verificação da higienização dos dentes, 65% para a higienização da prótese, 62% para avaliação da saúde periodontal e 58% para verificação da presença de cáries. Segundo Morris et al.²⁴ (2001), os pacientes que visitam o dentista regularmente apresen-

tam menor índice de placa (68%) e de cárie (29%) quando comparados com os pacientes que retornam ao consultório somente em casos de dor (80% de placa e 43% de cárie).

De acordo com a Tabela 3, 17% dos profissionais entrevistados afirmaram que, nos retornos, os pacientes apresentavam cáries nos dentes pilares da prótese, sendo 8% com sangramento gengival, cálculo e mobilidade. Esses danos podem ocorrer se os pacientes não higienizarem adequadamente os dentes remanescentes ou a prótese. Os grampos em contato com os dentes pilares promovem o acúmulo de placa sobre as superfícies. Isso pode levar ao aparecimento de cáries, recessão gengival e perda de inserção gengival maior que nos demais dentes.

Drake & Beck¹⁴ (1993) estabeleceram estreita relação entre cárie e doença periodontal: se a prótese está insatisfatória, existe maior risco de doença periodontal; por outro lado, se a prótese é satisfatória, os pacientes podem apresentar maior índice de cárie. Assim, os controles profissionais e cuidados de higiene bucal são importantes para reduzir os riscos. Yeung et al.⁴⁰ (2000) observaram que, após 5 anos de utilização da prótese removível, somente 8,5% dos dentes que estavam em contato com a prótese desenvolveram cárie.

Além da condição bucal do paciente, a condição que a prótese apresenta no retorno também é muito importante: 33% dos dentistas encontraram próteses com placa e 12%, manchamento por corante. Segundo Burnett et al.⁹ (1993), muitos pacientes falham na manutenção de um nível satisfatório de higiene das próteses. Em virtude disso, os profissionais precisam estar conscientes de que não podem tratar a pós-inserção da prótese casualmente e devem enfatizar a importância dos cuidados de higienização por meio de demonstração e de instruções escritas e verbais, de forma que o paciente compreenda a necessidade de cuidados apropriados³⁵.

Nesse contexto, um programa de higiene bucal e limpeza das próteses deve ser estabelecido pelo profissional e os resultados monitorados mediante um sistema eficiente de retorno. O retorno periódico é importante para o diagnóstico precoce, a manutenção da saúde periodontal, o controle e a prevenção da cárie dental e para o reforço da motivação.^{1,8,10,13,19,23,26,28,31,38} Foi constatado que 93% dos profissionais consultados recomendaram o retorno para avaliação e manutenção do tratamento e que 65% deles prescreveram periodicidade semestral (Tabela 2). Embora o retorno semestral seja um procedimento adotado por muitos profissionais, é importante considerar que o intervalo de retorno deve ser estabelecido de acordo com a cooperação do paciente, seu grau de higiene bucal, as condições periodontais e risco à cárie.^{1,10,21,27,30} No caso de pessoa idosa usuária de PPR, para o estabelecimento de um programa de manutenção mais adequado, deveria ser considerada sua habilidade no controle de placa e sua susceptibilidade à doença

periodontal.⁴⁰ Dessa forma, a frequência das visitas de retorno deveria ser individualizada, com especial atenção às superfícies dos dentes que mantém contato com os componentes da prótese. Pacientes que visitaram o dentista uma vez ou mais ao ano apresentaram menor índice de placa e sangramento gengival que os que visitaram o consultório irregularmente.⁴⁰

Para 54% dos profissionais analisados, os pacientes não colaboram com o sistema de retorno proposto e retornam quando julgam necessário, e somente para 34% dos profissionais entrevistados os pacientes retornam todas as vezes recomendadas. Isso pode sugerir que não tenha sido apresentado um plano de prevenção e manutenção adequado, uma vez que a efetividade da motivação para o retorno pode ser avaliada pelo número de retornos de cada paciente. Além disso, os pacientes associam visitas de retorno com gastos desnecessários,¹ o que demonstra a necessidade de educá-los e motivá-los a desenvolver uma filosofia preventiva.^{17,37} Quando o paciente está motivado e consciente da necessidade de manter uma saúde bucal adequada, certamente ocorrerá o retorno, fato comprovado por Echeverria¹⁵ (1994), que observou regularidade de retorno em 73% dos pacientes com doença periodontal severa, ou seja, com risco de perda dental, pois a motivação era a preservação dos dentes. Segundo Checchi et al.¹¹ (1994), a completa cooperação com o retorno diminuiu com o passar do tempo, de 38% em 1 ano para 20% em 4 anos. Isso demonstra a importância da motivação constante.

Galut¹⁸ (1991) observou que, entre 231 indivíduos estudados, 42% não retornaram ao consultório, mesmo tendo sido instruídos para isso. Wilson Jr. et al.³⁷ (1984) avaliaram 961 pacientes durante 8 anos e puderam notar que 16% retornavam de forma regular e 34% não retornaram mais. Resultados próximos a estes foram obtidos por Eddie¹⁶ (1984), que, em 5 anos de análise, observou 16% de regularidade dos pacientes, 54% de irregularidade e 30% de ausência, e também por Schoen et al.²⁹ (1988), ao observarem que menos de 20% dos pacientes retornavam para novos tratamentos nos anos subsequentes. Comparando os resultados obtidos por este estudo com os descritos anteriormente, podemos constatar que os profissionais analisados apresentaram pacientes com um índice de cooperação com o retorno superior a 34%.

Para que o tratamento protético seja bem sucedido, os profissionais devem educar e motivar seus pacientes tanto parou a manutenção da higiene como quanto aos retornos periódicos ao consultório. Além disso, a visita regular ao dentista pode promover melhor conhecimento dos fatores que afetam a saúde bucal. Além disso, nos retornos frequentes ao consultório para a manutenção da saúde dos tecidos, devem ser realizados ajustes ou substituição da prótese quando necessário.

Conclusão

De acordo com os resultados desta pesquisa podemos concluir que:

- os períodos mais recomendados para o retorno de ajuste foram de 2 dias (25%) e 7 dias (39%), e que os procedimentos mais executados pelos cirurgiões-dentistas foram avaliação da higienização dos dentes pilares e da prótese e das áreas de compressão e oclusão (49%) e higienização dos dentes pilares e da prótese e observação de área de compressão (11%);
- dentre os motivos mais citados para o controle posterior, tem-se a verificação da higienização dos dentes e da adaptação da prótese e do rebordo (71%), higienização da prótese (65%), avaliação da saúde periodontal (62%) e detecção da presença de cáries (58%);
- a maioria dos profissionais consultados prescreve o retorno periódico, principalmente o semestral (65%), e que os procedimentos mais executados nesta oportunidade foram raspagem, instrução de higiene bucal e restaurações;
- para 34% dos profissionais, seus pacientes retornara todas as vezes recomendadas, e que dentre os métodos mais utilizados para lembrar o paciente da época do retorno tem-se o telefonema (40%), envio de carta (28%), agendamento prévio (24%) e retorno espontâneo (19%).

Agradecimento

Nossos agradecimentos à FAPESP (Processo-00/13296-5) pelo financiamento.

Referências

1. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Council on access prevention and interprofessional relations. Treating caries as an infectious disease. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 126, suppl., p.2S-24S, June 1995.
2. BARBER, H. D. et al. Evaluation of anterior maxillary alveolar ridge resorption when opposed by the transmandibular implant. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v. 48, n.12, p. 1283-1287, Dec. 1990.
3. BASSI, F. et al. Oral conditions and aptitude to receive implants in patients with removable partial denture: a cross-sectional study. Part I. Oral conditions. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v. 23, n. 1, p. 50-54, Jan. 1996.
4. BASSI, F. et al. Oral conditions and aptitude to receive implants in patients with removable partial denture: a cross-sectional study. Part II. Aptitude. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v. 23, n.3, p. 175-178, Mar.1996.
5. BERGMAN, B. Periodontal reactions related to removable partial dentures: a literature review. **J.**

- Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 58, n.4, p. 454-458, Oct. 1987.
6. BERGMAN, B.; HUGOSON, A.; OLSON, C-O. Caries, periodontal and prosthetic findings in patients with removable partial dentures: a ten-year longitudinal study. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 48, n.5, p. 506-514, Nov. 1982.
 7. BERGMAN, B.; HUGOSON, A.; OLSON, C-O. A 25 year longitudinal study of patients treated with removable partial dentures. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v. 22, n.8, p. 595-599, Aug. 1995.
 8. BOSTANCI, H.S.; ARPAK, M.N. Long-term evaluation of surgical periodontal treatment with and without maintenance care. **J. Nihon Univ. Sch. Dent.**, Tokyo, v.33, n.3, p.152-159, Sept. 1991.
 9. BURNETT, C.A.; CALWELL, E.; CLIFFORD, T.J. Effect of verbal and written education on denture wearing and cleansing habits. **Restor. Dent.**, Larkfield, v. 2, n.2, p. 79-83, Dec. 1993.
 10. CHARBENEAU, T.D. Maintenance of the treated patient. **Tex. Dent. J.**, Dallas, v.101, n.11, p. 44-47, Nov. 1984.
 11. CHECCHI, L. et al. Patient compliance with maintenance therapy in an Italian periodontal practice. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v.21, n.5, p. 309-312, May 1994.
 12. DE FIORI, S.R.; LOURENÇÃO, A.R. Prótese parcial removível. In: _____. **Prótese parcial removível**. São Paulo: Pancast Editora, 1989. cap.7, p.183-191.
 13. DeVORE, C.H. et al. Bone loss following periodontal therapy in subjects without frequent periodontal maintenance. **J. Periodontol.**, Chicago, v.57, n.6, p.354-359, June 1986.
 14. DRAKE C.W.; BECK, J. D. The oral status of elderly removable partial dentures wearers. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v.20, n. 1, p. 53-60, Jan.1993.
 15. ECHEVERRIA, J.J. How to integrate prevention into a successful practice. **Int. Dent. J.**, London, v.44, n.4, p. 312-316, Aug. 1994.
 16. EDDIE, S. Frequency of attendance in the General Dental Service in Scotland. A comparison with claimed attendance. **Br. Dent. J.**, London, v.157, n.8, p.267-270, Oct.1984.
 17. FRANSEN, A. Changing patterns of attitudes and oral health behaviour. **Int. Dent. J.**, London, v.35, n.4, p.284-290, Dec. 1985.
 18. GALGUT, P.N. Compliance with maintenance therapy after periodontal treatment. **Dent. Health**, London, v.30, n.6, p. 3-7, Jan. 1991.
 19. GARCIA-GODOY, F. Patient motivation and preventive dentistry. **J. Pedod.**, Birmingham, v.8, n.1, p. 105-107, Fall 1983.
 20. GHAMRAWY, E.E. Qualitative changes in dental plaque formation related to removable partial dentures. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v.3, n.2, p. 115-120, Apr.1976.
 21. HEASMAN, P.A.; JACOBS, D.J.; CHAPPLE, I.L. An evaluation of the effectiveness and patient compliance with plaque control methods in the prevention of periodontal disease. **Clin. Prev. Dent.**, Philadelphia, v.11, n.2, p.24-28, Mar./Apr. 1989.
 22. MCGIVNEY, G.P.; CASTLEBERRY, D.J. **Removable partial prosthodontics**. St Louis: Mosby, 1994. cap. 2, p. 11-27.
 23. MILLER, E.M.; GRASSO, J.E. **Prótese parcial removível**. São Paulo: Editora Santos, 1990. cap. 15, p. 263-81.
 24. MORRIS, A.J.; STEELE, J.; WHITE, D.A. The oral cleanliness and periodontal health of UK adults in 1998. **Br. Dent. J.**, London, v.191, n.4, p. 186-192, Aug. 2001.
 25. NADA, M.; GHARRPHY, S.; BADAWY, M.S. A two year longitudinal study on the effect of removable partial denture design on the health of the remaining teeth. **Egypt. Dent. J.**, Cairo, v. 33, n.1, p. 85-95, Jan. 1987.
 26. NUTTALL, N.M. General dental service treatment received by frequent and infrequent dental attenders in Scotland. **Br. Dent. J.**, London, v.165, n.10, p.47-50, May 1988.
 27. PADOVANI, M.C; SABA-CHUJFI, E. Manutenção e controle no tratamento periodontal. Conceito e filosofia atual de manutenção e controle no tratamento periodontal. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v.45, n.2, p.429-432, mar./abr. 1991.
 28. RAMFJORD, S.P. Maintenance care for treated periodontitis patients. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v.14, n.8, p. 433-437, Sept. 1987.
 29. SCHOEN, M.H.; MARCUS, M.; KOCH, A.L. The hospital sponsored ambulatory dental services program, part II: na evaluation of dental services. **Spec. Care Dentist**, Chicago, v.8, n.1, p. 6-12, Jan./ Feb. 1988.
 30. SINGI, L.M. Prevenção da placa dental. **Odontol. Mod.**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 17-23, abr. 1985.
 31. SUOMI, J.D. et al. The effect of controlled oral hygiene procedures on the progression of periodontal disease in adults: results after two years. **J. Periodontol.**, Chicago, v.40, n.7, p. 416-420, July 1969.
 32. TODESCAN, J. H. Controle e manutenção periódicos I. **Periodontia**, Rio de Janeiro, v. 2, n.3, p.20-5, abr./out.1993.
 33. TODESCAN, J. H. Controle e manutenção periódicos II. **Periodontia**, Rio de Janeiro, v. 2, n.3, p.26-9, abr./out.1993.
 34. TODESCAN, R.; SILVA, E.E.B.; SILVA, O.J. Fracassos em prótese parcial removível. In: _____. **Atlas de prótese parcial removível**. São Paulo: Livraria Santos

- Editora, 1996. cap. 2, p. 11-27.
35. WAGNER, A.G. Maintenance of the partially edentulous mouth and care of the denture. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.17, n.4, p.755-768, Oct. 1973.
 36. WILSON JR., T.G. maintenance of the partially edentulous mouth and care of the denture. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 121, n.4, p. 491-494, Oct. 1990.
 37. WILSON JR., T.G. et al. Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 55, n.8, p. 468-473, Aug. 1984.
 38. WOOD, W. R.; GRECO, G. W.; McFALL JR.; W. T. Tooth loss in patients with moderate periodontitis after treatment and long – term maintenance care. **J. Periodontol.**, Chicago, v.60, n.9, p. 516-520, Sept. 1989.
 39. WRIGHT, P.S.; HELLYER, P.H. Gingival recession related to removable partial dentures in older patients. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 74, n.6, p. 602-607, Dec. 1995.
 40. YEUNG A.L. et al. Oral health status of patients 5-6 years after placement cobalt-chromium removable partial dentures. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v. 27, n.3, p.183-189, Mar. 2000.