

**AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DE DOIS MÉTODOS DE
INSTRUÇÃO NA
MOTIVAÇÃO À HIGIENIZAÇÃO BUCAL EM PACIENTES COM
DOENÇA PERIODONTAL**

LEONARDO PERES ALMEIDA MAGALHÃES

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia, Área de Periodontia.

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Luiz Aguiar Greggi

(Edição Revisada)

BAURU

2002

M27a Magalhães, Leonardo Peres Almeida
 Avaliação da Influência de Dois Métodos de Instrução na Motivação à
 Higienização Bucal em Pacientes com Doença Periodontal.
 Bauru, 2002.
 74p.: il.; 30cm.

 Dissertação. (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru.
 Universidade de São Paulo.

 Orientador: Prof. Dr. Sebastião Luiz Aguiar Greghi

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Bauru, 03 de maio de 2002.

Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP na reunião do dia 30/11/2000.

LEONARDO PERES ALMEIDA MAGALHÃES

Nascimento	04 de outubro de 1975 Araçatuba – SP
Filiação	Milton de Almeida Magalhães Jr. Alzira E. P. Fernandes Magalhães
1994-1997	Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
1998-1999	Estágio no Núcleo de Apoio à Pesquisa em Implantes Odontológicos – USP – Bauru
1999-2002	Curso de Mestrado em Odontologia, área de Periodontia da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP
Associações	ABO – MG e APCD

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, Milton e Vanja e a meus irmãos, Ana e Neto

*como forma de gratidão ao apoio, compreensão, amor e à
confiança depositados em mim para que realizasse mais este
sonho, que também é de vocês.*

*Tenham certeza que fazer parte desta família é uma dádiva
concedida por Deus.*

À minha noiva, Aída,

*pois, só tenho motivos para agradecer a compreensão, o amor, o
companheirismo e o respeito dedicados a mim durante estes
longos anos que nos mantiveram distantes.
Sem você tudo teria sido mais difícil.*

Agradecimentos

A Deus,

*por estar sempre presente em minha vida me guiando e
orientando através dos caminhos mais corretos.*

Ao Prof. Dr. Sebastião Luiz Aguiar Greghi, pela maneira que me acolheu no Departamento de Periodontia, pela amizade e paciência nos momentos em que necessitei, pela maneira que me ajudou a conduzir este trabalho e pela competência que teve ao orientar esta turma de Mestrado. Tenha certeza que sinto muito orgulho de ser seu orientado e amigo.

Ao Prof. Dr. Deoclécio Nahás, pelos ensinamentos não só profissionais, mas de vida que me passou. O senhor é um exemplo de vida e perseverança. Adorei o nosso convívio, e esteja onde estiver, saiba que deixou saudades no coração de muitas pessoas e que fará muita falta por aqui.

Ao Prof. Dr. Euloir Passanezi, pelos ensinamentos, pela amizade e principalmente por ser um exemplo de educador e pesquisador em quem todos devem se espelhar.

Ao Prof. Dr. Alberto Consolaro, pelo convívio e pelos ensinamentos, que fizeram despertar em mim a eterna busca pelo conhecimento e o amor por “Ser Professor”.

Ao meu grande amigo Antônio Carlos Calixto, que exerceu e exerce um papel de “anjo da guarda” na minha vida profissional. Você é uma pessoa a quem eu só devo agradecer.

Ao Prof. Dr. Eduardo Almada, que teve uma participação fundamental para que eu iniciasse o curso de Mestrado, me orientando e incentivando sempre.

Aos meus colegas de turma, Fabio Bastos (um grande amigo e parceiro), Luciana, Pedro, Patrícia, Renata, Marinelle, Fábio Moura, Flavio, Ana Cláudia, Elonice.

Aos estagiários, Simone, César e André, por terem me auxiliado na execução deste trabalho.

Aos antigos colegas do Mestrado e Doutorado, Matte (foi um professor para mim), Eduardo Lourenço e Damé.

Aos amigos do Doutorado, Daniel (Manaus), Mônica, Vinícius e Sung.

Aos meus queridos funcionários da Disciplina de Periodontia, Ivânia (que me tratou como um filho), Edilaine, Neusa, Ângela e Marcos.

À Disciplina de Saúde Coletiva e, principalmente à Marta, por terem nos cedido cordialmente as sondas periodontais utilizadas neste trabalho.

Ao Prof. Lauris, pelo auxílio na execução da análise estatística deste estudo.

SUMÁRIO

RESUMO.....	xiv
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	5
3 PROPOSIÇÃO.....	26
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	28
4.1 Avaliação Clínica.....	29
4.2 Análise Estatística.....	35
5 RESULTADOS.....	37
5.1 Resultados dos Índices de Placa e Gengival.....	38
5.2 Resultados do Índices de Correlação.....	52
6 DISCUSSÃO.....	55
7 CONCLUSÕES.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ABSTRACT.....	74

Resumo

RESUMO

AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DE DOIS MÉTODOS DE INSTRUÇÃO NA MOTIVAÇÃO À HIGIENIZAÇÃO BUCAL EM PACIENTES COM DOENÇA PERIODONTAL

Este estudo avaliou o uso de dois métodos de motivação em 37 pacientes para um melhor controle da placa. Os pacientes possuíam idades variando entre 18 e 71 anos, sendo que 24 eram do gênero feminino e 13 do gênero masculino. Os pacientes foram divididos em dois grupos: o Grupo I recebeu orientação direta, que era feita no consultório informando os pacientes sobre a placa bacteriana e suas conseqüências, e a técnica de higienização (escovação e fio dental) que deveriam executar, associada à orientação indireta, através da apresentação de uma palestra com o uso de diapositivos ilustrativos que mostrava a placa bacteriana, casos clínicos de doença periodontal e ilustrações sobre a técnica correta de higienização; o Grupo II recebeu somente a orientação direta. Os pacientes foram avaliados através do registro de seus índices de placa e sangramento gengival durante um período de 4 meses. Foram feitas 8 avaliações com intervalos que variavam inicialmente em 1 semana, depois 2 semanas e finalmente 1 mês. Os resultados obtidos mostraram que o Grupo I obteve uma maior redução nos índices de placa e gengival, apresentando resultados significativamente superiores ($p < 0,05$) ao Grupo II. Assim, o estudo concluiu que a orientação direta associada à orientação indireta é o método mais eficiente quando comparado com a orientação direta na motivação de pacientes para um melhor controle de placa.

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, é consenso que um dos fatores etiológicos mais importantes nas alterações inflamatórias do periodonto é a placa bacteriana, que fica aderida à superfície dentária.

Diversos são os trabalhos que demonstram ser o controle de placa essencial para a manutenção da saúde periodontal^{4, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 21, 22, 24, 30, 37, 61, 65}.

Certamente que essa placa isoladamente não é o único fator envolvido na etiologia das alterações periodontais, mas a sua remoção e desorganização feita diariamente pelo paciente são de fundamental importância para que se possa manter o equilíbrio da saúde periodontal.

O enfoque que se deve dar em qualquer área da saúde deve ser baseado na prevenção e, na área odontológica em especial, esta atenção não pode ser negligenciada.

Em particular na Periodontia, este fator pode significativamente ser a diferença entre o controle ou o agravamento da doença.

Embora nos dias atuais possa ser considerado que existam bactérias diferenciadas no que se refere à patogenicidade, sendo a qualidade da placa um fator muito crítico, não se pode esquecer que a quantidade (volume) de placa é um aspecto que pode oferecer uma maior agressividade, seja proporcionando condições para o desenvolvimento de bactérias mais patogênicas, seja pelo maior número de patógenos atuando em uma área.

Mesmo que em certos tipos de manifestações de doenças periodontais se possa associar a utilização de medicamentos (tópicos e/ou sistêmicos) no controle da placa bacteriana, este meio não deve ser generalizado e sim utilizado em casos específicos como um coadjuvante no controle mecânico local (raspagem e higienização).

Assim, o controle da placa dentro de níveis mínimos é um fator decisivo na prevenção, no tratamento e na manutenção pós-tratamento periodontal.

Não se deve esquecer que embora a placa bacteriana não seja o único fator envolvido na instalação e evolução da doença periodontal, sua presença é fundamental.

Desta maneira, vê-se que a grande maioria dos problemas periodontais relacionados às inflamações crônicas e agudas poderiam ser melhor controlados desde que os princípios de higiene bucal fossem bem executados. Mas, porque após as instruções serem passadas pelos profissionais, os pacientes ainda não conseguem fazer um controle de placa eficiente?

Segundo alguns autores^{62, 63} os problemas econômicos, a falta de informação, o medo e a falta de atenção por parte dos profissionais, são os grandes responsáveis pela deficiência do controle de placa realizado pelos pacientes.

Pode-se dizer, então, que grande parte do problema está na motivação do paciente, ou seja, fazer com que ele compreenda a importância e consiga executar com eficiência as recomendações dadas pelos profissionais.

Segundo o Dicionário Michaelis³³, motivação é uma espécie de energia psicológica ou tensão que põe em movimento o organismo humano, determinando

um dado comportamento, ou pode ser também um processo de iniciação de uma ação consciente e voluntária.

Com isso, o que a Odontologia pode fazer para que esta motivação seja cada vez maior, é desenvolver métodos para que se tenha cada vez mais, um número maior de indivíduos que consiga realizar sua higiene bucal com eficiência, consciente dos riscos inerentes a uma higiene inadequada.

Com isso, o intuito deste trabalho é avaliar a eficiência de dois métodos de motivação com relação à influência que exercem no controle de placa de dois grupos de pacientes.

2. Revisão de Literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA

Como já fora dito anteriormente, controle da placa, isto é, a sua remoção ou desorganização, é de fundamental importância para a saúde do periodonto. Um estudo clássico que veio comprovar esta afirmação foi o de LÖE; THEILADE e JENSEN³⁰ em 1965, no qual selecionou-se um grupo de doze pessoas, com média de idade de 23 anos. Os indivíduos apresentavam-se com a gengiva clinicamente saudável no início do trabalho. Após um primeiro registro do índice de placa, do índice gengival e de uma coleta de placa, os hábitos de higiene bucal de todos os indivíduos foram suspensos levando ao acúmulo de placa na superfície dentária. Notou-se que, num período de dez a vinte e um dias, os indivíduos desenvolviam gengivite. Verificou-se que com o passar do tempo, o número de bactérias presentes na placa aumentava e uma mudança na sua microbiota também foi notada. Após serem feitas estas avaliações, os indivíduos eram instruídos a reiniciar a prática dos seus hábitos de higiene e quando novas avaliações foram feitas, observou-se que a saúde gengival havia sido restabelecida assim como a microbiota original.

VOORDE⁵⁸ em 1972 dividiu uma amostra de 175 pacientes com idades variando entre 15 e 80 anos em quatro grupos. O grupo 1 recebeu instruções diretas no consultório e leu o “script” de um filme explicativo sobre doença periodontal e higienização. O filme foi passado para o grupo 2. O grupo 3 foi utilizado como

controle, não recebendo nenhum tipo de instrução. E por fim o grupo 4 recebeu a combinação dos métodos aplicados para os grupos 1 e 2. Os resultados mostraram valores, estatisticamente significantes, superiores para os grupos 1 e 4, com valores superiores para o grupo 4 quando comparado ao grupo 1. Esses dados levaram à conclusão de que com a orientação direta consegue-se motivação maior por parte dos pacientes, quando comparada com a técnica de orientação indireta. Embora a orientação indireta não apresente resultados satisfatórios isoladamente, quando associada à orientação direta, promove melhor motivação, podendo ser considerada como um suplemento de grande valor para ser associado aos métodos convencionais de motivação.

BARRICKMAN e PENHALL⁷, no ano de 1973, avaliaram um grupo de 16 estudantes do gênero masculino com idades entre 19 e 25 anos que foram divididos em três grupos: Grupo 1, que recebeu instruções informativas sobre a placa bacteriana e os danos que a mesma pode causar ao periodonto e também instruções sobre o uso de escova e fio dental; Grupo 2, que recebeu as mesmas instruções do grupo anterior e também teve sua placa evidenciada além de receber pastilhas evidenciadoras para serem utilizadas em casa como auxílio na escovação e Grupo 3, que foi submetido à mesma metodologia do grupo 2, além de poder ter acesso aos índices de placa e gengival obtidos. As avaliações foram realizadas uma vez por semana durante dez semanas. Os resultados mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos na avaliação do índice gengival. Já com relação ao índice de placa, houve diferenças significantes entre

todos os grupos quando comparados entre si (1 e 2, 2 e 3, 1 e 3). Pôde-se concluir, então, que o índice de placa dos pacientes que utilizaram as pastilhas evidenciadoras foi menor que os que não as utilizaram. O mesmo pôde-se concluir com relação à apresentação para os pacientes dos índices obtidos por eles, quando comparados com os grupos que não foram submetidos à mesma metodologia. Assim sendo, as pastilhas evidenciadoras e a apresentação dos índices obtidos deveriam ser utilizadas como métodos complementares para se conseguir melhores resultados no controle de placa.

Vários são os índices de placa e gengival utilizados na Odontologia, como o de AINAMO e BAY³ de 1975, desenvolveram um sistema de índices de placa e sangramento gengival no qual utilizam um sistema de registro binário (0 e 1), de modo que, quando houver presença de placa aderida à superfície dentária ou de sangramento após dez segundos da sondagem, o escore utilizado será o número 1, quando houver ausência de placa ou sangramento o escore utilizado será o 0. Assim sendo, os autores concluíram que a utilização de um índice mais simplificado torna mais fácil e menos frustrante, tanto para o profissional quanto para o paciente atingir um valor 0 para o índice, a partir do ponto de vista clínico. Mas os índices mais complexos são de grande valor, como por exemplo, nos trabalhos epidemiológicos mais detalhados.

Em 1978, ZAMORA e NASCIMENTO⁶⁵ desenvolveram um trabalho no qual foram avaliados 35 indivíduos masculinos com idades entre doze e quinze anos. Foi

feito um registro das condições iniciais utilizando-se os índices simplificados de placa⁵⁰ e gengival⁴⁹. Em seguida os pacientes receberam informações e instruções a respeito da importância da higiene bucal. Foi recomendada a utilização da técnica de Bass⁸ para a escovação e também a utilização do fio dental. Todas as instruções foram apresentadas em uma aula de cinquenta minutos com auxílio de material audiovisual. Ao final das instruções, foi feita evidência de placa e posteriormente uma profilaxia e polimento coronário. Os indivíduos foram divididos em dois grupos aleatoriamente, sendo o Grupo I (controle) formado por 17 pacientes, que não foram reexaminados e nem reinstruídos até a realização dos exames finais dos índices de placa e gengival, cento e cinquenta dias após. O Grupo II possuía 18 pacientes que receberam semanalmente aulas teóricas sobre higiene bucal. Após cento e cinquenta dias esses indivíduos também foram avaliados. Os resultados mostraram que houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, tanto para o índice gengival, quanto para o índice de placa, concluindo-se que as instruções dadas individualmente em apenas uma sessão, não apresentaram resultados favoráveis.

No mesmo ano, AXELSSON e LINDHE⁴ publicaram um trabalho onde foi proposto avaliar se a recorrência de cárie e a progressão da doença periodontal poderiam ser prevenidas com uma boa higiene bucal. Para isso foram feitos dois grupos: um controle com 180 indivíduos e um grupo teste com 375. Os indivíduos de cada grupo foram também divididos em 3 grupos etários: I – abaixo de 35 anos; II – entre 36 e 50 anos; e III acima de 50 anos. O trabalho teve duração de três anos. O

grupo controle, não recebeu nenhum tipo de instrução quanto a higienização. Já o grupo teste, recebeu instrução e profilaxia com uma frequência de dois em dois meses nos dois primeiros anos, e no terceiro ano com frequência de três meses. Os resultados obtidos mostraram que os pacientes do grupo teste apresentaram poucos sinais de gengivite, não sofreram perda de inserção e praticamente não desenvolveram lesões cariosas. Já o grupo controle, apresentava-se com gengivite, perda de suporte periodontal e presença de cáries recorrentes e novas lesões cariosas.

TAN e WADE⁵⁶, em 1980, em um estudo duplo cego com uma amostra de 38 pacientes com idades variando entre 17 e 48 anos, avaliaram a eficácia do uso de pastilhas evidenciadoras na motivação de pacientes. Os indivíduos foram divididos em 2 grupos, onde o grupo 1 recebeu instruções sobre higiene bucal e o grupo 2, além das instruções recebeu pastilhas evidenciadoras como um método auxiliar na motivação à escovação. Após duas semanas os pacientes retornaram para uma nova avaliação de índice de placa, e os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos. Assim, concluiu-se que as pastilhas evidenciadoras não possuem um efeito significativo na motivação de pacientes à higienização, pois há áreas que são de difícil visualização e que se tornam mais difíceis ainda para serem acessadas pela escova. Por fim os autores concluem que a educação sobre higiene bucal (orientação direta), é o fator mais crítico para se conseguir um controle de placa adequado.

Em 1981, GLAVIND; ZEUNER e ATTSTRÖM²⁰ testaram a eficiência de um manual de auto-instrução, onde 37 pacientes com idades entre 24 e 64 anos foram divididos em três grupos (1, 2 e 3). O grupo 1 recebeu um manual de auto-instrução que descrevia a maneira correta de realizar a higiene bucal além de instruções sobre o que era placa bacteriana e seus malefícios, o grupo 2 recebeu uma única orientação direta de um técnico em higiene e o grupo 3 recebeu um folheto com instruções sobre a técnica de Bass⁸. Todos os três grupos receberam um kit de higiene bucal que continha escova e palitos, um espelho e 12 pastilhas evidenciadoras. O índice de placa e sangramento médio inicial foi de 64% e 40%, respectivamente. Após seis semanas, decresceram para 20% e 14%, sendo que esta melhoria foi mantida durante os seis meses de duração do estudo. Os resultados levaram à conclusão de que a instrução de higiene foi efetiva de maneira semelhante nos três grupos. Foi sugerido que a motivação conseguida depende de fatores psicológicos individuais de cada paciente e de um “feedback” entre profissional e paciente.

BOTTINO e colaboradores¹⁰ em 1982 realizaram um trabalho de motivação para estabelecimento de hábitos corretos de higiene bucal em 86 pacientes que foram instruídos quanto a higienização. A técnica de escovação preconizada foi a de Bass⁸, e as instruções de como se usar o fio dental também foram dadas. As instruções foram passadas aos pacientes por alunos de graduação que receberam informações sobre higiene bucal previamente. Os pacientes foram avaliados e

instruídos diversas vezes (média de 8,5 sessões por paciente) e avaliados por um período de 13 semanas. O resultado obtido foi uma redução de placa em 70% dos pacientes do experimento. Concluíram que o número de sessões de instrução poderia ser fixado em 5, visto que a partir da quinta sessão, 85% dos pacientes mantiveram seus resultados até o fim do estudo.

BERVIQUE e MEDEIROS⁹ em 1983 classificaram as técnicas de motivação e educação para higienização bucal em “diretas” e “indiretas”, sendo que as diretas são divididas em material pictórico, que consiste na utilização de fotografias, posters, atlas ilustrado, livros e material tridimensional como peças anatômicas, modelos de gesso, macromodelos, manequins e outros. Já as indiretas são representadas por material áudio-visual, filmes, diapositivos e material impresso.

Em um levantamento bibliográfico, WEINSTEIN, GETZ e MILGRON⁵⁹, em 1983, discutiram sobre três postulados para estimular pacientes a uma melhor higienização. O primeiro diz que nem todos os pacientes estão preparados para mudar seus hábitos de higiene bucal, ou seja, quando um indivíduo não deseja alterar seus hábitos, ou não vê importância nisto, não há praticamente nada que o profissional possa fazer. O segundo postulado diz respeito à comunicação entre profissional e paciente, assim, críticas feitas em relação à atual situação de higiene em que o paciente se encontra podem causar uma resistência posteriormente, durante o programa de controle de placa. Assim sendo, é de grande interesse que se realize o tratamento necessário antes do início do programa de controle de placa,

pois, além de evitar críticas no início da convivência, permite-se que o profissional conheça melhor os hábitos do seu paciente. Por fim, o último postulado se relaciona à análise da habilidade do paciente, pois as mudanças nos hábitos de cada um são recebidas de maneiras diferentes pelos pacientes e, portanto para isso é importante que se avalie a habilidade de cada um individualmente durante a execução dos novos hábitos adquiridos.

No mesmo ano, GLAVIND, ZEUNER e ATTSTRÖM²¹ avaliaram 63 pacientes com idades entre 22 e 67 anos, que foram divididos em quatro grupos (O, B, M e C). Ao grupo O foi permitido o acesso aos índices de placa e gengival que obtinham durante as avaliações, além de terem recebido instruções diretas sobre escovação. Ao grupo B também foi permitido o acesso aos índices que obtinham e orientações sobre escovação, e, além disso, eram submetidos a um teste de escovação a cada visita. O grupo M recebeu instruções sobre higiene bucal, e o grupo C recebeu um folheto explicativo sobre a técnica de escovação de Bass⁸. Todos os grupo receberam um kit de higiene, que continha uma escova, palitos de dente, escova interdental, espelho e pastilhas evidenciadoras. As avaliações foram realizadas com 1, 2 e 6 semanas e 3, 7 e 13 meses após a avaliação inicial. Após três meses observaram médias percentuais de índice de placa de 27% para o grupo B, 22% para o grupo O e 36% para os outros dois grupos. No caso de índice gengival, a melhora foi semelhante para os quatro grupos, caindo em média de 55% para 17% em três meses. Concluiu-se então que independentemente da maneira que é dada a instrução, seja com acesso aos escores obtidos, ou com um teste de escovação,

houve melhora significativa nos grupos O e B com relação às médias de índice de placa obtidas.

ÖDMAN, LANGE e BAKDASH³⁴ em 1984 desenvolveram um estudo com 22 pacientes com idades entre 25 e 69 anos, onde se tentou fazer um paralelo entre hábitos de higiene bucal, índice de placa e o locus interno ou externo ⁴⁴, no qual, locus interno classifica o indivíduo com sendo capaz de manipular o ambiente em sua vantagem ou detrimento, já o locus externo se refere ao indivíduo incapaz de alterar as coisas boas ou ruins que acontecem a ele. Os pacientes foram, então classificados segundo o locus, hábitos iniciais e finais e índice de placa inicial e final. O estudo teve duração de três meses, onde os pacientes recebiam instruções de higiene bucal além de receberem um manual de instruções sobre como realizar a higienização adequadamente. Os resultados mostraram que houve uma relação significativa entre a melhora nos hábitos de higiene e declínio no valor médio do índice de placa. Já com relação ao locus, não foi possível notar relação significativa entre este e os outros dois itens da avaliação. Concluiu-se, então, que instruções diretas associadas a um manual de instruções (instrução indireta), melhorou os hábitos de higiene bucal dos pacientes e conseqüentemente, reduziu o seu índice de placa.

GLAVIND e ZEUNER²², em uma publicação de 1986, avaliaram o índice gengival e de placa de 24 pacientes com idades entre 32 e 63 anos. Os pacientes foram divididos em dois grupos. O grupo controle recebeu um tratamento inicial para

a remoção de toda a placa e cálculo após a mensuração dos índices de placa e gengival. Após duas semanas este grupo recebeu instrução com relação à higiene e foi avaliado novamente pelo índice de placa. Na terceira semana, o grupo foi submetido novamente ao índice de placa, e na oitava semana foi feito um último registro com os índices de placa e gengival. O grupo experimental foi submetido aos mesmos procedimentos, sendo que na terceira semana, além de ter sido feito o índice gengival, eles receberam uma fita de vídeo contendo instruções de higiene bucal. Os resultados obtidos foram que não se teve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, inferindo-se, assim, que a orientação fornecida através de fitas de vídeo para que se tenha uma auto-instrução, foi ineficiente na melhora das condições de higiene bucal daquele grupo.

Para comparar o método tradicional de instrução de higiene bucal com monitoramento profissional com um método que utiliza um índice de placa de auto-inspeção, BAAB e WEINSTEIN⁶ (1986), utilizaram 31 pacientes com idades entre 30 e 76 anos que haviam realizado tratamento periodontal. Os pacientes foram divididos em dois grupos onde o grupo que utilizava o método tradicional, tinha a placa evidenciada, o índice registrado por um profissional e posteriormente realizava a escovação com o acompanhamento do mesmo. Já os pacientes do grupo de auto-inspeção recebiam o mesmo tratamento do grupo do método tradicional, e, além disso, realizava a evidenciação e registrava as áreas. Os registros de índice de placa e gengival foram realizados no início, e posteriormente com intervalos de 2 semanas, 1 mês e meio, 3 e 6 meses após o início. Assim, foi possível observar que

em ambos os grupos houve melhora significativa, e que o grupo de auto-inspeção só obteve resultados significativamente melhores que o outro grupo a partir da terceira avaliação (1 mês e meio). Assim, o estudo mostrou que há evidências de que a auto-avaliação de placa evidenciada é efetiva na melhora dos hábitos de higiene de pacientes já motivados.

Em 1987, WILSON JR.⁶² comparou os relatos da literatura médica com os da literatura odontológica com relação à colaboração de pacientes portadores de doenças crônicas e pacientes portadores de doença periodontal. Foi possível notar que tanto na medicina quanto na periodontia, os pacientes que possuem doenças crônicas, principalmente aquelas que não são percebidas, não colaboram com o tratamento. Os motivos para a não colaboração dos pacientes podem estar ligados a comportamentos auto-destrutivos, medo, fatores econômicos e indiferença por parte do profissional. Com trabalhos de instrução e motivação, é possível se conseguir a colaboração da maioria dos pacientes. Para os não colaboradores, deve se avaliar as dificuldades dos mesmos e abordá-los com maneiras mais adequadas, ou maneiras mais individualizadas. Outro fator abordado pelo autor é a respeito da metodologia dos estudos que avaliam os efeitos das terapias realizadas, que não costumam registrar os resultados de pacientes que abandonam o tratamento. Assim sendo, não é possível avaliar com precisão o nível de manutenção de toda a amostra.

SARIAN⁴⁶ e colaboradores em 1989 realizaram um estudo em 60 crianças que receberam instruções de escovação (Técnica de Stillman Modificada ⁵²) e utilização de fio dental. As crianças foram submetidas a cinco avaliações de índice de placa, onde a inicial foi feita antes de se realizar as instruções e as outras quatro foram feitas durante as quatro semanas subseqüentes. Os pacientes foram divididos em 5 grupos onde o Grupo I recebeu orientação direta sobre higienização mais um folheto elucidativo; o Grupo II, que recebeu orientação direta associada a um filme que mostrava a evolução da doença periodontal; Grupo III, que recebeu orientação direta associada à aula com apresentação de diapositivos; Grupo IV, que recebeu somente orientação direta; e Grupo V, que foi utilizado como controle. Os métodos que apresentaram melhores resultados para melhorar a motivação das crianças foram os que ofereciam orientação direta associada à projeção de filmes ou diapositivos (Grupos II e III).

Com o intuito de observar o impacto visual produzido pelos evidenciadores de placa no comportamento de 190 pacientes, DUARTE, LASCALA e MUENCH¹⁵ (1990), submeteram os mesmos a um programa de higiene bucal utilizando diferentes evidenciadores (azul de metileno a 1%, fuccina básica a 2%, marrom de Bismark a 4%, verde de malaquita a 2% e violeta de genciana a 1%). Foi utilizado também o registro de índice de placa de O'LEARY³⁵ que foi feito por no mínimo 7 semanas consecutivas durante as quais os pacientes recebiam instruções sobre higiene bucal. A amostra foi dividida em 5 grupos de 38 pessoas. Em cada grupo foi

utilizado um evidenciador diferente. Seis pessoas de cada grupo foram escolhidas para representar o grupo controle, o qual não tinha acesso aos índices obtidos. Aos demais indivíduos era permitido o acesso aos índices obtidos e a visualização da placa evidenciada. Os resultados revelaram que não houve diferença significativa quando eram comparados os valores do índice de placa com o tipo de evidenciador utilizado, até mesmo no grupo controle. Também foi observado que houve queda significativa nos valores da média de todos os grupos da avaliação inicial até a quarta semana. A partir deste período as alterações na média do índice de placa não foram significantes. Com isso, pôde-se concluir que os evidenciadores se comportam de maneira semelhante em relação à motivação conseguida, mas não deixam de ter uma participação relevante no sentido de se conseguir uma maior colaboração por parte dos pacientes.

Ainda no mesmo ano, SCARPA⁴⁷, realizou um estudo em 106 pacientes, os quais tiveram seus índices de placa registrados e posteriormente receberam instruções sobre higiene bucal através de uma palestra e de orientação direta. Ao final de três meses o índice de placa foi novamente registrado, e os resultados levaram à conclusão de que a orientação direta associada à orientação indireta reduziu significativamente o índice de placa dos pacientes.

Em 1991, PADOVANI e SABA-CHUJFI³⁷, em um levantamento bibliográfico, sobre a manutenção e controle no tratamento periodontal, consideram que os pacientes colaboradores são menos susceptíveis ao desenvolvimento da doença periodontal que os não colaboradores, sendo assim, conclui-se que a motivação dos pacientes para promoverem uma higiene bucal mais adequada, é de importância ímpar para o sucesso do tratamento periodontal. Por fim, foi concluído pelos autores que a cada controle do paciente, esta motivação deve ser reforçada por parte do profissional.

Em 1992, COUTO, COUTO e DUARTE¹² efetuaram uma revisão bibliográfica sobre pesquisas realizadas com programas e recursos didáticos que objetivam a motivação e educação de pacientes na prevenção da cárie e da doença periodontal. Foi concluído que o principal recurso de motivação é a orientação direta e que existem recursos adicionais representados pela orientação indireta, que podem ser úteis à motivação. Estes recursos podem ser material áudio-visual, filmes, diapositivos e material impresso.

Novamente COUTO, COUTO e DUARTE¹³ (1994), realizaram um estudo com 96 pacientes com idades entre 18 e 53 anos, sendo que 31 eram do gênero masculino e 65 do feminino. Os pacientes foram divididos em quatro grupos, onde o grupo 1 recebeu orientação indireta através de um filme informativo sobre cárie e doença periodontal, sua íntima ligação com os microorganismos presentes em todos

os seres vivos. Os pacientes do grupo 2 receberam somente orientação direta realizada no consultório por um profissional. Os pacientes do grupo 3 receberam tanto a orientação indireta do grupo 1 quanto à orientação direta do grupo 2. E por fim o grupo 4, que não recebeu nenhuma orientação, sendo utilizado, assim, com grupo controle. Foram realizadas avaliações de índice de placa com períodos compreendidos entre 1 e 2 semanas. Devido às faltas, alguns pacientes foram eliminados do trabalho e assim o estudo finalizou-se com 80 pacientes. Após a coleta dos dados observou-se que os índices de placa dos grupos 1, 2 e 3 decresceram linearmente, sendo que o grupo 3 apresentou um decréscimo maior, seguido do grupo 2 e por fim o grupo 1. Como conclusões, o estudo apontou que o método de orientação direta associado ao de orientação indireta foi o que apresentou os melhores resultados na motivação de pacientes; os pacientes que tiveram somente orientação direta apresentaram uma queda acentuada quando comparados ao grupo controle; e por fim a utilização do vídeo isoladamente não permitiu uma motivação adequada.

Em 1994, CHECCHI¹⁴ e colaboradores, desenvolveram um trabalho onde trataram de 414 pacientes que foram submetidos a um programa de manutenção. A avaliação da cooperação dos pacientes com o programa era feita em intervalos variados (0 a 2; 3 a 5 e 6 a 12 meses) e teve duração de 4 anos. Nas avaliações, era feito o índice de placa, eram dadas novamente as instruções de higiene bucal e faziam-se os procedimentos necessários para a remoção da placa. Como resultado, verificou-se que somente 30% dos pacientes foram cooperadores até o final dos

quatro anos. O percentual de pacientes completamente cooperadores caiu de 38% no primeiro ano, para 20% no final do quarto ano. O percentual de pacientes com cooperação insuficiente aumentou de 37% no primeiro ano, para 46% no segundo ano. Nos anos subseqüentes, o índice se manteve o mesmo. Nenhuma relação significativa entre o grau de cooperação e o gênero dos pacientes foi encontrada. No entanto os sujeitos completamente cooperadores eram mais jovens que os outros grupos, e a cooperação aumentava, de acordo com o número de cirurgias a que os pacientes eram submetidos.

Em 1995, SANTOS e MACHADO⁴⁵, desenvolveram um estudo com a proposta de avaliar o comportamento de um grupo de pacientes, sua responsabilidade frente ao tratamento realizado e a realidade perante o custo que representa no orçamento familiar, adquirir escova dental e meios auxiliares como pasta e fio dental para a realização de uma correta prevenção odontológica. Para a realização do trabalho, foram distribuídos questionários a 300 pacientes, dos quais houve retorno de apenas 100. Esta amostra foi dividida em três grupos de acordo com o nível de instrução dos indivíduos (primário, secundário e superior), sendo correlacionados com fatores sócio-econômicos ao final do estudo. As perguntas presentes no questionário abordavam assuntos como grau de instrução, importância que davam a seus dentes, uso de escova, pasta e fio dental, se ao comprar uma escova era dada importância ao preço, se já havia sido orientado por um dentista, por quanto tempo usava uma escova, se sentiam necessidade de um programa de orientação, se deixa de usar escova pasta e fio dental pelo seu alto custo e qual o nível social de cada um dos

pacientes. Após a obtenção dos dados o trabalho concluiu que os pacientes se mostraram interessados em melhorar seus hábitos de higiene bucal ao sentir necessidade de um programa de orientação, pois, julgam seus dentes importantes e acreditam cuidar bem deles. Por fim ficou constatado ser irrelevante o fator sócio-econômico quando comparados níveis salariais e de instrução dos entrevistados com a utilização de escovas adequadas, pasta e fio dental. Finalizando, os autores concluem que é primordial a motivação e conscientização que os profissionais da odontologia passam aos seus pacientes, sendo isso o mais importante para a obtenção de resultados satisfatórios quanto ao nível de higienização, independente de fatores sócio-econômicos.

LASCALA, BELLUZZO e LASCALA JR.²⁶, realizaram um levantamento bibliográfico em 1996, onde foram avaliados os prováveis recursos de motivação e higiene em pacientes sob tratamento ortodôntico, objetivando um melhor controle das alterações da saúde dos tecidos periodontais. Pôde ser observado que um dos grandes problemas enfrentados pelos ortodontistas, é a precariedade da higiene bucal de seus pacientes, os quais mostram um aumento nos índices de gengivite após a instalação do aparelho ortodôntico. Este fator levou os autores a concluir que o aparelho é um fator etiológico coadjuvante no agravamento ou desenvolvimento das doenças gengivais. Também foi observado que os programas de higiene bucal intensivos, ou seja, escovação supervisionada, apresentaram resultados efetivos no controle das alterações periodontais em pacientes sob tratamento ortodôntico.

No mesmo ano, WEINSTEIN e colaboradores⁶⁰ avaliaram 20 pacientes com idades de 32 a 50 anos que foram divididos em quatro grupos. Grupo Controle 1, onde os pacientes recebiam instruções sobre higiene bucal, e eram reavaliados por mais duas vezes após 1 e 2 meses. Grupo Controle 2, que recebeu as mesmas instruções do grupo anterior e retornou 2 vezes para a reavaliação assim como o Grupo Controle 1. Além disso, o grupo ligava duas vezes por semana para o seu dentista para relatar o índice de placa obtido por um registro realizado em casa pelo próprio paciente. Grupo Experimental 1, que recebiam as mesmas instruções sobre higiene, retornavam duas vezes por semana para avaliação do índice de placa realizado e registrado pelo profissional, e de acordo com o resultado obtido recebia estímulos do profissional de acordo com o índice obtido. Grupo Experimental 2, no qual os pacientes recebiam o mesmo tratamento do grupo anterior e também realizavam uma auto-avaliação da sua situação. Através dos resultados, foi possível observar melhoras nos dois grupos experimentais, com resultados superiores para o Grupo Experimental 2. Isso levou a concluir que os estímulos dados pelo profissional e a auto-avaliação do índice de placa motivaram significativamente os pacientes do grupo no período do estudo.

Ainda no ano de 1996, WESTFELT⁶¹ relata em seu trabalho, a importância da remoção efetiva da placa feita pelo paciente, além do controle feito através de raspagens pelo profissional. O controle feito pelo paciente é conseguido através de sua colaboração, onde a responsabilidade do profissional está em transmitir o

conhecimento do problema que cada um tem, e assim, motivá-lo a mudar seus hábitos, pois este será sempre susceptível à recidiva da doença periodontal. Para isso é necessário que haja qualidade na comunicação entre paciente e profissional. Assim sendo, demonstrações realizadas no próprio paciente, com sangramento a sondagem, placa evidenciada e profundidade de bolsa, são instrumentos de grande valia. E por fim, para os pacientes que escovam seus dentes regularmente, mas não conseguem uma higienização efetiva, é interessante que se insista nas técnicas de higiene bucal por várias vezes, até que o mesmo consiga uma efetiva higiene.

LOESCHE³¹ em 2000, publicou um trabalho de revisão, onde foi verificado que em doze trabalhos que relacionam o grau de higiene bucal com doenças do coração e acidente vascular cerebral (AVC). Desses doze trabalhos, seis são estudos longitudinais que demonstraram que os parâmetros de saúde bucal deveriam ser elevados a um “status” de fator de risco para o desenvolvimento de certas cardiopatias. Isso, porque as doenças dentárias, especialmente a doença periodontal, são tratáveis, o dente é um fator de risco modificador, e sendo assim, a manutenção de uma boa saúde bucal deveria ser considerada com uma prioridade para se ter uma vida saudável.

KÖNIG e colaboradores²⁴ em 2001 fizeram um estudo comparativo entre pacientes colaboradores e não colaboradores com periodontite moderada ou avançada para avaliarem as condições periodontais no início e durante a terapia periodontal de suporte. O grupo A, dos pacientes colaboradores, era formado por

142 indivíduos que foram acompanhados por no mínimo dez anos e que receberam o tratamento periodontal completo. Já o grupo dos não colaboradores, era formado por 42 indivíduos que não realizavam a terapia periodontal de suporte constantemente (grupo B) e por 44 indivíduos que abandonaram o tratamento antes ou durante a terapia periodontal de suporte (grupo C). Os resultados mostraram que no início do tratamento não havia diferença entre os três grupos, mas, durante terapia periodontal de suporte, a profundidade de sondagem e o índice de placa se mostraram significativamente diferentes. Com esses resultados pôde-se concluir que no início, os pacientes colaboradores e não colaboradores não apresentam diferenças, mas durante o tratamento, incluindo-se a terapia periodontal de suporte, os pacientes colaboradores mostram melhores respostas ao tratamento cirúrgico e de manutenção.

3. Proposição

3. PROPOSIÇÃO

Como foi constatado na revista da literatura, um dos maiores problemas que se tem na odontologia, e principalmente na periodontia, está no que diz respeito ao controle da placa bacteriana. Este problema se deve, em grande parte, à falta de motivação dos pacientes. Apesar dos esforços despendidos na tentativa de motivar os pacientes para uma melhor higienização, tem-se percebido pouca colaboração por grande parte dos mesmos quando submetidos às técnicas convencionais de motivação.

Assim sendo, optou-se, neste trabalho por utilizar dois métodos de motivação de pacientes, onde em um deles foi realizada uma abordagem direta feita no consultório, como se faz convencionalmente, e no outro, além da abordagem descritos, os pacientes participaram de uma palestra com a utilização de diapositivos, quando foram dadas novas explicações sobre a placa bacteriana e sua relação com as periodontopatias. Desta forma, este trabalho propôs-se a:

- Comparar a eficiência da motivação conseguida pelos dois métodos através do índice de placa e sangramento gengival.
- Tentar identificar o perfil do paciente não colaborador considerando, gênero, hábito de tabagismo e idade.
- Verificar o comportamento desses índices com o aumento do período dos intervalos entre um retorno e outro.

4. Material e Métodos

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Avaliação clínica

Para a realização deste estudo, foram convocados à clínica da Disciplina de Periodontia 50 pacientes que estavam realizando tratamento periodontal (já haviam realizado raspagem e polimento corono-radicular) na Clínica Integrada de Periodontia e Prótese do quarto ano do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP. Nesta convocação, realizada por carta ou telefone, os pacientes eram convidados a participar de um programa de prevenção e orientação que faria parte de um estudo que estava sendo realizado.

Dos 50 pacientes convocados, somente 33 compareceram à clínica. Os demais foram convocados novamente, e mesmo assim, somente 7 indivíduos compareceram.

Sendo assim, foram chamados mais 10 pacientes, e assim, se completou a amostra com 50 indivíduos para o início da pesquisa.

Devido à metodologia utilizada, durante o transcorrer do estudo, alguns pacientes abandonaram o tratamento, e outros foram excluídos devido às faltas durante os períodos de avaliação, o que nos levou a concluir o experimento com 37 indivíduos.

Desta maneira, todos os pacientes foram submetidos a uma entrevista, onde respondiam a um questionário (Anexo 1) feito pelo profissional.

Optou-se por um questionário detalhado, no intuito de se traçar um perfil dos pacientes e relacioná-lo com a motivação conseguida.

Após a realização do questionário, foi feita uma avaliação geral das condições de saúde, registro das condições periodontais (sondagem), índice de placa feito com evidenciador em forma de pastilhas (Eviplac Pastilhas^{®*}) e índice gengival após sondagem. Os índices utilizados foram os preconizados por AINAMO e BAY³, devido a sua simplicidade e objetividade.

Os índices de placa e gengival preconizados pelos autores acima relacionados avaliam somente a ausência ou presença de placa junto aos tecidos periodontais e de sangramento após 10 segundos de ser realizada uma sondagem nas faces vestibular, lingual, mesial e distal de cada dente. Assim sendo, são representados numericamente por um sistema binário (0 e 1), representando ausência e presença, respectivamente, de placa e sangramento. Para a obtenção do valor médio do índice de cada indivíduo, realiza-se a soma de todos os valores registrados e, divide-se pelo número total de faces dentárias.

Esses índices foram escolhidos, pois, a determinação da quantidade de placa e gengivite por outros índices que graduam quantitativamente, além de envolver uma

* Eviplac Pastilhas[®] - Biodinâmica Química e Farmacêutica LTDA

subjetividade maior, podem considerar áreas dentárias como 1/3 médio e 1/3 oclusal, que não têm muito significado sob o ponto de vista periodontal.

Após a obtenção dos dados do questionário e da primeira avaliação dos índices de placa e gengival, os pacientes foram divididos em dois grupos. Dos 37 pacientes, 7 possuíam idades entre 18 e 30 anos, 20 possuíam idades entre 31 e 50 anos e 10 pacientes tinham idades variando entre 51 e 71 anos. Dezenove foram incluídos no Grupo I e 18 no Grupo II. Do total da amostragem, 24 indivíduos eram do gênero feminino e 13 do gênero masculino. Com relação ao tabagismo, 9 pacientes relataram ser fumantes, sendo 4 pertencentes ao Grupo I e 5 ao Grupo II.

Os Grupos I e II receberam instruções diretas na clínica sobre o que era a placa bacteriana, que lhe foi mostrada após a evidenciação, também foi informado, utilizando-se uma linguagem adequada para nível de instrução de cada paciente, os danos que a mesma causava aos tecidos periodontais e a importância de sua remoção feita através da escovação e do uso do fio dental.

Em seguida lhes foram passadas instruções sobre o uso correto do fio dental para que se fizesse a higienização das faces proximais dos dentes, e também instruções sobre a técnica de escovação, que foi demonstrada em modelos de gesso.

A técnica de escovação eleita para este trabalho foi a técnica de Bass⁸. A opção por esta técnica deu-se por considerarmos-na com eficiência comprovada, principalmente em se tratando da remoção da placa próxima aos tecidos periodontais.

Esta técnica se resume em posicionar a cabeça da escova em sentido horizontal, paralelo ao plano oclusal abrangendo um grupo de três dentes. Em seguida a escova é inclinada a 45° no sentido do sulco gengival e desta maneira, são realizados 20 movimentos vibratórios de distal para mesial.

Assim, a operação se segue por todo o arco dentário, tanto na face vestibular, quanto na face lingual. Os movimentos só se modificam quando forem realizados nas faces linguais dos dentes anteriores superiores e inferiores, onde a escova deve ser posicionada no sentido vertical, e a operação é realizada dente a dente.

Sobre o fio dental, foram passadas instruções para que fosse utilizado um pedaço contendo aproximadamente 50 centímetros, o qual seria enrolado nos dedos médios das duas mãos. Para se realizar a higienização no arco superior foi indicado o uso dos dedos polegares como apoio para ultrapassar o ponto de contato. Já para o arco inferior, os dedos de apoio seriam os indicadores. Assim sendo a remoção da placa seria feita com movimentos verticais e horizontais nas faces dos dois dentes que compunham a ameia.

Após receberem as instruções sobre higienização, os pacientes recebiam uma escova dental da marca Wisdom^{®*} com cerdas macias e cabeça de tamanho médio. Juntamente com a entrega da escova, era passada instrução com relação ao tipo de escova que deveria ser usada, sendo ela de características semelhantes à da que estavam recebendo.

* Wisdom Toothbrush Company

Assim sendo, os pacientes eram encaminhados para que realizassem a remoção da placa evidenciada, utilizando a escova que haviam recebido e o fio dental, logicamente que realizando as técnicas que lhes foram passadas.

Durante esta primeira realização da técnica, os pacientes foram auxiliados e supervisionados pelo profissional, para que executassem a escovação com maior precisão para que pudessem conseguir ter um melhor controle motor, visto que era um hábito novo que estavam adquirindo. A escovação e o uso do fio dental foram executados até que toda a placa fosse removida, ou seja, para que naquele momento seu índice de placa fosse equivalente a zero.

O Grupo I, além de receber as instruções diretas na clínica, foi convidado a assistir uma palestra informativa com a duração de aproximadamente 40 minutos.

Essa palestra foi realizada em sala de aula da própria Faculdade, com a utilização de diapositivos ilustrativos que foram apresentados por um profissional.

Em seu conteúdo foram apresentadas ilustrações sobre placa bacteriana evidenciada e cálculo, sobre as diferenças entre gengivite e periodontite e as conseqüências que estas doenças poderiam acarretar, tais como inflamação, sangramento, recessões gengivais, mobilidade dentária e podendo chegar até a perda dos dentes. Além disto, também se falou a respeito do risco de se desenvolver doenças cardíacas devido a um controle precário da placa, visto que este é um assunto que a cada dia vem preocupando mais a Periodontia³¹.

Por fim foram reforçadas as técnicas de escovação e de utilização do fio dental com o uso de diapositivos ilustrativos.

Ao final da palestra cada paciente recebeu um folhetim ilustrativo que nos foi cedido pela Colgate, cujo conteúdo se resumia a figuras e explicações sobre as técnicas de higienização e também sobre as diferentes doenças periodontais (gengivite e periodontite).

Foi realizada uma primeira avaliação (antes da remoção total da placa realizada pela escovação) para que se tivesse os dados das condições de índice de placa e gengival inicial dos pacientes; posteriormente se repetiram mais 7 avaliações com intervalos diferentes. Os três primeiros intervalos foram de uma semana cada, os dois subseqüentes foram de duas semanas cada e os dois últimos foram de quatro semanas, totalizando um período de quatro meses de avaliação.

A intenção de se fazer as avaliações com estes intervalos com tempos diferentes, foi de ver se havia alguma relação entre o controle de placa realizado pelos pacientes e a presença do dentista “policiando” a sua higienização.

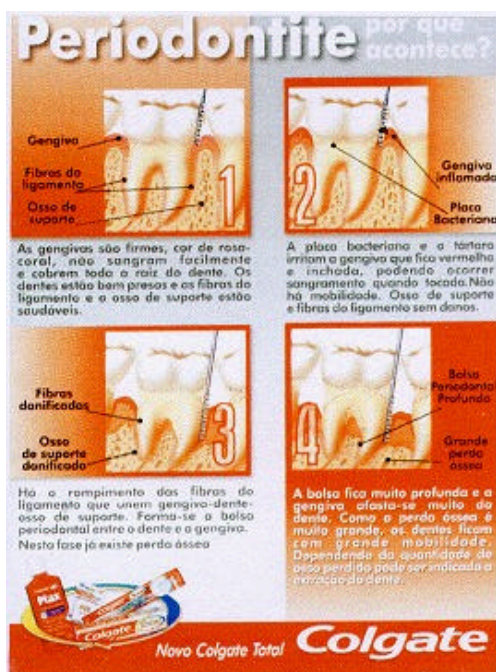


Figura 4.1



Figura 4.2

4.2 Análise estatística

Primeiramente realizou-se uma análise estatística descritiva, na qual foram obtidas as médias e o desvio padrão de cada grupo, nos 8 intervalos distintos.

Após a obtenção desses resultados, realizou-se o teste de Tukey para avaliar o comportamento do índice de placa e do índice gengival para que se pudesse ter dados que nos mostrassem se houve ou não diferenças estatisticamente significantes entre o comportamento dos dois grupos.

Foi realizada também uma análise de correlação, para avaliar se havia, ou não, relação entre o índice de placa e o índice gengival. Esta avaliação foi executada de duas maneiras, sendo uma tempo a tempo, ou seja, avaliou-se individualmente a relação entre índice de placa e gengival em cada um dos 8 períodos e a outra avaliação foi realizada utilizando-se os valores dos índices obtidos nos 8 períodos agrupados, ou seja, uniu-se todos os valores obtidos de índice de placa e gengival em dois grupos e realizou-se o teste.

5. Resultados

5. RESULTADOS

5.1. Resultados dos Índices de Placa e Gingival

Os resultados obtidos neste estudo podem ser melhor observados nas tabelas I, II, III e IV, onde são apresentados os valores das médias dos índices de placa e gengival de cada paciente durante os oito períodos de avaliação, de T0 a T7, onde:

T0 = avaliação inicial (antes de serem passadas as instruções);

T1 = avaliação 1 semana após;

T2 = avaliação 2 semanas após;

T3 = avaliação 3 semanas após;

T4 = avaliação 5 semanas após;

T5 = avaliação 7 semanas após;

T6 = avaliação 11 semanas após;

T7 = avaliação 15 semanas após.

Também foram inseridos nestas tabelas (I, II, III e IV) dados como gênero do paciente, idade e se possuía o hábito do tabagismo.

Optou-se pela coleta e apresentação destes dados, pois, os mesmos serão apresentados posteriormente em forma de gráfico no intuito de relacionarmos alguma alteração significativa nos valores do índice de placa e gengival destes sub-grupos com o seu grupo na tentativa de se descobrir o perfil do paciente não colaborador.

Tabela I: Índices de placa dos pacientes do Grupo I.

NOME	GÊNERO	IDADE	TABACO	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
C.I.S.	F	61	NÃO	0,483	0,333	0,308	0,367	0,433	0,5	0,5	0,75
D.L.	M	34	NÃO	0,933	0,481	0,461	0,586	0,269	0,308	0,269	0,74
L.M.N.	F	19	NÃO	0,542	0,417	0,275	0,483	0,683	0,683	0,475	0,525
S.E.M.	F	40	SIM	0,928	0,536	0,607	0,357	0,571	0,786	0,321	0
S.A.M.A	F	35	SIM	0,926	0,441	0,647	0,603	0,691	0,603	0,691	0,72
L.R.M.	F	57	NÃO	0,738	0,726	0,25	0,488	0,655	0,381	0,119	0,178
M.A.C.B.	F	55	NÃO	0,614	0,5	0,208	0,448	0,614	0,614	0,635	0,583
J.A.S.	M	53	NÃO	0,95	0,3	0,45	0,3	0,15	0,3	0,2	0,25
R.M.R.P.	F	32	NÃO	0,547	0,444	0,546	0,583	0,592	0,555	0,278	0,352
A.G.T.J.	M	23	SIM	0,656	0,594	0,594	0,672	0,656	0,609	0,516	0,531
F.A.O	F	30	NÃO	0,259	0,276	0,302	0,327	0,439	0,396	0,227	0,259
J.G.	M	49	SIM	0,635	0,167	0,146	0,01	0,292	0,292	0	0
S.C.G.	F	39	NÃO	0,635	0,071	0,187	0,089	0,214	0,214	0,071	0,143
M.J.V.S	F	31	NÃO	0,687	0,437	0,239	0,25	0,635	0,635	0,51	0,51
W.F.F.	M	71	NÃO	0,631	0,105	0,789	0	0,395	0,5	0,355	0,395
V.C.C.	F	33	NÃO	0,75	0,156	0,125	0,313	0,5	0,5	0,5	0,5
I.A.T.	F	48	NÃO	0,167	0,107	0,036	0	0	0	0	0
A.S.	M	47	NÃO	0,288	0,202	0,288	0,288	0,509	0,288	0,5	0,5
N.P.A.A.	F	69	NÃO	0,937	0,406	0,281	0,406	0,906	0,875	0,625	0,562

Tabela II: Índices de placa dos pacientes do Grupo II.

NOME	GÊNERO	IDADE	TABACO	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
A.M.S.	M	24	SIM	0,812	0,473	0,509	0,705	0,759	0,839	0,875	0,75
L.F.M.	M	33	NÃO	0,797	0,625	0,578	0,679	0,531	0,469	0,679	0,609
N.A.C.	F	47	NÃO	0,655	0,655	0,595	0,595	0,595	0,595	0,595	0,5
B.L.S.	M	57	SIM	0,797	0,578	0,75	0,75	0,75	0,703	0,703	0,75
L.C.F.	M	35	NÃO	0,759	0,768	0,768	0,537	0,759	0,722	0,759	0,778
R.A.G.	M	44	SIM	0,625	0,612	0,575	0,675	0,737	0,675	0,675	0,737
L.R.L.	F	57	NÃO	0,7	0,637	0,65	0,575	0,575	0,512	0,6	0,337
M.P.P.	M	47	NÃO	0,545	0,5	0,579	0,523	0,682	0,568	0,534	0,534
S.C.C.N.	F	38	NÃO	0,784	0,802	0,689	0,689	0,698	0,681	0,698	0,681
M.R.S.	F	39	NÃO	0,522	0,565	0,565	0,5	0,565	0,522	0,5	0,522
A.M.R.B.	F	38	NÃO	0,793	0,733	0,75	0,707	0,526	0,526	0,543	0,56
J.A.M.	M	57	NÃO	0,815	0,454	0,75	0,722	0,759	0,75	0,759	0,75
C.S.G.	F	25	SIM	0,652	0,58	0,491	0,634	0,598	0,58	0,571	0,58
C.V.S.	F	24	NÃO	0,767	0,667	0,75	0,808	0,75	0,75	0,75	0,75
V.C.M.P.	F	31	NÃO	0,708	0,614	0,614	0,687	0,583	0,583	0,5	0,5
P.T.M.	F	18	NÃO	0,821	0,705	0,786	0,643	0,857	0,911	0,5	0,607
D.D.G.S.	F	60	NÃO	0,587	0,391	0,413	0,63	0,478	0,5	0,522	0,489
M.S.C.L.	F	38	SIM	0,345	0,178	0,202	0,024	0,5	0,512	0,548	0,548

Tabela III: Índices gengivais dos pacientes no Grupo I.

NOME	GÊNERO	IDADE	TABACO	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
C.I.S.	F	61	NÃO	0,05	0,033	0,022	0,028	0,017	0	0,028	0,017
D.L.	M	34	NÃO	0,058	0,096	0,038	0,051	0,019	0	0,013	0,026
L.M.N.	F	19	NÃO	0,522	0,228	0,111	0,172	0,2	0,205	0,234	0,3
S.E.M.	F	40	SIM	0,286	0,381	0,381	0,095	0,024	0	0	0,024
S.A.M.A	F	35	SIM	0,323	0,225	0,235	0,245	0,225	0,147	0,157	0,225
L.R.M.	F	57	NÃO	0,151	0,071	0,071	0,095	0,048	0,032	0,032	0,048
M.A.C.B.	F	55	NÃO	0,125	0,194	0,174	0,083	0,118	0,111	0,111	0,104
J.A.S.	M	53	NÃO	0,217	0,067	0,15	0,067	0,083	0,033	0,033	0,017
R.M.R.P.	F	32	NÃO	0,16	0,185	0,025	0,068	0,08	0,08	0,068	0,068
A.G.T.J.	M	23	SIM	0,073	0	0,005	0	0	0	0,016	0
F.A.O	F	30	NÃO	0,184	0,103	0,08	0,057	0,011	0	0,029	0,034
J.G.	M	49	SIM	0,09	0,048	0,042	0,028	0,014	0,014	0,007	0
S.C.G.	F	39	NÃO	0,012	0,036	0,024	0,006	0,012	0	0	0
M.J.V.S	F	31	NÃO	0,111	0,049	0,062	0,028	0,028	0,013	0,007	0,028
W.F.F.	M	71	NÃO	0,096	0,175	0,263	0,263	0,175	0	0,009	0
V.C.C.	F	33	NÃO	0,396	0,167	0,208	0,208	0,208	0,104	0,833	0,104
I.A.T.	F	48	NÃO	0,103	0,119	0,048	0,016	0,032	0,024	0	0,032
A.S.	M	47	NÃO	0,122	0	0,026	0,006	0,013	0,019	0,019	0,013
N.P.A.A.	F	69	NÃO	0,437	0,083	0,104	0,167	0,187	0,146	0,208	0,187

Tabela IV: Índices gengivais dos pacientes do Grupo II.

NOME	GÊNERO	IDADE	TABACO	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
A.M.S.	M	24	SIM	0,292	0,095	0,107	0,018	0,018	0,101	0,101	0,036
L.F.M.	M	33	NÃO	0,25	0,052	0,047	0,068	0,073	0,057	0,036	0,042
N.A.C.	F	47	NÃO	0,087	0,079	0,048	0,055	0,127	0,079	0,087	0,055
B.L.S.	M	57	SIM	0,469	0,156	0,187	0,937	0,167	0,125	0,156	0,156
L.C.F.	M	35	NÃO	0,167	0,08	0,061	0,092	0,068	0,055	0,068	0,055
R.A.G.	M	44	SIM	0,225	0,083	0,2	0,1	0,212	0,15	0,15	0,15
L.R.L.	F	57	NÃO	0,2	0,133	0,125	0,058	0,067	0,067	0,1	0,108
M.P.P.	M	47	NÃO	0,386	0,333	0,333	0,348	0,356	0,303	0,288	0,257
S.C.C.N.	F	38	NÃO	0,477	0,356	0,161	0,218	0,437	0,477	0,408	0,425
M.R.S.	F	39	NÃO	0,203	0,116	0,116	0,123	0,043	0,072	0,116	0,109
A.M.R.B.	F	38	NÃO	0,115	0,115	0,115	0,109	0,178	0,057	0,098	0,103
J.A.M.	M	57	NÃO	0,179	0,092	0,117	0,068	0,055	0,049	0,074	0,111
C.S.G.	F	25	SIM	0,268	0,178	0,107	0,16	0,083	0,077	0,077	0,065
C.V.S.	F	24	NÃO	0,4	0,205	0,244	0,272	0,394	0,244	0,383	0,244
V.C.M.P.	F	31	NÃO	0,215	0,167	0,167	0,153	0,159	0,167	0,132	0,132
P.T.M.	F	18	NÃO	0,476	0,22	0,262	0,292	0,363	0,339	0,333	0,298
D.D.G.S.	F	60	NÃO	0,246	0,123	0,065	0,08	0,152	0,145	0,123	0,109
M.S.C.L.	F	38	SIM	0,206	0,182	0,079	0,024	0,016	0,04	0,031	0,024

Na análise estatística utilizando o teste de Tukey, a comparação entre os dois grupos se mostrou significativa a partir de T1, ou seja, em T0 os valores dos índices de placa se mostraram semelhantes. Após a realização das orientações direta e da palestra, os resultados obtidos pelo Grupo I mostraram-se superiores ao Grupo II para $p < 0,05$ (Tabela V).

Já para o índice gengival, os valores se mostraram com diferença estatisticamente significativa (para $p < 0,05$) desde a comparação em T0, ou seja, os grupos apresentavam-se com valores diferentes desde o início.

Isto não impede de inferir que o Grupo I obteve resultados superiores ao Grupo II, pois nas demais avaliações pode ser observada uma queda maior no índice gengival do Grupo I (Tabela VI).

Estes dados podem ser melhor visualizados nos Gráficos I e II.

Tabela V: Médias dos índices de placa dos Grupos I e II.

	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
GRUPO I	0,648	0,352	0,355	0,346	0,484	0,476	0,357	0,395
GRUPO II	0,693	0,585	0,612	0,616	0,650	0,633	0,628	0,610

Tabela VI: Médias dos índices gengivais dos Grupos I e II

.	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
GRUPO I	0,185	0,119	0,109	0,088	0,079	0,049	0,094	0,064
GRUPO II	0,270	0,154	0,141	0,176	0,165	0,145	0,153	0,138

Gráfico I: Comparativo entre os índices de placa dos dois grupos durante os 8 períodos de avaliação.

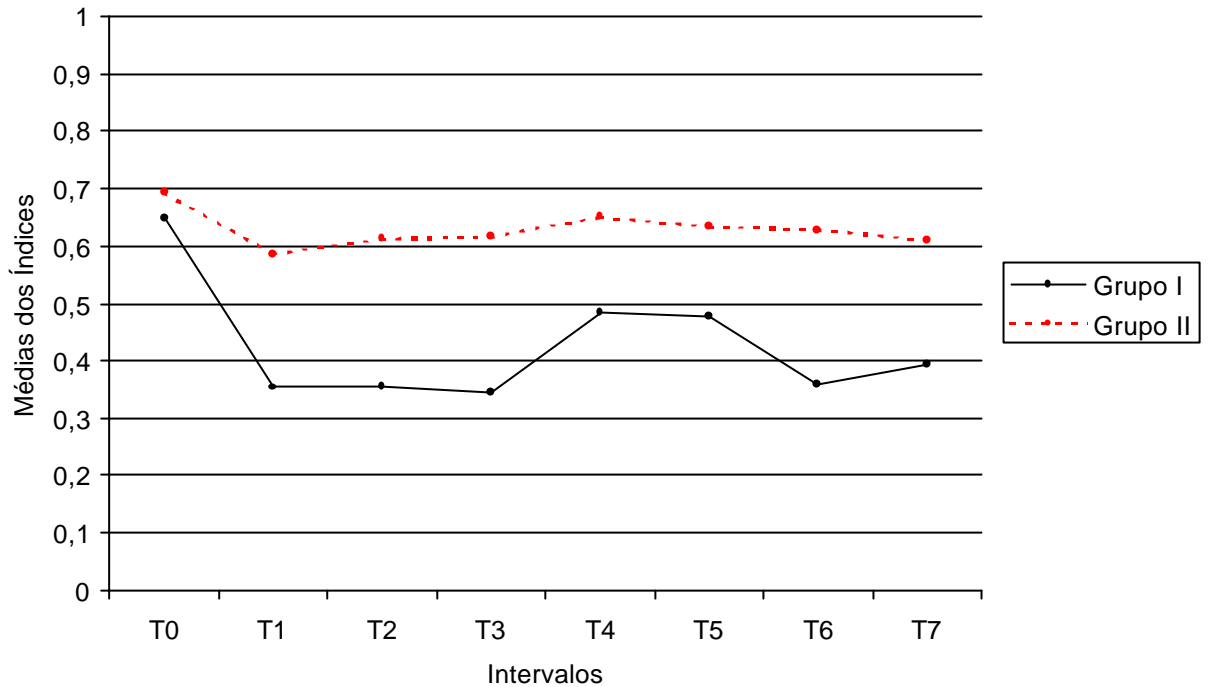
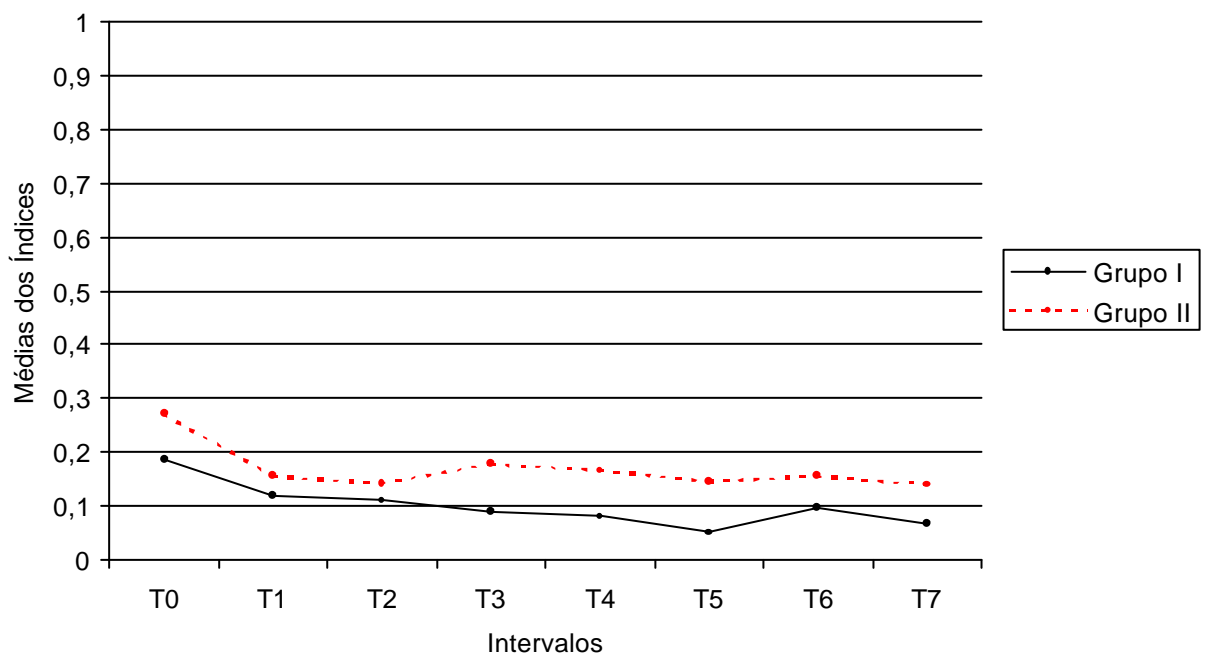


Gráfico II: Comparativo entre os índices gengivais dos dois grupos durante os 8 períodos de avaliação.



Nas Tabelas VII e VIII é possível observar o desvio padrão dos índices de placa e gengival dos Grupos 1 e 2.

Tabela VII: Desvio padrão do índice de placa dos Grupos I e II.

.	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
GRUPO I	0,235	0,183	0,203	0,207	0,223	0,214	0,215	0,248
GRUPO II	0,129	0,148	0,149	0,168	0,112	0,127	0,112	0,124

Tabela VIII: Desvio padrão do índice de gengival dos Grupos I e II.

.	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
GRUPO I	0,143	0,096	0,102	0,083	0,079	0,063	0,192	0,085
GRUPO II	0,122	0,084	0,079	0,212	0,135	0,121	0,117	0,106

Outro aspecto verificado foi a relação entre o índice de placa do Grupo I e os intervalos de tempo. O que se nota é um aumento no valor do índice de T3 a T4.

Com relação ao Grupo II, o mesmo não pode ser notado, tendo este grupo mantido um valor médio de índice de placa praticamente constante após ter recebido as orientações.

Ao se fazer estas mesmas comparações com o índice gengival, não é possível observar o mesmo. O Grupo I apresentou uma queda relativamente constante durante a avaliação nos 8 períodos e o Grupo II apresentou uma queda no valor médio do índice gengival após ter recebido as orientações, mas nos demais períodos permaneceu com valores relativamente constantes.

A respeito dos dados obtidos no questionário, apesar de não se poder realizar uma análise estatística devido à quantidade de pacientes da amostra, é interessante demonstrar em forma de gráfico os resultados de índice de placa e gengival entre

pacientes do gênero masculino e feminino em relação a seus grupos (Gráficos III, IV, V e VI).

Com relação ao índice de placa e gengival de mulheres e homens em comparação a seus respectivos grupos, a diferença entre os dois gêneros em ambos os grupos parece não ter sido tão crítica, apesar de que no Grupo II, as mulheres apresentaram índice de placa menor que o dos homens e índice gengival maior, sugerindo que o índice gengival obtido sofreu influência das mulheres num sentido de aumentar o valor do mesmo.

Gráfico III: Comparativo entre índice de placa de mulheres e homens do Grupo I em relação a seu grupo.

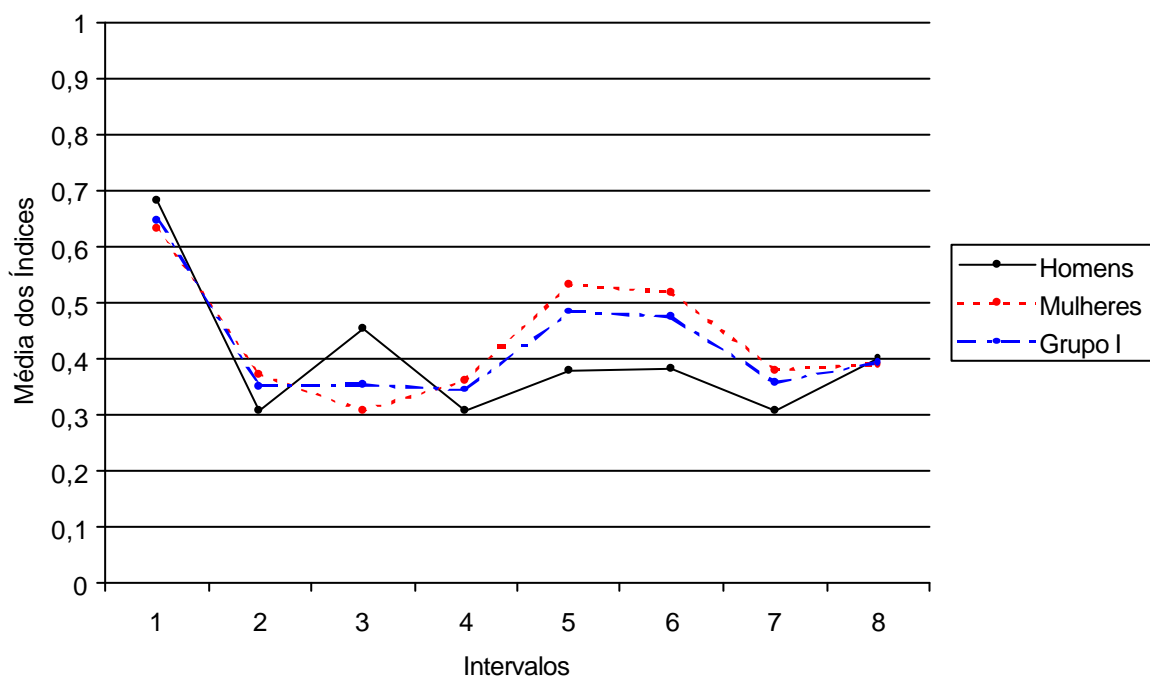


Gráfico IV: Comparativo entre índice de placa de mulheres e homens do Grupo II em relação a seu grupo.

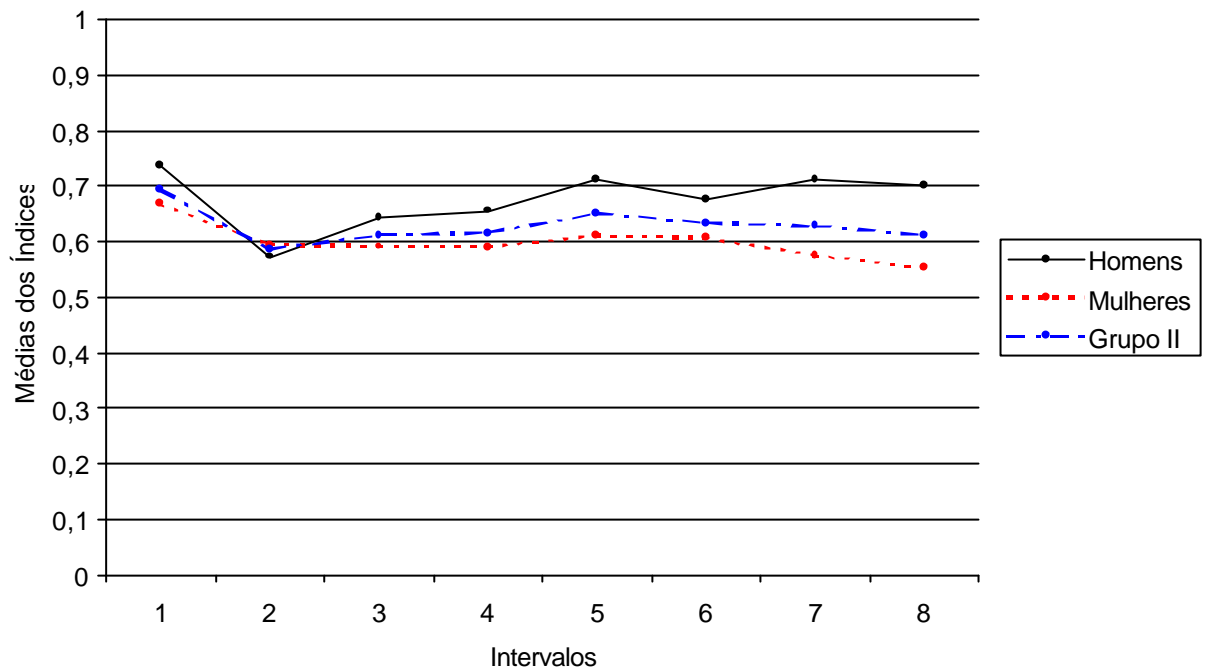


Gráfico V: Comparativo entre índice gengival de mulheres e homens do Grupo I em relação a seu grupo.

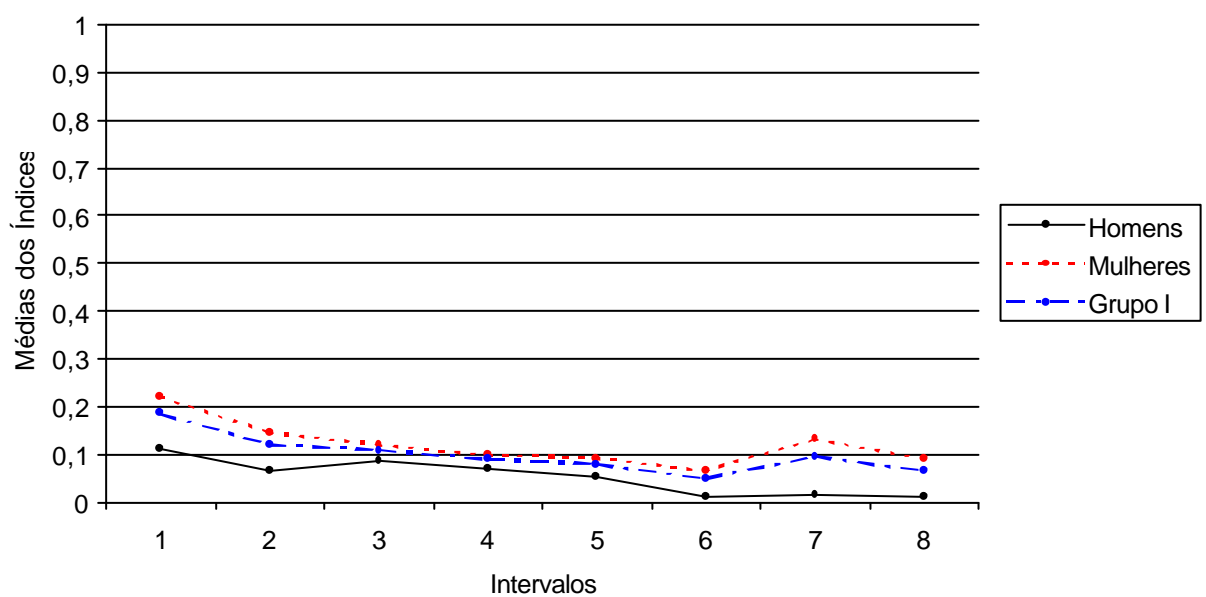
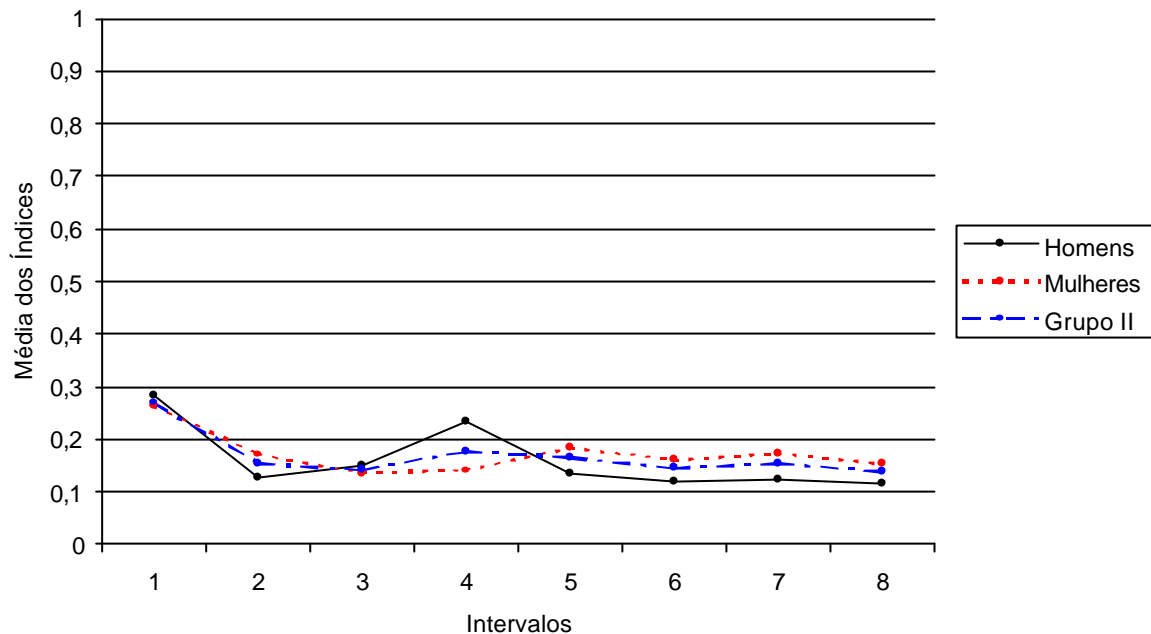


Gráfico VI: Comparativo entre índice gengival de mulheres e homens do Grupo II em relação a seu grupo.



Pelo fato do tabagismo ser um assunto muito abordado quando se fala em doença periodontal, também se achou interessante a demonstração do comportamento dos fumantes em relação aos seus respectivos grupos (Gráficos VII, VIII, IX e X).

Ao avaliarmos os gráficos apresentados, parece que os fumantes não exerceram influências significativas no comportamento dos grupos, tanto para o índice de placa (Gráficos VII e VIII) quanto para o índice gengival (Gráficos IX e X).

Gráfico VII: Comparativo entre o índice de placa dos fumantes do Grupo I em relação a seu grupo.

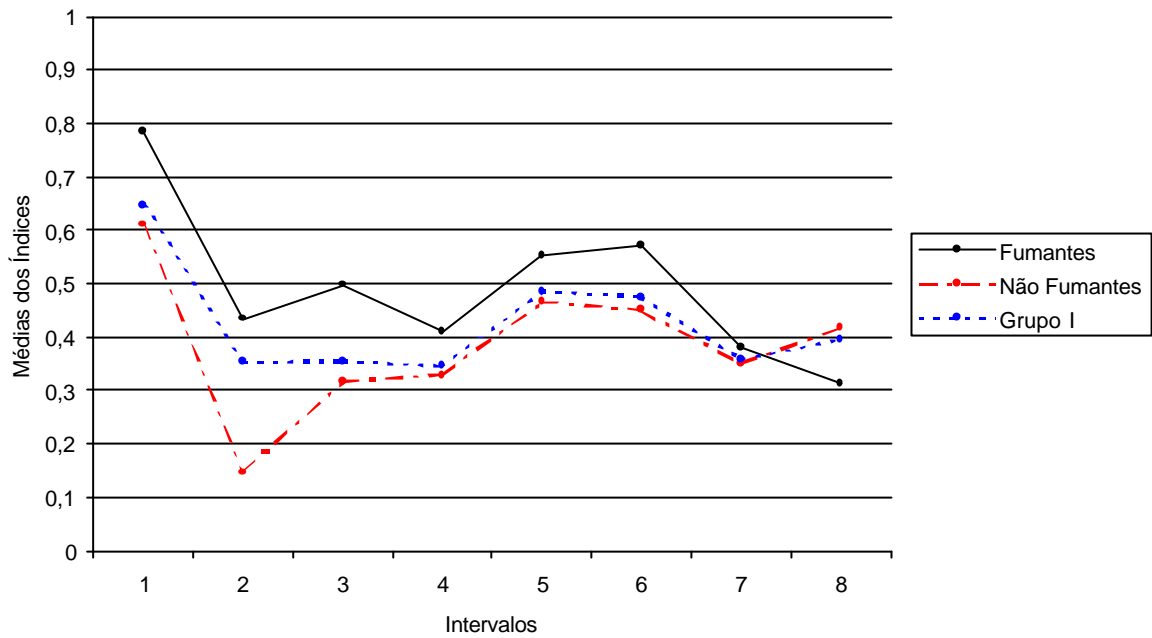


Gráfico VIII: Comparativo entre o índice de placa dos fumantes do Grupo II em relação a seu grupo.

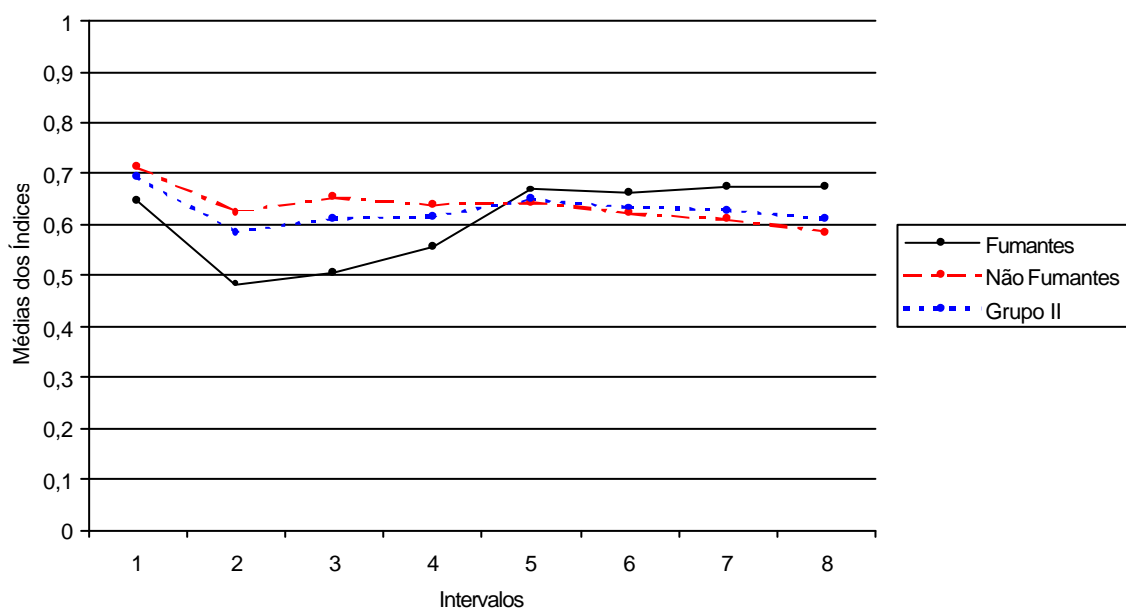


Gráfico IX: Comparativo entre o índice gengival dos fumantes do Grupo I em relação a seu grupo.

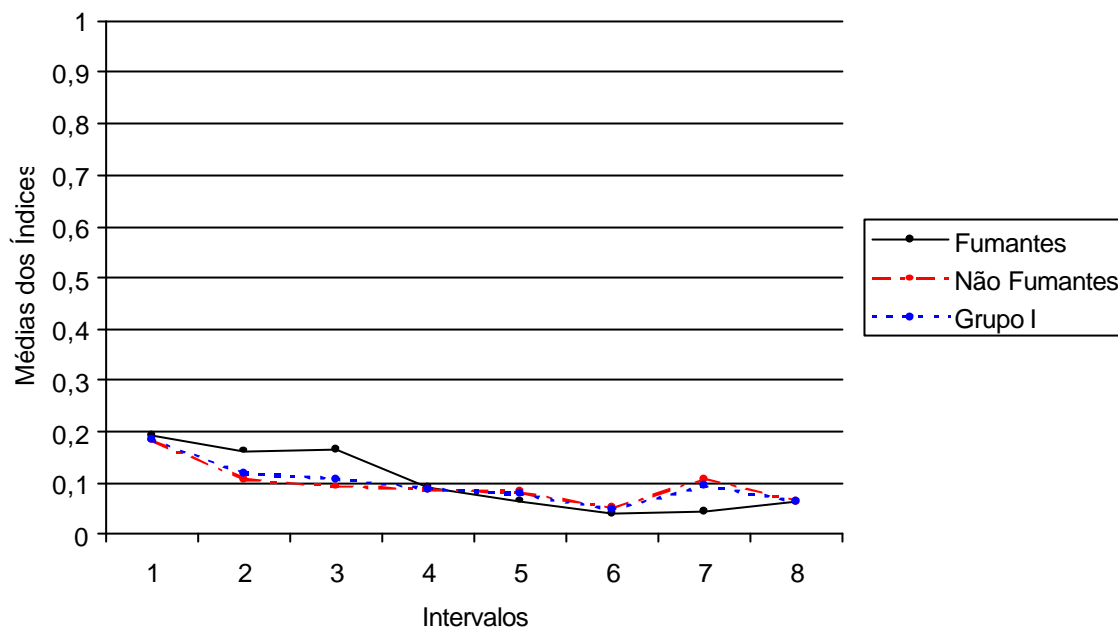
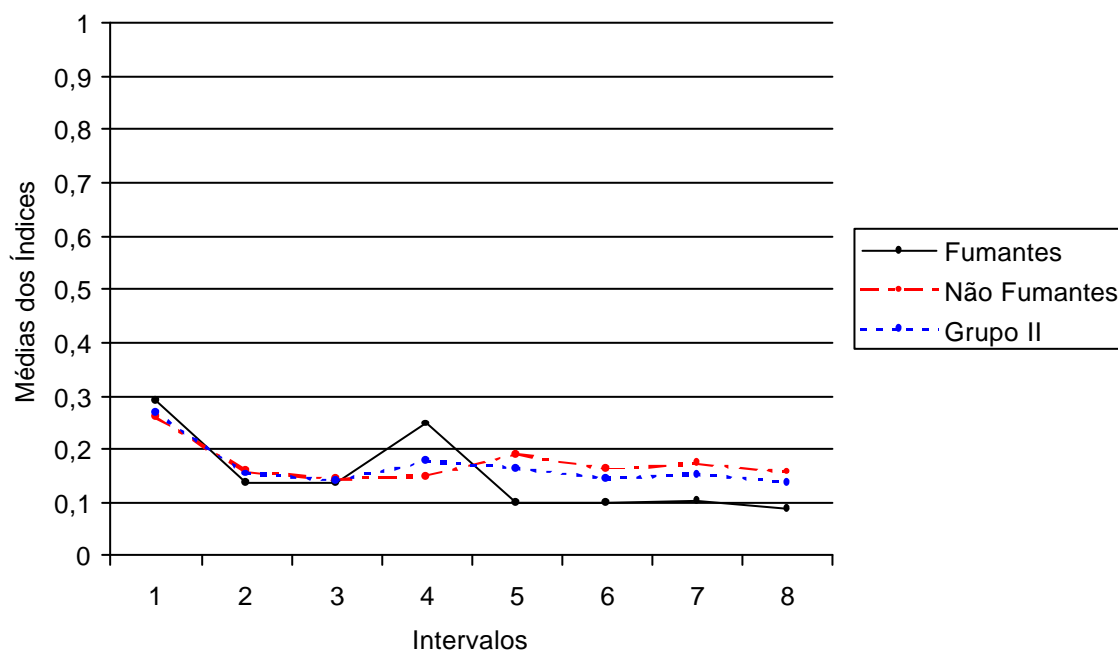


Gráfico X: Comparativo entre o índice gengival dos fumantes do Grupo II em relação a seu grupo.



Em se tratando da idade dos pacientes em relação aos índices de placa e gengival dos mesmos em relação a seu grupo, podemos observar os Gráficos XI, XII, XIII e XIV.

Os pacientes foram divididos em três grupos de faixas etárias variando entre 18 e 30 anos, 31 e 50 anos e 51 e 71 anos.

No que se diz respeito ao índice de placa dos dois grupos, o que se pôde notar, foi que tanto para o Grupo I quanto para o Grupo II, as médias dos índices se mantiveram semelhantes para os três grupos de faixas etárias até o período T4. a partir do período T5, parece que houve um aumento no índice do grupo com idades compreendendo entre 51 e 71 anos do Grupo I e um aumento no índice do grupo com idades compreendendo entre 18 e 30 anos do Grupo II (Gráficos XI e XII).

Gráfico XI: Comparativo entre o índice de placa dos três grupos de faixas etárias do Grupo I em relação a seu grupo.

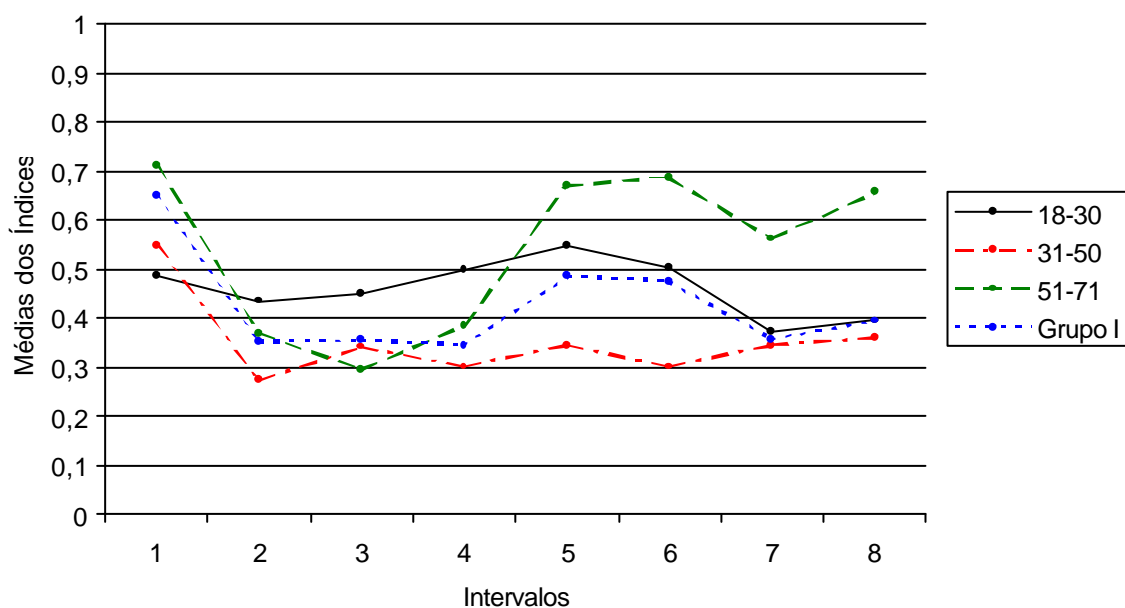
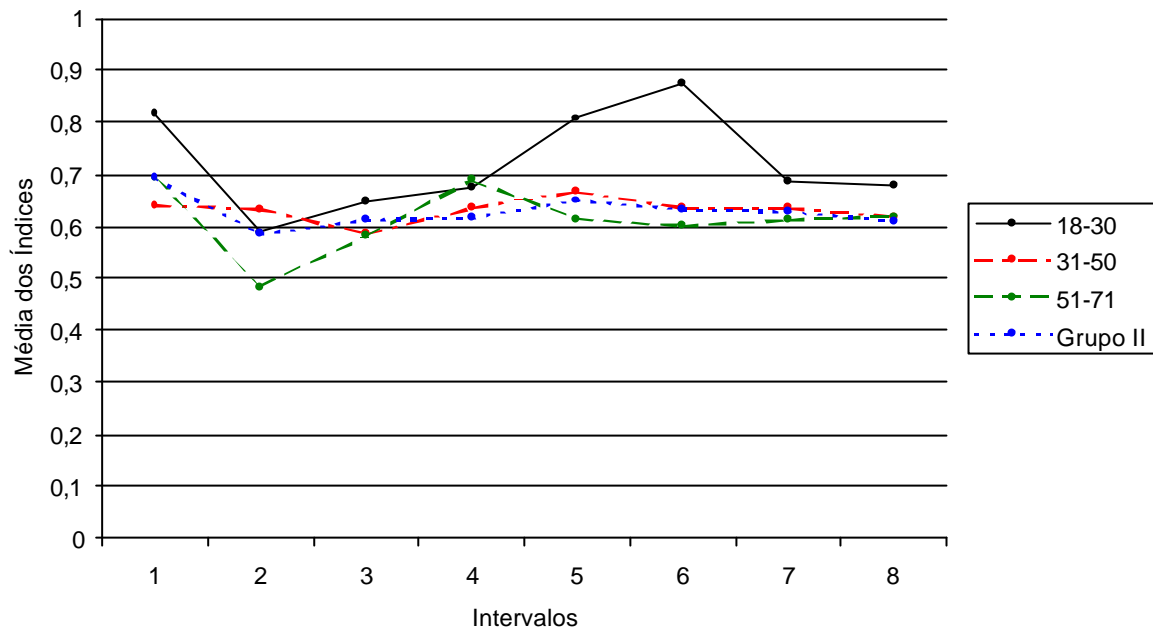


Gráfico XII: Comparativo entre o índice de placa dos três grupos de faixas etárias do Grupo II em relação a seu grupo.



Quanto ao índice gengival dos dois grupos, o que se pôde notar, foi que tanto para o Grupo I quanto para o Grupo II, as médias dos índices se mantiveram semelhantes para os três grupos de faixas etárias (Gráficos XIII e XIV).

Houve um aumento no índice gengival do grupo com idades compreendidas entre 51 e 71 anos do Grupo 2 no período T4. Isso se deve a um aumento no índice de um único paciente (B.L.S.) que obteve índice gengival de 0,937 no período T4 (Verificar tabela IV). Este aumento no índice gengival desse paciente não pode ser explicado, ou seja, não houve nenhum fato que nos chamasse a atenção para justificar esta variação neste paciente.

Gráfico XIII: Comparativo entre o índice gengival dos três grupos de faixas etárias do Grupo I em relação a seu grupo

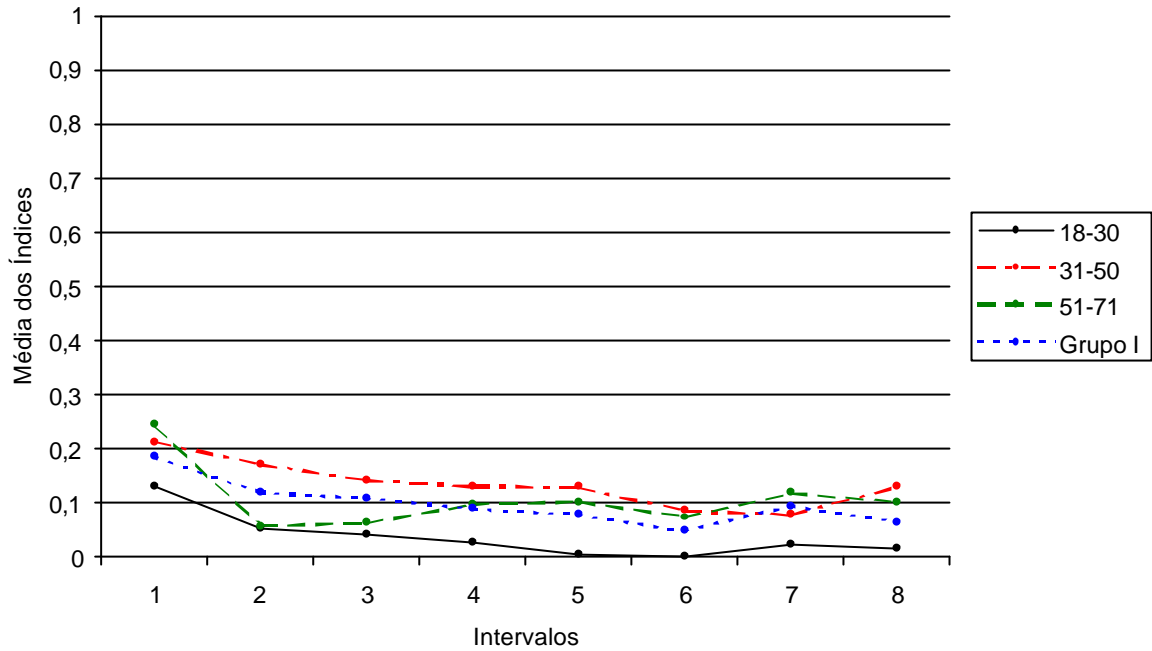
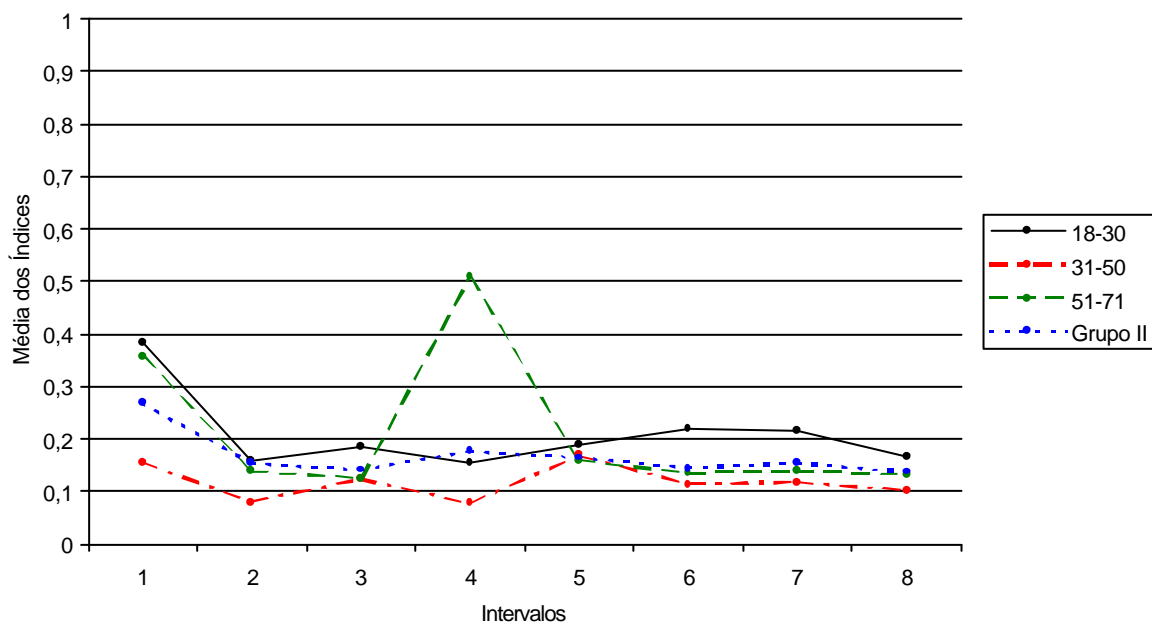


Gráfico XIV Comparativo entre o índice gengival dos três grupos de faixas etárias do Grupo II em relação a seu grupo



Outros dados obtidos no questionário e que são dignos de serem relatados, são os da técnica de escovação que era utilizada pelo paciente, onde se observou que nenhum paciente de ambos os grupos utilizava a técnica de escovação de Bass⁸. A técnica relatada com maior frequência foi a de realização de movimentos circulares por todo o arco dentário, que na prática não seguem qualquer padrão.

Quando foram questionados a respeito do uso de fio dental, 26,3% do Grupo I relataram não fazer uso do mesmo, já no Grupo II, 38,9% dos pacientes afirmaram não utilizar o fio.

Uma observação feita durante a realização do trabalho, é que nenhum dos pacientes utilizava o fio dental de maneira correta. Apesar deste item não fazer parte do questionário isto foi observado pelo examinador durante a primeira avaliação, quando foi pedido para que cada paciente executasse a técnica de escovação e uso do fio dental antes de receber as instruções sobre higienização da maneira correta.

Com relação às orientações recebidas previamente de profissionais, 26,3% dos pacientes do Grupo I relataram que nunca haviam sido orientados por profissionais e 16,7% dos pacientes do Grupo II relataram também, jamais ter sido orientados por profissionais.

Os demais dados obtidos pelo questionário foram considerados irrelevantes, pois, eram muito subjetivos.

5.2 Resultados dos Índices de Correlação

Como já fora dito no capítulo anterior, optou-se por uma análise estatística utilizando-se o índice de correlação, para que se pudesse ter uma noção melhor da

relação entre índice de placa e índice gengival, ou seja, para se ter certeza de que qualquer mudança que houvesse no comportamento do controle de placa realizado pelos pacientes, também implicaria em uma alteração da saúde gengival.

A medida do índice de correlação foi feita de duas maneiras: uma onde se realizou a comparação dos índices de placa e gengival com os 8 tempos agrupados onde se obteve um valor (r) de 0,384 para um nível de significância (p) de 0,0001.

A obtenção deste valor nos dá grande respaldo para afirmar que as alterações que ocorreram no índice de placa durante a realização do estudo foram acompanhadas por alterações no índice gengival.

A outra maneira que se utilizou o índice de correlação foi comparar os índices de placa de todos os pacientes da amostra com os índices gengivais obtidos pelos mesmos em cada período de avaliação (Tabela IX).

Tabela IX: Índice de correlação entre os índices de placa e gengival comparados em cada período de avaliação.

	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
r	0,310	0,233	0,427	0,310	0,458	0,490	0,331	0,405
p	0,062	0,165	0,008	0,062	0,004	0,002	0,046	0,013

r = Valor do Índice de Correlação

p = Nível de significância

Avaliando os dados da tabela pôde-se notar que houve relação entre os índices de placa e gengival na 3^a (T2), 5^a (T4), 6^a (T5), 7^a (T6) e 8^a (T7) avaliações

realizadas. As demais avaliações não se apresentaram com um índice de correlação estatisticamente significativa.

6. Discussão

6. DISCUSSÃO

É de grande interesse iniciarmos esta discussão considerando um aspecto particular que este tipo de metodologia possui, que apesar de ter sido pouco relatado (WILSON JR.⁶²), foi percebida durante a execução do estudo. Como pôde ser notado, o trabalho iniciou-se com 50 pacientes e finalizou com 37, assim sendo, os resultados analisados foram os desses indivíduos que permaneceram até o final do estudo. O mesmo ocorreu no trabalho de COUTO; COUTO e DUARTE¹³, SANTOS e MACHADO⁴⁵, que foi iniciado com 96 pacientes e finalizou com 80.

Estas variações podem levar a resultados e conclusões não muito precisas, pois, estes pacientes que abandonaram o tratamento ou que foram excluídos pela metodologia (faltas consecutivas) tendem a estar enquadrados no perfil de pacientes não colaboradores devido à sua postura perante o tratamento e, assim sendo, obtém-se os resultados de um grupo relativamente selecionado que pode não estar mostrando totalmente a realidade, ou ao menos pode estar minimizando, talvez, uma situação mais crítica.

Com relação aos resultados obtidos segundo o objetivo proposto pelo estudo, notou-se que a associação da orientação direta realizada em consultório associada à orientação indireta (palestra informativa no caso deste estudo) se mostrou mais eficaz que quando somente se utilizou a orientação direta. Estes resultados são condizentes com os estudos de VOORDE⁵⁸, GLAVIND; ZEUNER e ATTSTRÖM²¹, ODMAN; LANGE e BAKDASH³⁴, SARIAN⁴⁶, SCARPA⁴⁷, COUTO; COUTO e DUARTE¹², COUTO; COUTO e DUARTE¹³, WEINSTEIN e colaboradores⁶⁰.

Existem trabalhos que mostram a ineficiência da orientação indireta quando comparada à orientação direta (VOORDE⁵⁸, TAN e WADE⁵⁶, GLAVIND e ZEUNER²²); estes trabalhos realizam análises individualizadas entre os dois tipos de orientação. Não podemos deixar de concordar com eles, mas, com os resultados obtidos em nosso estudo, é possível afirmar que a orientação indireta possui grande valor como coadjuvante para se conseguir uma maior motivação dos pacientes a realizarem uma melhor higiene bucal e a mudarem seus hábitos, ao menos por um determinado período.

Ao avaliarmos os resultados obtidos pelo Grupo II, podemos notar que houve uma melhora nos valores de índice de placa e gengival após terem recebido a orientação direta, mas durante os demais períodos de avaliação, os valores permaneceram constantes. Estes resultados não são comparáveis aos estudos de AXELSSON e LINDHE⁴, BOTTINO e colaboradores¹⁰, DUARTE; LASCALA e MUENCH¹⁵, PADOVANI e SABA-CHUJFI³⁷, COUTO; COUTO e DUARTE¹³, os quais apresentaram uma diminuição constante no índice de placa dos indivíduos analisados. Possivelmente, isso se deva ao fato de que a cada retorno os pacientes recebiam novas instruções e, assim, eram motivados a melhorarem seus hábitos. Já na metodologia adotada por este estudo, os pacientes receberam somente uma instrução no início do mesmo, e isto pode ter levado os resultados a se mostrarem diferentes dos trabalhos anteriores.

A colocação de que os pacientes devem ser motivados a cada retorno é bastante relevante, assim como observado no estudo de WESTFELT⁶¹, visto que o Grupo I apresentou um aumento nos valores médios do índice de placa após a terceira avaliação, ou seja, quando os intervalos entre as avaliações aumentaram de

uma para duas semanas. A partir deste período não ocorreram mais alterações que nos chamassem a atenção.

Outro fator que deve ser discutido é o índice de placa que foi utilizado, pois, assim como LINDHE²⁹ e CARRANZA¹¹ relatam, o índice de placa preconizado por AYNAMO e BAY³ é indicado para avaliações como as feitas neste estudo, onde se procurou analisar o comportamento do controle de placa de um grupo de indivíduos e sua consequência na saúde periodontal.

Este índice, além de ser bastante simplificado, pois, registra somente ausência ou presença (0 ou 1) de placa, se preocupa em registrar somente a placa próxima aos tecidos periodontais, descartando, assim, a placa presente nas demais áreas da coroa dental, mesmo por que, esta não exerce influência alguma sobre o periodonto.

Por outro lado, índices como, por exemplo, os preconizados por SILNESS e LÖE^{49, 50} ou por O'LEARY³⁵ e colaboradores, além de serem mais complexos, registram a placa presente no dente através de uma escala com valores de 0 a 3, dependendo do tamanho da área dental que está coberta pela placa. Isso pode levar a uma falsa impressão do ponto de vista periodontal, quando se avalia, por exemplo, uma queda nos valores do índice de placa de um determinado grupo. Esta queda pode não representar a ausência de placa próxima aos tecidos periodontais, e sim, uma diminuição na quantidade da mesma na coroa dental. Assim, o resultado desta melhora no controle da placa bacteriana não exerceria nenhuma ou muito pouca influência na saúde periodontal. Isto foi possível de ser notado no trabalho de GLAVIND, ZEUNER e ATTSTRÖM²¹, onde ao final das avaliações, dois grupos apresentaram resultados superiores em relação ao índice de placa (grupo B = 27% e

grupo O = 22%), mas em relação ao índice gengival não houve diferenças entre todos os grupos avaliados.

Com respeito ao índice de correlação entre o índice de placa e o índice gengival obtidos, optou-se por realiza-lo, para que pudéssemos ter uma real visão da influência da motivação na melhora da saúde periodontal dos pacientes. Desta maneira, foi, então, notado que realmente as melhoras obtidas nos índices de placa dos pacientes, foram estatisticamente correspondentes à diminuição nos valores do índice gengival, quando comparados os índices entre si com os valores obtidos em cada intervalo de tempo agrupados. Isto foi também notado no trabalho de LÖE, THEILADE e JENSEN³⁰, mas de uma maneira diferente, pois, os autores chegaram a esses resultados, não por uma análise estatística, mas com avaliações clínicas onde a escovação dos pacientes foi suspensa e, assim, foi possível notar que com o aumento do índice de placa, também aumentava o índice gengival.

Já quando a comparação é realizada com os índices entre si a cada intervalo de tempo, foi observado que houve correlação significativa nos intervalos T2, T4, T5, T6 e T7. Nos demais intervalos (T0, T1 e T3), não houve correlação estatisticamente significativa. Não foi possível notar nenhum fator que pudesse justificar estes resultados.

Não foi intenção do estudo avaliar a eficiência do uso de pastilhas evidenciadoras, mas, como já fora descrito na metodologia, estas pastilhas foram utilizadas para que pudéssemos realizar os registros de índice de placa, e após os registros, os pacientes realizavam a higienização removendo toda a placa evidenciada. Desta maneira provavelmente os pacientes poderiam analisar suas

condições de higiene, logicamente que sem a opinião do profissional que os acompanhava.

O uso de evidenciadores teve eficiência comprovada nos trabalhos de BARRICKMAN e PENHALL⁷, BAAB e WEINSTEIN⁶, DUARTE; LASCALA e MUENCH¹⁵, e assim como pudemos notar, os pacientes, ao visualizarem a placa evidenciada se mostravam mais interessados em melhorar a escovação.

A tentativa de descobrir algum fator como idade, gênero e tabagismo, que pudesse identificar o perfil do paciente não colaborador levou-nos a concordar com os estudos de GLAVIND, ZEUNER e ATTSTRÖM²⁰, WEINSEIN; GETZ e MILGROM⁵⁹, SANTOS e MACHADO⁴⁵, que relacionam o paciente não colaborador a um perfil voltado mais para o lado psicológico individual, e não a fatores que pudessem identificar um grupo como os propostos pelo nosso estudo.

Como foi apresentado no capítulo dos resultados, tanto fumantes como não fumantes apresentaram índices de placa e gengival muito semelhantes. No caso dos homens e das mulheres os índices de placa e gengival também se apresentaram semelhantes. Apesar disso, as mulheres do Grupo II apresentaram índice de placa menor que o dos homens e índice gengival maior. Talvez, este resultado possa ser explicado pelo fato de que as mulheres estão sujeitas a alterações hormonais, e estas alterações, como menopausa, menstruação, uso de anticoncepcionais e gravidez, podem levar o tecido gengival a apresentar uma reação inflamatória exacerbada, pois a gengiva possui receptores tanto para estrógeno como para progesterona assim como descrito por VITTEK e colaboradores⁵⁷, O'NEIL³⁶ e SUTCLIFFE⁵³.

Um aspecto importante que se pôde observar no transcorrer dessa pesquisa, foi a importância da presença do profissional na motivação, em função dos constantes retornos para novas avaliações. Este fato também está ressaltado na literatura no trabalho de GLAVIND, ZEUNER e ATTSTRÖM²⁰, onde é relatado que a motivação é dependente de um “feedback” entre profissional e paciente.

Também está concorde com o trabalho de WEINSTEIN, GETZ e MILGROM⁵⁹, sobre os postulados para a motivação dos pacientes. É nítido no dia-a-dia e também foi constatado neste estudo que existem pacientes que não desejam mudar seus hábitos e, portanto, torna-se impossível atingir todos os indivíduos. Por outro lado, existem aqueles que não melhoram mais seus índices por uma debilidade até mesmo de coordenação motora.

Outro aspecto relevante salientado por esses autores, diz respeito à comunicação entre profissional e paciente. Neste estudo procurou-se não criticar a atual situação de saúde bucal em que o paciente se encontrava, e além disso, ao serem passadas as instruções, era utilizada uma linguagem pertinente ao grau de instrução de cada um, mesmo que de uma forma popular, onde o objetivo final era que o paciente entendesse bem as informações que lhes eram passadas.

Um ponto bem claro e estabelecido para os pacientes do estudo, assim como, tem sido feito a todos os pacientes da Disciplina de Periodontia, é que o grau de controle de placa promovido por eles está diretamente ligado à manutenção da saúde periodontal após o tratamento. Dessa forma procurou-se mostrar aos pacientes que a responsabilidade do sucesso do tratamento não é só do profissional.

Trabalhos como os de GLAVIND, ZEUNER e ATTSTRÖM²¹ e CHECCHI¹⁴, que possuem resultados semelhantes aos dessa pesquisa, mostram claramente que as melhoras nos valores de índice de placa promovidos pelo programa de motivação tendem a decaírem com o passar do tempo.

Nesta pesquisa utilizou-se os métodos de motivação somente no início e fizemos controles posteriores, onde, os intervalos foram aumentando (inicialmente a cada semana, depois a cada 2 semanas e por fim a cada mês). De forma geral os valores dos índices após as instruções, mostraram-se melhores que os iniciais, mas decaem com uma certa constância com o passar do tempo. Isso nos levou a crer que 2 possíveis motivos podem ter afetado os resultados: primeiro, o fato de as informações passadas no início do estudo irem se diluindo, o que de certa forma reforça uma necessidade de contínuos estímulos para os pacientes; e segundo, o fato de o paciente não se sentir tão “policiado” pelo profissional com o aumento no tempo entre uma avaliação e outra.

É importante ressaltarmos que houve uma melhora das condições periodontais pela motivação obtida através de métodos de orientação direta, indireta ou pela associação das duas. É de se conceber que ela seja o principal fator para que se consiga realizar uma modificação de hábitos nos pacientes no que se refere a uma melhor higienização, assim como descrito nos trabalhos de MASSLER e colaboradores³², PARFITT e colaboradores³⁸, ADAMS e STANMEYER¹, STARKEY⁵¹, SHILLER e DITTMER⁴⁸, SUOMI e colaboradores⁵⁴, PODSHADLEY e SHANNON⁴⁰, LEGLER; GILMORE e STUART²⁷, LIGHTNER e colaboradores²⁸, SUOMI e colaboradores⁵⁵, GJERMO¹⁷, VOORDE⁵⁸, RADENTZ e colaboradores⁴¹, ZAKI e BANDT⁶⁴, RADENTZ e colaboradores⁴², GLAVIND¹⁸, KOIS e colaboradores²³

, ZAMORA e NASCIMENTO⁶⁵, AXELSSON e LINDHE⁵, GLAVIND e ATTSTRÖM¹⁹, RANTANEN; SIIRILÄ e LEHVILÄ⁴³, TAN e WADE⁵⁶, GLAVIND; ZEUNER e ATTSTRÖM²⁰, ESTEVES; ISSAO e BERTON¹⁶, BOTTINO; MOREIRA e ROSSETINI¹⁰, ALBINO; JULIANO e SLAKTER², ODMAN; LANGE e BAKDASH³⁴, GLAVIND e ZEUNER²², DUARTE; LASCALA e MUENCH¹⁵, KÜHNER e RAETZKE²⁵, SARIAN⁴⁶, SCARPA⁴⁷, PEREIRA e colaboradores³⁹, PADOVANI e SABA-CHUJFI³⁷, COUTO; COUTO e DUARTE¹², COUTO; COUTO e DUARTE¹³, LASCALA; BELLUZZO e LASCALA JR²⁶., WEINSTEIN e colaboradores⁶⁰.

Entretanto é clara a dificuldade em se conseguir a colaboração integral dos pacientes, visto que os fatores envolvidos para se conseguir esta motivação são de grande variabilidade e complexidade.

De qualquer maneira há que se deixar registrado fato de que a motivação empregada produziu efeitos estimulantes, pois induziu a resultados compatíveis com os objetivos desejáveis e propostos, com alguma vantagem para a motivação mais completa e supervisionada.

7. Conclusões

7. CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos e discutidos pode-se afirmar que:

1. O método de orientação direta associado à orientação indireta (palestra informativa) apresentada aos pacientes apresenta resultados superiores ao método da orientação direta utilizado isoladamente, promovendo, assim, uma maior motivação dos pacientes para um melhor controle de placa.
2. o método utilizado não permite identificar um perfil dos pacientes não colaboradores com relação à idade, gênero ou tabagismo.
3. Os índices se apresentam piores com o passar do tempo, talvez pela diluição das informações recebidas e/ou pela redução no tempo de contato do profissional com o paciente.
4. Os motivos pelos quais nem sempre as técnicas adotadas surtem resultados positivos ou nem todos os pacientes respondem igual ao mesmo tipo de técnica de motivação são muito variados e muito complexos.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMS, R. J.; SATANMEYER, W. R. The effects of closely supervised oral hygiene program upon oral cleanliness. **J. Periodontol.** v.31, n.3, p.242-5, 1960.
2. ALBINO, J. E.; JULIANO, D. B.; SLAKTER, M. J. Effects of an instructional – motivation program on plaque and gingivitis in adolescents. **J. Publ. Hlth. Dent.** v.37, n.4, p. 281-9, 1982.
3. AINAMO, J; BAY, I. Problems for recording gingivitis and plaque **Int. dent. J.** v.25, n.4, p. 229-35, 1975.
4. AXELSSON, P; LINDHE, J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. **J. clin. Periodont.** v.5, n.2, p.133-51, 1978.
5. AXELSSON, P; LINDHE, J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults results after six years **J. clin. Periodont.** v.8, n.3, p.239-48, 1981.
6. BAAB, D; WEINSTEIN, P. Longitudinal evaluation of a self-inspection plaque index in periodontal recall patients. **J. clin. Periodont.** v.13, n.4, p.313-8, 1986.
7. BARRICKMAN, R. W.; PENHALL, O. J. Graphing indexes reduces plaque. **J. Amer. dent. Ass.** v.87, n.7, p.1404-8, 1973.
8. BASS, C. C. An effective method of personal oral hygiene. Part II. **J. La. State. Med. Soc.** v.106, p. 100-12, 1954.
9. BERVIQUE, J. A.; MEDEIROS, E. P. G. **Paciente educado:** cliente assegurado. São Paulo, Ed. Santos, 1983.

10. BOTTINO, M A; MOREIRA, E J G; ROSSETINI, S M O. Estabelecimento de hábitos de higiene bucal em pacientes adultos. **Rev. Ass. paul. cirurg. Dent.** v.36, n.3, p. 280-6, 1982.
11. CARRANZA JR., F. A.; NEWMAN, M. G. **Periodontia clínica.** 8.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan , 1997.
12. COUTO, J. L.; COUTO, R. S.; DUARTE, C. A. Motivação do paciente na prevenção da cárie e doença periodontal. **Rev. gaúcha Odont.** v.40, n.2, p.143-50, 1992.
13. COUTO, J. L.; COUTO, R. S.; DUARTE, C. A. Motivação do paciente em tratamento periodontal. **Rev. gaúcha Odont.** v.42, n.1, p.44-8, 1994.
14. CHECCHI, L. et al. Patient compliance with maintenance therapy in an italian periodontal practice. **J. clin. Periodont.** v.21, n.5, p. 309-12, 1994.
15. DUARTE, C. A.; LASCALA, N. T.; MUENCH, A. Estudo clínico da influência dos evidenciadores de placa bacteriana na motivação de pacientes à higiene bucal sob supervisão e orientação direta. **Rev. Odont. USP** v.4, n.4, p.278-83, 1990.
16. ESTEVES, R. C.; ISSAO, M.; BERTON, F. V. Programa de controle de placa dentária por meio da escovação – considerações iniciais. **Rev. Ass. paul. cirurg. Dent.** v.35, n.6, p. 538-45, 1981.
17. GJERMO, P. Audio visual motivation and oral hygiene instruction. **Odont. Revy.** v.23, n.2, p. 253-62, 1972.
18. GLAVIND, L. Effect of monthly professional mechanical tooth cleaning on periodontal health in adults. **J. clin. Periodont.** v.4, n.2, p. 100-6, 1977.
19. GLAVIND, L.; ATTSTRÖM, R. Periodontal self-examination a motivational tool in periodontics. **J. clin. Periodont.** v.6, n.4, p. 238-51, 1979.

20. GLAVIND, L.; ZEUNER, E.; ATTSTRÖM, R. Oral hygiene instruction of adults by means of a self-instructional manual. **J. clin. Periodont.** v.8, n.3, p. 165-76, 1981.
21. GLAVIND, L.; ZEUNER, E.; ATTSTRÖM, R. Evaluation of various feedback mechanisms in relation to compliance by adult patients with oral home care instructions. **J. clin. Periodont.** v.10, n.1, p. 57-68, 1983.
22. GLAVIND, L.; ZEUNER, E. Evaluation of a television-tape demonstration for the reinforcement of oral hygiene instruction. **J. clin. Periodont.** v.13, n.3, p. 201-4, 1986.
23. KOIS, J. et al The effectiveness of various methods of plaque control instruction on short-term motivation. **J. Prev. Dent.** v.5, n.2, p. 27-30, 1978
24. KÖNIG, J. et al. Retrospective comparison of clinical variables between compliant and non-compliant patients. **J. clin. Periodont.** v.28, n.2, p. 227-32, 2001.
25. KÜHNER, M. K.; RAETZKE, P. B. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. **J. Periodont.** v.60, n.1, p.51-6, 1989.
26. LASCALA, C. E.; BELLUZZO, R. H. L.; LASCALA JR., N. T. Procedimentos de motivação e higiene bucal em pacientes sob tratamento ortodôntico objetivando a saúde periodontal. **Periodontia.** v.5, n.4, p.324-7, 1996.
27. LEGLER, D. W.; GILMORE, R. W.; STUART, G. C. Dental education of disadvantaged adult patients: effects on dental knowledge and oral health. **J. Periodont.** v.42, n.9, p.565-70, 1971.
28. LIGHTNER, L. M. et al. Preventive periodontic treatment procedures: results over 46 months. **J. Periodont.** v.42, n.9, p.553-61, 1971.

- 29.LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan , 1999.
- 30.LÖE, H.; THEILADE, E.; JENSEN, S.B. Experimental gingivitis in man. **J. Periodont.** v.36, n.3, p.177-87, 1965.
- 31.LOESCHE, W. J. Periodontal disease: link to cardiovascular disease. **Comp. Continuing Educ. Dent.** v.21, n.6, p.463-82, 2000.
- 32.MASSLER, M et al. Gingivitis in young adult males: lack of effectiveness of a permissive program of toothbrushing. **J. Periodont.** v.28, n.2, p.111-24, 1957.
- 33.Michaelis moderno dicionário da língua portuguesa. Disponível na Internet. <http://www.uol.com.br/michaelis/>. 28 abr. 2002.
- 34.ÖDMAN, P. A.; LANGE, A. L.; BAKDASH, M. B. Utilization of locus of control in the prediction of patients' oral hygiene performance. **J. clin. Periodont.** v.11, n.6, p.367-72, 1984.
- 35.O'LEARY, T. J.; DRAKE, R. B.; NAY-LOR, J. E. The plaque control record. **J. Periodont.** v.43, n.1, p.38 1972.
- 36.O'NEIL, T. C. A. Maternal-lymphocyte response and gingivitis in pregnancy. **J. Periodont.** v.50, n.4, p.178-84, 1979.
- 37.PADOVANI, M. C.; SABA-CHUJFI, E. Manutenção e controle no tratamento periodontal. **Rev. Ass. paul. cirurg. Dent.** v.45, n.2, p. 429-32, 1991.
- 38.PARFITT, G. J. et al. A controlled study of the effect of dental health education on the gingival structures of school children. **Brit. dent. J.** v.7, p. 21-4, 1958.
- 39.PEREIRA, O. L. Educação sobre higiene bucal e índice de placa. **Rev. gaúcha Odont.** v.40, n.6, p. 421-2, 1992.

40. PODSHADLEY, A. G.; SHANNON, J. H. Oral hygiene performance of elementary school children following dental health education. **J. Dent. Child.** v.37, p. 298-302, 1970.
41. RADENTZ, W. H. et al. An evaluation of two techniques of teaching proper dental flossing procedures. **J. Periodont.** v.44, n.3, p.177-82, 1973.
42. RADENTZ, W. H. et al. Teaching dental flossing to patients via television reinforced by individual instructions. **J. Periodont.** v.46, n.7, p.426-9, 1975.
43. RANTANEN, T.; SIIRILÄ, H. S.; LEHVILÄ, P. Effect of instruction and motivation on dental knowledge and behavior among wearers of partial dentures. **Acta odont. scand.** v.38, n1, p. 9-15, 1980.
44. ROTTER, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychological Monographs: General and Applied** v.80, p.1-28, 1966. apud ÖDMAN, P. A.; LANGE, A. L.; BAKDASH, M. B. Utilization of locus of control in the prediction of patients' oral hygiene performance. **J. clin. Periodont.** v. 11, n.6, p.367-72, 1984.
45. SANTOS, M. S.; MACHADO, W. A. S. A visão da prevenção através da realidade e do comportamento dos pacientes de uma faculdade. **Periodontia.** v.4, n.1, p.217-23, 1995.
46. SARIAN, R et al. Motivação: higiene bucal. Avaliação de diferentes métodos de motivação à higiene bucal aplicados em crianças de 7 a 12 anos de idade. **Rev. Ass. paul. cirurg. Dent.** v.43, n.1, p.13-5, 1989.
47. SCARPA, W. B. Efeito da higiene oral sobre a placa bacteriana. **Rev. gaúcha Odont.** v.38, n.5, p.358-68, 1990.
48. SHILLER, W. R.; DITTMER, J. C. An evaluation of some current oral hygiene motivation methods. **J. Periodont.** v.39, n.2, p.83-5, 1968.

49. SILNESS, J.; LÖE, H. Periodontal disease in pregnancy I prevalence and severity. **Acta odont. scand.** v.21, p. 533-51, 1963.
50. SILNESS, J.; LÖE, H. Periodontal disease in pregnancy II correlation between oral hygiene and periodontal condition. **Acta odont. scand.** v.22, p. 212-35, 1964.
51. STARKEY, P. E. A study of four methods of presenting dental-health information to parents. **J. Dent. Child.** v.29, p. 11-5, 1962.
52. STILLMAN, P. R. A philosophy of the treatment of periodontal disease. **Dent. Digest.** v.38, p.314, 1932.
53. SUTCLIFFE, P. A longitudinal study of gingivitis and puberty. **J. Periodont. Res.** v.7, n.1, p.52-8, 1972.
54. SUOMI, J. D. et al. The effect of controlled oral hygiene procedures on the progression of periodontal disease in adults: results after two years **J. Periodont.** v. 40, n.7, p.416-20, 1969.
55. SUOMI, J. D. et al. The effect of controlled oral hygiene procedures on the progression of periodontal disease in adults radiographic findings. **J. Periodont.** v. 42, n.9, p.562-4, 1971.
56. TAN, A. S. E.; WADE, A. B. The role of visual feedback by a disclosing agent in plaque control. **J. clin. Periodont.** v.7, n.2, p.140-8, 1980.
57. VITTEK, J. et al. Specific estrogen receptors in human gingiva **J. clin. Endocr.** v. 54, p.608-12, 1982. apud VAN STEENBERGHE, D. Distúrbios sistêmicos e o periodonto. In: LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral.** 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S. A., 1999. Cap. 10, p. 233-49.
58. VOORDE, H. E. V. A movie vs. chairside instruction to present preliminary oral hygiene information. **J. Periodont.** v. 43, n.5, p.277-80, 1972.

- 59.WEINSTEIN, P.; GETZ, T.; MILGROM, P. Oral self-care: a promising alternative behavior model. **J. Amer. dent. Ass.** v.107, n.1, p.67-70, 1983.
- 60.WEINSTEIN, R. et al. Psychological intervention in patients with poor compliance. **J. clin. Periodont.** v.23, n.4, p. 283-8, 1996.
- 61.WESTFELT, E. Rationale of mechanical plaque control. **J. clin. Periodont.** v.23, n.4, p.263-7, 1996.
- 62.WILSON JR., T. G. Compliance a Review of literature with possible applications to periodontics. **J. Periodont.** v.58, n.10, p.706-14, 1987.
- 63.WILSON JR., T. G. How patient compliance to suggested oral hygiene and maintenance affect periodontal therapy. **Dent. Clin. N. Amer.** v.42, n.2, p.389-403,1998.
- 64.ZAKI, H. A.; BANDT, C. L. The effective use of a self-teaching oral hygiene manual. **J. Periodont.** v.45, n.7, p.491-5, 1974.
- 65.ZAMORA,Y; NASCIMENTO, A. Eficiência de recursos de motivação para melhorar a higiene bucal de pacientes. Controle da placa dental e da gengivite. **Quintessência** v. 5, n.5, p.59-66, 1978.

Abstract

ABSTRACT

EVALUATION OF THE INFLUENCE OF TWO DIFFERENT METHODS OF INSTRUCTION IN THE MOTIVATION OF ORAL HYGIENE IN PATIENTS WITH PERIODONTAL DISEASE

The purpose of this study was to evaluate two different methods of motivation in 37 patients to a better plaque control. The patients had ages between 18 and 71 years old. There were 24 females and 13 males that were divided in two groups. The Group I was submitted to the association of direct orientation, where they received instructions about dental plaque and how to brush their teeth correctly and indirect orientation, where they were submitted to a lecture with illustrative slides where they received information about dental plaque, periodontal disease and the right technique to brush their teeth. The Group II received only the direct orientation. The patients had their plaque index and gingivitis index evaluated for 8 times in 4 months. The evaluation intervals was 1 week, 2 weeks and 1 month. The results showed that Group I had significant better results ($p < 0,05$) than Group II, reducing more their plaque index and gingival index. This study concluded that the association of direct and indirect orientation is more effective than direct orientation in patients' motivation.