

Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese

Milena Macedo do Nascimento

Higienização de Prótese Parcial Fixa

Araçatuba - SP

2011

Milena Macedo do Nascimento

Higienização de Prótese Parcial Fixa

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientador: Prof. Dr. Stefan Fiuza de Carvalho Dekon

Araçatuba – SP

2011

Dedicatória

À Deus, meu refugio e força, onde sempre encontrei respostas para meus problemas.

A minha família, pela paciência, por tolerar a minha impaciência e ficar do meu lado, mesmo longe estão sempre comigo.

Ao Prof. Stefan, pela orientação, por sempre estar pronto a me atender, pelo carinho, dedicação, respeito e acima de tudo por acreditar na minha capacidade.

Aos meus amigos, com os quais compartilhei bons momentos. Os estresses antes das provas, a ajuda mútua durante procedimentos clínicos, as festas, as enormes e incontáveis risadas juntos, enfim, tudo o que compartilhamos ficará para sempre em minha memória.

À Universidade Estadual Paulista, pela oportunidade de realização do curso de graduação.

Aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram, torceram ou rezaram por mim. Muito obrigada!

Dedicatória

Dedico esta monografia a duas pessoas Luiz e Cidinha, que em nenhum momento mediram esforços para realização dos meus sonhos, que me guiaram pelos caminhos corretos, me ensinaram a fazer as melhores escolhas, me mostraram que a honestidade e o respeito são essenciais à vida, e que devemos sempre lutar pelo que queremos. A eles devo a pessoa que me tornei, sou extremamente feliz e tenho muito orgulho por chamá-los de pai e mãe. Ao meu irmão Dudu, que também faz parte desta trajetória, obrigada pelo amor e amizade. AMO VOCÊS!

Sumário

1. Introdução.....	8
2. Discussão.....	10
3. Conclusão.....	21
4. Referências Bibliográficas.....	22

NASCIMENTO, MM. Higienização de Prótese Parcial Fixa. 2011. 25 p Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2011.

Resumo

O sucesso das próteses parciais fixas depende de fatores mecânicos e biológicos. O fator etiológico principal de perda desse tipo de prótese é a cárie dental. Desse modo a correta adaptação de peça deve ser o mais criteriosa possível. Os controles periódicos posteriores a instalação de uma Prótese Parcial Fixa é de fundamental importância na longevidade da peça protética. Para se tornar possível uma correta higienização da prótese pelo paciente, a mesma deve conter algumas características básicas. Todas as áreas devem ser convexas, para que não tenha uma retentividade natural de placa bacteriana. Além disso, as áreas subponticos devem ter fácil acesso para a penetração de um passador de fio dental, através de ameias dentais entre os dentes retentores e os pânticos. O domínio das técnicas de higienização pelo paciente deve ser bem informada e treinada, além de a motivação ser constantemente ratificada. Um método bastante utilizado para essa finalidade é a evidenciação de placa com produtos específicos, o que facilita a visualização das áreas que necessitam de cuidados maiores. Esse trabalho tem por objetivo aclarar todas as técnicas de higienização das próteses parciais fixas, reportando a indicação e contra-indicação, as vantagens e desvantagens de cada uma delas.

NASCIMENTO, MM. Hygiene of dental fixed prosthesis. 2011. 25 p. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2011.

Abstract

The success of dental fixed prosthesis depends on mechanical and biological factors. The main etiological factor for this type of implant loss is dental caries. Thus the correct adaptation of the piece should be as careful as possible. The periodic controls after the installation of a fixed partial denture are a fundamental importance in the longevity of prosthetic piece. To make possible a correct hygiene of the prosthesis by the patient, it should contain some basic features. All areas should be convex, so you do not have a natural retentiveness plaque. Also, the bullet areas should have easy access to the penetration of a passer of dental floss through the embrasures between the teeth dental retainers and the pontic. Mastery of techniques of cleaning the patient should be well informed and trained, and the motivation to be constantly ratified. A widely used method is the disclosure with specific products out, what facilitates the visualization of areas that need more care. This paper aims to clarify all the techniques of cleaning of dental fixed prosthesis, reporting the indication and contraindications, advantages and disadvantages of each.

1. Introdução

Para realização de uma reabilitação bucal são imprescindíveis adequados diagnóstico e planejamento das condições bucais do indivíduo. (13) O conhecimento a respeito de complicações clínicas que podem ocorrer em próteses fixas aprimora a habilidade do clínico em traçar um diagnóstico, desenvolver um plano de tratamento mais apropriado e fornecer expectativas reais aos pacientes¹.

Um planejamento executado de maneira criteriosa e correta está diretamente relacionado ao sucesso alcançado nos trabalhos em Prótese Parcial Fixa². É de fundamental importância que o paciente saiba a expectativa de vida dessa prótese que está associada a fatores específicos, tais como: um correto planejamento, a utilização de materiais de boa qualidade, uma boa adaptação da prótese ao dente ou implante, boa interface da prótese com os tecidos gengivais, uma relação harmônica com os dentes antagonistas e adjacentes (para que não ocorra interferência durante a mastigação) e principalmente dos cuidados do paciente quanto a sua higienização.

A Odontologia, no curso de sua história, tem modificado o enfoque de tratamento diante das duas doenças bucais de maior prevalência, que são a cárie e a doença periodontal³. De acordo com alguns autores, o biofilme é o fator primordial para o desenvolvimento de inflamação na mucosa gengival subjacente a coroas protéticas^{4, 5}. Sendo assim, as doenças periodontais devem ser tratadas e eliminadas com sucesso antes da confecção das próteses fixas⁶.

Alguns estudos a respeito de próteses fixas e suas complicações identificaram cáries e a condição periodontal ao redor da prótese como sendo uma delas^{1, 7}. Além disso, para os pacientes, a parte mais difícil em uma prótese é justamente a sua higienização⁸. Assim, a prevenção é reconhecida como a forma mais eficiente para a solução desses problemas, sendo feita por meio do desenvolvimento de programas eficientes de prevenção e de retornos periódicos dos pacientes⁹. A motivação e a educação para a prevenção são, portanto, poderosas ferramentas para promover a saúde bucal da população melhorando a qualidade de vida da mesma¹⁰.

O sucesso da prótese fixa a longo prazo depende e está diretamente relacionado com os princípios aplicados na sua confecção, incluindo uma boa adaptação e ausência de sub ou sobrecontornos, além de uma efetiva higienização e controle de placa pelo paciente^{11, 12}. Assim, quando bem desenhadas e bem adaptadas marginalmente, comportam-se como dentes naturais e exigem do paciente os mesmos cuidados, isto é, uma correta técnica de escovação complementada pelo uso do fio ou fita interdental. Para aqueles que portam pontes fixas, pode-se utilizar passadores de fio dental ou fios com a ponta endurecida, para limpeza dos espaços protéticos. É importante lembrar que a limpeza insuficiente podem permitir a retenção de detritos alimentares e bactérias causando inflamação gengival e mau hálito.

2. Discussão

A perda dentária é um dos piores agravos à saúde bucal. Estas constituem-se em uma marca da desigualdade social, diminuem a capacidade mastigatória¹³, dificultando e limitando o consumo de diversos alimentos, afetam a fonação e causam danos estéticos que podem originar alterações psicológicas¹⁴. Esse conjunto de repercussões no cotidiano das pessoas contribui para a redução da qualidade de vida das mesmas¹⁵.

O conhecimento das razões pelas quais os dentes são extraídos é o esforço principal para melhorar a saúde bucal e um grande número de estudos transversais têm investigado essas razões em diferentes países¹⁶⁻²¹. Isso é importante para planejar os serviços de saúde bucal²⁰, organizar e implementar estratégias adequadas para a prevenção e tratamento das doenças bucais^{16, 22}.

Os dentes permanentes são extraídos rotineiramente na prática diária e a principal razão difere entre países^{21, 23}, sendo a cárie e a doença periodontal reconhecidas como as principais²⁴. A mortalidade dental fornece algumas informações necessárias para a prevalência das doenças, o acesso aos tratamentos odontológicos e as atitudes em relação às extrações dentárias¹⁶.

Os autores admitem que as condições de saúde bucal melhoraram nas últimas décadas²⁵⁻³⁰, porém, apesar deste fato, a cárie dentária permanece como um grande problema de saúde pública, tanto no Brasil (Ministério da Saúde, 1986 e 1996; 39) como na maior parte do mundo^{27, 31, 32}.

A cárie é a principal causa de perdas dentárias³³. Esta é uma doença crônica e infecciosa que provoca a destruição dos tecidos dentários. Nos estágios avançados de sua progressão, produz a necrose da polpa dentária, órgão onde se localizam terminações nervosas e capilares sanguíneos. Nessa fase podem ocorrer processos infecciosos agudos nos tecidos ao redor do ápice da raiz, dores e fraturas da coroa dentária enfraquecida. Em regiões ou países onde uma proporção significativa da população não tem acesso regular a ações de promoção da saúde bucal e a serviços odontológicos profissionais, o tratamento dessa enfermidade, nesse estágio tardio, é realizado através da exodontia dos dentes afetados^{34, 35}.

As doenças periodontais culminar na perda do dente, uma vez que tem como agente causador a placa bacteriana, que se acumula sobre as superfícies do esmalte dentário e no sulco gengival. Estas bactérias depositam produtos tóxicos que agredem a gengiva e a inflamam. Essa inflamação, se não tratada, pode se cronicar, levando à degradação da membrana que envolve o dente, formando assim, uma inflamação mais séria e difícil de ser tratada, a periodontite, que tem como consequência, mobilidade de um ou mais dentes. De acordo com o grau de destruição óssea, pode ocorrer a perda do elemento dentário sem nenhuma sintomatologia dolorosa.

Estudos internacionais têm demonstrado que gengivite e periodontite apresentam maiores prevalências em populações com piores indicadores socioeconômicos, como renda e escolaridade³⁶⁻³⁹. Essa mesma situação foi confirmada no Brasil⁴⁰.

Os traumatismos dentários também contribuem com as perdas dentárias. Estes podem ser ocasionados em decorrência de vários fatores, como agressões, impactos acidentais e acidentes de trânsito. Dependendo do tipo de traumatismo associado à região e dentes afetados, as condutas podem ser conservadoras ou mais invasivas, inclusive, indicando-se a extração dos dentes traumatizados.

A reabilitação protética de um paciente com perda de peças dentárias ou da perda da integridade de um ou mais órgãos dentários é algo extremamente importante na harmonia dentária e facial⁴¹.

Uma das opções para alcançar um sorriso natural após a perda de dentes é através da colocação de uma prótese dentária fixa. Estas são usadas pelos dentistas para preencher “pequenos” espaços vazios na dentição dos pacientes. O sucesso de uma reabilitação deve levar em consideração a longevidade da prótese, a saúde bucal e a satisfação do paciente⁴².

Para que esses requisitos sejam obtidos, alguns cuidados devem ser tomados tanto pelo profissional quanto pelo paciente.

1) Cuidados do profissional

1.1) Preparo do dente

O sucesso de uma reabilitação deve levar em consideração três critérios: a longevidade da prótese, a saúde bucal e a satisfação do paciente. Para alcançar tais objetivos, o cirurgião-dentista deve saber executar todas as fases do procedimento. De nada adianta um dente estar bem preparado se o profissional negligenciar, por exemplo, as moldagens. O sucesso do tratamento pode ser comparado a uma corrente, a ruptura de um elo dessa corrente, destrói, e acaba com a corrente. Com o preparo de dentes ocorre a mesma coisa: como a prótese apresentará longevidade, se os dentes preparados não apresentarem condições mecânicas para mantê-la em posição, ou se o desgaste foi exagerado e alterou a biologia da polpa, se o término cervical foi levado muito subgingivalmente quebrando a homeostasia da área, ou se a estética foi prejudicada devido a um desgaste insuficiente gerando um sobrecontorno. Para isso, um preparo dental não deve ser iniciado sem que o profissional conheça os princípios fundamentais para conseguir preparos corretos⁴¹.

Assim, o preparo dental para uma prótese é um dos fatores críticos que deve ser cuidadosamente planejado e executado para permitir a longevidade do tratamento para a satisfação do paciente perante os resultados finais de uma reabilitação⁴².

a) Redução Dental e Sobrecontornos

Durante o preparo dos dentes a fim de receber PPF é importante que seja realizado o menor desgaste cervical possível, porém também é importante que este seja amplo o suficiente para evitar que após a confecção da prótese esta venha a ficar com sobrecontorno.

Sobrecontornos em coroas protéticas são usualmente consequência de uma série de eventos, começando com o preparo dentário insuficiente continuando com o técnico do laboratório, que para conseguir uma cor mais adequada, aumenta a espessura da prótese em detrimento do contorno axial, e termina com o clínico que aceita a coroa com sobre contorno, e a cimenta no dente do paciente^{43,44}.

Quando a margem da restauração é estendida subgingivalmente, este sobrecontorno muda o perfil de emergência do dente criando uma área que facilita a formação e o acúmulo de placa e, ainda, dificulta a higienização da região. A restauração dentária, nesta região, com sobrecontorno facilita o desenvolvimento de inflamação marginal localizada. Já a região dos dentes contralaterais que não são restaurados se mantém saudável. Cuidados apropriados no desenvolvimento do perfil de emergência da restauração final reduzem as áreas retentivas de placa e a inflamação iatrogênica⁴⁵.

Esse sobrecontorno, então, está intimamente relacionado com o aparecimento de doença periodontal, uma vez que forma junto à gengiva uma área de difícil higienização e propensa ao acúmulo de biofilme e ao desenvolvimento da doença periodontal.

b) Localização das margens

As margens dos preparos dentais para restaurações fixas indiretas podem ser localizadas supragengivalmente, subgingivalmente ou ainda acompanhando o contorno gengival (ao nível gengival) A localização da margem do preparo acima da gengiva facilita a higiene do dente/restauração e, conseqüentemente, diminui o acúmulo de placa.

O nível do limite cervical dos preparos sob um ponto de vista ideal deverá ser localizado supragengivalmente, o mais distante possível da margem livre da gengiva. É considerado o nível ideal, pois facilita todos os procedimentos operatórios, desde o preparo dos dentes até a cimentação definitiva dos trabalhos, propiciando procedimentos clínicos sem injúrias aos tecidos periodontais. Essa é uma área que permite o controle melhor dos procedimentos clínicos e também da higienização de forma efetiva. No entanto, isso nem sempre é possível, pois a localização do nível do limite cervical dos preparos depende de uma série de fatores, tais como: a retenção, a estética, a extensão da lesão cariosa, a fratura e a substituição das restaurações já existente⁴⁶⁻⁴⁹.

2) Orientação de higienização

Cabe ao profissional orientar o paciente quanto aos métodos de limpeza e desinfecção da prótese que são efetivos na remoção da placa microbiana. Ele se encarregaria de fazer as demonstrações de escovação dos dentes e uso do fio dental, além de motivar a continuidade do tratamento e das visitas periódicas e de contribuir para a modificação de hábitos⁵⁰. A orientação do paciente quanto à higienização adequada da prótese, assim como o estabelecimento de retornos periódicos para o acompanhamento do caso clínico, são fatores indispensáveis para se obter longevidade do tratamento.

A prevenção é reconhecida como a forma mais eficiente para a solução dos problemas causados pela cárie e pela doença periodontal. A sobrevivência maior das peças protéticas no meio bucal se faz por meio do desenvolvimento de programas eficientes de prevenção e de retornos periódicos dos pacientes⁹. A motivação e a educação para a prevenção são, portanto, poderosas ferramentas para promover a saúde bucal da população melhorando a qualidade de vida da mesma⁵¹. E assim proporciona uma maior vida útil das próteses e conseqüentemente um maior grau de satisfação com relação ao tratamento submetido.

A noção de mudar o estilo de vida de alguém é a parte mais difícil de se projetar um programa para pacientes que vão começar a praticar uma boa higiene bucal. Os princípios de escovação e do uso do fio dental são fáceis de aprender. Integrá-los na rotina diária é bem mais difícil e é uma fonte de frustração aos que acreditam que pelo fato de terem ensinado as técnicas, os pacientes vão mudar seu comportamento⁵².

3) Cuidados dos pacientes

2.1) Higienização das PPF

Uma boa higiene bucal na boca significa que os dentes estão limpos e livres de sujeira; gengivas são rosa e não se machucam ou sangram, e mau

hálito não é um problema constante. Por isso é importante entrar em um hábito regular de uma boa higiene oral. Uma boa saúde oral é importante para o seu bem-estar geral.

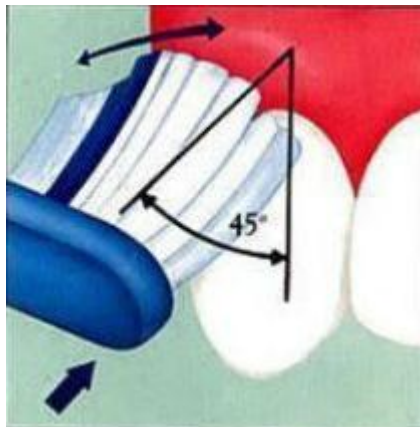
Por não poder ser removida, a prótese parcial fixa, entre as reabilitações orais, talvez seja a que exija maior habilidade técnica para ser higienizada⁵³.

2.1.1) Escovação

Na literatura odontológica existe uma variedade de técnicas recomendadas para uma boa higiene bucal e todas podem ser eficazes. O sucesso de tal ato não está na técnica empregada, mas pela ação consciente do que ela significa.

➤ Técnica correta

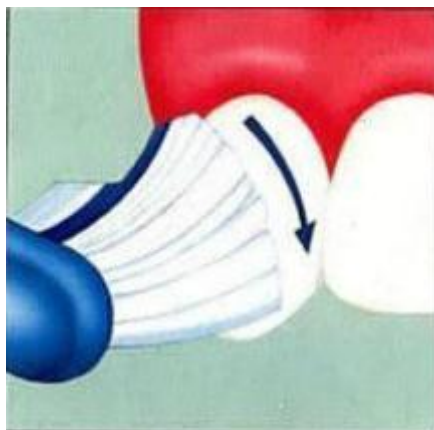
- Manter a cabeça da escova horizontalmente sobre os dentes com parte das cerdas sobre as gengivas. Incliná-la em um ângulo de aproximadamente 45°, de forma que as cerdas apontem para a linha de gengiva.



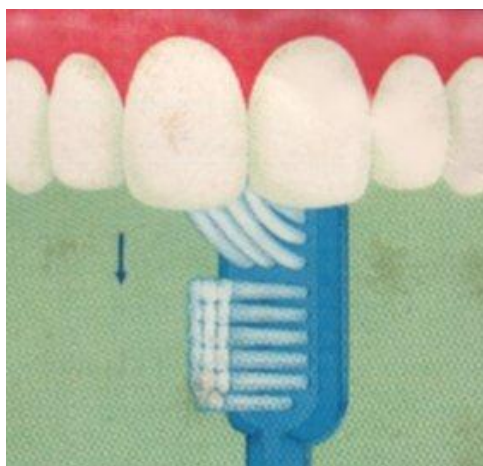
- Fazer movimentos horizontais bem curtos com a escova, de forma que as pontas das cerdas fiquem em um lugar, mas a cabeça se desloque para frente e para trás. Ou então faça pequenos movimentos circulares. Isso permite que as cerdas deslizem suavemente em baixo da gengiva. Girar ou deslizar a escova de forma que as cerdas saiam de baixo da

gengiva em direção ao bordo cortante do dente. Isso ajuda a retirar a placa que está embaixo da gengiva.

- Repetir em cada dente, de forma que todas as superfícies dentais e linhas de gengiva fiquem limpas.



- Para a parte interna dos dentes da frente, onde a posição horizontal da escova é incômoda, segurar a escova verticalmente. Mais uma vez, fazer uma ação de escovação suave para frente e para trás e terminar girando ou deslizando a escova em direção ao bordo cortante dos dentes.



- Para limpar as superfícies mastigatórias dos dentes, segurar a escova de forma que as cerdas fiquem com as pontas sobre a superfície plana dos molares. Movimentar suavemente a escova para frente e para trás

ou em pequenos círculos para limpar toda a superfície. Passar para um novo dente ou área até que todos os dentes estejam limpos.

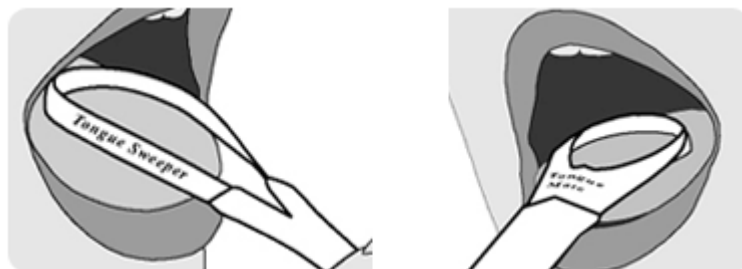


- Enxágua a boca com água para eliminar todo resíduo de alimento e placa bacteriana que foram removidos.

→ Escovar a língua

A maioria das causas do mau hálito encontra-se na cavidade oral onde possui uma flora bacteriana bastante concentrada, por isso é importante que a língua como os dentes sejam constantemente higienizados. Muitas vezes, a halitose está relacionada à saburra lingual que é uma massa, uma película sobre a língua formada de bactérias, restos de alimento, saliva e células de descamação da cavidade oral.

Existem no mercado utensílios especiais para limpar a língua, chamado limpador ou raspador de língua. O mesmo não causa tanta ânsia de vômito como a escova de dente ao ser passado sobre o dorso lingual.



Existem diversos modelos e cores. Não existe um que seja de escolha unânime. Entretanto, o ideal é que a borda removedora de saburra não seja amolada para não machucar a língua e que tenha uma boa adequação de uso para o dia-a-dia.

O raspador de língua funciona no sentido de trás para frente, ou seja, a língua deve ser colocada para fora o máximo possível e o raspador deve ser arrastado do fundo da boca até a ponta da língua. Fazer isso repetidas vezes, lavando o raspador em água corrente.

Pode ser utilizada a escova dental para limpar a língua, fazendo o movimento de vai e vem.



➤ Escova dental correta

A escova dental de cerdas macias é a melhor para a remoção da placa bacteriana e dos resíduos de alimentos. As escovas com cabeças menores também são mais adequadas, porque alcançam melhor todas as regiões da boca, como, por exemplo, os dentes posteriores, mais difíceis de alcançar.

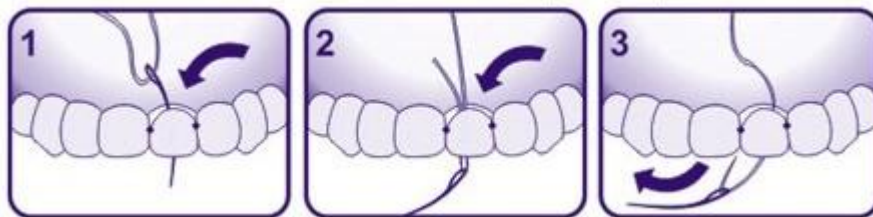
➤ Fio dental

Para limpeza das regiões entre os dentes, onde a escova não consegue remover os resíduos alimentares e a placa bacteriana, deve ser usado o fio dental. Este deve ser passado entre todos os dentes, superiores e inferiores, e atrás dos últimos dentes. Os dentes do fundo da boca são, pela maior dificuldade de higienização, os mais atacados pela cárie e merecem cuidado especial.



→ Passa fio

O passa fio é uma pequena agulha plástica, na qual inserimos o fio dental. Ele deve ser colocado abaixo dos dentes da prótese fixa, pois o fio dental não passa diretamente. Evitam-se, assim, infiltrações entre a raiz pilar e a coroa da prótese fixa.



→ Escova interdental

A escova interdental deve ser usada sempre que o vão onde será introduzido o passa fio for mais largo. Assim, a higienização será mais eficiente.

Durante o dia, pode-se fazer somente a escovação normal, usando-se a escova convencional, mas, antes de dormir, a escova interdental e o fio dental são obrigatórios sob a prótese fixa.



➤ Enxaguatórios bucais

O uso de enxaguatórios bucais é feito para complementação da escovação. Os benefícios destes são muitos, dentre os quais podemos destacar: ajudam a eliminar as bactérias que causam a gengivite, a placa bacteriana, o mau hálito e a cárie dentária, atuando onde a escova dentária não alcança, pois permanece por mais tempo na boca uma vez que não enxaguamos a boca após a utilização.

Existem diversos enxaguatórios bucais no mercado com diversas formulações e diversos sabores, mas é importante que o mesmo contenha flúor para ajudar a reduzir o risco de cárie dentária. Porém, se forem necessárias aplicações de maiores concentrações de flúor, isto deve ser realizado por um dentista.

Em pacientes com prótese fixa o uso de concentrações de flúor maior que para o bochecho pode levar a perda do brilho da mesma. É importante lembrar também que o uso de enxaguatórios a base de clorexidina não deve ser usado quando o paciente estiver usando provisórios.

3. Conclusão

O cirurgião-dentista deve ser também um educador e motivador frente aos pacientes e principalmente deve estar consciente de que motivar o paciente para a manutenção periódica vai muito além das estratégias realizadas após a conclusão de um tratamento⁵⁴.

Há uma grande dificuldade em estabelecer hábitos de prevenção em saúde oral no cotidiano do paciente. No entanto, a motivação periódica possui fator fundamental à manutenção de uma higiene eficaz da cavidade oral, e este é o motivo principal da ênfase na educação para o retorno ao dentista⁵⁵.

Um controle efetivo do biofilme também é imprescindível. Portanto quando as próteses fixas são bem desenhadas e adaptadas comportam-se como dentes naturais na sua limpeza e exigem do paciente os mesmos cuidados, como: boa escovação utilizando técnica e tempo corretos, complementada pelo uso do fio ou fita dental. Os portadores de pontes fixas necessitam de dispositivos especiais como escovas interdentais, passadores de fio dental, ou fios com a ponta endurecida, para a limpeza dos espaços protéticos. Assim percebemos que a higienização dos dentes e das próteses e utilização de todos os métodos disponíveis para essa limpeza são de grande importância para a saúde do paciente.

4. Referências

1. GOODACRE CJ, BERNAL G, RUNGCHARASSAENG K. Clinical complications in fixed prosthodontics. **J. Prosthet. Dent.** 2003; 90(1): 31-41.
2. ZAVANELLI A. C. Planejamento em prótese parcial fixa: polígono de Roy. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.26, n.1, p. 14-19, Janeiro/Junho, 2005
3. SPOLSKY WW. Epidemiologia das doenças gengival e periodontal. In: Carranza Jr FA. **Periodontia clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.65-84.
4. BOTTINO MA, Moreira EJG, Rossetini SMO. Estabelecimento de hábitos de higiene bucal em pacientes adultos. **Rev Assoc Paul Cir Dent.**1982; 36(3): 280-6.
5. SILMESS J, Gustavsen F, Mangersnes K. The relationship between pontic hygiene and mucosal inflammation in fixed bridge recipients. **J Periodontal Res.** 1982; 17(4): 434-9.
6. LANG NP. Periodontal considerations in prosthetic dentistry. **Periodontol** 2000. 1995; 9: 118-31.
7. WALTON JN, GARDNER FM, AGAR JR. A survey of crown and fixed partial denture failures: Length of service and reasons for replacement. **J Prosthet Dent.** 1986; 56(4): 416-21.
8. NAPANKANGAS R, SALONEN-KEMPPI, MAM, Raustia AM. Longevity of fixed metal ceramic bridge prostheses: a clinical follow-up study. **J Oral Rehabil.** 2002; 29(2): 140-5.
9. BONACHELA WC; CORDEIRO CC; ROSETTI PHO; FREITAS R. Avaliação do grau de satisfação de pacientes de prótese parcial fixa em função de achados clínicos e radiográficos. **Rev Bras Odontol.** 1999; 56(4): 153-9
10. CORONA SAM. Motivação e educação para manutenção de adequada higiene oral. **[Monografia - Mestrado em Dentística Restauradora]**. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 1996.
11. CHLUGER S. Osseous resections – a basic principle in periodontal surgery. **Oral Surg** 1949;2:316-25.

12. STAFFI IENO H. Management of gingival recession and root exposure problems associated with periodontal. **Dental Clínic North America** 1964 Mar;111-20.
13. HUNG HC, COLDITZ G, JOSHIPURA KJ. The association between tooth loss and the self-reported intake of selected CVD-related nutrients and foods among US women. **Community Dent Oral Epidemiol** 2005; 33:167-73.
14. HEBLING E. Prevenção em odontogeriatria. In: Pereira AC, organizador. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Editora Artmed; 2003. p. 426-37.
15. DOLAN TA, GILBERT GH, DUNCAN RP, FOERSTER U. Risk indicators of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among black and white middleaged and older adults. **Community Dent Oral Epidemiol** 2001; 29:329-40.
16. ANGELILILLO I.F, NOBILE C.G.A, PAIVA M. Survey of Reasons for extracion of permanente teeth in Italy. **Community Dent Oral Epidemiol** 1996; 24:336-340
17. CALDAS JR, AF, MARCENES W, SHEIHAM A. Reasons for tooth extraction in a Brazilian population. **Int Dent J** 2000: 50:267-273
18. CHESTNUTT IG, BINNIE VI, TAYLOR MM. Reasons for tooth extraction in Scotland. **J Dent** 2000; 28:295-297
19. KAY EJ, BLINKHORN AS. The Reasons underlying the extraction of teeth in Scotland. **Brit Dent J** 1986; 160: 287-290
20. MORITA M, KIMURA T, KONAGAE M, ISHIKAWA A, WATANABE T. Reasons for extraction of permanent teeth in Japan. **Community Dent Oral Epidemia** 1995; 22:303-306
21. TAANI Q. Periodontal reasons for tooth extraction in an adult population in Jordan. **J Oral Rehabil** 2003; 30:110-112
22. MCCAUL LK, JENKINS WMM, KAY EJ. The reasons for extraction of permanent teeth in Scotland: a 15-year follow-up study. **Br Dent J** 2001; 190; 658-662.
23. HADDAD I, HADDADIN K, JEBRIN S, MA'ANI M, AMMAN OY. Reasons for extraction of permanent teeth in Jordan, **Int Dent J** 1999; 49:343-346

24. REICH E, HILLER K-A. Reasons for tooth extraction in the western states in Germany. **Community Dent Oral Epidemiol** 1993; 21:379-383.
25. PINTO, V.G., 1996. Índice de cárie no Brasil e no mundo. **Revista Gaúcha de Odontologia**, 44(1): 8-12.
26. PINTO, V.G., 1997. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: **Promoção de saúde bucal** (L. Kriger, org.), pp: 24 – 41, São Paulo: Artes Médicas.
27. WEYNE, S.C., 1997. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: **Promoção de saúde bucal** (L. Kriger, org.), pp: 1 – 26, São Paulo: Artes Médicas.
28. NADANOVSKY, P., 2000. O declínio da cárie. In: **Saúde bucal coletiva** (V. G. Pinto, org.), 4 ed, pp: 341-51. São Paulo: Santos.
29. NARVAI, P.C., 2000. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5 (2): 381 – 392.
30. NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. & CASTELLANOS, R.A., 1999. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. **Odontologia e Sociedade**, 1(1/2): 25-29.
31. LORETTO, N.R.M.; SEIXAS, Z.A.; JARDIM, M.C. & BRITO, R.L., 2000. Cárie dentária no Brasil: alguns aspectos sociais, políticos e econômicos. **Revista da ABO Nacional**, 8(1): 45-49.
32. MARTINS, M.D.; ARAÚJO, R.G.D. & VELOSO N.F., 1999. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico de crianças de baixa renda. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, 2(6): 132-136.
33. JOVINO-SILVEIRA RC, CALDAS Jr. AF, SOUZA EH, GUSMÃO ES. Primary reason for tooth extraction in a Brazilian adult population. **Oral Health Prev Dent** 2005; 3:151-7.
34. GUIMARÃES MM, MARCOS B. Perda de dente relacionada a razões clínicas segundo a classe social. **Rev CROMG** 1995; 1(2): 54-61.
35. MOURA WL, EUGÊNIO MJE, SILVA EF. Causas determinantes de exodontias na clínica cirúrgica do curso de odontologia da Universidade Federal do Piauí. **Rev Assoc Saúde Pub Piauí** 1998; 1(1): 71-83.
36. GILBERT L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. **Community Dent Oral Epidemiol** 1994;22:47-51.
37. GUGUSHE TS. The influence of socio-economic variables on the prevalence of periodontal disease in South Africa. **SADJ** 1998;53(2):41-6.

38. MARCENES W, BONECKER M. A promoção da saúde bucal na prática clínica. São Paulo: Arte Médicas; 1999. **Aspectos sociais e epidemiológicos das doenças orais**. p. 73-98.
39. PAPAPANOU PN. Periodontal diseases: epidemiology. **Ann Periodontol** 1996;1:1-36.
40. 46. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília (DF); **Centro de Documentação do Ministério da Saúde**; 1988.
41. PEGORARO L. F. et alii (1998). **Prótese Fixa**. 1^aed, São Paulo: Artes Médicas.
42. PIGOZZO MN, LAGANÁ DC, MORI M, GIL C, MANTELLI AG. Preparos dentais com finalidade protética: uma revisão da literatura; Tooth preparation with prosthetic purpose: a literature review - **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo** 2009 jan-abr; 21(1): 48-55.
43. SACHS, R. I. Restorative dentistry and the periodontium. **Dent Clin North Am** 1985; 29: 261 - 278
44. SHILLINGBURG, H.T. et al. Fundamentos da Prótese Fixa. In: SHILLINGBURG, H.T. **Princípio do preparo dos dentes**. São Paulo: Quintessence; 1998, p.107-109.
45. REEVES, W. G. Restorative margin placement and periodontal health. **J Prosthet Dent** 1991; 66: 733-736
46. LANZA MD. Ref. Apud Henriques SEF. Reabilitação oral – **Filosofia, planejamento e oclusão**. Editora Santos; 2003. p.233-62. A importância da saúde gengival na prótese fixa.
47. KRAJICEK DD. Periodontal considerations for prosthetic patients. **J Prosthet Dent** 1973 July;30(1): 15-8.

48. SACHS RI. Restorative dentistry and the periodontium. Dent Clin North Am 1985;29(2):261-78.
49. MEZZOMO E, OPPERMANN RV, CHIAPNOTTO GA. **Reabilitação oral para o clínico**. 2a ed. São Paulo: Editora Santos;1997. p.61-3.
50. CASTELLANOS R. A. Orientação sobre saúde bucal em centro de saúde – **Rev. Saúde publ.**, S. Paulo 11:248-57.
51. CORONA SAM. Motivação e educação para manutenção de adequada higiene oral. **[Monografia - Mestrado em Dentística Restauradora]**. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 1996.
52. GENCO, R.J.; GOLDMAN, H.M.; COHEN, D.W. **Periodontia ontemporânea** São Paulo: Santos, 726 p.,p. 361-370.
53. PINELLI L.A.P. et al. Análise da condição de higiene oral de pacientes usuários de prótese parcial fixa – Assessment of oral hygiene of partial fixed dentures weares. **Robrac**, 16 (42) 2007
54. GARCIA, P. P. N. S.; CONTRERAS, E. F. R. Estratégias adotadas por cirurgiões-dentistas para a manutenção do paciente no consultório odontológico. **Rev Paul Odontol**, São Paulo, v. 24, n.1, jan/fev. 2002.
55. BUISCHI, Y. P.; AXELSON, P.; SIQUEIRA, T. R. F. Controle mecânico do biofilme dental e a prática da Promoção de saúde bucal. In: BUISCHI, Y. P. (Org.) **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/EAP-APCD, 2000. p. 170, 214.)