

Escovação no Controle da Placa

Avaliação do Ensino e Motivação em Escolares

1. INTRODUÇÃO

Estudos de diferentes tipos e com métodos os mais diversos, tem evidenciado de forma clara a etiologia microbiana do desenvolvimento das doenças bucais e, em particular, das alterações periodontais, bem como, enfatizado a importância da motivação do paciente à higiene oral, com vista a uma adequada prevenção. HOOVER e LEFKOWITZ⁹, em uma pesquisa realizada em 85 indivíduos em 4 grupos conforme o método ou supressão da escovação, observaram um acréscimo de 405 áreas de gengivite que encontravam-se previamente normais contra apenas 16 áreas que retornaram ao normal no grupo de indivíduos que teve sua escovação suprimida por um período de uma semana. Em contrapartida, os indivíduos que tiveram sua escovação feita por uma escova elétrica, obtiveram um decréscimo nas áreas de gengivite, estabelecendo assim, que a não escovação dental propiciou um avanço na gengivite.

Para MANDEL¹¹, a placa bacteriana atua como agente etiológico em várias doenças da cavidade oral, tendo sido durante mais de 70 anos estudada exclusivamente em relação à cárie dentária e apenas na década de 50, é que se associou placa na formação de tártaro e doença periodontal.

A negligência na escovação causa um aumento da placa, um aumento no número de microrganismos e o progressivo desenvolvimento de gengivites. Com o retorno normal da higiene oral, a incidência de placa é reduzida, assim como a inflamação gengival BARCELOS e EDLER¹.

SANTOS et al.¹⁵ ao realizarem um levantamento do índice PMA e de higiene oral em um grupo de escolares na faixa etária de 6 a 12 anos, verificaram uma enorme correlação entre os percentuais de crianças afetadas por gengivite para um alto percentual de induto e cálculo. Nas crianças examinadas, a prevalência de gengivite atingiu o percentual de 94%, sendo, em sua maior parte, do tipo leve e moderada. Em relação ao sexo, observaram que existe uma prevalência maior de gengivite no sexo feminino (96%) quando comparado ao masculino (92%). Em função do IHO (Índice de Higiene Oral), existiu uma inversão, ou seja, número médio de 1,9 para o sexo masculino e 1,80 para o feminino.

Os hábitos de higiene e fisioterapia bucal, devem ser despertados o mais cedo possível e a dedicação do profissional em educar e motivar seus pacientes requer esforço e paciência MADEDO et al.¹² Para eles, óbvio se torna que quanto maior o empenho na motivação do paciente, menor é a ocorrência da doença periodontal. Os meios básicos que dispomos são a escova e o fio dental, bem como evidenciadores para placa bacteriana.

Para PETERS et al.¹⁴, dentre outras enfermidades bucais que têm se constituído, ao longo dos anos, um desafio à odontopediatria, destacam-se a cárie e os problemas periodontais. Segundo eles, se a técnica de escovação for corretamente orientada, torna-se evidente que maiores são as possibilidades de remoção e prevenção da fixação da placa na estrutura do esmalte, determinando conseqüentemente a redução

Jéssica Cristina de Siqueira Almeida

Cirurgiã-Dentista de Recife/PE

Geraldo Bosco L. Couto

Professor de Odontopediatria da FO/Recife/UFP

Estela S. Gusmão

Professora de Periodontia da FO/Recife/UPE

Os AA verificam o efeito do ensino da higiene bucal, no controle da placa bacteriana

na incidência de cáries e doenças periodontais. É importante considerar ainda que a motivação da criança para a escovação dentária será conseguida com maior facilidade, quando se evidenciam as placas dentárias.

ZAMORA e NASCIMENTO¹⁶, estudando 35 pacientes de 12 a 15 anos de idade durante 150 dias obtiveram resultados que confirmaram a estreita relação entre placa dental e gengivite, uma vez que após melhora e incentivo da higiene bucal, observaram um decréscimo do índice de placa que foi imediatamente acompanhado pela redução do índice de gengivite. Avaliando ainda a eficiência da motivação associada ao ensino e controle periódicos da higiene bucal sobre o controle de placa dental, concluíram que, o ensino da higiene bucal, com instruções individuais, repetido com frequência durante um período de 150 dias, mostrou-se ser eficiente e apresentou resultados favoráveis, entretanto, o ensino da higiene bucal com instruções individuais, feito em uma única sessão, não surtiu bons resultados. Para eles, a observação da ficha de controle dos índices de placa dental constitui um bom fator de motivação para o paciente melhorar suas condições de higiene bucal.

Segundo LASCALA¹⁰, a placa bacteriana é uma colonização organizada de microrganismos, que se deposita na superfície dentária e gengival com propriedades de agressão ao hospedeiro quer por uma ação antigênica, que por uma ação tóxica, enzimática ou ainda como agente capaz de induzir inflamação.

CÂMARA FILHO³, ao pesquisar as condições das regiões periodontais em estudantes de 7 a 12 anos, através do IHOS, concluiu que: 1 - Para as faixas etárias estudadas, a prevalência de placa bacteriana foi de 100%; 2 - O índice de placa bacteriana médio foi de 71,36% e a percentagem de dentes sem placa 3,16%; 3 - O sexo masculino teve 3,70% mais placa que o feminino, diferença esta não significativa; 4 - Entre 7 e 12 anos, o índice de placa aumentou e diminuiu, irregularmente, dando a impressão de que a idade não interfere na condição de placa bacteriana pelo menos nessas faixas etárias estudadas.

CANDELÁRIA et al⁴, estudando 30 crianças em idades de 7 a 10 anos, observaram que a motivação pelo recebimento de uma simples escova dental foi suficiente para diminuir o índice de placa, e que a instrução quanto a técnica de escovação e motivação dos pacientes à higiene bucal foi muito importante para a redução desse índice. Para eles, a escovação deficiente está diretamente ligada ao aumento de índice de placa, que é o fator de maior importância dentro da etiologia das doenças periodontais e cárie.

Para BREUER e COSGROVE², os resultados de uma experiência clínica e uma reanálise de dados da literatura, ambas indicam que uma forte correlação existe entre as medidas do índice de placa e índice gengival.

A alta prevalência da doença periodontal observada universalmente tem feito com que as pesquisas se concentrem no combate à placa bacteriana - fator etiológico mais importante da doença, com a intenção de exercer a prevenção da mesma DUARTE et al⁶.

Para MOREIRA e HAHN¹³, os programas de atenção a nível de saúde pública deveriam balizar-se em ações voltadas basicamente para promoções de saúde visando o controle das doenças da placa e prevenção da saúde bucal. Estas ações de-

vem assumir um caráter eminentemente educativo e preventivo no sentido de transferir conhecimentos e estimular a adoção de hábitos adequados de higiene pela população como um todo.

COUTO et al.⁵ realizaram uma pesquisa em 80 pacientes com a finalidade de avaliar clinicamente o efeito de um filme em videocassete na motivação de pacientes ao controle de placa bacteriana. A análise dos resultados provou que o método de orientação direta, associado ao filme em vídeo, foi o que apresentou melhores resultados na motivação de pacientes ao controle de placa, conseguindo reduzir o índice de placa em 71,3%. Já os pacientes que receberam apenas orientação direta, tiveram uma queda acentuada no índice de placa quando comparados ao grupo controle, 47,3%. A utilização do vídeo isoladamente não permitiu uma motivação adequada dos pacientes, reduzindo o índice de placa em 32,4%.

Tendo em vista o papel da placa bacteriana na instalação da cárie e das enfermidades periodontais, é que procurou-se, no presente trabalho, estudá-la, determinando-se a sua prevalência, seu papel no avanço das periodontopatias e, principalmente, seu controle por meios mecânicos dando fundamental importância à motivação e orientação dos pacientes. Assim sendo, orientou-se um programa de motivação com o intuito de modificar os hábitos de higiene oral de crianças de 7 — 11 anos, matriculadas em escola pública do bairro da Várzea, Recife/PE.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 - Materiais

2.1.1 - Equipamento, instrumental e material de consumo

- a) Sonda exploradora nº 5
- b) Espelho clínico plano
- c) Pinça clínica
- d) Caixa metálica
- e) Material para desinfecção química (álcool iodado a 2%)
- f) Algodão
- g) Evidenciador de placa bacteriana (Replakk solução - Herpo)
- h) Creme dental (Kolynos - Wyeth-Whitehall Ltda.)
- i) Escova dental (Condor 3373 - Augusto Klímek S.A.)
- j) Material didático de ensino e demonstração (cartazes, modelo de gesso, fio dental e escova) (RGO)
- l) Caneta esferográfica e lápis grafite
- m) Copos descartáveis
- n) Ficha clínica
- o) Espelho

2.1.2 - Universo da pesquisa

O universo da pesquisa foi representado pelos alunos matriculados na escola pública estadual Senador Novaes Filho com idades variando entre 7 — 11 anos.

2.1.3 - Amostra e seleção da amostra

Para a amostra selecionou-se aleatoriamente e de forma estratificada 72 escolares de ambos os sexos, sem distinção de cor e nas faixas etárias de 7 — 11 anos e que não recebiam qualquer tipo de orientação preventiva sobre higiene bucal,

conforme indicado na Tabela 5.

2.2 - Métodos

2.2.1 - Exame do paciente

A área utilizada para o exame foi a sala de aula da escola onde os estudantes selecionados foram examinados sentados em uma carteira escolar e sob boa iluminação natural, para tal, utilizou-se sondas exploradoras e odontoscópios.

O exame dos pacientes foi realizado sempre antes de servir a merenda escolar.

2.2.2 - Índice utilizado

Os dados referentes à contagem de placa dental e tártaro foram registrados em ficha clínica de acordo com o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) proposto por GREENE e VERMILION⁸. Assim, foram examinadas 6 superfícies dentais, dentre elas: a superfície vestibular do incisivo central superior direito, do incisivo central inferior esquerdo e dos primeiros molares superiores (dentes 11, 31, 16, 26) e a superfície lingual dos primeiros molares inferiores (dentes 36 e 46). Na ausência de um desses dentes, o mesmo foi substituído por um adjacente.

Cada superfície examinada recebeu separadamente um código de 0 a 3 para placa e para tártaro, conforme os critérios constantes no Quadro I.

Após exame e marcação de todas as superfícies selecionadas, um índice médio individual foi encontrado através da soma dos códigos de cada dente dividida pelo total de dentes examinados (este índice somente foi estabelecido na presença de pelo menos dois dentes índice ou seus substitutos). Em grupo, soma-se o índice de cada indivíduo e divide-se pelo total de pessoas examinadas.

QUADRO I

Critérios diagnósticos e códigos usados no IHOS

CRITÉRIOS PARA PLACA	CÓD.	CRITÉRIOS PARA TÁRTARO	CÓD.
Inexistência de placas e indutos	0	Inexistência de tártaro	0
Placa cobrindo não mais que 1/3 da superfície ou somente indutos generalizados	1	Tártaro supra-gengival em não mais que 1/3 da superfície exposta do dente.	1
Placa cobrindo mais que 1/3 mas não mais que 2/3 da superfície dental.	2	Tártaro supra-gengival cobrindo mais que 1/3 mas não mais que 2/3 da superfície exposta na região cervical	2
Placa cobrindo mais que 2/3 da superfície	3	Tártaro supra-gengival cobrindo mais que 2/3 da superfície da coroa ou uma faixa contínua de tártaro sub-gengival.	3
Dente-índice/substituto inexistentes	x	Dente-índice/substituto inexistentes	x

Legenda: CÓD=Código.

2.2.3 - Grupos de trabalho

Grupo 1 - Grupo controle - Nenhum tipo de orientação específica.

Grupo 2 - Orientação à higiene bucal e de maneira específica à escovação através de apenas 1 aula demonstrativa.

Grupo 3 - Orientação à higiene bucal e de maneira específica à escovação, através de 1 aula demonstrativa, entrega de uma escova dental e 1 escovação supervisionada por semana dentro de 30 dias (4 sessões).

2.2.4 - Levantamento do índice

Ao início do trabalho, os escolares de cada grupo foram examinados e determinado o IHOS e ao final de 30 dias as crianças foram reexaminadas e os resultados diretamente comparados.

2.2.5 - Orientação oferecida aos grupos de trabalho

Aos componentes do Grupo 1 não foi dado qualquer tipo de orientação sobre higiene oral.

Aos componentes do Grupo 2 foram apresentados cartazes demonstrativos, bem como ensinada a técnica de escovação através de modelos de gesso (sessão única).

Aos integrantes do Grupo 3, além de apresentados cartazes demonstrativos e ensinada a técnica de escovação através de modelos de gesso, também foram distribuídas escovas dentais, bem como dadas orientações sobre o uso da escova e do fio dental ou similar. A técnica de escovação aplicada foi a preconizada por FONES⁷ e realizada em 4 sessões. As placas bacterianas foram coradas com o Replak solução e posteriormente observadas pelos escolares através de um espelho, para que assim, ficassem cientes da sua condição de higiene oral. Recomendou-se a realização da higiene oral 4 vezes ao dia: após o café da manhã, almoço e jantar e antes de dormir.

3. RESULTADOS

Para os resultados percentuais foram levados em consideração o valor absoluto do IHOS ao exame inicial e a diferença existente após o exame final. Para o sexo masculino, foi encontrado um aumento negativo no percentual de IHOS de 2,96% para as crianças de 7 |— 9 anos e de 7,49% para as crianças de 9 |— 11 anos. Para o sexo feminino, foi encontrada uma redução positiva no percentual do IHOS de 0,70% para as crianças de 7 |— 9 e de 0% para as crianças de 9 |— 11 anos.

TABELA 1

Distribuição dos IHOS iniciais e finais em pacientes do Grupo 1 dos sexos masculino e feminino e suas diferenças

MASCULINO					FEMININO				
Nr. de ordem	Idade (anos)	Exame Inicial (IHOS)	Exame Final (IHOS)	Diferença	Nr. de ordem	Idade (anos)	Exame Inicial (IHOS)	Exame Final (IHOS)	Diferença
1	7 — 9	1,83	2,0	-0,17	1	7 — 9	2,83	2,16	+0,67
2	7 — 9	1,66	2,16	-0,5	2	7 — 9	2,2	2,8	-0,6
3	7 — 9	3,0	2,66	+0,34	3	7 — 9	1,33	1,5	-0,17
4	7 — 9	2,33	2,5	-0,17	4	7 — 9	2,33	2,16	+0,17
*5	7 — 9	2,33	-	-	5	7 — 9	1,33	1,33	0
6	7 — 9	2,33	2,16	+0,17	*6	7 — 9	1,5	-	-
Média	7 — 9	2,230	2,296	-0,066	Média	7 — 9	2,004	1,990	+0,014
7	9 — 11	1,83	1,5	+0,33	7	9 — 11	1,51	1,33	+0,17
8	9 — 11	1,5	1,66	-0,16	8	9 — 11	2,0	2,0	0
9	9 — 11	1,33	1,8	-0,5	9	9 — 11	1,0	1,33	-0,33
10	9 — 11	1,5	1,63	-0,33	10	9 — 11	1,66	1,33	+0,33
11	9 — 11	1,33	1,83	-0,5	11	9 — 11	1,16	1,16	0
12	9 — 11	2,6	2,2	+0,4	12	9 — 11	1,16	1,33	-0,17
Média	9 — 11	1,682	1,808	-0,126	Média	9 — 11	1,413	1,413	0

* Paciente não compareceu ao exame final.

TABELA 2

Distribuição dos IHOS iniciais e finais em pacientes do Grupo 2 dos sexos masculino e feminino e suas diferenças

MASCULINO					FEMININO				
Nr. de ordem	Idade (anos)	Exame Inicial (IHOS)	Exame Final (IHOS)	Diferença	Nr. de ordem	Idade (anos)	Exame Inicial (IHOS)	Exame Final (IHOS)	Diferença
1	7 9	2,0	2,25	-0,25	1	7 9	2,66	2,16	+0,5
2	7 9	2,0	1,8	+0,2	2	7 9	2,0	1,33	+0,67
3	7 9	1,8	1,2	+0,6	3	7 9	1,0	2,25	-1,25
4	7 9	1,83	1,5	+0,33	4	7 9	1,8	2,0	-0,2
5	7 9	1,8	2,0	-0,2	5	7 9	1,83	2,16	-0,33
6	7 9	1,83	1,5	+0,33	6	7 9	1,66	2,16	-0,5
Média	7 9	1,876	1,708	+0,168	Média	7 9	1,825	2,010	-0,185
7	9 11	2,0	1,5	+0,5	7	9 11	1,33	1,33	0
8	9 11	2,0	1,5	+0,5	8	9 11	1,5	1,83	-0,33
9	9 11	2,16	2,0	+0,16	9	9 11	1,16	1,16	0
10	9 11	1,33	1,0	-0,33	10*	9 11	2,16	-	-
11	9 11	2,16	2,33	-0,17	11	9 11	1,33	1,83	-0,5
12*	9 11	1,83	-	-	12	9 11	2,5	2,33	+0,17
Média	9 11	1,930	1,666	+0,264	Média	9 11	1,564	1,696	-0,132

* Paciente não compareceu ao exame final.

Para os resultados percentuais foram levados em consideração o valor absoluto do IHOS ao exame inicial e a diferença existente após o exame final. Para o sexo masculino, foi encontrada uma redução positiva no percentual de IHOS de 8,95% para as crianças de 7 | 9 anos e de 13,68% para as crianças de 9 | 11 anos. Para o sexo feminino, foi encontrado um aumento negativo no percentual do IHOS de 10,14% para as crianças de 7 | 9 anos e de 8,44% para as crianças de 9 | 11 anos.

TABELA 3

Distribuição dos IHOS iniciais e finais em pacientes do Grupo 2 dos sexos masculino e feminino e suas diferenças

MASCULINO					FEMININO				
Nr. de ordem	Idade (anos)	Exame Inicial (IHOS)	Exame Final (IHOS)	Diferença	Nr. de ordem	Idade (anos)	Exame Inicial (IHOS)	Exame Final (IHOS)	Diferença
1	7 9	2,2	2,4	-0,2	1	7 9	1,66	1,5	+0,16
2	7 9	2,0	2,0	0	2	7 9	2,6	2,0	+0,6
3	7 9	1,66	1,66	0	3	7 9	1,16	0,86	+0,3
4	7 9	2,75	1,5	+1,25	4	7 9	2,16	1,33	+0,83
5	7 9	2,2	0,8	+1,4	5	7 9	2,0	1,33	+0,67
6	7 9	2,0	1,4	+0,6	6	7 9	1,4	1,4	0
Média	7 9	2,135	1,627	+0,508	Média	7 9	1,830	1,403	+0,427
7	9 11	2,66	1,66	+1,0	7	9 11	2,33	1,83	+0,5
8	9 11	1,5	1,0	+0,5	8	9 11	1,33	1,33	0
9	9 11	1,16	1,5	-0,34	9	9 11	2,5	2,0	+0,5
10	9 11	1,66	1,0	+0,66	10*	9 11	1,16	1,0	+0,16
11	9 11	0,83	0,83	0	11	9 11	1,83	1,5	+0,33
12*	9 11	1,16	0,66	+0,5	12	9 11	2,0	1,5	+0,5
Média	9 11	1,495	1,108	+0,387	Média	9 11	1,858	1,527	+0,331

* Paciente não compareceu ao exame final.

Para os resultados percentuais foram levados em consideração o valor absoluto do IHOS ao exame inicial e a diferença existente após o exame final. Para o sexo masculino, foi encontrada uma redução positiva no percentual de IHOS de

23,79% para as crianças de 7 | 9 anos e de 7 | 9 anos e de 25,89% para as crianças de 9 | 11 anos. Para o sexo feminino, foi encontrada uma redução positiva no percentual do IHOS de 23,33% para as crianças de 7 | 9 anos e de 17,81% para as crianças de 9 | 11 anos.

TABELA 4

Distribuição de IHOS inicial médio para os três grupos nas faixas etárias de 7 | 9 anos e 9 | 11 anos nos sexos masculino e feminino e sua soma

Sexo	Idade (anos)	IHOS médio (grupos 1, 2, 3)
M	7 9	2,080
M	9 11	1,702
Soma M	7 11	3,782
F	7 9	1,886
F	9 11	1,612
Soma F	7 11	3,498

Para a diferença percentual do índice de placa inicial entre os sexos masculino (M) e feminino (F), foram levados em consideração a soma do IHOS médio para os três grupos entre as idades de 7 | 9 anos e 9 | 11 anos. Para o sexo masculino, a soma de 3,782 (no IHOS) representou 51,95% do total, enquanto para o sexo feminino, a soma de 3,498 (no IHOS) representou 48,05% do total; o que representa 3,90% mais placa para o sexo masculino.

TABELA 5

Número de crianças examinadas, segundo o sexo e em função da idade

Sexo	Masculino	Feminino	Total
Idade 7 9 anos	18	18	36
9 11 anos	18	18	36
TOTAL	36	36	72

4. DISCUSSÃO

Sabemos através da literatura, que a placa bacteriana constitui-se fator indispensável para o desenvolvimento da doença periodontal, existindo portanto uma alta correlação entre o grau de placa e o grau de gengivite presente, como afirmam os estudos comprobatórios de SANTOS et al¹⁵; ZAMORA¹⁶ e NASCIMENTO e BREUER e COSGROVE².

A grande correlação entre a higiene oral e a frequência e/ou gravidade de gengivite, foi significativamente demonstrada por HOOVE e LEFKOWITZ⁹, ZAMORA e NASCIMENTO¹⁶ e CANDELÁRIA et al⁴ que observaram grandes reduções nos índices de placa bacteriana e gengivite através do ensino e motivação à higiene oral.

Os resultados deste trabalho, vistos nas Tabelas 1, 2 e 3, comprovam a prevalência de 100% de placa bacteriana em relação ao sexo e às faixas etárias estudadas, dados estes concordantes com os de CÂMARA FILHO³.

Através da Tabela 4, verificou-se que, ao exame inicial, o IHOS inicial médio para os três grupos foi de 2,080 para o sexo masculino e 1,886 para o sexo feminino no intervalo de 7 | 9 anos. Já para o intervalo de 7 | 11 anos, verifica-se que o IHOS foi de 1,702 para o sexo masculino e 1,612 para o feminino. Dessa forma, constatou-se que o sexo masculino apresentou 3,90% mais placa que o feminino nas faixas etárias

de 7 |— 11 anos; resultados esses semelhantes aos de PETERS et al¹⁴ que não encontraram diferença na prevalência de placa quanto ao sexo, e aproximados aos de CÂMARA FILHO³ o qual relatou existir no sexo masculino 3,70% mais placa que o sexo feminino, diferença essa, segundo ele, não significativa.

Através da Tabela 1, verifica-se que no grupo controle, onde os pacientes não receberam qualquer forma de orientação quanto à higiene oral, os índices de placa bacteriana aumentaram no sexo masculino, tendo seu maior aumento no intervalo 9 |— 11 anos, enquanto o sexo feminino, manteve-se aproximadamente estável, apesar de ser um índice alto.

Com relação à Tabela 2, verifica-se uma inversão nos resultados quando comparados ao grupo controle, visto que no grupo 2, o sexo masculino apresentou ligeira melhora em seu nível de higiene oral, não havendo distinção entre as idades, enquanto o sexo feminino apresentou-se com discreta deficiência.

Os resultados obtidos pelo grupo 2 não foram satisfatórios, confirmando assim as afirmativas de ZAMORA e NASCIMENTO¹⁶ que verificaram ser o ensino da higiene bucal com instruções individuais feitas em uma única sessão, não compatível com bons resultados. Assim também, COUTO et al⁵ ao observarem a utilização de orientação indireta (vídeo-cassete), isoladamente, verificou que a mesma não permitiu uma adequada motivação dos pacientes.

A tabela 3 nos mostra que no grupo 3 onde os pacientes além de uma aula demonstrativa receberam 1 escova dental e 1 escovação supervisionada por semana dentro de 30 dias (4 sessões), o IHOS foi reduzido em ambos os sexos e em todas as faixas etárias, representando uma melhora de 23,79% no sexo masculino para as idades de 7 |— 9 anos e 25,89% para as idades de 9 |— 11 anos. No sexo feminino, tal melhora ocorreu ao nível de 23,33% com relação à idade de 7 |— 9 anos e 17,81% nas idades de 9 |— 11 anos, o que representa, quando comparados ao grupo controle, uma melhora de 26,75% para o sexo masculino no intervalo de 7 |— 9 anos e 33,38% para o intervalo de 9 |— 11 anos. Para o sexo feminino, tal melhora ocorreu ao nível de 22,63% para o intervalo de 7 |— 9 anos e 17,81% para o intervalo de 9 |— 11 anos.

Sendo assim, pode-se afirmar que orientações de higiene oral, em períodos semanais, foram válidas em face da melhoria do IHOS das crianças estudadas.

5. CONCLUSÕES

Através da análise dos dados obtidos, chegou-se às seguintes conclusões:

1 - Ao exame inicial, o estado de higiene oral das crianças não foi considerado satisfatório e a prevalência de placa bacteriana foi de 100% em relação ao sexo e às faixas etárias estudadas.

2 - A orientação de higiene bucal e de forma específica, a escovação através de apenas uma aula demonstrativa, não surtiu resultados favoráveis.

3 - Pode-se afirmar, que orientações de higiene oral, em períodos semanais, foram válidas em face da melhora do IHOS das crianças examinadas e assim, devem ser incentivadas em todas as faixas etárias estudadas.

4 - A motivação dos pacientes através do recebimento de escova dental, aula demonstrativa e realização de uma escovação supervisionada por semana dentro de 30 dias (4 ses-

sões), foi suficiente para reduzir o índice de placa entre 17,81% e 25,89%.

5 - Para os integrantes do grupo 3, o IHOS médio foi reduzido em ambos os sexos e em todas as faixas etárias, representando uma melhora de 23,79% no sexo masculino para as idades de 7 |— 9 anos e 25,89% para as idades de 9 |— 11 anos. No sexo feminino, tal melhora ocorreu ao nível de 23,33% com relação à idade de 7 |— 9 anos e 17,81% nas idades de 9 |— 11 anos, o que representa, quando comparados ao grupo controle, uma melhora de 26,75% para o sexo masculino no intervalo de 7 |— 9 anos e 33,38% para o intervalo de 9 |— 11 anos. Para o sexo feminino, tal melhora ocorreu ao nível de 22,63% para o intervalo de 7 |— 9 anos e 17,81% para o intervalo de 9 |— 11 anos.

6. RESUMO

Utilizando-se 72 crianças de ambos os sexos, na faixa etária de 7 |— 11 anos de idade, realizou-se uma pesquisa com a finalidade de verificar o efeito do ensino e motivação à higiene oral no controle de placa bacteriana. Para evidênciação das placas, foi empregada solução evidenciadora e determinou-se a sua presença através de IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado). As crianças foram divididas em três grupos distintos, onde o grupo 1 representou o grupo controle; o grupo 2 recebeu apenas uma orientação de higiene bucal, através de uma aula demonstrativa e, o grupo 3, além de aula demonstrativa recebeu uma escova dental e foi feita uma escovação supervisionada semanal em um período de 30 dias (4 sessões). Após análise dos dados, chegou-se, dentre outras, às seguintes conclusões: 1 - Ao exame inicial, o estado de higiene oral das crianças não foi considerado satisfatório e a prevalência de placa bacteriana foi de 100% em relação ao sexo e às faixas etárias estudadas. 2 - A orientação de higiene bucal e de forma específica, a escovação através de apenas uma aula demonstrativa, não surtiu resultados favoráveis. 3 - Pode-se afirmar que orientações de higiene oral, em períodos semanais, foram válidas em face da melhoria do IHOS das crianças examinadas e assim, devem ser incentivadas, em todas as faixas etárias estudadas. 4 - A motivação dos pacientes através do recebimento de escova dental, aula demonstrativa e realização de uma escovação supervisionada por semana dentro de 30 dias (4 sessões), foi suficiente para reduzir o índice de placa entre 17,81% e 25,89%.

Palavras-chaves: Higiene oral; Escovação dental; Placa dental/controle; Índice de placa.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARCELLOS, A.T.; EDLER, P.S. Microbiologia da doença periodontal. *RGO*, Porto Alegre, 17 (4): 140-145, out/nov/dez. 1968.
2. BREUER, K.; COSGROVE, R.S. The relationship between gingivitis and plaque levels. *J. periodontology*, Chicago, 60 (4): 172-175, apr. 1989.
3. CÂMARA FILHO, P. Epidemiologia das condições periodontais. *Odontólogo Moderno*, Rio de Janeiro, 12 (7): 37-45, ago. 1985.
4. CANDELÁRIA, L.F.A. et al. Estudo sobre motivação e reforço de motivação em escovação dentária, em escolares de 7 a 10 anos. *Rev. Odont. UNESP*, São Paulo, 18: 217-223, 1989.
5. COUTO, J.L. et al. Motivação do paciente em tratamento periodontal: Avaliação clínica de um filme de vídeo-cassete. *RGO*, Porto Alegre, 42 (1): 44-48, jan/fev., 1994.
6. DUARTE, C.A. et al. Estudo clínico da influência dos evidenciadores de placa bacteriana na motivação de pacientes à higiene bucal sob supervisão e orientação