

## Diferentes métodos de motivação no tratamento periodontal – revisão de literatura

### Different motivation methods in periodontal treatment - literature review

DOI:10.34119/bjhrv7n1-006

Recebimento dos originais: 01/12/2023

Aceitação para publicação: 02/01/2024

#### **Eliezer Canabarro Schussler**

Especialista em Implantodontia, Especialista em Ordotondia

Instituição: Centro Universitário Uninga

Endereço: 23661, Silver date Loop, Land Lakes - FL

E-mail: cdeliezercs@gmail.com

#### **Adrielen Henrique Picoli**

Especialista em Ortodontia

Instituição: Faculdade FAIPE

Endereço: Av. Beira Rio Sul, 3100, Jardim Europa, Cuiabá - MT

E-mail: Adrielenpicoli@hotmail.com

#### **Jose Roberto da Silva Dias**

Especialista em Implantodontia

Instituição: Faculdade de Sete Lagoas (FACSETE)

Endereço: 770 SE 2nd Ave, Deerfield Beach - FL

E-mail: josedias.usa.d@gmail.com

### **RESUMO**

Por muito tempo pensou-se que o controle de placa era de responsabilidade única do paciente, contudo, atualmente sabe-se que essa responsabilidade é dividida entre profissional/paciente. Cabendo ao profissional motivar o paciente para que tenha uma melhora na sua condição de higiene bucal. O objetivo do presente estudo foi buscar na literatura técnicas diferenciadas de motivação ao paciente periodontal, buscar resultados obtidos em estudos e discutir a respeito da motivação na doença periodontal. Para isso foi feita uma busca bibliográfica em Pubmed e Bireme, entre outros. Foram buscados trabalhos principalmente a partir do ano de 2000. Os resultados encontrados evidenciam a importância da motivação ao paciente periodontal. Técnicas empregadas como palestras ministradas pelos profissionais, vídeos, visualização de folders explicativos sobre a doença periodontal, explicação em macro modelo da higienização correta entre outras. Os artigos aqui apresentados, de uma maneira geral, discutem a importância em diferenciar os métodos de motivação aplicados, nos quais os pacientes que tiveram essa motivação extra, apresentaram os melhores níveis de higiene bucal em relação aqueles que não participaram de forma direta do método do grupo de motivação. Conclui-se que o profissional deve motivar o paciente para que ele se sinta seguro em relação ao tratamento, fazendo com que ele tenha a convicção que é uma peça fundamental. Profissional e paciente motivados, pode juntos chegar ao sucesso do tratamento.

**Palavras-chave:** motivação, tratamento periodontal, manutenção periodontal, saúde periodontal.

## ABSTRACT

It was long thought that the control board was the sole responsibility of the patient, however, currently it is known that this responsibility is divided between the professional / patient. Fitting the professional motivate the patient to have an improvement in their condition of oral hygiene. The aim of this study literature for different techniques of motivation to the periodontal patient, get results from studies and discuss about the motivation in periodontal disease. To this was done a literature search in PubMed and BIREME, among others. Works were sought mainly from the year 2000. The results show the importance of motivation to the periodontal patient. Techniques used by professionals such as lectures, videos, viewing explanatory brochures about periodontal disease, explanation macro model of correct hygiene and others. The articles presented here, in general, discuss the importance of differentiating the methods of motivation applied, in which patients who had that extra motivation, showed the highest levels of oral hygiene in relation to those who did not participate directly in the method motivation group. It is concluded that the professional should encourage the patient to make him feel safe in the treatment, causing him to have the conviction that it is a fundamental part. Professional and motivated patient, can get together with successful treatment.

**Keywords:** motivation, periodontal treatment, periodontal maintenance, periodontal health.

## 1 INTRODUÇÃO

A doença periodontal, é uma enfermidade causada pelo acúmulo de biofilme bacteriano na região do periodonto. A doença periodontal é uma doença inflamatória que causa alteração patológica dos tecidos periodontais (gengiva, ligamento periodontal, cemento e osso alveolar). Já o cálculo dental nada mais é do que a placa bacteriana endurecida. A maior dificuldade enfrentada pelos pacientes portadores de doença periodontal consiste no controle do acúmulo de placa sobre as estruturas dentais. (LORENTZ et al., 2005).

A má higienização do paciente leva ao acúmulo de placa bacteriana. Sendo essa, uma massa densa, não calcificada, constituída por microrganismos envolvidos numa matriz rica em polissacarídeos extracelulares bacterianos e glicoproteínas salivares, firmemente aderida aos dentes, cálculos e outras superfícies da cavidade bucal. Na maioria das vezes a placa se desenvolve sobre a película adquirida, que é um biofilme derivado da saliva que reveste toda a cavidade bucal. (GEBRAN et al., 2002).

O tratamento da doença periodontal baseia-se principalmente na desorganização e controle rigoroso da placa bacteriana. No caso da gengivite instruções de higiene oral e a eliminação de fatores de retenção de placa parecem ser suficientes para o controle da saúde periodontal do paciente. Já para a periodontite, além dos procedimentos acima descritos deverão ser executados procedimentos de raspagem supra e subgengival, alisamento radicular e polimento coronário. (LORENTZ et al., 2005).

Lascalá (1997) descreveu que em periodontia, a prevenção é aplicada em três condições: no estado de saúde para manter a integridade gengivo-periodontal, criando condições que impeçam a instalação de um processo patológico nestes tecidos; outra é quando a doença já esta estabelecida, para estacionar o seu progresso e, em casos bem iniciais, fazer com que regrida totalmente. A última se refere as medidas preventivas aplicadas após o tratamento periodontal, quando as estruturas gengivo-peridontais apresentam novamente características de normalidade. Esta fase, chamada de controle e manutenção, atuará no sentido de prevenir a instalação de novas doenças. No entanto, uma prática de higiene bucal apropriada parece ser o fator relativo ao paciente mais importante para garantir uma estabilidade, a longo prazo, dos resultados do tratamento (LINDHE & NYMAN, 1984).

Friedrich e outros (1998) ressaltam que a relação terapeuta-paciente influencia a motivação em vários níveis, incluindo o psicológico. Para o sucesso do tratamento, o terapeuta deve ser capaz de motivar, e o paciente deve estar receptivo aos esforços do mesmo.

É difícil definir exatamente o conceito de motivação, uma vez que este tem sido utilizado com diferentes sentidos. De modo geral, motivação é tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma ou, pelo menos, que dá origem a uma propensão a um comportamento específico, podendo este impulso à ação ser provocado por um estímulo externo (provindo do ambiente) ou também ser gerado internamente nos processos mentais do indivíduo (CHIAVENATO, 1999).

A motivação é muito importante para promover a saúde bucal dos pacientes. A motivação no controle mecânico do biofilme dental é a peça chave para a promoção do autocuidado e preocupação com a saúde bucal. Estudos nacionais demonstram que com o processo de motivação dos pacientes na higienização bucal ocorre uma redução na quantidade de placa bacteriana e na presença de sangramento gengival. (DITTERICH et al., 2007).

Algumas sugestões para melhorar a motivação, e conseqüentemente o nível de cooperação dos pacientes ao tratamento, foram feitas: como simplificar as instruções do comportamento que deve ser seguido pelo paciente, acomodar suas sugestões às necessidades do paciente para que ele se satisfaça mais facilmente, lembrar o paciente da próxima consulta através de telefonemas ou cartas, comunicar-se com o paciente para assegurar de que não haja dúvidas em relação aos cuidados de manutenção. Ainda assim, passar por escrito todas as informações fornecidas, reforçar positivamente os cuidados de higiene enfatizando as melhorias alcançadas pelo paciente, e finalmente, identificar não cooperadores em potencial antes do início da terapia é muito importante (WILSON, 1987).

Araújo et al. (2003) questionaram o uso do fio dental em 473 universitários, e verificaram que 72% o utilizam, e destes, 66% usam mais de uma vez ao dia. Observou-se também diferença em relação ao sexo quanto ao seu uso, demonstrando que as mulheres parecem ter maior conhecimento e preocupação com a saúde e são as que utilizam com maior frequência.

É importante então, que haja um estímulo para que ocorra interesse por parte dos pacientes em realizar o controle de placa supragengival, através da higiene bucal diária. O paciente tem que ter o conhecimento do seu tratamento, conhecer a causa e a prevenção, e o profissional através disso deve motiva-lo para que esse tenha uma maior colaboração no tratamento alcançando assim os objetivos propostos. Sendo assim podemos nos perguntar: qual a importância da comunicação na motivação do paciente para o controle de placa? Que diferentes formas de abordagem o cirurgião- dentista pode usar para motivar seu paciente? Existe uma melhora nos resultados de controle de placa se outras formas de motivação forem empregadas?

## **2 OBJETIVO**

Este trabalho tem por objetivo mostrar que a comunicação e motivação ao paciente são muito importantes frente ao tratamento periodontal. Pois, se paciente colaborar e sentir-se motivado, terá maior sucesso ao controle de placa levando assim a uma melhora na saúde bucal ao longo do tempo.

## **3 METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Para realizar essa revisão buscaram-se evidências em livros presentes nas bibliotecas do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), além de acesso a artigos científicos nas bases de dados PubMed e Bireme. O portal de pesquisa Google Acadêmico foi também utilizado pela presente revisão. Os descritores (palavras-chave em português: motivação e tratamento periodontal ou manutenção periodontal ou saúde periodontal). Descritores em inglês: motivation AND periodontal treatment or periodontal maintenance or periodontal health. O tema da presente pesquisa foi pesquisado entre o mês de novembro de 2011 até o mês de junho de 2012.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 A IMPORTÂNCIA DA MOTIVAÇÃO PARA O CONTROLE DE PLACA

Abegg et al. (1997) avaliou os hábitos bucais de 478 adultos e constatou que o número de escovações diárias mais frequentes foi de 3 vezes ao dia e que a frequência estava relacionada com o nível sócio-econômico, onde uma condição sócio-econômica baixa apresentava um menor hábito de escovações diárias. Quanto ao uso do fio dental, 67,5% dos entrevistados relataram que o utilizavam e verificou-se que 81,7% das pessoas de categoria sócio-econômica alta usavam fio dental, contra 52,8% das pessoas de categoria sócio-econômica baixa, sendo esta diferença significativa. Quanto à prática de uso do palito dental, ao contrário do fio dental indivíduos de categoria sócio-econômica mais baixa e homens usam o palito com mais frequência, assim como a idade, que seu uso aumenta à medida que a idade dos indivíduos aumenta.

A educação é uma ferramenta que transforma o indivíduo socialmente, não apenas educação formal, mas qualquer ação educativa que propicie o repensar e a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e que estimulem a criatividade.

Assim a educação em saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido da mudança. O conceito adotado do processo saúde/doença é que vai definir as ações de educação. (PETRY & PRETTO, 1999).

O processo educativo é usado em odontologia visando mudanças de comportamento necessárias à manutenção, aquisição e promoção de saúde. (PETRY & PRETTO, 1999).

Wilson et al. (1993) se propuseram a analisar os efeitos e esforços para melhorar a motivação e os níveis de cooperação ao tratamento dos pacientes, durante cinco anos. Os esforços para aumentar a cooperação incluíram consultas oferecidas cedo pela manhã, antes do trabalho e também em finais de semana selecionados, treinamento foi fornecido para as THDs dos clínico-gerais, assim o paciente poderia optar por continuar a terapia periodontal de suporte com o especialista ou clínico-geral, de acordo com sua conveniência. Além disso, a próxima consulta era marcada antes que o paciente saísse do consultório, e lembrada através de telefonemas e carta. Toda a equipe era educada sobre a importância da terapia periodontal de suporte, inclusive os pacientes que eram informados sobre a importância da cooperação. Aqueles que não haviam sido colaboradores anteriormente foram informados das possíveis consequências negativas desse comportamento e as razões para essa atitude foram expostas para tentar contorná-las quando possível. Esses esforços mostraram um aumento da cooperação

completa de 16%, no início do estudo, para 32%, e a diminuição de 34% para 20% dos pacientes não colaboradores.

Bandler e Grinder (1982), É importante pensar que “os sistemas representacionais – visual, auditivo, cinestésico, olfativo e gustativo – são muito importantes para a compreensão de virtualmente qualquer esforço humano, pois é através deles que vivenciamos o mundo”. Sendo assim o profissional pode lançar mão de alguns meios de comunicação diferenciado citado a seguir:

Conscientização lógica (sistema auditivo), após exame clínico e diagnóstico, o profissional deve apresentar o caso a seu paciente, definindo claramente a enfermidade, indicando os pontos mais afetados pela doença, podendo usar, por exemplo, fichas de índice de placa (IPV) e de sangramento gengival (ISG), descrevendo o plano de tratamento a ser realizado, enfatizando a importância da colaboração do paciente para o sucesso final do trabalho. (PETRY & PRETTO, 1999).

Estímulo visual, frente ao espelho o profissional pode mostrar a seu paciente a presença de cavidades cariosas, manchas brancas, sangramento gengival á sondagem ou a placa bacteriana corada por agentes reveladores. Em muitos casos, este é um apelo de forte impacto para o paciente, neste momento cria-se uma situação favorável à motivação, pois a visualização das cavidades, manchas, sangue ou placa corada são imagens marcantes, superando qualquer palavra. (PETRY & PRETTO, 1999).

Estímulo cinestésico, o profissional pode chamar a atenção de seu paciente para a sensação dolorosa que acompanha alguns casos agudos da doença periodontal e caries, assim motivando-o para que haja uma mudança em seus hábitos, a fim de que estes maus momentos vividos por ele além de serem controlados de imediato, não tornem a ocorrer. (PETRY & PRETTO, 1999).

Em seu trabalho, Couto et al. (2002) tinham como objetivo estabelecer um canal de comunicação principal com o paciente, que poderia ser visual, auditivo ou cinestésico para, em seguida, aplicar as técnicas de comunicação direta e indireta, suplementadas pelo Kit Periomotivacional (desenvolvido pelos autores) em pacientes com doença periodontal crônicas de adultos. E, por fim, avaliar a motivação de pacientes à higiene bucal e à frequência do retorno ao tratamento periodontal de manutenção.

Fizeram parte deste trabalho 135 paciente, sendo que 43 homens e 69 mulheres, com idade variando de 18 a 74 anos, com condições socioeconômicas semelhantes. Os pacientes foram divididos em dois grupos de 56 pacientes cada, grupo I (controle) e grupo II (experimental).

Os pacientes dos dois grupos receberam um espelho de mão para observar as áreas de placa, teve também orientação direta sobre o uso da escova dental convencional, escova dental unitufo e fio dental. Foram orientados a escovar os dentes de 3 a 4 vezes por dia (pela manhã, após almoço, de tarde, e principalmente antes de dormir). O tratamento ativo durou em média oito semanas.

No grupo experimental (grupo II), para o processo de comunicação *direta*, foi utilizado o canal de comunicação que melhor adaptou-se ao paciente, de acordo com um questionário previamente aplicado. A partir dos resultados de cada paciente, selecionou-se o veículo de comunicação (auditivo, visual ou cinestésico). Ainda no grupo experimental, houve a aplicação do kit periomotivacional que era composto por 6 recursos didáticos: Fascículo de prevenção; Filme em videocassete; Dente seccionado (macro-modelo); Mandíbula em tamanho natural, expondo as várias fases da reabsorção e degeneração óssea; Pôster (25x35cm) ilustrando em corte longitudinal as relações e componentes anatômicos do dente e do periodonto; Prospectos – em linguagem popular sobre a doença periodontal e sua prevenção. Na comunicação *indireta* foi utilizado o fascículo de prevenção, filme de videocassete e materiais impressos.

Para efeito de análise estatística, foi considerada a frequência de retorno para o tratamento periodontal de manutenção e os índices médios de placa bacteriana de 72 pacientes – representados por 45 do sexo feminino e 27 do sexo masculino- 36 do grupo controle, e os primeiros 36 por ordem cronológica de agendamento, do grupo experimental que cumpriam todas as etapas advindas do tratamento e que se apresentaram para a consulta de reavaliação. Os demais 40 pacientes foram excluídos da análise estatística, sendo que 12 pacientes do grupo experimental foram excluídos da análise a fim de que permanecessem apenas 36 para se igualar ao número de pacientes do grupo controle.

O tratamento periodontal de manutenção se iniciou três meses após a fase ativa do tratamento periodontal não cirúrgico. Pelos testes feitos, quando comparado cada grupo ao longo do tempo, pode-se observar uma diferença significativa apenas para o grupo experimental – de 88,5% para 22,9%- não obstante ser clinicamente relevante a média de redução do índice de placa do grupo controle de 89,1% para 31,8%.

O estudo revelou que o canal de comunicação dos pacientes do grupo experimental, foram 50% para visual, 30,5% para o auditivo e 19,5 para cinestésico. Sendo assim, constatou-se que as consultas de retorno do grupo experimental foram maiores, com um valor de 73,9% em relação ao grupo controle, que apresentou 54,4% de retorno. Portanto, pode-se concluir que estimular o paciente com métodos diferenciados, explicando e orientando para que ele sintasse-se mais motivado, é uma maneira eficaz para que chegue ao objetivo do tratamento. Visto que, ao

notar resultados positivos, o paciente estará disposto a voltar às consultas e dar continuidade ao tratamento, garantindo o sucesso e eficácia do mesmo.

Para motivar o paciente, é importante que ele compreenda o que está acontecendo no momento, qual o seu tratamento e como é a sua prevenção. O estudo de (MARIN et al., 2008) mostra o nível de conhecimento do paciente periodontal, a partir da aplicação de um questionário aos pacientes que faziam parte do programa de tratamento das clínicas de Periodontia I e II.

A amostra foi composta por 63 pacientes, sendo 23 homens e 40 mulheres; a idade dos homens variou de 21 a 70 anos e a das mulheres ficou entre 12 e 78 anos. Os dados foram organizados e analisados segundo objetivos específicos, mediante distribuição de frequência (relativa e absoluta).

A análise entre o nível de informação no início e no término do tratamento foi efetuada por comparação das frequências relativas das alternativas corretas. Na análise dos resultados desse estudo, segundo o gênero, identificou-se que, de modo geral, os sujeitos integrantes tiveram um acréscimo de conhecimentos, quando foram comparadas as respostas emitidas às questões que enfocavam aspectos sobre etiologia da doença periodontal, características clínicas e meios de preveni-la. Em relação ao desempenho dos homens comparados ao das mulheres, pode-se afirmar que estas apresentaram uma melhora superior. As mulheres mostraram-se também, mais facilmente motivadas a melhorar seus hábitos de higiene bucal, o que pode explicar um notório aumento de conhecimento para todas as questões, enquanto que nos homens não houve esse resultado. As questões abordavam a doença periodontal, suas características clínicas, etiologia e meios de preveni-la.

Demais questões tratavam de fatores secundários e características da doença periodontal. Pode-se concluir que em geral, houve uma melhora no aproveitamento do percentual de acerto nas questões. Contudo, apesar de haver melhora no percentual de acerto de ambos os sexos, ficou claro que grande parte dos pacientes continua com um grau de informações relativamente baixo no que diz respeito aos fatores de risco às doenças periodontais. Então, deve-se sempre informar e explicar ao paciente a respeito do problema bucal que ele está tendo, quais são os principais agentes causadores, e como é sua prevenção. A partir daí, expor o melhor tratamento, e utilizar os mais diversos métodos motivacionais, para que o paciente entenda a importância da frequência nas consultas de manutenção e sintasse satisfeito com os resultados positivos que posteriormente virão a ser encontrados.



#### 4.2 DIFERENTES ABORDAGENS PARA MOTIVAR O PACIENTE E SEUS RESULTADOS

Motivar os pacientes é uma das tarefas mais difíceis para a odontologia, pois não segue uma técnica definida. A motivação humana é muito complexa, esta baseada em uma combinação de expectativas, ideais, crenças, sentimentos, esperanças, atitudes, valores que iniciam, mantêm e regulam o comportamento. (PETRY & PRETTO, 1999).

Novaes et al., em 1996, conduziram um estudo em que foram utilizados diferentes meios para se alcançar um nível maior de colaboração com a manutenção, como panfletos explicativos antes do início do tratamento, consultas confirmadas por meio de cartas e telefonemas, uso de repetidas cartas e panfletos quando de abstenção prolongada, e diálogo com o clínico geral que encaminhou o paciente. O resultado mostrou que 25% dos pacientes não cooperaram, 40% cooperaram regularmente e 34% irregularmente. Os autores acreditam que uma atenção pessoal do clínico é fundamental para se obter cooperação em longo prazo. Apesar de este conceito consumir maior tempo e ser custoso em muitas clínicas, os cuidados oferecidos por higienistas dentais podem não ser bem aceitos por parte dos pacientes.

A grande maioria das pessoas sabe que para ter uma boa saúde bucal é necessário escovar os dentes diariamente, mesmo assim com frequência a higiene oral é deficiente. Os procedimentos de controle mecânico de placa, por exemplo, são difíceis, exigem tempo, destreza e perseverança e, conseqüentemente só se obtém participação adequada de pacientes bem motivados. (PETRY & PRETTO, 1999).

Para que busque uma maior motivação por parte do paciente o profissional pode atuar em três níveis diferentes, como o cognitivo, afetivo e o psicomotor. Nível cognitivo é o nível de conhecimento, da informação. Todas as explicações sobre a enfermidade devem ser passadas de forma lógica, clara e direta para que o paciente tenha sido esclarecido todas suas duvidas sobre a sua situação e necessidades. Estas informações devem respeitar o nível cultural de cada paciente, sendo fundamental adequar a linguagem a ser empregada, tendo uma comunicação correta. Nível afetivo é o nível que se estabelece uma relação de confiança, onde o profissional demonstra que toda a sua preocupação é com a saúde do paciente; o objetivo central do tratamento, a promoção de saúde bucal, deve ficar bastante evidenciado, gerando um clima de colaboração de grande importância para o resultado final do tratamento. Nível psicomotor é o nível de atuação mecânica por parte do paciente, conseqüente do treinamento e da execução de atividades, como por exemplo, controle de placa bacteriana através da escovação. (PETRY & PRETTO, 1999).

Em seu estudo Magalhães (2008), teve como objetivo utilizar dois métodos de motivação ao paciente. Um deles foi a abordagem direta feita no consultório como convencionalmente é feito, no outro método os pacientes participaram de palestras com utilização de dispositivos, quando foram dadas novas explicações sobre a placa bacteriana e sua relação com as periodontopatias. O trabalho propôs 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.

O estudo foi feito com 37 pacientes da disciplina de periodontia que estavam realizando tratamento periodontal (já haviam realizado raspagem e polimento corono-radicular), na clínica integrada de periodontia e prótese. Nesta convocação os pacientes eram convidados a participar de um programa de prevenção e orientação que fazia parte de um estudo que estava sendo realizado. Todos os pacientes foram submetidos a uma entrevista, em que houve a aplicação de um questionário elaborado pelo profissional. Foi feito um questionário detalhado para traçar o perfil dos pacientes e relacioná-lo com a motivação conseguida.

Depois de realizado o questionário, foi feita uma avaliação geral das condições de saúde com os registros de sondagem, IPV com evidenciado em forma de pastilhas e ISG. Após a obtenção dos dados do questionário e da primeira avaliação dos índices de placa e gengival, os pacientes foram divididos em dois grupos, sendo o grupo I o grupo teste e o grupo II o controle. Dezenove foram incluídos no grupo I e 18 no 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. Após, foram feitas instruções de higiene bucal para o uso correto do fio dental nas faces proximais dos dentes, e técnicas de escovação demonstradas em modelos de gesso. A técnica empregada para a escovação foi a de BASS, Após receberem as instruções sobre a higienização, os pacientes recebiam uma escova dental da marca WISDOM com cerdas macias e cabeça de tamanho médio. Juntamente com entrega da escova, era passada instrução com relação ao tipo de escova que deveria ser usada, sendo ela de características semelhantes a da que estavam recebendo. Assim, os pacientes foram encaminhados para a realizarem a remoção da placa evidenciada, utilizando a escova e fio dental com as técnicas que lhes foram passadas.

Durante essa primeira realização da técnica, os pacientes foram auxiliados e supervisionados pelo profissional, para que executassem a escovação com maior precisão, conseguir ter um melhor controle motor, visto que era um hábito novo que estavam adquirindo. Foi executada a técnica de escovação e fio dental até que toda a placa fosse removida, ou seja, para que seu índice de placa naquele momento 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. A palestra foi realizada em sala de aula da própria faculdade, com a utilização de dispositivos ilustrativos que foram apresentados por um profissional. Na palestra foram apresentadas ilustrações sobre a placa bacteriana evidenciada e cálculo, sobre as diferenças entre gengivite e periodontite e as consequências que estas doenças poderiam acarretar, tais como inflamação, sangramento, recessões gengivais, mobilidade dentária podendo chegar até a perda dos dentes. Também foi falado, 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 periodontia. Por fim foram reforçadas as técnicas de escovação e de utilização do fio dental com o uso de dispositivos ilustrativos.

Ao final da palestra cada paciente recebeu um folheto ilustrativo que 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 de placa para que tivesse os dados das condições de IPV e ISG inicial dos pacientes, posteriormente se repetiram mais 7 avaliações com intervalos diferentes. Os três primeiros intervalos foram de uma semana cada, os dois subsequentes foram de duas semanas cada e os dois últimos foram de quatro semanas, totalizando um período de quatro meses de avaliação.

A intenção do autor ao fazer essas avaliações, foi analisar se havia alguma relação entre o controle de placa realizado pelos pacientes e a presença do dentista “policinando” a sua higienização.

Nos resultados apresentados no trabalho, em comparação entre os dois grupos os valores de IPV se mostraram semelhantes no tempo em T0 (é o tempo inicial do estudo), e seguidamente em T1(sete dias após início) já teve um resultado significativo. Após a realização das orientações direta e da palestra, os resultados obtidos pelo grupo I mostraram-se superiores ao do Grupo II.

Para o IPV, os valores se mostraram com diferença estatisticamente significativa desde T0, ou seja, os grupos apresentavam valores diferentes desde o início. Mas isso não impede de

avaliar os resultados em que o Grupo I teve resultados superiores que o grupo II, que teve uma queda maior no índice de ISG, em comparação ao Grupo II que não recebeu a palestra.

Outro fator importante para se destacar do trabalho é que nenhum paciente utilizava a técnica de BASS para a escovação, onde a técnica que foi relatada com maior frequência era de escovação com movimentos circulares em todo o arco dentário, que na prática não seguem nenhum padrão.

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.

Como conclusão do trabalho, pode-se afirmar que o método de orientação direta associada a orientação indireta apresentada aos pacientes apresenta resultados superiores ao método de orientação direta utilizado isoladamente, promovendo assim, uma maior motivação dos pacientes para um melhor controle de placa.

O método utilizado não permite identificar um perfil dos pacientes não colaboradores com relação idade, gênero e tabagismo.

De maneira geral, na prática clínica diária, é importante que os cirurgiões-dentistas adotem como protocolo entrevistar o paciente de forma detalhada, buscando conhecer seu histórico médico e associar tais informações com aquelas obtidas em um adequado exame clínico. O tempo investido na execução de uma detalhada anamnese e exame clínico durante a consulta inicial favorecerá a abordagem terapêutica, e sem dúvida, propiciará melhores prognósticos. Atender o paciente contemplando todos os aspectos de sua saúde bucal juntamente com a saúde geral, implica na mudança de hábitos e na incorporação de uma nova cultura.

DUTRA et al., (2005) fala em seu estudo que a motivação, na prevenção da doença periodontal, é a chave do sucesso. Cita também que é muito importante separar o que é motivar e o que é dar instruções de higiene bucal. Motivação é o trabalho base para a instrução e deve incluir informações sobre a patogênese da doença periodontal, sua etiologia, consequências, assim como os princípios básicos para sua prevenção.

Este trabalho avaliou, por meio de uma análise quantitativa, os resultados de dois projetos de educação em saúde bucal, um individual e outro coletivo, quanto a motivação de práticas de autocuidado e modificações de comportamento de pacientes em manutenção periodontal.

O estudo avaliou 50 pacientes do projeto de Terapia Periodontal de Suporte da FOUFMG atendidos em 1999 e recebeu aprovação do comitê de Ética em pesquisa da UFMG-

COEP. Os pacientes foram divididos em dois grupos G1(28 pacientes), formado pelos primeiros pacientes que ingressaram no PTPS, e o G2 (22 pacientes), formado pelos pacientes que foram chamados para o segundo atendimento. Para o G1, foi desenvolvida uma metodologia educativa individual na sala de clínica e para, o segundo G2, foi desenvolvida uma metodologia coletiva, pela realização de grupos focais, em uma sala de aula da FOUFMG.

A metodologia individual trabalhou duas entrevistas estruturadas, inicial e final. Esse instrumento apresenta um roteiro de questões predefinido, que permite ao entrevistador manter a lógica do tema que pretende explorar. Para ajuste desse instrumento, o roteiro de questões foi pré-testado em um estudo piloto. A entrevista inicial se propôs levantar as dúvidas dos pacientes e essas dúvidas, posteriormente, foram trabalhadas, em sessões educativas, com intervalos de 30 dias por 4 meses consecutivos. Com o material educativo auxiliar, foram utilizados três folders criados para o trabalho de uma cartilha desenvolvida pelo PTPS. Na última sessão, foi realizada a entrevista final, avaliando a apreensão do conteúdo trabalhado, o desenvolvimento do autocuidado e as mudanças comportamentais relatadas.

A metodologia coletiva empregou grupos focais (dois grupos de 11 pacientes) com um roteiro não estruturado, seguindo os mesmos conteúdos e objetivos das entrevistas individuais e com os mesmos intervalos de tempo. As sessões foram gravadas e a pesquisadora complementou as informações obtidas com anotações do diário de campo. Na última sessão de grupo, avaliou-se também a apreensão do conteúdo trabalhado, o desenvolvimento do autocuidado e as mudanças comportamentais relatadas. Para avaliação quantitativa, foram utilizados Índice de higiene oral simplificado, medida da capacidade de autocuidado e higiene bucal e a PSSS (porcentagem de sangramento a sondagem por sítios), como critério de estado de saúde-doença.

A coleta dos índices foi realizada por um único pesquisador após a calibração intra-examinador.

Para avaliar os dados de PS (Pontos sangrantes), os participantes foram divididos de acordo com o percentual de pontos sangrantes do início do estudo (linha base) e agrupados em três faixas: F1 (0% - 40% de sítios sangrantes), F2 (de 41% - 60%) e F3 (61% ou mais). Inicialmente foi avaliada a variação de cada paciente. Em seguida, estes foram agrupados a partir dos marcos iniciais (F1, F2, F3) para análise da variação média da PSSS, obtendo-se o perfil de variação dos pacientes dos G1 e G2. Para a análise do IHO-s (Índice de Higiene Oral-simplificado), foi adotada a mesma linha base em três faixas (F1, F2, E F3), com os mesmo intervalos de percentual, perseguindo-se o mesmo processo para variação da quantidade de placa observada, incluindo a avaliação da significância (teste T-student).

Na variação de pontos sangrantes, verificou-se que, para os pacientes do G1 na faixa de F1(0% a 40%), houve uma redução média de 30% de sítios sangrantes do primeiro momento de sondagem para o segundo, a qual praticamente se manteve ao fim do estudo com 39% de redução média. No G2, na mesma faixa de F1(0% a 40%) observou-se redução média inicial de 15%, alcançando 65% ao final do estudo.

Comparando os dois grupos, G1 e G2, na faixa F2(41% A 60%), constatou-se, ao final do estudo, uma redução média da PSSS maior no G2 (68%), além de um padrão mais uniforme de decréscimo do sangramento a sondagem nesse grupo. Por final, entre os pacientes que iniciaram na F3 (acima de 61%), os pertencentes ao G1 obtiveram uma redução média inicial de 27% da PSSS, que evoluiu para 42% de redução média ao final do estudo. Os pacientes do G2 tiveram uma redução média crescente durante o programa, que iniciou em 19% da PSSS, evoluindo gradativamente até 58% da PSSS ao final do estudo.

Com estes resultados, observou-se um melhor desempenho dos pacientes do G2( participantes da metodologia coletiva) em relação a diminuição da porcentagem média de sítios sangrantes a sondagem quando comparados aos pacientes do G1( participantes da metodologia individual);

Analisando os resultados relativos ao IHO-s observou-se que, nos pacientes do G1-F1 (0% a 40%), houve uma redução média do IHO-s de 35% até o fim do experimento, quanto nos pacientes G2-F1, essa redução alcançou 75% ao fim do estudo. Entre os pacientes que iniciaram na F2 (41% a 60%) do G1, observaram-se dois perfis de comportamento quanto a redução média de IHO-s. Em um, houve uma redução média inicial de 37%, que diminuiu para uma média de 25% ao fim do estudo. Em outro, houve uma redução média que alcançou 55% ao fim do estudo. Paralelamente, no G2, observou-se uma redução média do IHO-s que alcançou 66% ao fim do programa, portanto maior que nos dois perfis de redução média de IHO-s do G1. Na análise dos dados da F3 (acima de 61%), observaram-se, novamente, dois perfis de redução média de IHO-s, no G1. Em um houve uma redução média que chegou a 74% e, no outro, houve uma redução média que se manteve, a partir do segundo momento de medida até o final do estudo, em torno de 52%. Paralelamente, no G2, observou-se uma redução média do IHO-s que alcançou 74% ao fim do programa.

Foi observada uma maior uniformidade nas reduções médias dos IHO-s dos pacientes do G2(método coletivo) em relação aos pacientes do G1, no qual houve uma variação de perfis de comportamento para pacientes submetidos à mesma metodologia (individual).

Então, pode-se afirmar, que pelos resultados apresentados deste estudo, é possível observar que a redução média do IHO-s alcançada pelos pacientes do programa educativo

individual foi de 48,2%, enquanto que no programa coletivo (grupo focal) foi de 77%. A redução média de PS alcançada pelos pacientes do programa educativo individual foi de 41%, enquanto a dos pacientes do programa coletivo (grupo focal) foi de 63,3%.

Esses dados nos permitem concluir que o programa com a metodologia coletiva foi mais efetivo na motivação para o autocuidado e para mudanças comportamentais do que o programa com metodologia individual.

Calvasina & Nuto (2009) fala que os portadores de periodontite crônica deste estudo, encontravam-se motivados para cuidar de sua saúde oral, principalmente quando chamados para as consultas de manutenção, apesar de persistirem quadros inflamatórios, ou seja, as narrativas subjetivas dos pacientes divergiam dos aspectos biológicos identificados nos exames. Sob o ponto de vista da relação terapêutica, ocorre ainda despreparo dos profissionais de saúde bucal, para despertar o autocuidado e motivação em seus pacientes crônicos, os quais passam a utilizar estratégias culturais para resgatar a motivação e promover a própria saúde. As instituições formadoras devem capacitar os futuros profissionais de Odontologia para cuidar de seus pacientes, não apenas do ponto de vista técnico, mas também de forma a garantir a compreensão da diversidade e da heterogeneidade da realidade social e da singularidade da subjetividade humana, possibilitando o desenvolvimento da autonomia e da capacidade de superação individual e coletiva no enfrentamento das situações de saúde-doença (Vasconcelos, 2001). Os portadores de periodontite crônica necessitam conhecer sua doença e aprender a conviver com ela, minimizando os efeitos causados, por meio de uma adesão consciente ao tratamento.

## 5 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A placa bacteriana é o principal fator etiológico responsável pela doença periodontal, e sua remoção, ou desorganização, está intimamente relacionada com a prevenção e o sucesso do tratamento periodontal. Sendo assim, é necessário melhorar os hábitos e o comportamento das pessoas, procurando modificá-los ou aperfeiçoá-los, visando a melhora do seu estado de saúde. Para obter sucesso no tratamento da doença periodontal, não basta que o profissional faça uma intervenção correta, ele terá, também, que dar novas explicações a fim de remotivar o paciente para um bom controle da placa. A motivação é a base para um processo de educação para a saúde. A comunicação em saúde tem como principal objetivo promover uma mudança de atitude do paciente quanto aos hábitos relacionados à saúde bucal. Nesse sentido, a comunicação entre dentista e paciente precisa ser facilitada (MARIN et al., 2008).

Na abordagem de promoção de saúde periodontal, cabe também ao profissional realizar a instrução de higiene aos pacientes. Sendo esta uma das tarefas mais difíceis da odontologia,

cuidados devem ser tomados para que a abordagem seja mais adequada possível para o paciente individual. Portanto, na instrução de higiene bucal, devem ser levados em consideração aspectos afetivos, cognitivos e psicomotores do paciente. (OPPERMANN & RÖSING, 1999).

Isso por sua vez requer uma otimização da habilidade do paciente e uma motivação contínua e reforçada para a realização mecânica desta prática. A autoconsciência do problema também é um aspecto importante para que os pacientes possam efetivamente participar do tratamento (CALVASINA & NUTO, 2009).

O determinante clínico mais importante na terapia periodontal não é a técnica (cirúrgica ou não-cirúrgica) utilizada para a eliminação da infecção subgengival, mas a qualidade do programa de motivação, de manutenção e controle (WESTFELT et al., 1983).

É fundamental que o profissional esteja convicto da importância de sua mensagem de promoção de saúde bucal, pois só assim será possível produzir uma motivação íntima que leve o paciente a alterar seus hábitos. O paciente deve ser conscientizado da importância de sua participação ativa no tratamento, deixando a posição passiva de apenas receber os cuidados do profissional. Deve-se fazê-lo entender e crer que é o maior interessado em sua saúde bucal, como também o maior responsável por ela. Uma alteração positiva do quadro clínico só ocorre quando o paciente acreditar que é parte indispensável do tratamento a sua conduta caseira de autocuidados. (PETRY & PRETTO, 1999).

Os estudos mostram que aliando tais métodos de motivação previamente discutidos, o índice de colaboração do paciente pode se tornar maior. É possível que com o passar do tempo os pacientes voltem a cooperar negativamente com a terapia periodontal de manutenção, apesar da motivação fornecida. Para que isso seja evitado, é de forte evidência que os métodos de motivação sejam constantemente apresentados aos pacientes, para que haja uma crescente colaboração com o passar do tempo.

Foram apresentados alguns trabalhos que têm a finalidade discutir a respeito de técnicas sobre a motivação do paciente, a comunicação e nível de conhecimento destes. Mostram os resultados que se obtêm melhor nível de cooperação quando grupos de pacientes que receberam diferentes técnicas para sua motivação, entendimento e controle de placa, quando comparados com grupos de pacientes que não receberam as mesmas orientações do outro grupo.

## 6 CONCLUSÃO

Para que ocorra maior motivação por parte do paciente, devem-se adotar alguns métodos, como anamnese completa e entrevistas, que podem ajudar a traçar o perfil do paciente, adequando o tratamento especificamente.



É evidente que quando o profissional da saúde opta por inserir uma metodologia complementar de motivação, não se restringindo somente a dar instruções básicas de higiene bucal, que normalmente é feito com escova e fio dental, o tratamento periodontal torna-se mais efetivo. Ao serem submetidos a um programa motivacional diferenciado, com a devida atenção aos aspectos particulares de cada paciente, adotando métodos como palestras, adiversos, consultas de reforço, entre tantos outros, há maior adesão e colaboração ao tratamento.

Os índices se apresentam piores com o passar do tempo, talvez pela diluição das informações recebidas ou pela redução no tempo de contato do profissional com o paciente.

Os motivos pelo quais nem sempre as técnicas adotadas surtem resultados positivos ou nem todos os pacientes respondam igual ao mesmo tipo de técnica de motivação são muito variados e muito complexos.

Como sabe-se, grande parte dos pacientes não possuem muito conhecimento a respeito da doença periodontal, tão pouco entendem corretamente os métodos de higiene bucal. Sendo assim, é importante que o paciente periodontal receba explicação sobre a sua doença.

Cabe lembrar que os resultados alcançados durante a terapia parecem não permanecer nos bons níveis ao longo do tempo, o que confirma a necessidade de uma estratégia de manutenção realizada pelo profissional.

Por fim, vale ressaltar que a motivação para um eficiente controle do biofilme pelo paciente é uma importante chave no sucesso do tratamento. Quando o paciente está mais motivado, colabora mais e assim o resultado é melhor.

## REFERÊNCIAS

1. BANDLER, R. & GRINDER, J. **Sapos em Príncipes**. Editorial Summos, São Paulo, 1982
2. CALVASINA, P.G.; NUTO, S.A.S. **A Aliança na terapia periodontal de suporte: avaliando a motivação e o autocuidado na periodontite crônica**. Revista Periodontia, v. 19(2):54-63, 2009.
3. CHIAVENATO, Idalberto. Recursos Humanos: edição compacta. 5. ed. São Paulo: atlas. 1998.
4. COUTO, J.L.; COUTO, R.S.; DUARTE, C.A. **A Importância da Comunicação na motivação de pacientes: à higiene bucal e ao tratamento periodontal de manutenção**. Revista Gaúcha de Odontologia, v. 51(5):401-406, 2003.
5. FRIEDRICH, M. et al. **Combined exercise and motivation program: effect on the compliance and level of disability of patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial**. Archives Physical Medicine Rehabilitation, Chicago, no. 79, p. 475-485, 1998.
6. **GEBRAN, M.P.; GEBERT, A.P.O. Controle químico e mecânico de placa bacteriana**. Tuiuti: Ciência e Cultura, n. 26, FCBS 03, p. 45-58, Curitiba, jan. 2002.
7. LASCALA, N.T., **Prevenção na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 1997, 308p.
8. LINDHE, J; NYMAN, S. **Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease**. J. Clin Periodontology, V. 11: 504-514, 1984.
9. **LORENTZ, T.C.M.; COSTA, F.O.; MOREIRA, A.N.; SOUZA, C.M. Monitoramento dos parâmetros clínicos periodontais de pacientes submetidos à terapia periodontal de suporte, 8ª**, 2005. Extensão da UFMG de Belo Horizonte. Anais.
10. MAGALHÃES, Leonardo P.A. **Avaliação da influencia de dois métodos de instrução na motivação á higienização bucal em pacientes com doença periodontal**, 2002. 90f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Curso de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo.
11. MARIN, C.; RAMOS, F.K.; ZANATTA, G.B.; BOTTAN, E.R. **Avaliação do nível de Informação sobre doenças periodontais dos pacientes em tratamento na Clínica de Periodontia da Univali**. Revista Sul Brasileira de odontologia v. 5, n. 3, 2008.
12. **NOVAES A.B., NOVAES JR. A.B., MORAES N, CAMPOS G.M., GRISI MFM. Compliance w ith supportive periodontal therapy**. J Periodontol 1996; 67: 213-216
13. **OPPERMANN, R.V.; RÖSING, C.K. Prevenção e Tratamento das Doenças Periodontais**. In: Promoção de Saúde Bucal, 2ª edição. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1999.

14. PETRY, P.C.; PRETTO, S.M. **Prevenção e Tratamento das Doenças Periodontais**. In: Promoção de Saúde Bucal, 2ª edição. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1999.
15. SOLER, A.P.S.C.; PAULA, D.F.; CAMPANELLI, E.A.; BAZON, F.V.M.; OLIVEIRA, J.C.; FERREIRA, M.C.A.; BLASCOVI-ASSIS, S.M. **Motivação e humanização: fatores de relevância no tratamento terapêutico e na formação do profissional em reabilitação**. Caderno. de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 13-24, 2004.
16. VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2Ed. São Paulo: editora Hucitec/Sobral: edições UVA; 2001.
17. WESTFELT, E. et al. **Significance of frequency of professional tooth cleaning for healing following periodontal surgery**. J. Clin. Periodontol., Copenhagen, v. 10, n. 2, p. 148-156, Mar. 1983
18. WILSON T.G. **Compliance: a review o the literature with possible applications to periodontics**. J Periodontol 1987; 58: 706-714.
19. WILSON T.G., HALE S, Temple R. **The results and efforts to improve compliance with supportive periodontal treatment in a private practice**. J Periodontol 1993; 64: 311-314.