VERÔNICA FRANCO DE CARVALHO

**AVALIAÇÃO DA COOPERAÇÃO COM OS RETORNOS
DE CONTROLE E MANUTENÇÃO PERIODONTAL DOS
PACIENTES DA CLÍNICA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FOU SP**

São Paulo
2006

Verônica Franco de Carvalho

**Avaliação da cooperação com os retornos de
controle e manutenção periodontal dos pacientes
da clínica de pós-graduação da FOUSP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter título de Mestre pelo programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Periodontia

Orientador: Prof. Dr. Giorgio De Micheli

São Paulo
2006

FOLHA DE APROVAÇÃO

Carvalho VF. Avaliação da cooperação com os retornos de controle e manutenção periodontal dos pacientes da clínica de pós-graduação da FOU SP [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.

São Paulo, __/__/2006

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a). _____
Titulação: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a). _____
Titulação: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a). _____
Titulação: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Ao Thiago,
que me faz ir além.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Giorgio De Micheli pela confiança e orientação.

Ao Prof. Dr. Marco Antonio Paupério Georgetti pela amizade acima de tudo.

Ao Prof. Dr. Titular Francisco Emílio Pustiglioni pela prestatividade e prontidão.

Ao Prof. Dr. Cláudio Mendes Pannuti pelos cálculos estatísticos e sugestões pertinentes.

À Profa. Dra. Marina Clemente Conde pela avaliação criteriosa do trabalho.

À Profa. Dra. Ilíria Salomão Feist pela importante participação na qualificação.

Aos Professores Silvia Rosana Soares Carneiro, Rosana Gerab Tramontina, Giuseppe Alexandre Romito, Koto Nakae, Cesário Antonio Duarte, Roberto Fraga Moreira Lotufo, Luiz Antonio Pugliese Alves de Lima por tanta ciência em Periodontia.

Aos colegas Carlos Cheque Bernardo e Osmar Shizuo Okuda pela parceria inestimável de sempre.

Às colegas Ana Paula Sartori Cristiane, Versuti Del Cioppo e Vanessa Tubero Euzebio Alves pelo auxílio clínico e amizade.

Aos colegas de pós-graduação Adriane Yaeko Togashi, Carla Andreotti Damante, Cássia Tiemi Fukuda, Fábio Luís Moura Lima, Giovane Hisse Gomes, Hsu Shao Feng, Ivan Pasin, Priscila Corraini, Ricardo Takyi Sekiguchi, Valéria Gondim da Silva pela harmonia e experiência conquistadas juntos.

Aos colegas periodontais Marcos Denari, Selma Tera, Adriana Chinen, Maria Cristina Mathias, Luciana Schwab Rodrigues, Daniele Salami, Daniela Cerdan, Iracema Barbieri, Roberto Raposo, Bruna Vicentini, Marina Stella Bello Silva, Daniel Fim pelo aprendizado, convívio e apoio nesta jornada.

Às Srtas. Márcia Maria dos Santos e Gilmara Luisa Hortêncio pela ajuda constante desde os primeiros passos na pós-graduação.

À bibliotecária Glauci Elaine Damásio Fidelis pela revisão minuciosa do texto.

À FAPESP pelo auxílio à pesquisa.

À CAPES pela bolsa de Mestrado.

Aos amigos Juliana Civolani Cardoso, Julio César Mancini, Karen Fernandez Ferrari Mariana Elisabetsky, Renata Barros Pereira, Sara Braidato Robbe, Vivian De Luccas, pela presença imprescindível.

E especialmente

aos meus pais, Lilian e Ricardo, pela imensidão em minha formação,
ao meu irmão, Maurício, pela partilha da experiência da vida,
e ao Thiago, por tudo.

*“Nada mais precioso que a saúde. À sua conquista importa dedicar o nosso tempo,
o nosso suor, toda nossa vontade, porque sem ela a vida torna-se insuportável”.*

Michel de Montaigne

Carvalho VF. Avaliação da cooperação com os retornos de controle e manutenção periodontal dos pacientes da clínica de pós-graduação da FOUSP [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.

RESUMO

Estudos mostram um baixo grau de cooperação aos retornos de pacientes em controle e manutenção. Com o intuito de avaliar a cooperação dos pacientes da FOUSP, este trabalho foi dividido em duas fases: estudo transversal e estudo intervencional. A primeira análise revelou uma participação insatisfatória dos pacientes no Programa de Controle e Manutenção da Disciplina de Periodontia, durante 5 anos. Dos 402 indivíduos avaliados, 18,2% eram cooperadores completos, 8,2% eram irregulares e 73,6% abandonaram o programa. A partir desses grupos, foi realizado um estudo intervencional em 137 pacientes, que objetivou avaliar a influência de um método para melhorar a cooperação com o controle e manutenção. Durante 12 meses, o grupo Cooperação Completa recebeu os procedimentos habituais de uma consulta de Controle e Manutenção; o grupo Cooperação Irregular recebeu procedimentos habituais e motivação para aumentar sua cooperação; o grupo Nenhuma Cooperação recebeu cartas para incentivar seu retorno, sendo que, aqueles que retornaram ao programa receberam o mesmo tratamento do grupo Cooperação Irregular. Neste período de intervenção, a taxa de cooperação completa aumentou de 50,4% para 67,9%. Não houve associação entre gênero e grau de cooperação, não houve diferença significativa entre os grupos de cooperação em relação à idade. Os resultados mostraram que o método empregado teve influência favorável sobre o grau de cooperação dos pacientes.

Palavras-Chave: Periodontia - Doenças Periodontais - Manutenção - Cooperação do Paciente

Carvalho VF. Compliance evaluation of patients in periodontal maintenance from University of São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2006.

ABSTRACT

Previous studies have found poor patient compliance with periodontal maintenance therapy. In order to assess compliance with periodontal maintenance in University of São Paulo, this study was divided in two parts: cross-sectional study and intervention study. The cross-sectional analysis showed unsatisfactory compliance with maintenance program from the Graduate Periodontal Clinic, during 5 years. From 402 subjects evaluated, 18.2% were complete compliers, 8.2% were irregular compliers and 73.6% were non-compliers. A intervention study was undertaken with 137 patients chosen from those groups. The aim of this study was to assess the influence of a method to improve patient's compliance with periodontal maintenance. In a period of 12 months, the complete compliance group received usual procedures of a maintenance visit; the irregular compliance group received usual procedures and motivation to change its behavior; to the non-compliers patients letters were sent in order to motivate them to resume the program, and those who returned received the same procedures as the irregular group. The degree of complete compliance increased from 50,4% to 67,9%, during the course of the second study. There was no correlation between gender and compliance. There was no significant difference in compliance in relation to age. The results showed that the method applied had favorable influence over the patient's compliance.

Keywords: Periodontology - Periodontal diseases - Maintenance - Patient's compliance

LISTA DE FIGURAS

Figura 5.1 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa com relação ao grau de cooperação (estudo transversal).....	36
Figura 5.2 – Distribuição dos pacientes em relação à cooperação inicial (estudo intervencional).....	38
Figura 5.3 – Distribuição dos pacientes que pertenciam ao grupo Cooperação Completa inicialmente.....	39
Figura 5.4 – Distribuição dos pacientes que pertenciam ao grupo Cooperação Irregular inicialmente.....	40
Figura 5.5 – Distribuição dos pacientes que pertenciam ao grupo Nenhuma Cooperação inicialmente.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Média, desvio padrão e comparação entre os grupos Cooperação Completa, Irregular e Nenhuma com relação a variável idade (em anos) – estudo transversal.....	37
Tabela 5.2 - Distribuição dos pacientes em relação ao gênero e índice de cooperação (estudo transversal).....	37
Tabela 5.3 - Média, desvio padrão e comparação entre os grupos antes da intervenção com relação à idade (em anos) – estudo intervencional.....	38
Tabela 5.4 - Distribuição dos pacientes em relação ao gênero e índice de cooperação (inicial) – estudo intervencional.....	39
Tabela 5.5 - Associação entre condição inicial condição final – estudo intervencional.....	41
Tabela 5.6 - Média, desvio padrão e comparação entre os grupos após a intervenção com relação à idade (em anos) – estudo intervencional.....	42

Tabela 5.7 - Distribuição dos pacientes em relação ao gênero e índice de cooperação (final) – estudo intervencional.....	42
---	----

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 Importância do controle e manutenção.....	17
2.2 Controle e Manutenção.....	20
2.3 Cooperação com o controle e manutenção – Fatores relacionados.....	22
2.4 Comportamento do paciente.....	25
3 PROPOSIÇÕES.....	29
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	30
4.1 Estudo Transversal.....	30
4.2 Estudo Intervencional.....	31
4.3 Análise Estatística.....	35
4.4 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	35
5 RESULTADOS.....	36
5.1 Estudo Transversal.....	36
5.2 Estudo Intervencional.....	38
6 DISCUSSÃO.....	43
7 CONCLUSÕES.....	50
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICES.....	59
ANEXO.....	62

1 INTRODUÇÃO

A Doença Periodontal é caracterizada como uma doença crônica e infecciosa causada pela colonização bacteriana das superfícies dentais. Sendo assim, seu tratamento inclui principalmente a remoção da placa bacteriana, o que resulta na grande maioria dos casos em saúde periodontal (LÖE; THEILADE; JENSEN, 1965; LINDHE; NYMAN, 1975). A região subgengival pode ser recolonizada em alguns meses após a raspagem e aplanamento radicular (MOUSQUÈS; LISTGARTEN; PHILIPS, 1980; LISTGARTEN; HELLDEN, 1978; SLOTS et al., 1979; MAGNUSSON et al., 1984), o que suporta a necessidade de visitas periódicas para os pacientes que foram submetidos ao tratamento periodontal (SBORDONE et al., 1990).

Os resultados obtidos com o tratamento periodontal serão possivelmente mantidos se o paciente for controlado periodicamente, na fase de Controle e Manutenção (CM) (CARVALHO; TODESCAN, 1977). Sabe-se que pacientes participantes regulares do CM apresentam menor perda de inserção e de dentes (CARVALHO; TODESCAN, 1977; HIRSCHFELD; WASSERMAN, 1978; AXELSSON; LINDHE, 1981; MCFALL JR, 1982; BECKER; BECKER; BERG, 1984; BECKER; BERG; BECKER, 1984; LINDHE; NYMAN, 1984; WILSON JR et al., 1984; WILSON JR, 1987; DEVORE et al., 1986; RAMFJORD, 1993; AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 1998, 2000; FERNANDES, 2001; DE MICHELI et al., 2001; KÖNIG et al., 2002; BERNARDO, 2004).

O controle e manutenção é primordial para o sucesso do tratamento, pois visa manter o estado de saúde periodontal obtido. Deste modo é possível aumentar a longevidade da dentição (RAMFJORD, 1993), detectar precocemente a incidência

de uma nova doença ou recorrência da mesma (HANCOCK; NEWELL, 2001; AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2000).

As consultas de CM devem ser realizadas em intervalos de tempo determinados pela necessidade de cada caso, podendo ser interrompidas temporariamente, se houver recorrência da doença, quando o retratamento é indicado (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2000; CARVALHO; TODESCAN, 1977).

Nesta fase, o paciente deve participar ativamente através do controle domiciliar de placa bacteriana, e do comparecimento aos retornos propostos (TODESCAN; TODESCAN, 1989; DE MICHELI et al., 2001; GARCIA; LÁZARI; SAMPAIO, 2002; NOVAES et al., 1996; LEVINE; WILSON JR, 1992).

Muitos estudos mostraram que o grau de cooperação com os retornos de manutenção é bastante baixo (WILSON JR et al., 1984; MENDONZA; NEWCOMB; NIXON, 1991; CHECCHI et al., 1994; DEMETRIOU; TSAMI-PANDI; PARASHIS, 1995; DEMIREL; EFEODLU, 1995; AINAMO; AINAMO, 1996; NOVAES et al., 1996; NOVAES JR et al., 1999; NOVAES JR; NOVAES, 1999; GARCIA; LÁZARI; SAMPAIO, 2002; SOOLARI; ROKN, 2003).

A cooperação com os retornos dos pacientes do Programa de Controle e Manutenção da Disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), até então não investigada, é objeto de análise neste estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Importância do controle e manutenção

A evidência do papel dos microorganismos na etiologia da doença periodontal (LÖE; THEILADE; JENSEN, 1965; LINDHE; NYMAN, 1975) direcionou o tratamento periodontal para a remoção e controle da placa supra e subgengival (AXELSSON; LINDHE, 1981; LINDHE; NYMAN, 1984).

O controle de placa supragengival é capaz de alterar a microbiota subgengival em sítios doentes (SATO et al., 1992; KATSANOULAS; RENEE; ATTSTRÖM, 1992; HELLSTRÖM et al, 1996), diminuindo a resposta inflamatória ao acúmulo de placa (CATÃO; CHAPPER; OPPERMAN, 2001; WEIDLICH; SOUZA; OPPERMAN, 2001). Por outro lado, a ausência de um controle de placa bacteriana adequado pode resultar na recolonização da região subgengival por microorganismos patogênicos (MOUSQUÈS; LISTGARTEN; PHILIPS, 1980; LISTGARTEN; HELLDEN, 1978; SLOTS et al., 1979; MAGNUSSON et al., 1984; SHILOAH; PATTERS, 1996; SBORDONE et al., 1990), comprometendo o estado de saúde obtido com o tratamento (VAN WINKELHOF; VAN DER VELDEN; DE GRAAFF, 1987).

Portanto, o controle profissional da placa bacteriana associado aos cuidados de higiene bucal, executados pelo paciente, pode reduzir o número e a proporção de periodontopatógenos da placa subgengival, dando condições para a restauração e manutenção da saúde periodontal (PETERSILKA; EHMKE; FLEMMIG, 2002). Esta

pode ser mantida mesmo em casos avançados de doença, desde que haja rigoroso controle de placa pelo paciente em manutenção (LINDHE; NYMAN, 1975).

A importância da manutenção periodontal vem sendo confirmada, através de estudos transversais, longitudinais e ensaios clínicos controlados. Diversos trabalhos analisaram perda óssea alveolar (DEVORE et al., 1986; KOCHER et al., 2000; BECKER; BECKER; BERG, 1984; BECKER; BERG; BECKER, 1984), perda do nível clínico de inserção (AXELSSON; LINDHE, 1981; BERNARDO, 2004; SUSIN et al., 2004), aumento da profundidade de sondagem (BECKER; BECKER; BERG, 1984; BECKER; BERG; BECKER, 1984; SUSIN et al., 2005) e perda dental (DEVORE et al., 1986; KOCHER et al., 2000; BECKER; BECKER; BERG, 1984; BECKER, BERG; BECKER, 1984; HIRSCHHOFELD; WASSERMAN, 1978; MCFALL JR, 1982; DE MICHELI et al., 2004; FERNANDES, 2001; KÖNIG et al., 2002; CHECCHI et al., 2002; FARDAL; JOHANNESSEN; LIDEN, 2004; DANNEWITZ et al., 2006), comparando pacientes submetidos ou não a manutenção periodontal. Os indivíduos que retornaram em intervalos regulares para manutenção apresentaram melhores condições de saúde e prognóstico. O estado de saúde obtido pode ser mantido tanto em pacientes mais jovens, como nos mais idosos (LINDHE; NYMAN, 1984).

Kocher et al. (2000) ao analisar a perda dentária de pacientes não tratados, observaram uma média anual de 0,5 dente por paciente. Esses resultados são similares aos de Becker, Berg e Becker (1979), que observaram uma média de perda dental de 0,61 por ano em pacientes não tratados. Quando o tratamento periodontal foi realizado, esta média diminuiu para 0,22 (BECKER; BECKER; BERG, 1984). Os pacientes que receberam manutenção periodontal regularmente, avaliados por Kocher et al. (2000) apresentaram uma média de perda dental anual

de 0,16 por paciente, resultado também comparável aos de Hirschfeld e Wassermann (1978), Becker, Berg e Becker (1984) e Mc Fall Jr (1982).

Em estudos mais recentes, König et al. (2002), Checchi et al. (2002), Fardal, Johannessen e Linden (2004), De Micheli et al. (2004) e Dannewitz et al. (2006) avaliaram a perda dentária em pacientes que tiveram consultas regulares de controle e manutenção. Os autores concordam que controles periódicos após o tratamento periodontal são efetivos, pois a taxa de perda dental desses pacientes foi baixa.

A longevidade da dentição depende do controle de placa bacteriana realizado pelo paciente e pelo profissional, a despeito do tipo de tratamento executado. O tratamento periodontal cirúrgico, que na maioria das vezes objetiva a redução de bolsa, não é capaz de prevenir a recorrência da destruição periodontal, e não isenta o paciente da necessidade de manutenção (HIRSCHFELD; WASSERMAN, 1978; AXELSSON; LINDHE, 1981; MCFALL JR, 1982; BECKER; BECKER; BERG, 1984; BECKER; BERG; BECKER, 1984; LINDHE; NYMAN, 1984; WILSON JR et al., 1984; WILSON JR, 1987; DEVORE et al., 1986; BOSTANCI; ARPAK, 1991; RAMFJORD, 1993; CORTELLINI; PINI-PRATO; TONETTI, 1996; AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 1998, 2000; KOCHER et al., 2000; DE MICHELI et al., 2001; KÖNIG et al., 2002; BERNARDO, 2004; DANNEWITZ et al., 2006). Portanto, o sucesso a longo prazo do tratamento periodontal depende do acompanhamento dos pacientes tratados.

2.2 Controle e Manutenção

Carvalho e Todescan (1977) sugeriram que dentro do Plano de Tratamento Periodontal, ainda hoje utilizado pela Disciplina de Periodontia da FOU SP, a última fase a ser instituída seria o “Controle e Manutenção” (CM). Numa consulta de CM, além do controle da placa bacteriana, é feita a verificação das condições teciduais e da presença de fatores etiológicos, a motivação da higiene bucal e o reforço da necessidade de participação ativa do paciente no controle de placa domiciliar. O Programa de Controle e Manutenção tem o objetivo de manter o estado de saúde obtido com o tratamento realizado (TODESCAN, 1993a, b), e é oferecido para os pacientes tratados nas clínicas de Pós-Graduação e Especialização da Disciplina, desde 1998.

Em 1989, no Workshop Mundial de Periodontia Clínica, foi adotada a nomenclatura “Tratamento de Suporte” para esta fase do tratamento periodontal. Tinha como objetivos: a preservação da saúde dental e dos tecidos moles da cavidade bucal, manutenção do adequado controle de placa profissional, a reavaliação dos resultados obtidos com o tratamento periodontal e a educação do paciente quanto à higiene bucal (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 1989).

A “Terapia Periodontal de Suporte” (TPS) foi descrita pela Academia Americana de Periodontologia (AAP) como termo usado para se referir à manutenção do caso tratado, sendo a extensão do tratamento periodontal por toda a vida da dentição do paciente. Os objetivos da TPS são: prevenir a recidiva da doença em pacientes que já receberam tratamento de gengivite, periodontite e peri-

implantite, prevenir e reduzir a incidência da perda dental e diagnosticar precocemente outras doenças da cavidade bucal. As consultas incluem a atualização da história médica e dental do paciente; exame intra e extra-bucal; avaliação periodontal e radiográfica; remoção de placa e cálculo supra e subgingival; motivação do paciente; raspagem radicular, ajuste oclusal, antibioticoterapia e cirurgia se necessários; num intervalo de tempo individualizado para cada paciente (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 1998).

A AAP sugeriu posteriormente o termo “Manutenção Periodontal”, cujos objetivos e procedimentos são aos mesmos da TPS (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2000, 2003).

O que determinaria a frequência com que devem ser realizadas as consultas de manutenção seria o risco para recorrência da doença em cada indivíduo, levando em consideração aspectos locais (anatomia dental, tipo e severidade da doença), sistêmicos (diabete não controlada, idade), sociais (tabagismo, higiene bucal) e genéticos (FERNANDES, 2001; HANCOCK; NEWELL, 2001; PREUS et al., 2002). Para pacientes que apresentaram gengivite, visitas semestrais são suficientes. Entretanto, para pacientes que apresentaram perda de inserção, as consultas devem acontecer num intervalo menor que seis meses (RAMFJORD, 1993; LISTGARTEN et al., 1989), dependendo da natureza de cada caso e da qualidade do controle de placa realizado pelo paciente (CARVALHO; TODESCAN, 1977).

Dentre os indicadores de risco para recorrência, destacam-se a higiene bucal (BAKDASH, 1994) e a cooperação do paciente, que é tida como um grande desafio durante a fase de controle e manutenção (AINAMO; AINAMO, 1996).

2.3 Cooperação com o controle e manutenção – Fatores relacionados

A cooperação do paciente com os intervalos sugeridos para retorno pode afetar o sucesso do tratamento, e a periodicidade da manutenção pode ser mais importante que o tipo de tratamento instituído durante a fase ativa (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2003). Pacientes que cumprem com os intervalos estabelecidos apresentam menor perda de inserção e menor perda dental em relação àqueles que não o fazem (WILSON JR et al., 1984; AXELSSON; LINDHE, 1981; BECKER; BECKER; BERG, 1984; BECKER; BERG; BECKER, 1984; WILSON JR, 1987; DEVORE et al., 1986; KÖNIG et al., 2002).

A maioria dos estudos que analisaram a cooperação dos pacientes em relação aos retornos relatou uma baixa porcentagem de cooperadores regulares (WILSON JR et al., 1984; GALGUT, 1991; NOVAES JR; LIMA; NOVAES, 1996; NOVAES et al., 1996; NOVAES JR; NOVAES, 1999; GARCIA; LÁZARI; SAMPAIO, 2002; DEMETRIOU; TSAMI-PANDI; PARASHIS, 1995; SOOLARI; ROKN, 2003; DEMIREL; EFEODLU, 1995; KÖNIG et al., 2001). Enquanto que alguns estudos mostraram números mais favoráveis (MENDONZA; NEWCOMB; NIXON, 1991; TAN; POWELL; SEYMOR, 1992; CHECCHI et al., 1994; GREIN, 1994; OJIMA; HANIOKA; SHIZUKUISHI, 2001; NOVAES JR; NOVAES, 2001), ainda que baixos.

Dentre os possíveis fatores (como idade, gênero, tipo de tratamento, tempo de controle e manutenção, parâmetros clínicos, condição sócio-econômica, fumo, distância, custo) relacionados ao comportamento dos pacientes foram destacados pelos autores: idade, gênero e tipo de tratamento empregado.

Pacientes com idade mais avançada cooperaram mais (MENDONZA; NEWCOMB; NIXON, 1991; NOVAES et al., 1996; NOVAES JR; NOVAES, 1999; OJIMA; HANIOKA; SHIZUKUISHI, 2001). Outros autores relataram maior cooperação entre os mais jovens (CHECCHI et al., 1994). E alguns autores não encontraram diferença significativa entre as diferentes faixas etárias (GREIN, 1994; DEMETRIOU; TSAMI-PANDI; PARASHIS, 1995; DEMIREL; EFEODLU, 1995; KÖNIG et al., 2001).

Em relação ao gênero, as mulheres apresentaram-se como melhores colaboradoras em alguns estudos (GALGUT, 1991; NOVAES et al., 1996; DEMETRIOU; TSAMI-PANDI; PARASHIS, 1995; SOOLARI; ROKN, 2003; DEMIREL; EFEODLU, 1995), e em outros não houve diferença estatisticamente significativa (OJIMA; HANIOKA; SHIZUKUISHI, 2001; MENDONZA; NEWCOMB; NIXON, 1991; CHECCHI et al., 1994; NOVAES JR; LIMA; NOVAES, 1996; GREIN, 1994).

O tipo de tratamento executado teve associação com a cooperação em alguns trabalhos. Os pacientes que receberam tratamento cirúrgico colaboraram mais (WILSON JR et al., 1984; MENDONZA; NEWCOMB; NIXON, 1991; NOVAES JR; LIMA; NOVAES, 1996; NOVAES JR; NOVAES, 2001; SOOLARI; ROKN, 2003). Entretanto, Checchi et al. (1994) e Grein (1994) não perceberam diferença significativa entre os tipos de tratamento. E por sua vez, Demetriou, Tsami-Pandi e Parashis (1995) observaram que pacientes que receberam tratamento não-cirúrgico cooperaram mais, embora a diferença não fosse estatisticamente significativa.

O tempo de manutenção influencia a cooperação, que diminui conforme os anos de acompanhamento aumentam, sendo que a maior taxa de abandono ocorre após o primeiro ano (WILSON JR et al., 1984; MENDONZA; NEWCOMB; NIXON,

1991; TAN; POWELL; SEYMOR, 1992; NOVAES JR; LIMA; NOVAES, 1996; OJIMA; HANIOKA; SHIZUKUISHI, 2001). Demetriou, Tsami-Pandi e Parashis (1995) observaram que a taxa de abandono diminuiu de 13,9%, nos primeiros 2 anos, para 9% no sexto ano. Os pacientes mais jovens tiveram uma menor tendência de abandonar o tratamento após o segundo ano de acompanhamento.

Os parâmetros clínicos estudados (índice de placa, sangramento à sondagem, profundidade de bolsa e número de dentes presentes) não se relacionam com o grau de cooperação do paciente (GALGUT, 1991; MENDONZA; NEWCOMB; NIXON, 1991; DEMIREL; EFEODLU, 1995; KÖNIG et al., 2001).

O intervalo para manutenção está associado com a cooperação dos pacientes: os que apresentaram melhor cooperação voltavam entre 3 a 4 meses (GREIN, 1994). O autor também observou que a cooperação melhorou após o retratamento, quando foi indicado.

A cooperação de pacientes atendidos em Universidades (KÖNIG et al., 2001; OJIMA; HANIOKA; SHIZUKUISHI, 2001) não difere em relação aos atendidos em clínicas particulares (WILSON JR et al., 1984; MENDONZA; NEWCOMB; NIXON, 1991; GALGUT, 1991; TAN; POWELL; SEYMOR, 1992; CHECCHI et al., 1994; NOVAES JR; LIMA; NOVAES, 1996; NOVAES et al., 1996; NOVAES JR; NOVAES, 1999; GARCIA; LÁZARI; SAMPAIO, 2002; DEMETRIOU; TSAMI-PANDI; PARASHIS, 1995; SOOLARI; ROKN, 2003; DEMIREL; EFEODLU, 1995; GREIN, 1994; NOVAES JR; NOVAES, 2001).

Novaes Jr e Novaes (1999) com o intuito de traçar um perfil do paciente não-cooperador acompanharam 874 pacientes por 5 anos. Os autores sugeriram que homens, com menos de 40 anos, submetidos a tratamento não-cirúrgico apresentam

um risco maior para não-cooperação, e que os profissionais devem intensificar seus esforços na motivação e instrução desses indivíduos.

Na segunda parte desse estudo de 1999, Novaes Jr e Novaes (2001) avaliaram a cooperação dos mesmos pacientes durante 10 anos. Os autores concluíram que o perfil do paciente com maior risco de não-cooperação neste período foi: o gênero feminino, tratamento não-cirúrgico, abaixo de 30 ou acima de 51 anos de idade.

Não há um consenso entre os autores sobre quais fatores podem estar relacionados à cooperação, e se esta relação é significativa. Para Demirel e Efeodlu (1995) não existem fatores determinantes para que o paciente colabore ou não.

2.4 Comportamento do paciente

Wilson Jr (1996) ao citar a definição de *Compliance* – comportamento de uma pessoa coincidente com opiniões médicas ou de saúde – faz um paralelo com doença periodontal e doenças sistêmicas crônicas que parecem pouco ameaçadoras para o paciente. Em geral, a cooperação do paciente diminui com o decorrer do tempo, ou quando o comportamento requisitado torna-se mais complexo (WILSON JR, 1996).

Os pacientes que não atendem às recomendações sobre sua saúde têm um “comportamento autodestrutivo”, à medida que o indivíduo nega sua condição de doença (WILSON JR, 1996). Talvez a maioria das pessoas tenha essa conduta por receio do tratamento odontológico. Gatchel et al. (1983) observaram que 11,7% da

população analisada tinha muito medo do tratamento dental, 17,5% tinha medo, 36,5% não visitava seu dentista há um ano.

Os fatores que contribuem para o alto índice de não cooperação seriam medo, dificuldade econômica, estresse ocupacional, mudança de endereço, influência de amigos e familiares (TAN; POWELL; SEYMOUR, 1992; KÖNIG et al, 2001), falta de informação e motivação (WILSON JR, 1987; MENDONZA; NEWCOMB; NIXON, 1991). Essa questão fica ainda mais complexa, pois as razões podem variar entre os pacientes e para o mesmo paciente em diferentes situações (WILSON JR, 1987).

Becker et al. (1988) determinaram que eventos estressantes, como casamento, mudança de endereço, problemas familiares, problemas legais, divórcio e problemas de saúde, podem estar relacionados com a descontinuidade das consultas de manutenção propostas inicialmente. A participação do paciente num programa de CM depende primariamente de seu interesse, aqueles que estão realmente preocupados em manter os dentes são mais fáceis de serem motivados.

Borkowska, Watts e Weinman (1998) também relacionaram o estado psicológico do paciente com sua colaboração no controle de placa. Seus resultados mostraram que a estabilidade dentre as variáveis psicológicas se relaciona com sinais clínicos de inflamação e presença de placa bacteriana.

Wilson Jr (1987) salienta as possíveis maneiras de melhorar esses índices de cooperação dos pacientes em relação aos retornos para o CM. De maneira geral, os pacientes colaboram mais quando estão bem informados, motivados e com barreiras reduzidas ao tratamento. Ainda não está bem esclarecido como determinar se um paciente será colaborador antes do tratamento iniciar, para que a conduta possa ser diferenciada. Wilson Jr, Hale e Temple (1993) aplicaram estas estratégias em

pacientes de uma clínica particular e obtiveram uma melhora significativa na cooperação com os retornos, quando comparada aos resultados de estudo anterior (WILSON JR et al., 1984).

Wilson Jr (1996, 1998) detalhou outras estratégias para motivação dos pacientes: 1) simplificar a técnica de higiene bucal, o que provavelmente propiciará maior chance de ser realizada satisfatoriamente; 2) adequar as sugestões às reais necessidades do paciente, para que haja maiores chances de serem cumpridas; 3) relembrar o paciente de sua consulta através de um telefonema ou uma carta; 4) evitar que o paciente seja perdido dentro do sistema quando houver um comportamento de não-cooperação; 5) descobrir quais as expectativas do paciente para seus dentes e mostrar como os objetivos podem ser alcançados através de sua participação no controle da doença; 6) fazer com que o paciente se sinta estimulado a cooperar através do reforço positivo (o retorno positivo e sugestões construtivas podem ser bastante úteis); 7) identificar, o quanto antes, pacientes não-colaboradores, para que os problemas decorrentes sejam discutidos desde então, e esse paciente seja mantido com maior atenção; 8) manter o contato direto paciente-profissional rende melhor resultado que a relação paciente-higienista.

Novaes et al. (1996) sugeriram uma rotina para melhorar a cooperação, baseada na motivação antes e durante a terapia, através de panfletos explicativos, agendamento em dia e lembrança da consulta através de cartas, telefonemas de confirmação e uma conversa com o profissional que indicou o paciente para o tratamento.

Levine e Wilson Jr (1992) categorizam a *Compliance* como um fator de risco importante para a progressão da doença periodontal. Para eles o acompanhamento cuidadoso resultará na manutenção da saúde bucal, e a cooperação seria um fator

tão relevante quanto a predisposição genética, o fumo, diabetes, parafunção, gravidez e fatores iatrogênicos. Os autores salientam que o problema da não-cooperação deve ser discutido com o paciente, colocando-o como participante do sucesso da terapia.

Todescan e Todescan (1989) sugeriram uma interpretação do termo *Compliance* para a Língua Portuguesa – COOPERAÇÃO CONSCIENTE. Justificando que “o paciente necessita saber o que é, como evolui e quais os motivos que poderão levá-lo ou não a cumprir aquilo que o seu terapeuta lhe recomendou” (TODESCAN; TODESCAN, 1989, p.127).

Ao profissional cabe ressaltar a importância da cooperação do paciente no controle de placa domiciliar e com os retornos periódicos, estando sempre motivado para motivar (PADOVANI; SABA-CHUJFI, 1991). Compartilhar com o paciente suas condições clínicas e eventuais necessidades de alteração no regime de controle e manutenção é fundamental, já que sua participação pode afetar o prognóstico (CARNEIRO; GEORGETTI, 2003).

A literatura consultada incentivou a idealização deste protocolo, com propostas e método a seguir.

3 PROPOSIÇÕES

- Analisar a cooperação com os retornos dos pacientes do Programa de Controle e Manutenção da Disciplina de Periodontia da FOU SP.
- Avaliar a influência de um método de motivação para melhorar a cooperação dos pacientes em relação aos retornos no Programa de Controle e Manutenção da FOU SP.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo se divide em duas fases. A primeira corresponde a uma análise transversal da cooperação em relação aos retornos dos pacientes cadastrados no Programa de Controle de Manutenção, no período de 1998 a 2003. A segunda fase, estudo intervencional, aplica um método que objetiva melhorar o grau de cooperação dos pacientes que participaram do Programa, durante 12 meses de observação.

4.1 Estudo Transversal

Foram analisados os prontuários dos pacientes do Programa de Controle e Manutenção da Clínica de Pós-Graduação da Disciplina de Periodontia da FOU SP, cadastrados no período de março de 1998 a junho de 2003. Os indivíduos que participavam de outra pesquisa em andamento foram excluídos da amostra. Os 402 pacientes avaliados haviam sido tratados nas Clínicas da Disciplina de Periodontia desta Faculdade (Especialização ou Pós-Graduação).

Os prontuários continham informações sobre as consultas de CM, bem como a documentação referente ao tratamento periodontal realizado. A partir desses dados, foi possível avaliar se o paciente retornou conforme recomendado e, assim, classificá-lo quanto à sua cooperação. Os pacientes foram divididos em três grupos:

COOPERAÇÃO COMPLETA: pacientes que retornaram regularmente a todas as consultas de controle e manutenção agendadas;

COOPERAÇÃO IRREGULAR: pacientes que retornaram irregularmente às consultas, ou seja, que faltaram em uma ou mais consultas;

NENHUMA COOPERAÇÃO: pacientes que abandonaram o programa, ou seja, que não retornaram pelo menos 6 meses antes do final do período de observação.

4.2 Estudo Intervencional

Dos 402 pacientes inicialmente avaliados, 265 não foram incluídos na amostra do estudo intervencional ($n= 137$). Destes, um faleceu, oito foram encaminhados para retratamento (quando houve recorrência de sinais clínicos de inflamação e/ou perda de inserção adicional) e 256 pacientes não retornaram ao Programa durante o período do estudo. Portanto, foi possível avaliar a cooperação de 137 pacientes que participaram do CM, durante 12 meses de acompanhamento.

Os procedimentos habituais de uma consulta do Programa de Controle e Manutenção consistiram em:

- Revisão da anamnese;
- Avaliação do histórico periodontal e exame radiográfico;
- Exame periodontal (registro de áreas inflamadas, sítios com profundidade de sondagem maior ou igual a 4mm, sangramento à sondagem, grau de envolvimento de furca e grau de mobilidade);
- Orientação de higiene bucal;
- Remoção do biofilme e cálculo supra e subgengival (instrumentação manual ou ultra-sônica);

- Polimento coronário-radicular;
- Aplicação tópica de flúor;
- Agendamento da próxima visita, num intervalo determinado pelo profissional, ou indicação para retratamento.

As intervenções realizadas nas consultas de CM foram as seguintes:

COOPERAÇÃO COMPLETA:

Os pacientes do grupo Cooperação Completa receberam a conduta terapêutica habitual de uma consulta de CM, visto que, estes pacientes compareceram a todas as consultas agendadas.

COOPERAÇÃO IRREGULAR:

Os pacientes do grupo Cooperação Irregular, composto por aqueles que retornaram para as consultas, mas faltaram uma ou mais vezes, receberam os procedimentos habituais de uma consulta de controle e manutenção. Além disso, foram empregadas medidas para motivação dos pacientes baseadas em estudo anterior (WILSON JR; HALE; TEMPLE, 1993), para melhorar o nível de cooperação desses pacientes a cada visita. Foram elas:

1. REFORÇO

Confirmar com os pacientes o horário da próxima consulta através de um telefonema.

2. EDUCAÇÃO

Através de uma comunicação pessoal, realizada sempre pelo mesmo profissional, foram dadas informações detalhadas ao paciente sobre a doença periodontal, causas da sua progressão, importância do controle e manutenção e consequências da não-cooperação.

3. INCENTIVO

Durante a consulta, o comportamento positivo do paciente em relação ao controle de placa e retorno às consultas foi evidenciado e a comunicação entre paciente e profissional individualizada.

NENHUMA COOPERAÇÃO:

Com o grupo Nenhuma Cooperação, composto por pacientes que abandonaram o Programa no período de 1998 a 2003, foi feita uma tentativa de nova comunicação, cuja intenção era sua reintegração ao sistema, para que eles pudessem se beneficiar das condições de um regime de CM.

Foram enviadas cartas aos pacientes (Apêndice A), que continham informações sobre a doença periodontal, sua progressão, a importância do controle e manutenção e as consequências de não colaborar com suas propostas. Tais informações foram as mesmas dadas aos pacientes do grupo Cooperação Irregular através da comunicação pessoal. Por fim, foi sugerido um agendamento para uma consulta CM.

Quando esses pacientes acusavam o recebimento da carta, através de um telefonema para o Programa, ou de seu comparecimento ao mesmo, uma nova consulta foi agendada. Nesta consulta, também confirmada por telefone 7 dias antes, o mesmo profissional que trabalhou com os outros grupos conduziu uma entrevista em que foram dadas informações detalhadas, conforme o conteúdo das cartas. Esses pacientes foram avaliados e encaminhados para retratamento se necessário.

Tal método foi aplicado durante 12 meses, quando foram observadas as faltas dos pacientes que freqüentaram o Programa nesse período. A partir desses dados,

foi possível avaliar se o paciente retornou na data recomendada e, assim, reclassificá-lo quanto à sua cooperação.

Ao final do estudo foi feita a comparação entre as condições iniciais e finais, de acordo com a cooperação do paciente:

- a) Os pacientes que compunham o grupo COOPERAÇÃO COMPLETA manteriam sua condição, se não faltassem em nenhuma das consultas agendadas. Ou poderiam ser deslocados para o grupo COOPERAÇÃO IRREGULAR, se houvesse uma ou mais faltas; ou para o grupo NENHUMA COOPERAÇÃO se abandonassem o Programa.
- b) Os pacientes que compunham o grupo COOPERAÇÃO IRREGULAR manteriam sua condição de cooperadores irregulares, se houvesse uma falta ou mais. Ou poderiam ser deslocados para grupo COOPERAÇÃO COMPLETA (se não houvesse nenhuma falta no período observado); ou para o grupo NENHUMA COOPERAÇÃO se abandonassem o Programa.
- c) Os pacientes que compunham o grupo NENHUMA COOPERAÇÃO poderiam manter sua condição de não-cooperadores, se não retornassem durante o período de observação. Ou poderiam ser deslocados para o grupo COOPERAÇÃO COMPLETA (se não houvesse faltas); ou para grupo COOPERAÇÃO IRREGULAR (se houvesse retorno, mas com faltas).

Posteriormente, foram feitas as possíveis associações entre os fatores relacionados: cooperação, idade e gênero.

4.3 Análise estatística

Inicialmente, foram calculados a média e desvio padrão da variável idade (em anos). Também foi verificada a frequência dos sujeitos com relação ao gênero e grau de cooperação nos três diferentes grupos. Os pacientes foram classificados quanto ao grau de cooperação inicial e final.

Foi utilizada a análise de variância (ANOVA) para comparar os três grupos (COMPLETA, IRREGULAR e NENHUMA) com relação à idade. Essa análise foi feita tanto no estudo transversal quanto no estudo intervencional (antes e depois da intervenção).

O teste de qui-quadrado foi empregado para verificar se havia associação entre gênero e grupo, nas duas fases do estudo.

Todos os testes foram aplicados utilizando-se um nível de significância $\alpha = 5\%$.

4.4 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Este protocolo de pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP (Parecer no 91/03, protocolo 59/03) - Anexo A.

5 RESULTADOS

5.1 Estudo Transversal

A análise transversal que avaliou os pacientes no período de 1998 a 2003, mostrou que a maior parte dos indivíduos (73,6%) não cooperava com os retornos propostos, 18,2% cooperaram completamente e 8,2% cooperaram de maneira irregular (Figura 5.1 – Apêndice B).

Figura 5.1 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa com relação ao grau de cooperação (estudo transversal)

A idade dos pacientes do estudo transversal variou entre 13 e 83 anos. O teste ANOVA evidenciou que não houve diferença significativa entre os grupos com relação à idade, $p = 0,09$ (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 – Média, desvio padrão e comparação entre os grupos Cooperação Completa, Irregular e Nenhuma com relação a variável idade (em anos) – estudo transversal

	Grupo	N	Média $\pm$ DP	P
Idade (anos)	COMPLETA	72	48,5 $\pm$ 13,1	0,09 (ANOVA)
	IRREGULAR	32	51,4 $\pm$ 12,5	
	NENHUMA	233	46,2 $\pm$ 15,1	

DP = desvio padrão

Com relação ao gênero, a amostra era composta por 270 mulheres e 132 homens. Observou-se que não houve associação entre gênero e grau de cooperação, ou seja, o grau de cooperação não foi maior entre homens ou entre mulheres (Tabela 5.2).

Tabela 5.2 - Distribuição dos pacientes em relação ao gênero e índice de cooperação (estudo transversal)

Gênero	COOPERAÇÃO			TOTAL
	COMPLETA	IRREGULAR	NENHUMA	
Feminino	50 (68,5%)	26 (78,8%)	194 (65,5%)	270 (67,2%)
Masculino	23 (31,5%)	7 (21,2%)	102 (34,5%)	132 (32,8%)
Total	73 (100,0%)	33 (100,0%)	296 (100,0%)	402 (100,0%)

p = 0,296 (qui-quadrado)

5.2 Estudo Intervencional

Dentre os 137 pacientes acompanhados, 50,4% deles eram cooperadores completos, 21,9% cooperavam irregularmente e 27,7% haviam abandonado o Programa de Controle e Manutenção, antes da intervenção (Figura 5.2 – Apêndice C).

Figura 5.2 – Distribuição dos pacientes em relação à cooperação inicial (estudo intervencional)

A idade dos pacientes variou entre 15 e 80 anos. O teste ANOVA evidenciou que não houve diferença significativa entre os grupos com relação à idade, $p = 0,28$ (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 – Média, desvio padrão e comparação entre os grupos antes da intervenção com relação à idade (em anos) – estudo intervencional

	Grupo (inicial)	N	Média $\pm$ DP	P
Idade (anos)	COMPLETA	69	48,9 $\pm$ 12,6	0,28 (ANOVA)
	IRREGULAR	30	52,6 $\pm$ 11,4	
	NENHUMA	38	47,9 $\pm$ 12,8	

DP = desvio padrão

Com relação ao gênero, a amostra era composta por 96 mulheres e 41 homens. Observou-se que não houve associação entre gênero e grau de cooperação, $p = 0,39$ (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 - Distribuição dos pacientes em relação ao gênero e índice de cooperação (inicial) – estudo intervencional

Gênero	COOPERAÇÃO (inicial)			TOTAL
	COMPLETA	IRREGULAR	NENHUMA	
Feminino	46 (66,7%)	24 (80,0%)	26 (68,4%)	96 (70,1%)
Masculino	23 (33,3%)	6 (20,0%)	12 (31,6%)	41 (29,9%)
Total	69 (100,0%)	30 (100,0%)	38 (100,0%)	137 (100,0%)

$p = 0,39$ (qui-quadrado)

Após 12 meses de intervenção e observação desses pacientes ($n = 137$), eles foram novamente classificados conforme sua cooperação, dentro dos três grupos já estabelecidos.

Dos 73 pacientes que pertenciam inicialmente ao grupo COMPLETA, 69 participaram do estudo intervencional, e 4 foram encaminhados para retratamento. Cinquenta (72,5%) pacientes se mantiveram neste grupo, doze (17,4%) passaram para o grupo IRREGULAR, e sete (10,1%) para o grupo NENHUMA (Figura 5.3).

Figura 5.3 – Distribuição dos pacientes que pertenciam ao grupo Cooperação Completa inicialmente

Dos 33 pacientes que pertenciam ao grupo IRREGULAR inicialmente, 30 participaram do estudo intervencional, um faleceu e dois foram encaminhados para retratamento. Dezesesseis (53,3%) passaram para o grupo COMPLETA, oito (26,7%) se mantiveram no grupo IRREGULAR, e seis (20,0%) passaram para o grupo NENHUMA (Figura 5.4).

Figura 5.4 – Distribuição dos pacientes que pertenciam ao grupo Cooperação Irregular inicialmente

Dos 296 pacientes que pertenciam ao grupo NENHUMA inicialmente, foi possível enviar cartas a 177 deles. Destas, 20 retornaram ao remetente. Das 157 cartas que poderiam ter sido entregues aos pacientes destinatários, 40 (25,5%) foram respondidas e os pacientes retornaram ao Programa de Controle e Manutenção, sendo incorporados ao estudo. Portanto, não se estabeleceu comunicação com 256 pacientes. Dos 40 pacientes que pertenciam ao grupo NENHUMA, trinta e oito participaram do estudo intervencional e 2 foram encaminhados para retratamento. Vinte e sete (71,0%) passaram para o grupo COMPLETA, onze (29,0%) passaram para o grupo IRREGULAR, e nenhum paciente se manteve no grupo NENHUMA (Figura 5.5).

Figura 5.5 – Distribuição dos pacientes que pertenciam ao grupo Nenhuma Cooperação inicialmente

Do total de 137 pacientes, noventa e três pacientes (67,9%) foram cooperadores completos, trinta e um (22,6%) irregulares e treze (9,5%) abandonaram o Programa de Controle e Manutenção (Apêndice D).

A distribuição dos pacientes nos grupos de cooperação nas condições inicial (antes da intervenção) e final (após a intervenção) está demonstrada na tabela 5.5.

Tabela 5.5 - Associação entre condição inicial e final – estudo intervencional

CONDIÇÃO INICIAL	CONDIÇÃO FINAL			
	Completa	Irregular	Nenhuma	TOTAL
Completa	50 (72,5%)	12 (17,4%)	07 (10,1%)	69 (100,0%)
Irregular	16 (53,3%)	08 (26,7%)	06 (20,0%)	30 (100,0%)
Nenhuma	27 (71,1%)	11 (28,9%)	-	38 (100,0%)
TOTAL	93 (67,9%)	31 (22,6%)	13 (9,5%)	137 (100,0%)

O teste estatístico ANOVA mostrou que não houve diferença entre os grupos com relação à idade, após intervenção, $p= 0,94$ (Tabela 5.6).

Tabela 5.6 – Média, desvio padrão e comparação entre os grupos após a intervenção com relação à idade (em anos) – estudo intervencional

	Grupo (final)	N	Média $\pm$ DP	P
Idade (anos)	COMPLETA	93	49,3 $\pm$ 11,6	0,94 (ANOVA)
	IRREGULAR	31	50,1 $\pm$ 15,5	
	NENHUMA	13	49,0 $\pm$ 14,9	

DP = desvio padrão

Não houve associação entre gênero e grau de cooperação final, $p = 0,39$ (Tabela 5.7).

Tabela 5.7 - Distribuição dos pacientes em relação ao gênero e índice de cooperação (final) – estudo intervencional

Gênero	COOPERAÇÃO (final)			TOTAL
	COMPLETA	IRREGULAR	NENHUMA	
Feminino	64 (68,8%)	24 (77,4%)	8 (61,5%)	96 (70,1%)
Masculino	29 (31,2%)	7 (22,6%)	5 (38,5%)	41 (29,9%)
Total	93 (100,0%)	31 (100,0%)	13 (100,0%)	137 (100,0%)

$p = 0,39$ (qui-quadrado)

6 DISCUSSÃO

Os procedimentos empregados numa consulta de Controle e Manutenção (CM) diferem em alguns aspectos de uma consulta de Terapia Periodontal de Suporte (TPS) ou Manutenção Periodontal (MP), principalmente no que se refere ao tratamento de sítios com recorrência dos sinais clínicos de inflamação.

O CM realiza a manutenção da saúde periodontal, através do controle de placa supra e subgengival, abordando apenas sítios saudáveis. Se houver recidiva de sinais clínicos de inflamação e perda de inserção adicional, o paciente deve ser retratado (TODESCAN, 1993b). Tanto a TPS quanto a MP, incluem além do controle de placa supra e subgengival, o tratamento de áreas que necessitam de raspagem e aplanamento radicular, ajuste oclusal, antibioticoterapia e cirurgia periodontal. A TPS ou MP podem ser interrompidas temporariamente e o tratamento cirúrgico ou não-cirúrgico instituído, se houver recorrência da doença (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 1998, 2000, 2003).

Este estudo pretendeu analisar a cooperação dos pacientes envolvidos no Programa de CM e, numa segunda fase motivá-los, para melhorar seu índice de cooperação, de acordo com os objetivos do Programa. Em sua primeira fase, foram avaliados pacientes com diferentes períodos de acompanhamento (desde 1998 a 2003), portanto, não houve uma padronização da amostra em relação a este aspecto. Apenas 18,2% dos pacientes eram cooperadores completos, 8,2% eram irregulares e 73,6% não cooperavam. Um estudo preliminar a este, que utilizou o mesmo método numa população muito semelhante (n= 420), já observou alta porcentagem de pacientes que não participavam regularmente do Programa de

Controle e Manutenção. Os autores sugeriram a elaboração de métodos capazes de motivar os pacientes, minimizando a baixa cooperação (CARVALHO et al., 2005). Tal conclusão deu origem à segunda proposição deste trabalho, que corresponde ao estudo intervencional.

Os resultados dessa análise são similares aos dos estudos de maior tempo de duração em que a taxa de cooperação completa é baixa e a de abandono é alta (WILSON JR et al., 1984; NOVAES JR; LIMA; NOVAES, 1996; DEMETRIOU; TSAMI-PANDI; PARASHIS, 1995; KÖNIG et al., 2001; SOOLARI; ROKN, 2003). Alguns autores observaram que a cooperação diminui conforme o tempo de manutenção aumenta, sendo que a maior taxa de abandono ocorre após o primeiro ano (WILSON JR et al., 1984; MENDONZA; NEWCOMB; NIXON, 1991; TAN; POWELL; SEYMOUR, 1992; CHECCHI et al., 1994; DEMETRIOU; TSAMI-PANDI; PARASHIS, 1995; NOVAES JR; LIMA; NOVAES, 1996; OJIMA; HANIOKA; SHIZUKUISHI, 2001).

A doença periodontal é crônica e não envolve risco de vida. Tal condição pode desestimular o paciente para o controle de placa domiciliar e a colaboração com a manutenção, que devem perdurar por toda vida da dentição (SOOLARI; ROKN, 2003; WILSON JR, 1996). Portanto, os primeiros anos de manutenção são críticos para a motivação dos pacientes, quando o abandono tem maior incidência (DEMETRIOU; TSAMI-PANDI; PARASHIS, 1995). Embora exista dificuldade em reconhecer durante a fase inicial do controle e manutenção, os indivíduos que não serão cooperadores por muito tempo (GALGUT, 1991; WILSON JR 1987), a história pregressa de cooperação durante o tratamento pode ser um indicador do seu comportamento (TAN; POWELL; SEYMOUR, 1992).

Os resultados deste estudo apontaram um índice de cooperação completa de 18,2%, que é bastante similar aos resultados de Wilson Jr et al. (1984) e Garcia, Lázari e Sampaio (2002), ambos de 16%. Os pacientes avaliados por Wilson Jr et al. (1984) eram indivíduos com alto nível sócio-econômico e educacional, dos quais os autores esperavam um maior interesse em manter a saúde bucal. Os pacientes atendidos na FOUSP não necessitaram pagar o tratamento nem o CM, o que poderia eliminar o problema financeiro. O baixo índice de cooperação pode estar relacionado à mentalidade curativa da maioria dos pacientes, que geralmente procuram tratamento apenas quando os sinais e os sintomas da doença tornam-se evidentes (GARCIA; LÁZARI; SAMPAIO, 2002).

A cooperação parece estar relacionada ao significado de saúde bucal para cada indivíduo, o que normalmente está associada à educação e classe social. Portanto, o que determinaria a cooperação do paciente seriam seus valores, crenças e atitudes (MENDONZA; NEWCOMB; NIXON, 1991). Provavelmente, a necessidade de consultas preventivas e o rigoroso controle de placa domiciliar sejam colocados em segundo plano de prioridades, quando esses pacientes estão num período de estresse (BECKER et al., 1988). Da mesma maneira que, pacientes com uma maior estabilidade de variáveis psicológicas colaboram mais com o controle de placa (BORKOWSKA; WATTS; WEINMAN, 1998).

A segunda fase do presente estudo utilizou um método baseado no trabalho de Wilson Jr, Hale e Temple (1993), que obtiveram êxito na tentativa de melhorar a cooperação aos retornos dos pacientes em manutenção. Ao final do estudo intervencional, observou-se uma modificação favorável na cooperação dos 137 pacientes acompanhados, durante 12 meses. A cooperação completa aumentou de 50,4% para 67,9%, a irregular variou entre 21,9% e 22,6%, a ausência de

cooperação diminuiu de 27,7% para 9,5%, o que significa que o método empregado foi capaz de aumentar o número de pacientes colaboradores e diminuir o número de pacientes não colaboradores. É importante salientar que neste estudo a amostra de 137 pacientes é uma parcela da amostra do estudo transversal ($n= 402$), em que os pacientes que não retornaram no período da intervenção não puderam ser avaliados (maioria dos pacientes do primeiro estudo). Então, a amostragem na segunda fase do trabalho selecionou os pacientes que cooperaram de alguma maneira e que foram novamente contatados pelo Programa.

Para comparar os dados do estudo transversal com os do estudo intervencional, considerou-se o número total de pacientes 402. O estudo transversal mostrou uma participação de 26,4% ($106/402$) dos pacientes cooperadores completos e irregulares. Na condição inicial do estudo intervencional, 99 pacientes compunham os grupos Cooperação Completa e Cooperação Irregular (24,6%). Na condição final, ou seja, após a intervenção, 124 pacientes faziam parte destes grupos (30,8%). Dessa maneira, houve um pequeno aumento na porcentagem de pacientes participantes do Programa. Se a análise do estudo intervencional considerar 137 o número total de pacientes, a condição inicial apresentou 72,3% de pacientes cooperadores (completos e irregulares) e a condição final apresentou 90,5% de pacientes cooperadores. Tal resultado demonstra o efeito positivo do método proposto, já que do total de 402 pacientes apenas 137 foram submetidos à intervenção, e para analisar sua influência avaliamos o total de pacientes expostos a ela. Portanto, há limitações na comparação das duas fases do estudo.

O grau de cooperação dos pacientes avaliados por Wilson Jr, Hale e Temple (1993) foi semelhante. Os autores observaram que a cooperação completa aumentou de 16% para 32%, o número de pacientes irregulares variou entre 49% e

48% e a não-cooperação diminuiu de 34% para 20%, comparando os resultados dos estudos de Wilson Jr et al. (1984) e Wilson Jr, Hale e Temple (1993). Os autores concluíram que houve uma melhora significativa da cooperação completa e foi possível diminuir a não-cooperação. Embora a amostra dos dois estudos fosse proveniente da mesma clínica, os pacientes não eram os mesmos. Foi utilizada a amostra total de pacientes acompanhados durante os 8 anos do primeiro estudo e os 5 anos do segundo estudo, tanto os pacientes que participaram do controle e manutenção como os que não o faziam. No presente estudo, os pacientes que não participaram do CM não foram considerados, por não terem recebido as intervenções propostas.

As medidas empregadas no estudo intervencional foram capazes de alterar a colaboração dos pacientes, já que a distribuição final dos pacientes nos três grupos mostrou que a maioria deles se deslocou para o grupo Cooperação Completa. Da mesma maneira em que há ressalvas na comparação entre os estudos de Wilson Jr (WILSON JR et al., 1984; WILSON JR; HALE; TEMPLE, 1993), limitações também existem na comparação entre este estudo transversal e o intervencional. Isso se deve, tanto pela diferença do número de pacientes (devido à exclusão dos pacientes que não retornaram) como do tempo de observação nos dois estudos.

O grau de cooperação não apresentou associação com gênero, em nenhuma das fases deste estudo. Esses dados se correlacionam aos achados de Ojima, Hanioka e Shizukuishi (2001), Mendonza, Newcomb e Nixon (1991), Checchi et al. (1994) e Novaes Jr, Lima e Novaes, (1996) e Demirel e Efeodlu (1995). Outros estudos verificaram uma associação entre gênero e grau de cooperação, sendo que as mulheres cooperavam mais (GALGUT, 1991; NOVAES et al., 1996; DEMETRIOU; TSAMI-PANDI; PARASHIS, 1995; SOOLARI; ROKN, 2003).

Apenas um estudo encontrou uma taxa de cooperação maior entre os homens. Novaes e Novaes Jr (2001) ao acompanharem pacientes em controle e manutenção por 10 anos, tinham o objetivo de traçar o perfil do paciente cooperador, e seus resultados apontaram o gênero masculino.

No presente estudo, as mulheres estão em maior número em todos os grupos, compondo a maioria da amostra em suas duas fases. Assim, é possível sugerir que as mulheres procuraram mais o Programa de Controle e Manutenção. Para Demirel e Efeodlu (1995), uma das razões para seus resultados seria a ausência de vínculo empregatício da maioria das mulheres de Istambul, que teriam mais disponibilidade de tempo para cuidados com a saúde. Para Demetriou, Tsami-Pandi, Parashis (1995), as mulheres cooperaram mais porque estariam mais preocupadas com sua aparência e com medo de perder dentes. Além disso, porque a maioria das mulheres gregas não trabalha ou trabalha meio período, lhes garantindo mais tempo e menor estresse. A alternativa de atendimentos em horários diferentes dos comerciais, poderia ser uma estratégia eficiente para atingir os pacientes que não podem se ausentar do trabalho (WILSON JR; HALE; TEMPLE, 1993; DEMETRIOU; TSAMI-PANDI; PARASHIS, 1995). Mas, esta alternativa não pode ser oferecida aos nossos pacientes até o presente momento.

Em relação à idade, não houve diferença significativa entre os grupos de cooperação nas duas fases deste estudo. A maioria dos trabalhos aponta os pacientes mais idosos como melhores colaboradores (MENDONZA; NEWCOMB; NIXON, 1991; NOVAES et al., 1996; NOVAES, NOVAES JR, 1999; OJIMA; HANIOKA; SHIZUKUISHI, 2001). Mendonza, Newcomb e Nixon (1991) justificam esse dado da seguinte maneira: pacientes mais jovens possuem mais dificuldades financeiras, os dentes não estão em suas listas de prioridades, as pressões do

trabalho são piores. Novaes e Novaes Jr (1999) afirmaram que pacientes com menos de 40 anos de idade têm uma maior probabilidade de ser não-cooperador do que os com mais de 40 anos. Coincidentemente ou não, quanto mais aumenta a idade, mais diminui a taxa de não-cooperação.

Os resultados do presente estudo foram atribuídos aos esforços empregados na motivação dos pacientes a participar do Programa de Controle e Manutenção que lhes é oferecido. O método aplicado influenciou de maneira favorável a cooperação dos pacientes em relação aos retornos para o CM. Ainda que os resultados apresentados sejam positivos, deve ser compreendida sua limitação no que se refere ao acompanhamento de longo prazo dos pacientes atendidos no CM, também, na dificuldade de avaliar os pacientes que não retornaram e foram excluídos da análise intervencional.

É possível que com o passar do tempo, apesar da motivação oferecida, estes pacientes voltem a se ausentar ou a comparecer de maneira irregular. Acredita-se que outros estudos sejam necessários para que se possa compreender o comportamento dos pacientes em controle e manutenção, e que este conhecimento permita a elaboração de condutas ainda mais eficazes e motivadoras.

Conforme já evidenciado por outros autores (AAP, 1989, 2003; TODESCAN; TODESCAN, 1989; LEVINE; WILSON JR, 1992; WILSON JR, 1996, 1998; PADOVANI; SABA-CHUJFI, 1991; NOVAES et al., 1996; NOVAES; NOVAES JR, 1999; FERNANDES, 2001; CARNEIRO; GEORGETTI, 2003; PREUS et al., 2002), pode-se perceber com os resultados deste estudo, que a motivação do paciente — alcançada através de informações capazes de conscientizá-lo em relação a sua condição periodontal e necessidades de controle e manutenção — é primordial para que ele colabore com o regime proposto.

7 CONCLUSÕES

Dentro dos limites deste trabalho e de acordo com o método aplicado, podemos concluir que:

- A análise transversal mostrou que a maior parte dos pacientes do Programa de Controle e Manutenção da FOUSP não cooperava com os retornos.
- A intervenção proposta foi capaz de aumentar o grau de cooperação dos pacientes acompanhados por 12 meses.

REFERÊNCIAS¹

Ainamo J, Ainamo A. Risk assessment of recurrence of disease during supportive periodontal care. Epidemiological considerations. J Clin Periodontol 1996;23:232-9.

American Academy of Periodontology. Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics. Chicago: The American Academy of Periodontology. 1989:IX-24.

American Academy of Periodontology. Position Paper: Supportive Periodontal Therapy. J Periodontol 1998;69:502-6.

American Academy of Periodontology. Parameter of Care on Periodontal Maintenance. J Periodontol 2000;71:849-50.

American Academy of Periodontology. Position Paper: Periodontal Maintenance. J Periodontol 2003;74:1395-401.

Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. J Clin Periodontol 1981;8:281-94.

Bakdash B. Oral hygiene and compliance as risk factors in periodontitis. J Periodontol 1994;65:539-44.

Becker BC, Karp CL, Becker W, Berg L. Personality differences and stressful life events. Differences between treated periodontal patients with and without maintenance. J Clin Periodontol 1988;15:49-52.

Becker W, Berg L, Becker BE. Untreated periodontal disease: a longitudinal study. J Periodontol 1979;50:234-44.

Becker W, Becker BE, Berg L. Periodontal treatment without maintenance – A retrospective study in 44 patients. J Periodontol 1984;55:505-9.

¹ De acordo com Estilo Vancouver – Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Becker W, Berg LE, Becker BE. The long-term evaluation of periodontal treatment and maintenance in 95 patients. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1984;4:54-71.

Bernardo CC. Avaliação do nível clínico de inserção de pacientes em manutenção periodontal [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP;2004.

Borkowska ED, Watts TLP, Weinman J. The relationship of health beliefs and psychological mood to patient adherence to oral hygiene behaviour. *J Clin Periodontol* 1998;25:187-93.

Bostanci HS, Arpak MN. Long-term evaluation of surgical periodontal treatment with and without maintenance care. *J Nihon Univ Sch Dent* 1991;33:152-9.

Carneiro SRS, Georgetti MAP. Tratamento periodontal de suporte ou retratamento? Quais parâmetros devem ser utilizados no processo de decisão? In: Lotufo RFM, Lascala Jr NT. *Peridontia e Implantodontia – Desmistificando a ciência*. São Paulo: Artes Médicas; 2003.

Carvalho VF, Fukuda CT, Okuda OS, Bernardo CC, Pannuti CM, De Micheli G. Avaliação da cooperação aos retornos dos pacientes em manutenção periodontal. *Rev Periodontia* 2005;15:5-9.

Carvalho JCM, Todescan JH. Plano de tratamento periodontal. *Ars Curandi* 1977;4:3-7.

Catão VV, Chapper A, Oppermann RV. The effect of supragingival plaque control over periodontitis. *J Dent Res* 2000;79:581.

Checchi L, Montevecchi M, Gatto MRA, Trombelli L. Retrospective study of tooth loss in 92 treated periodontal patients. *J Clin Periodontol* 2002;29:651-6.

Checchi L, Pelliccioni GA, Gatto MRA, Kelescian L. Patient compliance with maintenance therapy in an Italian periodontal practice. *J Clin Periodontol* 1994;21:309-12.

Cortellini P, Pini-Prato GP, Tonetti MS. Long-term stability of clinical attachment following guided tissue regeneration and convencional therapy. *J Clin Periodontol* 1996;23:106-11.

Dannewitz B, Krieger JK, Hüsing J, Eickholz. Loss of molars in periodontally treated patients: a retrospective analysis five years or more after active periodontal treatment. *J Clin Periodontol* 2006;33:53-61.

De Micheli, G, Georgetti, MAP, Carneiro, SRS, Feist, IS. Perda dentária: estudo retrospectivo em uma clínica particular periodontal. *Rev Odontol UNICID* 2004;16:117-22.

De Micheli G, Jorge MC, Lotufo RMF, Conde MC, Romito GA, Carvalho CV. O tratamento periodontal de suporte e a importância da cooperação consciente. *Rev Odontol UNICID* 2001;13:203-13.

Demetriou N, Tsami-Pandi A, Parashis A. Compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study. *J Periodontol* 1995;66:145-9.

Demirel K, Efeodlu A. Retrospective evaluation of patient compliance with supportive periodontal treatment. *J Nihon Univ Sch Dent* 1995;37:131-7.

DeVore CH, Duckworth JE, Beck FM, Hicks MJ, Brumfield FW, Horton JE. Bone loss following periodontal therapy in subjects without frequent periodontal maintenance. *J Periodontol* 1986;57:354-9.

Fernades MI. Acompanhamento longitudinal do paciente: o conceito de manutenção preventiva aplicado à saúde integral do paciente. In: Oppermann, RV; Rösing, CK. *Periodontia: ciência e clínica*. São Paulo: Artes Médicas; 2001.

Fardal O, Johannessen AC, Linden GJ. Tooth loss during maintenance following periodontal treatment in a periodontal practice in Norway. *J Clin Periodontol* 2004;31:550-5.

Galgut PN. Compliance with maintenance therapy after periodontal treatment. *Dental Heath* 1991;30:3-7.

Garcia PPNS, Lázari MM, Sampaio JE. Avaliação da cooperação com o retorno periódico de pacientes submetidos à terapia periodontal. *Rev Periodontia* 2002;13:30-3.

Gatchel RJ, Ingersoll BD, Bowman L, Robertson MC, Walker C. The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. *J Am Dent Assoc* 1983;107:609-10.

Grein RL. Cooperação consciente do paciente numa clínica periodontal privada [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1994.

Hancock EB, Newell DH. Preventive strategies and supportive treatment. *Periodontology* 2000 2001;25:59-76.

Hellström M-K, Ramberg P, Krok L, Lindhe J. The effect of supragingival plaque control on the subgingival microflora in human periodontitis. *J Clin Periodontol* 1996;23:934-40.

Hirschfeld L, Wasserman B. A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *J Periodontol* 1978;49:225-37.

Katsanoulas T, Reneè I, Attström R. The effect of supragingival plaque control on the composition of the subgingival flora in periodontal pockets. *J Clin Periodontol* 1992;19:760-5.

Kocher T, König J, Dzierzon U, Sawaf H, Plagmann H-C. Disease progression in periodontally treated and untreated patients – a retrospective study. *J Clin Periodontol* 2000;27:866-72.

König J, Plagmann H-C, Langenfeld N, Kocher T. Retrospective comparison of clinical variables between compliant and non-compliant patients. *J Clin Periodontol* 2001;28:227-32.

König J, Plagmann H-C, Rühling A, Kocher T. Tooth loss and pocket probing depths in compliant periodontally treated patients: a retrospective analysis. *J Clin Periodontol* 2002;29:1092-100.

Levine RA, Wilson Jr TG. Compliance as major risk factor in periodontal disease progression. *Compend Contin Educ Dent* 1992;8:1072-9.

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* 1975;2:67-79.

Lindhe J, Nyman S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1984;11:504-14.

Listgarten MA, Hellden L. Relative distribution of bacteria at clinically healthy and periodontally diseased sites in humans. *J Clin Periodontol* 1978;5:115-32.

Listgarten MA, Sullivan P, George C, Nitkin L, Rosenberg ES, Chilton NW, et al. Comparative longitudinal study of 2 methods of scheduling maintenance visits: 4-year data. *J Clin Periodontol* 1989;16:105-15.

Löe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965;36:177-87.

Magnusson I, Lindhe J, Yoneyama T, Liljenberg, B. Recolonization of a subgingival microbiota following scaling in deep pockets. *J Clin Periodontol* 1984;11:193-207.

McFall Jr WT. Tooth loss in 100 treated patients with periodontal disease. A long-term study. *J Periodontol* 1982;53:539-49.

Mendonza AR, Newcomb GM, Nixon KC. Compliance with supportive periodontal therapy. *J Periodontol* 1991;62:731-6.

Mousquès T, Listgarten MA, Philips RW. Effect of scaling and root planing on the composition of the human subgingival microbial flora. *J Periodont Res* 1980;15:144-51.

Novaes AB, Novaes Jr AB, Moraes N, Campos GM, Grisi MFM. Compliance with supportive periodontal therapy. *J Periodontol* 1996;67:213-6.

Novaes Jr AB, Novaes AB. Compliance with supportive periodontal therapy. Part II: Risk of non-compliance in a 10-year period. *Braz Dent J* 2001;12:47-50.

Novaes Jr AB, Lima FR, Novaes AB. Compliance with supportive periodontal therapy and its relation to the bleeding index. *J Periodontol* 1996;67:976-80.

Novaes Jr AB, Novaes AB. Compliance with supportive periodontal therapy. Part I. Risk of non-compliance in the first 5-year period. *J Periodontol* 1999;70:679-82.

Novaes Jr AB, Noaves AB, Bustamanti A, Villavicencio B, Muller E, Pulido J. Supportive periodontal therapy in South America. A retrospective multi-practice study on compliance. *J Periodontol* 1999;70:301-6.

Nyman S, Lindhe J, Rosling B. Periodontal surgery in plaque-infected dentitions. *J Clin Periodontol* 1977;4:240-9.

Ojima M, Hanioka T, Shizukuishi S. Survival analysis for degree of compliance with supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 2001;28:1091-5.

Padovani MC, Saba-Chujfi E. Manutenção e controle no tratamento periodontal. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1991;45:429-32.

Petersilka GJ, Ehmke B, Flemmig TF. Antimicrobial effects of mechanical debridement. *Periodontol* 2000 2002;28:56-71.

Preus HR, Laurell L, Edung KG, Oppermann RV, Rösing CK. Doenças Periodontais. Artes Médicas: São Paulo; 2002.

Ramfjord SP. Maintenance care and supportive periodontal therapy. *Quintessence Int* 1993;24:465-71.

Sato K, Yoneyama T, Okamoto H, Dahlén G, Lindhe J. The effect of subgingival debridement on periodontal disease parameters and the subgingival microbiota. *J Clin Periodontol* 1993;20: 359-65.

Sbordone L, Ramaglia L, Gulletta E, Iacono V. Recolonization of the subgingival microflora after scaling and root planing in human periodontitis. *J Periodontol* 1990;61:579-84.

Shiloah J, Patters MR. Repopulation of periodontal pockets by microbial pathogens in the absence of supportive therapy. *J Periodontol* 1996;67:130-9.

Slots J, Mashimo P, Levine MJ, Genco RJ. Periodontal therapy in humans. I. Microbiological and clinical effects of a single course of periodontal scaling and root planning, and an adjunctive tetracycline therapy. *J Periodontol* 1979;42:495-509.

Soolari A, Rokn AR. Adherence to periodontal maintenance in Tehran, Iran. A 7-year retrospective study. *Quintessence Int* 2003;34:215-9.

Susin C, Valle P, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Occurrence and risk indicators of increased probing depth in an adult brazilian population. J Clin Periodontol 2005;32:123-9.

Susin C, Vecchia CFD, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Periodontal attachment loss in an urban population of brazilian adults: effect of demographic, behavioral, and environmental risk factors. J Periodontol 2004;75:1033-41.

Tan AES, Powell RN, Seymour GJ. Patient attendance compliance in periodontal therapy. Aust Dent J 1992;37:467-71.

Todescan JH. Controle e Manutenção periódicos I. Periodontia 1993a;2:22-5.

Todescan JH. Controle e Manutenção periódicos II. Periodontia 1993b;2:26-9.

Todescan JH, Todescan CG. Compliance – Cooperação Consciente. Rev Assoc Paul Cir Dent 1989;43:125-7.

Van Winkelhoff AJ, Van der Velden U, De Graaff J. Microbial succession in recolonizing deep periodontal pocket after a single course of supra- and subgingival debridement. J Clin Periodontol 1987;15:116-22.

Weidlich P, Souza MAL, Oppermann RV. Evaluation of the dentogingival area during early plaque formation. J Periodontol 2001;72:901-10.

Wilson Jr TG. A review of the literature with possible applications to periodontics. J Periodontol 1987;58:706-14.

Wilson Jr TG, Glover ME, Schoen J, Baus C, Jacobs T. J Periodontol 1984;55:408-73.

Wilson Jr TG, Hale S, Temple R. The results of efforts to improve compliance with supportive periodontal therapy in a private practice. J Periodontol 1993;64:311-4.

Wilson Jr TG. Compliance and its role in periodontal therapy. Periodontology 2000 1996;12:16-23.

Wilson Jr TG. How patient compliance to suggested oral hygiene and maintenance affect periodontal therapy. Dent Clin North Am 1998;42:389-403.

APÊNDICE A - Carta

Prezado Sr (a).

Somos da equipe de Controle e Manutenção da Disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia da USP, e entramos em contato para salientar alguns aspectos importantes sobre o Tratamento Periodontal que foi realizado anteriormente.

Queremos relembrar, primeiramente, a origem da Doença Periodontal, doença que afeta as gengivas e os tecidos ao redor do dente. A principal causa do problema das gengivas é o acúmulo da placa bacteriana (massa composta principalmente por bactérias que aderem ao dente) entre os dentes e a gengiva. Se ela não for removida adequadamente, a inflamação (inchaço e sangramento) ocorre. Com o tempo a placa bacteriana pode endurecer formando o tártaro ou cálculo, que vai piorando a condição da gengiva. Assim, o dente pode ficar abalado, porque a estrutura óssea que o sustenta está sendo destruída.

Após o Tratamento Periodontal (raspagens e cirurgias), a inflamação da gengiva deve acabar. Mas, como a doença é causada por bactérias que estão constantemente presentes na boca, um controle periódico deve ser feito. Esse controle tem como finalidade: 1) prevenir que a doença periodontal volte, 2) diminuir a chance de perda dos dentes, e 3) verificar a presença de outras doenças da boca.

As pesquisas científicas mostram que pessoas que fazem esse controle com frequência mantêm seus dentes mais saudáveis e por mais tempo na boca, desde que tenham uma ótima escovação. Portanto, é fundamental que depois do tratamento periodontal, seja feito o tratamento de manutenção periodontal, quando é realizado o controle profissional da placa bacteriana.

Nossa equipe oferece esse atendimento para todos os pacientes que concluíram seus tratamentos nas clínicas dessa faculdade, às segundas-feiras das 13:30 às 17:30h. Então, sugerimos que agende uma consulta conosco para retomar ou iniciar a manutenção periodontal.

O telefone para agendamento é: 3091-7904, que funciona segunda-feira das 13:30 às 17:30h, falar com Verônica ou Márcia.

Gratos pela atenção e até breve,

Verônica Franco de Carvalho
Colaboradora do Programa de
Controle e Manutenção

Prof. Dr. Giorgio De Micheli
Coordenador do Programa de
Controle e Manutenção

APÊNDICE B – Distribuição dos sujeitos da pesquisa com relação ao grau de cooperação (estudo transversal)

Grau de cooperação	Número	Porcentagem
COMPLETA	73	18,2
IRREGULAR	33	8,2
NENHUMA	296	73,6
TOTAL	402	100,0

APÊNDICE C – Distribuição dos pacientes em relação à cooperação inicial (estudo intervencional)

Grau de cooperação Inicial	Número	Porcentagem
COMPLETA	69	50,4
IRREGULAR	30	21,9
NENHUMA	38	27,7
TOTAL	137	100,0

APÊNDICE D – Distribuição dos pacientes com relação à cooperação final (estudo intervencional)

Grau de cooperação Final	Número	Porcentagem
COMPLETA	93	67,9
IRREGULAR	31	22,6
NENHUMA	13	9,5
TOTAL	137	100,0

ANEXO A - Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Odontologia
Universidade de São Paulo **PARECER n° 91/03**
Protocolo 59/03

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa, **APROVOU** o protocolo de pesquisa "*Controle e manutenção em periodontia: cooperação consciente aos retornos*", de responsabilidade do Professor Doutor **Giorgio De Micheli**.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios referentes ao andamento da pesquisa em 20 de novembro de 2003 e em 20 de maio de 2004. Ao término da pesquisa, cópia do trabalho em "cd" ou "disquete", deve ser encaminhada a este CEP.

São Paulo, 20 de maio de 2003

Profª Drª ROSA HELENA MIRANDA GRANDE
Coordenadora do CEP-FOUSP