

The Importance of Communication in the Motivation of the Patients

A Importância da Comunicação na Motivação de Pacientes

À Higiene Bucal e ao Tratamento Periodontal de Manutenção

INTRODUÇÃO

As últimas três décadas foram marcadas por significativos avanços no campo da Periodontia em relação aos antimicrobianos, às técnicas cirúrgicas de regeneração do periodonto, aos implantes dentários e outros. Numerosos estudos clínicos têm procurado elucidar a doença periodontal. Mas, a grande importância deve ser dada à prevenção da doença periodontal, a qual relaciona-se à limitação das condutas terapêuticas, que, na tentativa de restaurar funcionalmente estruturas doentes, nem sempre obtém grande sucesso. No tratamento periodontal clássico, algumas vezes com a finalidade de propiciar saúde, cria-se uma condição anti-estética, pela retração gengival, em razão do alongamento da coroa dental. Em consequência, a anatomia gengival fina, conseguida com o tratamento periodontal, pode criar condições adversas para uma efetiva higienização, com predisposição à recidiva de doença periodontal e cáries radiculares. De todos os tratamentos oferecidos aos pacientes, nenhum será mais benéfico a estes, e gratificante para o profissional, que aquele que se presta para ajudá-los a preservar seus dentes naturais, livres de cárie e de doença periodontal.

Com relação à prevenção da doença periodontal, demonstrou-se experimentalmente que o processo inflamatório da gengiva pode ser controlado pela remoção da placa bacteriana dos dentes. Por isso, o primeiro objetivo da prevenção e do tratamento da doença periodontal é conseguir uma cavidade bucal livre de bactérias patogênicas mediante o controle doméstico e profissional. Este último é entendido como Tratamento Periodontal de Manutenção. A propósito, LASCALA²⁵ (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 está estabelecida, para estacionar o seu progresso e, em casos bem iniciais, fazer com que regrida totalmente. A última se refere às medidas preventivas aplicadas após o tratamento periodontal, quando as estruturas gengivo-periodontais apresentam novamente características de normalidade. Esta fase, chamada de controle e manutenção, atuará no sentido de impedir a instalação de novas doenças.

Considerando que um programa de manutenção periodontal é um guarda de proteção à saúde do periodonto e assegura o reconhecimento precoce de alterações adversas que é crítico para pacientes e profissionais, SCHALLHORN; SNIDER³⁵ (1981) descreveram que a razão da terapia de manutenção é estabelecer um ambiente propício à manutenção pelo paciente e pela equipe dental. Portanto, a terapia de manutenção tornou-se um "estado constante" para o paciente, cujo objetivo do tratamento no sentido de conseguir um estado de saúde periodontal que possa efetivamente ser mantido. Cientes da eficácia do tratamento de manutenção GREENWELL; BISSADA²¹ (1990) relataram que tradicionalmente, a ênfase inicial da periodontia preventiva foi habituar o paciente a executar controle de placa doméstico. Porém estudos recentes indicam que a limpeza subgengival profissional dos dentes é um

- José Luiz Do Couto

Ex-Professor Titular de Periodontia da Universidade Vale do Rio Verde de Três Corações/MG. Coordenador do Curso de Especialização em Periodontia da Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Brasileira de Odontologia de Ouro Fino/MG

- Rosemary da Silveira Couto

Ex- Professora Estagiária de Periodontia da Universidade Vale do Rio Verde de Três Corações/MG

- Cesário Antonio Duarte

Professor Livre Docente da FO/S.Paulo/USP

Os AA avaliam a motivação dos pacientes à higiene bucal e ao retorno às consultas de manutenção do tratamento periodontal, utilizando recursos didáticos (kit "Perio Motivacional") e o seu canal principal de comunicação.

tratamento obrigatório para prevenir periodontites recorrentes. Complexos bacterianos subgingivais são desagregados por limpezas freqüentes, em períodos preestabelecidos.

Os objetivos dos programas de rechamadas regulares são dirigidos com o intuito de minimizar a falta de motivação de pacientes. A propósito, em novembro de 2001, o "Guidelines for Periodontal Therapy"², determinou que o tratamento de manutenção ou terapia periodontal de suporte doravante será denominado Tratamento Periodontal de Manutenção.

Apesar de uso comum e importância, as etapas do tratamento preventivo, neste início de milênio, ainda são mal-entendidas pelos pacientes; como consequência disso, continua a ser fonte de frustração de muitos dentistas e membros da equipe dental, desmotivando-os a inspirar seus pacientes a seguir as recomendações de saúde bucal. Diante disto, cabe aos profissionais encontrar os meios para modificar este quadro. Conseqüentemente, este Trabalho foi realizado tendo em mente uma das maiores dificuldades enfrentadas pela Odontologia, ou seja, despertar ou induzir a motivação de pacientes à higiene bucal e ao tratamento periodontal de manutenção.

O objetivo deste trabalho é estabelecer o canal de comunicação principal do paciente, que pode ser visual, auditivo ou cinestésico para, em seguida, aplicar as técnicas de comunicação direta e indireta, suplementadas pelo Kit Periomotivacional em pacientes com doença periodontal crônica de adultos. E, no final, avaliar a motivação de pacientes à higiene bucal e à freqüência do retorno ao tratamento periodontal de Manutenção.

MATERIAL E MÉTODOS

Fizeram parte deste estudo 135 pacientes, sendo 43 do sexo masculino e 69 do sexo feminino, com idade variando de 18 a 74 anos, de condições sócio-econômicas semelhantes para submeterem-se ao tratamento periodontal. Ao mesmo tempo, foi dirigido um programa de comunicação a fim de motivar os pacientes ao controle de placa bacteriana e ao tratamento periodontal de manutenção. Após a conclusão do tratamento periodontal ativo, foi implementado um programa de manutenção profissional trimestral e avaliado o índice de placa e o número de pacientes que retornaram para o tratamento de manutenção. Esses pacientes foram atendidos na clínica particular do autor, e o critério básico para a seleção foi o de se admitirem pacientes que apresentassem doença periodontal crônica de adultos examinados de acordo com critérios preconizados e estabelecidos por LINDHE²⁷ (1985), e que buscavam tratamento pela primeira vez. Além disso, foram excluídos os pacientes que apresentavam número de dentes inferior a 16 e que, na anamnese tenha sido constatado algum comprometimento sistêmico capaz de influenciar a pesquisa.

Os pacientes foram divididos aleatoriamente em dois (2) grupos de 56 pacientes cada, sendo que os métodos de comunicação foram empregados nos dois grupos denominados I e II. Ficou também estabelecido que o grupo tratado inicialmente seria o grupo I (controle) e a seguir o grupo II (experimental). Os pacientes dos grupos I e II receberam um espelho de mão (toucador) para que observassem as áreas evidenciadas com placa e, também, rece-

bessem orientação direta (face a face) a respeito do uso da escova convencional, da escova unitufo e do fio dental. Os pacientes foram recomendados a realizar sua higiene bucal de 3 a 4 vezes ao dia; pela manhã, após o almoço, após o jantar e, principalmente, antes de dormir.

Durante o experimento, os pacientes dos dois grupos tomaram consciência do índice de placa e de sangramento, podendo observar a evolução de seu controle, bem como eram alertados sobre as áreas em que continuavam haver depósito. Neste particular, acentuava-se a importância, ora da escovação (convencional e unitufo), ora do uso do fio dental. Para o controle da placa bacteriana, foram utilizadas fichas individuais para registrar os índices, sendo que os terceiros molares e os dentes que apresentavam coroa destruída foram excluídos do programa. O registro de controle de placa permitiu verificar o progresso do paciente no aprendizado da higiene bucal.

A parte mais importante do tratamento odontológico é a comunicação profissional-paciente. Conseqüentemente, evidencia-se a existência de três momentos distintos no trabalho de comunicação para a motivação do paciente periodontal, a saber: antes, durante e após o tratamento (COUTO; COUTO¹² 1992). Em todas as fases do tratamento periodontal foi imprescindível o encorajamento do paciente, "dirigindo-lhe palavras de reforço para remotivá-lo" e torná-lo participante do programa, do qual foi o maior beneficiado. Para comunicação e motivação, além dos meios auxiliares representados por radiografias e modelos de estudo do próprio paciente, o mais importante foi o espelho de mão, mostrando sua própria realidade bucal. Esta metodologia foi aplicada, em ambos os grupos, até a última consulta, que coincidiu com o término do tratamento. Também foi repetida durante as consultas de tratamento periodontal de manutenção. Explicamos logo na primeira consulta a importância do tratamento periodontal de manutenção. E os remotivamos em todas as consultas subseqüentes. Em outras palavras, eles foram exaustivamente informados a respeito do tratamento periodontal de manutenção e a sua função de co-terapeuta.

Em média, a fase ativa do tratamento periodontal se desdobrou em oito consultas: sendo a primeira e segunda dedicadas à fase de exames; a terceira comunicação e motivação à higiene bucal; a quarta, quinta, sexta e sétima destinadas às raspagens supra e sub-gingivais e a oitava dedicada à aplicação do jato de bicarbonato, ao polimento final e aplicação de fluoretos. Quando necessário, eram incrementadas novas consultas. O tratamento periodontal ativo aconteceu em média durante oito semanas. Após receberem tratamento periodontal completo, os pacientes aguardaram em média 30 dias para a reavaliação e, posteriormente, ao tratamento periodontal de manutenção.

No Grupo experimental foi aplicada a Técnica de Comunicação Direta: conhecendo-se o canal principal de comu-

Fig. 1 - Os componentes do kit Periomotivacional.



nicação do paciente (visual, auditivo e cinestésico), aplicação do kit Periomotivacional, composto de seis recursos didáticos (fig. 1):

1 - Fascículo de prevenção. 2 - Filme em videocassete. 3 - Dente seccionado - macro-modelo (anatomia do periodonto). 4 - Mandíbula em tamanho natural, expondo as várias fases da reabsorção e degeneração óssea. 5 - Pôster (25 x 35cm), ilustrando em corte longitudinal as relações e componentes anatômicos do dente e do periodonto. 6 - Prospectos - em linguagem popular sobre a doença periodontal e sua prevenção.

A comunicação indireta foi efetuada utilizando-se do fascículo de prevenção, dos prospectos (materiais impressos) e do filme em videocassete. O filme em videocassete avaliado por^{11,14} teve como embasamento científico o programa Sueco de saúde oral preconizado por (BRATTHALL; RIBEIRO⁹, 1988), e foi apresentado ao paciente para mostrar-lhe a importância da saúde bucal na estética e fisiologia do corpo humano, bem como o papel da placa bacteriana, a evolução da cárie e da doença periodontal, inclusive suas conseqüências, os métodos utilizados no seu controle e, principalmente, a importância do controle e manutenção do tratamento. Apresentou-se o filme no período 0 (zero), ou seja, no início do tratamento; depois foi reapresentado na terceira consulta (higiene bucal), no final do tratamento, na Reavaliação e quando presentes nos períodos 4, 5, 6, 7 e 8, determinadas como consultas de tratamento periodontal de manutenção.

Já na primeira consulta iniciou-se a comunicação indireta do paciente, mediante o filme em videocassete - Periomotivacional. Após assistir ao filme, o paciente foi orientado no sentido de responder a um questionário apresentado por FREITAS²⁰ (1992) (ANEXO1), com o objetivo de buscar subsídios, a fim de se determinar seu canal principal de comunicação. Para tanto, avaliou-se o questionário e observou-se qual a pontuação do paciente nas três séries: Visual; Auditivo; Cinestésico. Em seguida, foi feita uma análise com relação à diferença na pontuação entre eles. O canal em que se obteve o maior número de pontos foi o usado preferencialmente pelo autor no processo de comunicação ao paciente.

O primeiro passo a fim de se determinar o canal principal de comunicação do paciente empregado neste trabalho foi o de confirmar o resultado conseguido com a aplicação do questionário realizado por FREITAS²⁰ (1992), e complementar a identificação do canal de comunicação mediante rapport (sintonia, confiança) estabelecido por BADRA³ (1987); e por ERICKSON; SEYMOUR; IRVING I.¹⁹ (1961) e, finalmente, observando os tipos de palavras e termos processuais empregados pelo paciente durante a entrevista - verbos, advérbios e adjetivos - preconizados por (ORTH³², 1993).

O segundo passo a ser dado obrigou-se ao conhecimento das razões pelas quais o paciente buscou solucionar seus problemas odontológicos. Em outras palavras, sua queixa principal: dores, halitose, estética, entre outros. As perguntas foram feitas de tal ordem que propiciaram ao profissional realizar minuciosa anamnese levantando os aspectos sócio-econômico do paciente, seus valores, suas crenças, fatores sistêmicos e, sobretudo, o seu interesse no tratamento. A fim de se cumprir o propósito relacionado acima, o paciente foi encaminhado à sala de exames e convidado a sentar-se próximo de uma mesa,

Tabela 1

Média de percentagem de pacientes do Grupo (Experimental) de acordo com o Canal principal de Comunicação.

Canal de Comunicação	Total N (%) N=36	Masculino N (%) N=15	Feminino N (%) N=21
VISUAL	18 (50,0)	07 (46,6)	11 (52,4)
AUDITIVO	11 (30,5)	04 (26,7)	07 (33,3)
CINESTÉSICO	07 (19,5)	04 (26,7)	03 (14,3)

porém longe da cadeira odontológica. Esse procedimento objetivou colocá-lo à vontade e atenuar qualquer fator psicológico negativo que pudesse ter, o medo, por exemplo¹⁵. Nesta consulta também foram utilizados macromodelos do Kit Periomotivacional para melhorar os padrões de comunicação, sempre com o emprego de metáforas que, segundo BETTELHEIM⁸, (1979) e ERICKSON¹⁹ (1965), são modelos de comunicação inconsciente que, a exemplo das analogias, são gravadas no inconsciente dos pacientes.

Inicialmente, foram colhidos os dados pessoais de identificação do paciente, procurando, já no "bate-papo" inicial, estabelecer o Rapport ou a confiança do paciente. Esse procedimento objetivou estabelecer uma primeira boa impressão geral do paciente e vice-versa. Isso incluiu considerações da condição mental, emocional, temperamento, hábitos e atitude.

Foram concluídos os tratamentos de 103 pacientes (51 do grupo controle e 52 do experimental). Após o tratamento, todos os pacientes foram informados verbalmente sobre a importância da reavaliação do tratamento periodontal que deveria acontecer em um prazo de 30 a 40 dias. Cumprido o prazo máximo estipulado, ou seja, de 40 dias, retornaram apenas 36 pacientes do grupo controle e 48 do grupo experimental. Portanto, 09 pacientes do grupo controle foram previamente excluídos do programa por não comparecerem a duas consultas seguidas ou três alternadas, bem como 3 do experimental, pelos mesmos motivos. Somado a estes, também foram excluídos 06 pacientes do grupo controle e apenas 01 do experimental por não retornarem para a Reavaliação, em tempo hábil. Em outras palavras, alguns procrastinaram, desde a primeira consulta, e outros se mudaram por motivo de trabalho, além de duas pacientes o abandonarem por motivo de doença.

Noventa dias após a reavaliação, foi enviada aos pacientes dos dois grupos (controle e experimental) correspondência de rechamada para controle e manutenção do tratamento periodontal. Quando não respondida imediatamente, o paciente era avisado mediante contato telefônico. Quando era recebida uma desculpa, ela era anotada e datada. Após uma semana, o paciente era novamente avisado, agora pelo autor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que a transmissão de informações, necessárias à motivação de pacientes à higiene bucal e ao retorno para a manutenção da saúde bucal, foi estatisticamente significativa, principalmente no grupo experimental em que se procurou descobrir o canal de comu-

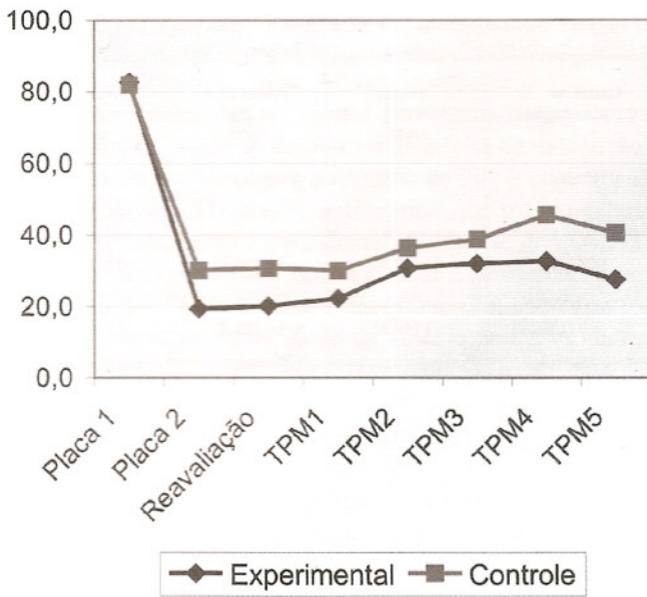


Fig. 2 - Perfis médios do índice de placa por grupos de pacientes estudados.

nicação do paciente para, em seguida, aplicar os recursos do Kit Periomotivacional: objetos tridimensionais (comunicação direta) e complementar com a comunicação indireta: (filme em videocassete e prospectos). As visitas de manutenção realizadas a cada três meses, com repetidas reinstruções e remotivação, associadas às técnicas de raspagens e polimento coronário e radicular, foram fundamentais na prevenção e tratamento das doenças periodontais.

Para efeito de análise estatística³⁶, 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 cumpriram 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, e foi constatado, mediante análise da figura 2, (medidas-resumo da variável índice de placa), que, ao se comparar consulta a consulta, o grupo experimental com o grupo controle, observou-se uma diferença significativa para as variáveis placa 2, reavaliação, TPM 1, TPM 4, TPM 5; e para as demais variáveis não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Pelo teste de Friedmann, 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%. No que se refere à terminologia, segundo SOCRANSKY et al.³⁷ (1999), há uma tendência e tentativa de se utilizar o termo biofilme em substituição ao de placa bacteriana. No entanto, neste trabalho, preferimos a denominação de placa bacteriana, pelo fato de ainda, continuar sendo aplicada na

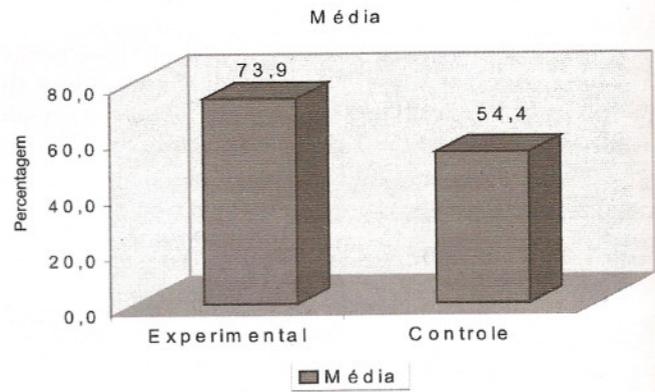


Fig. 3 - Percentagem média de pacientes que retornaram ao tratamento periodontal de manutenção.

literatura.

A figura 3 mostra uma diferença estatisticamente significativa entre as médias de retorno dos grupos ($p < 0,005$). Sendo que na TPM1, TPM2 e TPM4 o grupo experimental apresenta uma média de retorno maior que o grupo controle.

Por outro lado, nos períodos equivalentes a TPM3 e TPM5 a diferença não foi estatisticamente significativa. Provavelmente, porque os pacientes, na sua maioria, estavam habituados a visitas semestrais e anuais, que coincidentemente ocorreram nestes períodos.

Ao primeiro grupo (Controle) foi propiciada comunicação mediante a técnica direta, utilizando-se: dos modelos de estudo do paciente, das radiografias, de um espelho de mão e, principalmente, de sua realidade bucal, preconizada por WALSH³⁸ (1979). Não se fez uso de qualquer recurso ou incremento no processo de comunicação. Já no segundo grupo (experimental), a comunicação direta foi suplementada pela indireta, utilizando-se dos recursos do Kit Periomotivacional, adequando-os aos canais de comunicação do paciente (visual, auditivo e cinestésico). Uma vez constatado o canal de comunicação principal do paciente, a mensagem foi passada estabelecendo rapport e adequando-a a cada paciente. Averiguamos no grupo experimental a importância de estabelecer o canal preferencial de comunicação, mediante o estudo do perfil do paciente, analisando as respostas do questionário estabelecido por FREITAS²⁰ (1992) (ANEXO 1), e pesquisando os termos processuais usados pelos pacientes estabelecidos por ORTH³², (1993)

Mediante a tabela 1 averiguamos a percentagem média de Pacientes do Grupo Experimental de acordo com o Canal principal de Comunicação. Constatamos que 50% dos pacientes estudados utilizam como canal principal o Visual, 30,5% são Auditivos e 19,5% são Cinestésicos. Uma vez em sintonia com o canal de comunicação do paciente, foram utilizadas, além das técnicas de comunicação diretas às indiretas (filme em videocassete e prospectos do Kit periomotivacional).

De acordo com BETTELHEIM⁸ (1979), os filmes transmitem mensagens em forma de metáforas que nada mais são que associações entre o estado real e a linguagem figurada. Em outras palavras, o paciente, inconscientemente, ao praticar a higiene bucal em casa se recordava dos momentos de aprendizado ocorrido no consultório, ou seja, uma vez ancorada a mensagem, esta foi fixada no inconsciente. COUTO; COUTO¹² (1992) descreveram que se pode entender que a par-

te mais importante no controle clínico da doença periodontal é a motivação e a instrução do paciente quanto aos métodos de controle da placa bacteriana. Isto se conseguirá transmitindo-lhe o maior número de conhecimentos odontológicos, com o que ficará psicologicamente motivado para todas as etapas advindas no seu decurso. Em verdade, isto não acontece, como se tem verificado, pois os atos mecânicos de higienização bucal somente se adquirem a partir do momento em que sejam feitos de modo consciente, vindo a representar hábitos e atitudes permanentes. Discordamos exatamente neste ponto de COUTO; COUTO, (1992)¹², e concordamos com BETTELHEIM⁸ (1979), E ERICKSON¹⁸ (1965), com relação à evolução e fixação de hábitos: porque se tem verificado que estes não acontecem a nível consciente, e sim, inconsciente.

A motivação é a força encontrada no interior de cada pessoa e que pode estar ligada a um desejo. Uma pessoa não pode jamais motivar outra, o que ela pode fazer é estimulá-la, ou melhor, inspirá-la, buscando fazer transparecer aquilo que já existe em seu íntimo. A probabilidade de uma pessoa seguir a orientação de ação desejável está diretamente ligada à força do desejo. Assim, com essas bases colocadas, pode-se entender que a motivação é um impulso que vem de dentro para fora, isto é, tem suas fontes de energia no interior de cada indivíduo e que pode ser manifestada mediante o processo de Comunicação.

Ao atender um paciente, podemos adequar a nossa linguagem procurando o ritmo, o volume, o estilo e, quem sabe, até um pouco de sua forma de respirar. É necessário que ele sinta estar falando com pessoa sinceramente preocupada em resolver seus problemas. "As pessoas muito eficazes e carismáticas chegam a isso por meios naturais". Mas esses três canais de comunicação, o "Visual, o Auditivo e o Cinestésico" podem ser aprendidos ou desenvolvidos e/ou até mesmo ensinados.

CONCLUSÃO

Este estudo experimental possibilitou as seguintes conclusões:

1. A transmissão de informações, necessárias à motivação de pacientes à higiene bucal e ao retorno para a manutenção da saúde bucal, foi estatisticamente significativa, principalmente, no grupo experimental, em que se utilizou a combinação das técnicas de comunicação, direta e indireta, associada aos recursos do Kit Periomotivacional, e adequando-os aos canais de comunicação do paciente - Visual, Auditivo e Cinestésico - foi a que apresentou os melhores resultados conseguindo a média de retorno de 73,9%. Constatamos ainda que 50% dos pacientes utilizam como canal principal de Comunicação o Visual, 30,5% são Auditivos e 19,5% são Cinestésicos.

2. No grupo controle em que se fez uso da comunicação direta, utilizando-se da realidade bucal do paciente, a média de retorno foi de 54,4%.

2. A percentagem média de placa bacteriana dos pacientes do grupo experimental foi reduzida de 88,5% para 22,9% e, no grupo controle, de 89,1% para 31,8%.1.

RESUMO

Foi realizada uma pesquisa com a finalidade de avaliar,

ANEXO 1 - Questionário aplicado por Freitas⁶¹, (1992), com a finalidade de determinar o canal de comunicação do paciente (3 séries):

Série(A):	SIM	NÃO
· Escrevo lista de tudo que preciso fazer.	()	()
· Consigo realizar coisas desde que as instruções escritas sejam bem detalhadas.	()	()
· Gosto de fazer palavras cruzadas.	()	()
· Gosto de exposições e museus.	()	()
· Posso localizar-me com facilidade.	()	()
· Todos os meses assisto a vários filmes.	()	()
· Não tenho boa impressão de alguém, se estiver mal vestido.	()	()
· Gosto de observar as pessoas.	()	()
· Acho que flores realmente embelezam a casa e o escritório.	()	()
· Sempre mando consertar os arranhões do meu carro, o mais rápido possível.	()	()

Série (B):	SIM	NÃO
· Gosto de longas conversas.	()	()
· Gosto de programas de entrevistas, no rádio ou TV.	()	()
· Sou bom ouvinte.	()	()
· Prefiro informar-me através de noticiário no rádio ou TV, do que ler jornais e revistas.	()	()
· Sinto-me mal quando meu carro faz algum barulho.	()	()
· Quando ouço música, presto atenção à letra.	()	()
· Posso dizer muito sobre alguém só pelo seu tom de voz.	()	()
· Prefiro falar a escrever sobre o assunto.	()	()
· As pessoas dizem que, às vezes, falo demais.	()	()
· Costumo conversar comigo mesmo ou com objetos.	()	()

Série (C):	SIM	NÃO
· Quando ouço música, não consigo deixar de batucar com as mãos e os pés.	()	()
· Gosto muito de estar ao ar livre.	()	()
· Tenho boa coordenação motora.	()	()
· Gosto muito de criar animais de estimação.	()	()
· Gosto de tocar as pessoas quando converso.	()	()
· Gosto mais de praticar esportes do que assistir a eles.	()	()
· Adoro banho, piscina, sauna.	()	()
· Gosto de levantar-me e espreguiçar.	()	()
· Posso dizer muito sobre uma pessoa simplesmente pelo seu aperto de mão.	()	()

AVALIAÇÃO PROFISSIONAL:

Contar um ponto para cada SIM e somar quantos pontos o paciente fez em cada série: A - B - C -

Se o paciente conseguir mais pontos na série:

A - () Visual · B - () Auditivo C - () Cinestésico

cl clinicamente, o efeito de um programa de comunicação na motivação de pacientes à higiene bucal e ao tratamento periodontal de manutenção. Para tanto, foram tratados 112 pacientes em clínica periodontal privada. Destes, 103 pacientes concluíram a fase ativa do tratamento periodontal, mas os que deixaram de comparecer às consultas por duas vezes consecutivas, ou três alternadas, ou não compareceram à consulta de reavaliação no prazo máximo estabelecido de 40 dias, foram eliminados do programa. ao final do experimento, cumpridos todos os procedimentos relatados, para efeito de análise estatística, foi possível avaliar os resultados obtidos de 72 pacientes, sendo 36 de cada grupo - representados por 45 do sexo



feminino e 27 do sexo masculino - cujo acompanhamento ocorreu durante 8 (oito) períodos, dos quais 5 (cinco) períodos aconteceram durante o tratamento periodontal de manutenção realizados a cada três meses. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a técnica de comunicação aplicada, ou seja: **Grupo experimental:** Técnica de Comunicação direta direcionada aos canais de Comunicação do paciente (Visual, Auditivo e Cinestésico) e aplicação do Kit Periomotivacional (modelos tridimensionais, macromodelos, pôster, prospectos, fascículos de prevenção e filme em videocassete). **Grupo controle:** Comunicação verbal direta, fazendo-se uso da realidade bucal do paciente e de um espelho de mão. A análise estatística dos resultados obtidos mostrou que os pacientes do grupo experimental foram os que apresentaram os melhores resultados, conseguindo a média de retorno de 73,9% e o grupo controle de 54,4%. No oitavo período de observação, a percentagem média de placa dos pacientes que compareceram à consulta se reduziu de 88,55% a 22,9% no grupo experimental e de 89,1% para 31,8% no grupo controle.

SUMMARY

A survey was applied with the purpose of evaluating, clinically, the effect of a communication program in patient's motivation to oral hygiene and periodontal maintenance treatment. 112 patients were treated in a private perioclinic. From these, 103 patients concluded their periodontal treatment active stage, although those who were absent from their appointments twice in a row or three times not in sequence, or didn't show up to their reevaluation appointments on a 40-day time limit, were eliminated from the program. In the end of the experiment, after all related proceedings, for statistics analysis effect, it was possible to evaluate the obtained results from 72 patients, 36 in each group - represented by 45 female patients and 27 male patients - that had a 8 period follow up, which 5 of which periods occurred during the maintenance periodontal treatment applied every 3 months. The patients were divided in 2 groups according to the applied communication technique: Experimental group: direct communication technique directed to the patients communication channels (visual, auditory, kinesthetic) and application of the Perio Motivational kit (3 models, macro models, posters, prospects, prevention installments and a prevention video) Control group: direct oral communication using the patient's oral reality and mouth hand mirror. The statistical analysis of the obtained results showed that the patients from the experimental group had the best results with 73,9% of patient return and the control group had 54,4%. In the 8th period of observation the average that showed up to their appointments, went down from 88,55% to 22,9% on the experimental group and from 89,1% to 31,8% on the control group.

NOTA

Resumo da Tese apresentada ao Curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde de Três Corações - UNICOR, para a obtenção do Título de Doutor em Odontologia na área de Concentração Clínica Odontológica, Sub-área Periodontia.

1. ALCOUFFE, F. La psychologie de la motivation a l'hygiene orale. *J Parodont*, v. 4, n. 2, p. 101 - 110, Apr. 1985.
2. THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Guidelines for periodontal therapy. *J Periodontol*, v. 72, n. 11, p. 1626, Nov. 2001.
3. BADRA, A. Hipnose em Odontologia Psicossomática: nova dimensão em odontologia social. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda, 1987. p. 299 - 300.
4. BANDLER, R. ; GRINDER, J. The structure of magic. Palo Alto, California, Science and Behavior, 1975. 270 p.
5. BARKER, T. Patient Motivation. *Dent Update*, v. 26, p. 453 - 456, 1999.
6. BECK, J. ; HEISS, G. Periodontal disease and cardiovascular disease. *J Periodontol*, Chicago, v. 67, n. 1, p. 1123 - 1137, Nov. 1996.
7. BECKMAN, H.B. ; FRANKEL, R.M. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*, v. 101, p. 692 - 696, 1984.
8. BETTELHEIM, B. A psicanálise dos contos de fada. 2. ed. Rio de Janeiro : Paz e terra. v. 361, 1979. p. 11 - 28.
9. BRATTHALL, D. ; RIBEIRO, J.O. O programa sueco de saúde oral para adultos. *Rev Bras Odont*, v. 45, n. 6, p. 2 - 8, nov. /dez. 1988.
10. CARKHUFF, R.R. Helping and human relations: a primer for lay and professional helpers. New York: Holt, Reinhart and Winston, 1969.
11. COUTO, José Luiz. Avaliação clínica de um filme em videocassete na motivação de pacientes à higiene bucal. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993. 63p.
12. COUTO, J.L. ; COUTO, R.S. Programa de motivação do paciente ao tratamento periodontal. *RGO*, v. 40, n. 6, p. 433 - 38, nov. /dez. 1992.
13. COUTO, J.L. ; COUTO, R.S. ; DUARTE, C.A. Motivação do paciente na prevenção da cárie e doença periodontal. *RGO*, v. 40, n. 2, p. 143 - 50, mar./abr. 1992.
14. _____. Avaliação clínica de um filme videocassete como reforço da motivação direta de pacientes à higiene bucal. *R.G.O*, v. 42, n. 1, p. 44 - 48, jan./fev. 1994.
15. _____. Prevenção e Motivação na Clínica odontológica. In: LASCALA, N.T. Prevenção na Clínica Odontológica, São Paulo : Artes Médicas, 1997. Cap. 6. p. 59 - 80.
16. DE STEFANO, F. Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. *Br Med J*, London, v. 306, p. 688 - 691, Mar. 1993.
17. DOUGLAS, B.L. ; ORE, D.E. Prevention in dental practice. *J Am Dent Assoc*, v. 72, n. 6, p. 1482 - 8, June. 1966.
18. ERICKSON, M. H. The use of symptoms as an integral part of hypnotherapy. *Am J hypn*, v. 8, 1965.
19. ERICKSON, M. H. ; SEYMOUR, H. ; IRVING I, S. The practical application of medical and dental hypnosis. New York: Brunner : Maze publishers, p. 66 - 89, 1961.
20. FREITAS, L. Programando o cérebro para o sucesso. *Rev. Planeta*, v. 243, n. 12, p. 32 - 40, dez. 1992.
21. GREENWELL, H. ; BISSADA, N.F. ; WITTEW, J.W. Periodontics in general practice : professional plaque control. *J Am Dent Assoc*, v. 121, p. 642 - 46, Nov. 1990.
22. HERZBERG, M.C. ; MEYER, M.W. Effects of oral flora platelets: possible consequences in cardiovascular disease. *J Periodontol*, Chicago, v. 67, n. 11, p.1138 - 1141, Nov. 1996.
23. KALLIO, P.J. Health promotion and behavioral approaches in the prevention of periodontal disease in children and adolescents. *Periodontology 2000*, v. 26, p. 135 - 145, 2000.
24. KÜHNER, M.K. ; RAETZKE, P.D. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patient with oral hygiene instructions. *J Periodontol*, v. 60, n. 1 p. 51 - 56, Jan. 1989.
25. LASCALA, N.T. Prevenção na clínica odontológica. São Paulo : Artes Médicas, 1997. 308 p.
26. LEY, P. ; SPELMAN, M.S. Communicating with the patient. London: Staples Pres, 1967.
27. LINDHE, J. Tratado de Periodontologia Clínica. Rio de Janeiro : Interamericana, 1985, p. 246.
28. LÖESHE, W.J. Periodontal disease as a risk factor for heart disease. *Compendium of Continuing Education Dentistry*. Jamesburg. v. 15, n. 8, p. 976 - 992, Ago. 1994.
29. MARTINELLI, L.F. ; PILATTI, G.L. O fumo e a doença periodontal. *Rev Paulista de Odontologia*, Ano XXI, n. 1, p. 28 -32, jan. / fev. 1999.
30. MATTILA, K.J. ; VALTONEN, V.V. ; NIEMINEN, M.S. Dental infection and risk of new coronary events: prospective study of patients with documented coronary disease. *Clinical infections diseases*, Chicago, v. 20, n. 3, p. 588 - 592, Mar. 1995.
31. MEHRABIAN, A. ; FERRIS, S.R. Inference of attitudes from nonverbal communication In: two Channels. *Journal of consulting psychology*, v. 31, n. 3, p. 248 - 252, 1967.
32. ORTH, Afonso Inácio. Interface Homem-máquina : a personalização do atendimento ao usuário. Tese (doutorado em Engenharia de sistemas e computação) - Coordenação dos programas de pós-graduação em Engenharia (COPPE) Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro. 1993.
33. PETTRY, P. C. ; PRETTO, S.M. Educação e motivação em saúde bucal. In: Kriger, Léo (coord.). *ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo : Artes Médicas, 1997. p. 364-370.
34. RAMFJÖRD, S.P. ; ASH, M.M. Periodontologia e Periodontia : teoria e prática moderna. São Paulo : Santos, 1991. p. 23 - 40 ; p. 353-58.
35. SCHALLHORN, R.G. ; SNIDER, L.E. Periodontal Maintenance Therapy. *Am Dent Ass*, v. 103, n. 13, p. 227 - 231, 1981.
36. SIDNEY, Siegel. Estatística não-paramétrica. McGraw-Hill do Brasil. 1975, p. 131 - 143 ; p. 189 - 195 ; p. 197 - 202.
37. SOCRANSKY, S.S. et. al. Ecological considerations in the treatment of Actinobacillus actinomycetemcomitans and Porphyromonas gingivalis periodontal infections. *Periodontology 2000*, v. 20, p. 341 - 362, 1999.
38. WALSH, M.T.F. A scientific basis for motivation in Dentistry. *Dent Hlth*, v. 18, n. 4, p. 21 - 7, 1979.