

JULIANA PASTI VILLALBA

*AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE HIGIENE BUCAL,
EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS
NO ANO 2000*

CAMPINAS

2002

JULIANA PASTI VILLALBA

***AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE HIGIENE BUCAL, EM
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS
NO ANO 2000***

*Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: PROF. DR. PAULO ROBERTO DE MADUREIRA

CAMPINAS

2002

Nº CHAMADA T/UNICAMP	
V711a	
V	EX
TOMBO BCI 51851	
PROC. 16-837-02	
C <input type="checkbox"/>	D <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO R\$ 11,00	
DATA 16/12/02	
Nº CPD	

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

CM00177411-3

17 276253

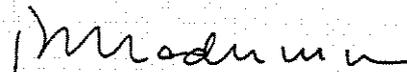
V711a	<p>Villalba, Juliana Pasti</p> <p>Avaliação de um programa de higiene bucal, em estudantes universitários no ano 2000. / Juliana Pasti Villalba. Campinas, SP : [s.n.], 2002.</p> <p align="center">Orientador : Paulo Roberto de Madureira Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p align="center">1. Gengivite-prevenção. 2. Cáries dentárias - prevenção. 3. Higiene dental. 4. Promoção de saúde. I. Paulo Roberto de Madureira. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
-------	--

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

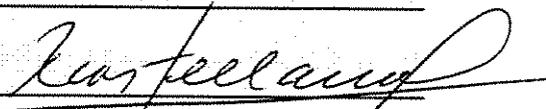
Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto de Madureira

Membros:

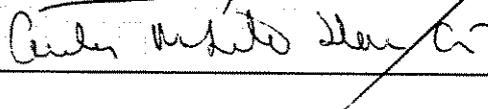
1. Prof. Dr. Paulo Roberto de Madureira



2. Prof. Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez



3. Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 13/08/2002

DEDICATÓRIA

Ao meu marido e aos meus filhos

minha razão de viver.

E aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Especialmente, ao Prof. Dr. Paulo Roberto de Madureira, orientador deste trabalho, pela constante dedicação, paciência, apoio e sabedoria.

Aos meus pais, José Júlio e Sônia, pelo exemplo de coragem, perseverança e amor.

Ao Wander, meu eterno companheiro; as minhas alegrias de hoje também são suas, pois o seu amor, estímulo e carinho foram as armas desta conquista.

Aos meus filhos, Victor e Ana, pela paciência e pelo respeito ao meu trabalho, aceitando com amor minha ausência.

Ao Prof. Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez e ao Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Correa que, em todos os momentos de dúvida, estiveram presentes pela parte técnica e escrita do presente trabalho.

Ao Prof. Dr. Mário Monteiro Terra, pela luta e dedicação ao Serviço de Odontologia do CECOM, sendo merecedor de minha admiração.

Ao Prof. Dr. Edison Bueno e ao Dr. Nildemar R. Mendes Filho pela confiança e pela oportunidade de realizar este Mestrado.

A amiga Lila, coordenadora do projeto de prevenção do CECOM, a qual foi imprescindível no meu aprendizado. Sua competência e estímulo foram determinantes para a conclusão deste estudo.

Ao Idílio, nosso auxiliar e grande colega, pela sua colaboração para a realização desta tarefa.

A todos os amigos do Serviço de Odontologia do CECOM/ UNICAMP , em especial ao Dagoberto, pela disponibilidade e apoio em todos os momentos de que necessitei durante a realização deste trabalho.

Aos meus pacientes, principais colaboradores, pela confiança.

Aos meus sogros, Mário e Alice, que sempre me apoiaram com amor, fé e encorajamento.

A Nenê, meu braço direito, que, na minha ausência, cuida dos meus filhos com todo amor e carinho como se fossem seus.

A Deus pela Sua constante presença iluminando meu caminho.

*“É melhor tentar e falhar”,
que preocupar-se e ver a vida passar;
é melhor tentar, ainda que em vão,
que sentar-se fazendo nada até o final.*

*Eu prefiro na chuva caminhar,
que em dias tristes em casa me esconder.*

*Prefiro ser feliz, embora louco,
que em conformidade viver...”*

(Martin Luther King)

	PÁG.
RESUMO	<i>xiii</i>
ABSTRACT	<i>xv</i>
1. INTRODUÇÃO	18
1.1. A cárie e a doença periodontal como problemas de Saúde Pública na população adulta brasileira.....	19
1.2. Controle da placa dental e prevenção de cárie e doença periodontal.....	20
1.3. Focalizando o problema a ser estudado.....	28
2. OBJETIVOS	31
2.1. Objetivo geral.....	32
2.2. Objetivos específicos.....	32
3. CASUÍSTICA, MATERIAL E MÉTODO	33
3.1. População de estudo.....	34
3.2. Critérios de inclusão.....	34
3.3. Método.....	34
3.4. Índices utilizados.....	37
3.4.1. Índice de sangramento gengival.....	37
3.4.2. Índice de placa bacteriana.....	37
3.5. Procedimentos das consultas.....	38
3.5.1. 1ª consulta.....	38
3.5.2. 2ª consulta.....	39
3.5.3. 3ª consulta.....	39

3.5.4. 1º reforço.....	39
3.5.5. 2º reforço.....	40
3.5.6. avaliação final.....	40
3.6. Análise estatística.....	40
4. RESULTADOS.....	41
4.1. Distribuição dos pacientes em relação ao sexo.....	42
4.2. Resultados obtidos na aplicação do questionário quanto a sua influência nos índices de placa e de sangramento na 1ª consulta.....	42
4.2.1. Influência das respostas do questionário no índice de placa na 1ª consulta.....	42
4.2.2. Influência das respostas do questionário no índice de sangramento gengival na 1ª consulta.....	42
4.3. Distribuição dos pacientes do estudo nas diferentes consultas segundo o índice de placa aceitável ($\leq 30\%$).....	43
4.4. Resultados obtidos nos cruzamentos das incidências dos índices de placa e de sangramento.....	44
4.4.1. Cruzamentos da incidência de IP > 30% entre os momentos.....	44
4.4.2. Cruzamentos da incidência de IS > 0% entre os momentos.....	45
5. DISCUSSÃO.....	47
6. CONCLUSÕES.....	53
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
8. ANEXOS.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS

CPO-D	Dentes permanentes cariados, perdidos ou restaurados
OMS	Organização Mundial da Saúde
CFO	Conselho Federal de Odontologia
ATF	Aplicação tópica de flúor
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
CECOM	Centro de Saúde da Comunidade
CSS	Coordenadoria de Serviços Sociais
AMO	Ambulatório Médico Odontológico
ACD	Auxiliar de cirurgião dentista
COTUCA	Colégio Técnico da UNICAMP
IFCH	Instituto de Filosofia e Ciências Sociais
DA	Diretório Acadêmico
IS	Índice de sangramento
IP	Índice de placa

	PÁG.
Tabela 1: Distribuição dos pacientes do estudo em relação ao sexo.....	42
Tabela 2: Distribuição do número de pacientes nas consultas em relação ao IP e abandono.....	43
Tabela 3: Incidência do IP nos pacientes no decorrer do estudo.....	44
Tabela 4: Incidência do IS nos pacientes no decorrer do estudo.....	45

	PÁG.
Gráfico 1: Incidência do índice da placa > 30%, nos diferentes momentos de avaliação.....	45
Gráfico 2: Incidência do índice do sangramento > 0%, nos diferentes momentos de avaliação.....	46



RESUMO

Introdução: Pesquisas revelam que programas educativos /preventivos conseguem reduzir significativamente cáries e periodontopatia, as quais constituem um problema de saúde pública no Brasil.

Objetivo: Avaliar o impacto de medidas preventivas e educativas em relação à melhoria da higiene bucal em um grupo de alunos universitários.

Materiais e métodos: A amostra foi constituída de 45 alunos que ingressaram no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP, no ano 2000, sendo 27 do sexo feminino e 18 do sexo masculino. A partir e um modelo assistencial de odontologia, baseado em práticas não apenas curativas mas também preventivas/ educativas e implantado, em 1994, pelo Centro de saúde da comunidade da UNICAMP, foi possível realizar tal estudo. O programa educativo/ preventivo foi constituído de evidenciação de placa bacteriana, mensuração dos índices de sangramento gengival e de placa bacteriana de O' Leary, educação para a saúde bucal e aplicação tópica de flúor gel. Foram realizadas até três consultas iniciais com intervalo de 7 a 14 dias dependendo dos valores obtidos com a aplicação do índice de placa bacteriana , dois reforços posteriormente com intervalo de 3 meses cada um e avaliação final um ano após ao 2º reforço. Foi utilizado 30% de valor máximo aceitável de placa bacteriana. Para comparar o índice de placa nos diferentes momentos (1ª consulta, 2ª/3ª consultas, 1º reforço, 2º reforço e avaliação), foi utilizado o **teste de Mc Nemar**, que analisa a mudança da incidência de pacientes com índice de placa acima de 30% entre cada um dos momentos.

Resultados: Houve uma queda significativa ($p=0.001$) da incidência de Índice de Placa > 30 % da 1ª consulta para a 2ª /3ª consulta; da 2ª /3ª consulta para o 1º reforço, houve um aumento significativo ($p=0.020$) da incidência ; e do 1º reforço para o 2º reforço houve novamente uma queda significativa ($p=0.020$) da incidência. Entre o 2º reforço e a avaliação, não houve mudança significativa de incidência .

Conclusões: Houve melhoria nas condições de higiene bucal dos estudantes universitários que participaram da pesquisa. Entre a primeira e a última avaliação houve uma redução de 75% dos indivíduos que apresentavam índice de placa bacteriana > 30% e de 56% dos indivíduos com sangramento gengival.



ABSTRACT

EVALUATION OF AN ORAL HYGIENE PROGRAM IN UNDERGRADUATE STUDENTS DURING THE YEAR 2000.

Introduction. Researches indicate that educative/preventive programs are able to significantly reduce dental caries and periodontal diseases, which constitute a public health problem in Brazil.

Objectives. Evaluate the impact of preventive and educative measures related to the improvement of oral hygiene in a group of undergraduate students.

Materials and Methods. The sample consisted of 45 students that entered at the Institute of Philosophy and Human Sciences at UNICAMP on the year 2000, 27 were females and 18 males. The dentistry model established in 1994 and conducted by the Community Health Center of UNICAMP, based not only in healing practices but also educative and preventive practices made this study possible. The educative/preventive program consisted in evaluation of bacterial plaque with disclosing solutions, measurement of gingival bleeding index and bacterial plaque index of O'Leary, oral health education and topical fluoride gel application. Up to three clinical dental examinations were performed with an interval of 7 to 14 days depending on the values obtained with the application of the bacterial plaque index. Two reinforcement appointments were made with an interval of 3 months and a final examination was made 1 year after the 2nd reinforcement. Thirty percent of the maximum acceptable value of bacterial plaque was used. The McNemar test was used to compare the plaque index at the different examinations, *i.e.* 1st examination, 2nd / 3rd examination, 1st reinforcement, 2nd reinforcement and final examination. This test evaluates the change of plaque incidence on patients with plaque index over 30% between each moment.

Results. There was a significant reduction ($p= 0.001$) in the incidence of plaque index > 30% between the 1st and 2nd / 3rd examination. Between the 2nd / 3rd examination and 1st reinforcement there was a significant incidence increase ($p= 0.020$). Between the 1st and 2nd reinforcement there was again a significant reduction ($p= 0.020$). There was no significant incidence alteration between the 2nd reinforcement and the final examination.

Conclusions. An improvement in the oral hygiene in the undergraduate students who participated in the study was observed. Between the 1st and final examination there was a 75% reduction in subjects that presented bacterial plaque index > 30% and 56% reduction in subjects with gingival bleeding.



INTRODUÇÃO

1.1. A CÁRIE E A DOENÇA PERIODONTAL COMO PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA NA POPULAÇÃO ADULTA BRASILEIRA

A cárie e a doença periodontal constituem um problema de saúde pública no Brasil, pois são as doenças bucais de maior prevalência, produzem efeitos severos, causando insuficiência mastigatória e alterações na estética facial. Existem métodos eficazes de prevenção e controle, mas tais métodos não estão sendo utilizados de modo adequado pela comunidade (CHAVES,1977 ; PINTO,2000).

A cárie é uma doença multifatorial induzida por bactérias, a qual acomete os tecidos duros dos dentes. O processo metabólico bacteriano é influenciado por uma multiplicidade de fatores existentes na cavidade bucal, como a concentração de flúor, a composição e frequência da dieta, a composição e o fluxo da saliva, a capacidade tampão da saliva e da placa, etc. Esses fatores, denominados de determinantes, embora sozinhos não possam ocasionar perda mineral se bactérias não estiverem presentes, influenciam, de maneira decisiva, no desenvolvimento da doença (MALTZ & CARVALHO, 1997).

As periodontopatias dividem-se em gengivites e periodontites. As primeiras, consideradas de doenças infecto-inflamatórias, de caráter reversível, caracterizam-se por vermelhidão da gengiva marginal, edema e sangramento à sondagem (PINTO,2000). As últimas, por sua vez, caracterizam-se por uma destruição do ligamento periodontal de inserção, ao redor da raiz do dente, com ou sem perda de osso alveolar .Ocorre uma inflamação gengival de intensidade variável e migração apical do epitélio juncional, ocasionando a formação de uma bolsa periodontal (TINOCO & TINOCO, 2000).

A cárie dental e as periodontopatias têm etiologia multifatorial. Entretanto, a placa bacteriana constitui-se no agente etiológico determinante dessas enfermidades, as quais se caracterizam como o principal problema de odontologia sanitária em nosso meio. A placa dental pode ser definida como uma colônia bacteriana, em uma matriz composta por polímeros extracelulares, aderidas entre si e/ou a interfaces ou superfícies sólidas (BUISCHI & AXELSSON,1997).

A experiência clássica de LÖE et al (1965) , realizada na Dinamarca, provou que a supressão de higiene bucal resultou em um aumento expressivo da placa dental, levando, entre dez a vinte e um dias, ao aparecimento de gengivite. Esta desapareceu após

uma semana com a retomada, pelos pacientes, de adequadas medidas de higiene da boca. Em outro estudo, VON DER FEHR et al (1970) verificaram que lesões incipientes de cárie se desenvolveram em três semanas, em indivíduos que deixaram a placa se acumular livremente sobre os dentes, paralelamente com a realização de bochechos com solução de sacarose à 50%, nove vezes ao dia. Trinta dias após retomarem a limpeza diária e adequada dos dentes, associada a bochechos diários com solução de fluoreto de sódio, as lesões se apresentaram inativas. BUISCHI e cols.(2000) concluem que esses estudos, tidos como clássicos dentro da literatura odontológica, além de estabelecer uma relação de causa efeito entre placa e doenças dentárias mais prevalentes (cárie e periodontopatias), também abordam o tratamento das doenças, mostrando que a remoção mecânica da placa nas fases iniciais das doenças promove sua cura. Por essas razões, o controle mecânico adequado de placa pode ser visto como tratamento de lesões ativas de cárie, as quais, na sua maioria, permanecerão nos estágios iniciais da progressão da doença. Portanto, embora o uso do flúor e o aconselhamento da dieta ajudem a reduzir significativamente a progressão da cárie, sua paralisação total no indivíduo só pode ser atingida através do controle adequado de placa.

1.2. CONTROLE DA PLACA DENTAL E PREVENÇÃO DE CÁRIE E DOENÇA PERIODONTAL

O controle de placa para a prevenção da doença periodontal é essencial, pois não se dispõe de medidas de alta eficácia para uso em massa, como a fluoretação da água de abastecimento público, no caso da cárie. Por exemplo, no Brasil, 68% da população não dispõe de água fluoretada (BUSCARIOLO,2001) e, quanto à dieta, o Brasil tem uma economia açucareira e a população tem o costume e tradição de consumir açúcar (PINTO,2000).

BUISCHI e cols (2000) definem controle de placa como o conjunto de medidas que tem por objetivo a remoção da placa dental e a prevenção de sua ocorrência. Pode ser realizado através de meios mecânicos ou químicos, pelo paciente ou pelo profissional. Esses meios, quando combinados e de acordo com as necessidades de cada indivíduo, são mecanismos eficientes no controle da placa bacteriana .

Na população jovem de países industrializados, é marcante o declínio da doença cárie (STAMM, 1991; THYLSTRUP & BRUUN, 1992 ; FEHR, 1990). As experiências nos países de primeiro mundo, como os escandinavos, que utilizaram medidas preventivas, como educação em saúde bucal e o uso do flúor em suas várias formas de administração (bochechos com solução de fluoreto de sódio, aplicação tópica de fluorfosfato acidulado), conseguiram manter uma dentição sadia em mais de 90% da população adulta, controlando a cárie e a doença periodontal (BRATHAL, 1988). Na Inglaterra e no País de Gales, de 1968 a 1988, o número de adultos com dentes aumentou 41% e o número de dentes sadios, em 65% (DOWNER, 1991).As maiores reduções ocorreram onde foram oferecidos programas coletivos amplos de atenção às crianças (FEJERSKOV et al., 1982). Semelhantes programas preventivos são pouco comuns nos países em desenvolvimento, justamente onde são maiores os problemas de saúde bucal e menores as ofertas de serviços curativos.

Em 1986, o Ministério da Saúde realizou o primeiro Levantamento Epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, onde foram levantados dados referentes à cárie dental, doença periodontal e necessidade de próteses. Tal estudo mostrava que a criança brasileira aos 12 anos de idade apresentava, em média, 6 a 7 dentes permanentes cariados, extraídos ou restaurados (CPO-D = 6,65). O parâmetro aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 2000 era de no máximo 3 dentes afetados pela doença cárie para essa idade, a qual é determinada idade índice. Essa abrangência nacional, na área da saúde bucal, também revelou um quadro preocupante : 71% da população na faixa etária de 35 a 44 anos necessita de tratamento periodontal e 72% da população acima de 50 anos extraiu todos os dentes (BRASIL,1988).

Decorridos 10 anos de pesquisa, portanto em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia, Conselho Federal de Odontologia (CFO) e Secretarias Estaduais de Saúde, realizou um novo levantamento, buscando verificar as alterações ocorridas no perfil da população brasileira. A área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde trabalhou pesquisando somente a cárie dental em crianças de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas das 27 capitais e do Distrito Federal, visando a um referencial para o desenvolvimento das ações preventivas do Sistema Único de Saúde. Observou-se que aquele índice de ataque por cárie (CPO-D) aos 12anos obtidos em 1986

teve uma redução da ordem de 53,98%, atingindo os parâmetros da OMS para o ano 2000. Portanto, já que dispomos de melhorias consideráveis em crianças de 6 a 12 anos, por que não ampliarmos os programas preventivos de saúde bucal para todas as faixas etárias (BRASIL,1996).

Em 1998, fez-se um Levantamento Epidemiológico no Estado de São Paulo sobre condições de saúde bucal, através do qual se conclui, mais uma vez, que a cárie dentária e a doença periodontal são os principais problemas de saúde bucal. A porcentagem de dentes extraídos por cárie atinge 48% aos 35-44 anos e 92% entre os idosos. Quanto à doença periodontal, apenas 30% dos adultos não apresentam problemas gengivais. Esses valores indicam, mais uma vez, a importância crescente que as instituições públicas devem atribuir aos programas de saúde bucal dirigidos aos adultos (SÃO PAULO,1999).

A introdução de programas de motivação quanto a métodos de higiene bucal tem grande importância na redução do índice de placa e, conseqüentemente, na diminuição da prevalência da cárie e da doença periodontal; entretanto, o que se observa é a carência de programas dirigidos aos adultos, os quais demandam por serviços odontológicos curativos e influenciam o comportamento de seus dependentes (PINTO,2000) .

A maioria dos programas preventivos de controle de placa bacteriana encontrados na literatura são implantados em escolas da rede pública.

MILORI e cols (1994) desenvolveram um estudo envolvendo 90 escolares de 7 a 9 anos de idade para avaliar a quantidade de placa bacteriana e gengivite nessa faixa etária. Os alunos foram divididos em 3 grupos: grupo 1 – assistiram aula de educação sanitária sobre placa bacteriana e inflamação gengival, tiveram escovação supervisionada a cada 15 dias e aplicação tópica de flúor (ATF); grupo 2 – apenas aula de educação sanitária e grupo 3 - apenas escovação supervisionada a cada 15 dias e ATF. Comparando –se os resultados dos índices de gengivite e placa bacteriana após 8 meses, o grupo 1 foi o que apresentou melhores resultados. Neste grupo de estudo houve aumento em 30% no número de escolares que apresentaram um baixo percentual de presença de placa, enquanto que no grupo 2 o aumento foi de 6,6% e no grupo 3 de 23,3%. Em relação ao estado inflamatório gengival, no grupo 1, houve um aumento de 26,67% no número de escolares que passaram a apresentar uma melhoria no estado inflamatório gengival, já no grupo 2 o aumento foi de

3,34% e no grupo 3 de 20%. Concluíram que a associação de educação sanitária, escovação supervisionada quinzenalmente juntamente com a ATF foram mais eficientes no controle da placa dentária e na redução da gengivite.

MALTZ e cols. (1982) também desenvolveram um estudo sobre o efeito de um programa de higiene bucal sobre gengivite em escolares de 8 a 10 anos de idade. 182 crianças foram divididas em dois grupos, um grupo teste em que eram realizadas sessões de escovação supervisionada semanalmente e um grupo controle em que não era dado nenhum tipo de orientação. Os resultados, depois de 9 meses, demonstraram que houve uma melhora significativa no estado das gengivas, tanto do grupo teste como do grupo controle. Houve uma redução de 10,5% dos sinais de gengivite nas crianças do grupo teste, enquanto que no grupo controle, a redução foi de 2,6%. Segundo os autores deste estudo, a melhora nas condições gengivais no grupo controle pode ser explicada pelo fato das crianças sentirem que estavam recebendo atenção por participarem do levantamento do índice gengival e, a partir disso, tentaram modificar seu comportamento em relação à higiene bucal.

NAVARRO e cols. (1996) executaram um trabalho envolvendo 56 estudantes da 3ª e 4ª séries do 1º grau num período de 4 meses com visitas semanais à escola. Foram empregados “meios preventivos” como palestras sobre higiene bucal, motivação e escovação supervisionada, resultando em uma redução dos índices médios de placa bacteriana inicial e final de 11%. A redução nos índices de placa bacteriana ocorreu em 55,4% dos estudantes selecionados, comprovando que esses “meios preventivos” são capazes de motivar e orientar os estudantes quanto à prática de higiene bucal correta, obtendo-se, então, resultados preventivos satisfatórios.

TURSSI e cols. realizaram um estudo envolvendo escolares de 6 a 10 anos da zona rural, com o objetivo de avaliar o efeito do reforço da motivação no controle do índice de placa bacteriana. Foram avaliadas 219 crianças divididas em dois grupos: grupo A (motivado em sessão única), composto por 101 crianças e; grupo B (motivado em quatro sessões) do qual fizeram parte 118 alunos. A motivação consistiu em palestra, diapositivos, desenhos, ensino da técnica de escovação e uso do fio dental em modelos, e escovação supervisionada. Em ambos os grupos foram efetuados dois levantamentos de índice de

placa; no primeiro, antes de qualquer atividade relativa ao programa e no segundo, após a conclusão do mesmo. Os resultados demonstraram redução estatisticamente significativa, quando analisados os exames inicial e final, no índice de placa do grupo B ($z = 2,68$). No segundo levantamento foi verificada a existência de diferença significativa entre ambos os grupos ($z = 1,96$). Com base nos resultados obtidos, concluiu-se que o reforço da motivação atua positivamente no controle de placa bacteriana.

Em um programa longitudinal, também executados em escolares, ALBANDAR et al. (1994) verificaram a importância de reforços anuais de orientação em higiene bucal juntamente com escovação supervisionada. Dividiram 227 escolares em 3 grupos os quais eram avaliados anualmente com a mensuração dos índices de placa e de sangramento gengival num período de três anos. No grupo 1, as crianças receberam orientação em higiene bucal com escovação supervisionada, ATF e informação sobre etiologia da cárie e da doença periodontal, totalizando 3,5 horas desde o início até o final do programa; no grupo 2 foram totalizadas 1,5 horas de orientação em higiene bucal com escovação supervisionada e ATF e no grupo 3, não foi realizada “nenhuma prevenção”. Analisando os resultados, do início ao final do programa, houve redução nos índices de placa em 16,4% no grupo 1; 6,5% no grupo 2 e 6% no grupo 3. Ao final do programa, as crianças que tiveram informação sobre etiologia de cárie e doença periodontal juntamente com escovação supervisionada e ATF não apresentaram novas lesões e cárie e sinais de gengivite.

BELLINI et al (1981) estudaram o efeito sobre a redução da gengivite utilizando limpeza profissional mensal e instruções de higiene bucal, em escolares de 7 a 11 anos, na cidade de Jundiaí. Foram avaliadas 123 crianças, onde 57 (grupo teste) receberam instruções de higiene bucal, limpeza profissional mensal e aplicação tópica de flúor, num total de 32 sessões, e 66 eram examinadas para controle. 3% das crianças do grupo teste e do grupo controle apresentavam gengivite inicialmente. No final do programa, as crianças do grupo teste não apresentavam sinais de gengivite e 20% do grupo controle apresentavam .

SALIBA e cols. (1998) compararam a eficácia da escovação orientada e supervisionada com a profilaxia profissional no controle da placa bacteriana em 45

escolares da faixa etária de 12 a 15 anos. Três grupos foram formados cujos procedimentos foram realizados duas vezes por mês durante o período experimental de quatro meses: grupo 1- escovação supervisionada e uso do fio dental, grupo 2- profilaxia profissional e grupo 3- escovação usual não supervisionada. A diferença entre o índice médio de placa inicial e o final observado para os três grupos foram respectivamente, grupo 1: 20,31% , grupo 2: 1,47% e grupo 3: 0,64%. Pela análise de variância foi observada uma diferença estatisticamente significativa, de 5%, nos resultados do grupo 1, os quais mostraram redução da placa sob escovação supervisionada. Os autores concluíram que a escovação supervisionada, de fato, é de extrema importância para estabelecimento de hábitos de higiene bucal.

ROSA e cols. (1992) demonstraram o efeito de um programa de reorientação do atendimento odontológico escolar, com ênfase em prevenção, para os pacientes de alto risco de cárie . Em 1979, em São José dos Campos, um programa foi implantado, utilizando como estratégia o sistema incremental de atendimento, cujo método preventivo adotado para apoio às ações curativas foi a aplicação de bochechos fluoretados 0,2% semanalmente. Após 6 anos de atenção foram observadas mudanças no quadro epidemiológico: a prevalência de cárie aos 7 anos de idade apresentou uma redução de 35%; entretanto, a partir dessa idade as reduções foram cada vez menores até atingir 3% aos 14 anos. 65% dos dentes em todas as idades possuíam restaurações caracterizando a ação curativa do sistema incremental. Com a reorientação do programa, enfatizando a prevenção do grupo de alto risco de cárie, que consistiu de: limpeza profissional, aplicação tópica de flúor gel duas vezes ao ano, educação em saúde bucal individualizada com evidenciação de placa, escovação sob controle e motivação para auto cuidados, pode se constatar que a prevalência da cárie dental sofreu uma redução significativa em todas as idades (51% aos 12 anos de idade).

GONÇALVES e SILVA (1992) implantaram um programa educativo – preventivo de atenção odontológica em um Centro Educacional para menores carentes, desenvolvido em “duas etapas simultâneas”: a primeira, em ambulatório odontológico, onde os procedimentos preventivos (evidenciação de placa, aplicação de selantes e ATF) e curativos eram realizados; a segunda, na escola, onde as crianças eram ensinadas a cuidar da saúde da boca (escovação supervisionada, controle de açúcar na merenda escolar,

palestras sobre prevenção). Depois de 20 meses o programa mostrou resultados positivos, sendo possível observar mudanças sensíveis no comportamento das crianças, bem como uma melhor integração entre os dentistas e o pessoal técnico-administrativo, no planejamento e implantação de programas para os menores da Instituição.

ABEGG (1997) avaliou alguns hábitos de higiene bucal, dentre eles escovação dentária e uso do fio dental, e sua associação com algumas variáveis sócio - econômicas em um grupo de 471 adultos, com idades entre 24 e 44 anos. Os resultados mostraram que os hábitos de higiene bucal são freqüentes na maioria desses indivíduos, independente da classe social. A freqüência de escovação diária dos dentes encontrada foi alta, apresentando mediana e moda de três vezes ao dia (48,3% na categoria sócio - econômica alta e 41,6% na categoria sócio - econômica baixa). Em relação ao uso do fio dental, 81,7% das pessoas de categoria - sócio econômica alta usam o fio dental, ao contrário de 52,8% das pessoas de categoria sócio econômica baixa. Quanto ao nível de placa bacteriana, a maioria das pessoas examinadas como um todo, 64,1%, apresentaram nível de placa bacteriana moderado (escore entre 1 e 2), enquanto que 35,9% apresentaram nível de placa bacteriana alto (escore entre 2 e 3). Neste estudo foi encontrada uma associação significativa entre categoria sócio - econômica e nível de placa bacteriana ($p = 0,00$). Como conclusão, a maioria das pessoas utilizam o fio dental e escovam os dentes, mas o que se observa é a falta de conhecimento da forma adequada em relação ao uso desses métodos de higiene bucal principalmente nas pessoas de nível sócio - econômico baixo.

AXELSSON & LINDHE (1978) realizaram um programa para determinar se a ocorrência da cárie e a progressão da doença periodontal podem ser prevenidas em adultos e mantido um certo nível de higiene bucal com repetições regulares de instrução de higiene bucal e profilaxias. O grupo foi dividido em 375 adultos para teste e 180 para controle. Durante três anos, o grupo controle foi atendido uma vez ao ano para tratamento dental convencional, enquanto que o grupo teste foi atendido a cada dois meses, nos primeiros dois anos, e de três em três meses no terceiro ano, recebendo instruções de higiene da boca e limpeza profissional desenvolvidas por um higienista dental. Os resultados mostraram que o declínio de placa e condição gengival foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$) no grupo que recebeu repetições regulares de orientação de higiene bucal e profilaxia, concluindo que é possível estimular adultos a adquirir novos hábitos para o controle da

placa bacteriana .Neste período de três anos, o grupo teste não apresentou sinais de gengivite e não desenvolveu novas lesões de cárie. No grupo controle, houve sinais de gengivite e novas lesões de cárie.

DE VORE et al (1990) estudaram o efeito de 4 a 6 repetições regulares de orientação de higiene bucal (escovação supervisionada e uso do fio dental) em 24 adultos com doença periodontal que receberam tratamento curativo. Os resultados foram significativos ($p<0,05$) com redução de 50% no índice de placa .

LIM et al (1984) verificaram a influência de amigos de trabalho e parentes num programa de controle de placa bacteriana em 41 pacientes adultos do sexo masculino. Foram executadas 4 consultas a cada 15 dias totalizando seis semanas com instrução de higiene bucal, incluindo escovação supervisionada e uso do fio dental. Na 10ª e na 14ª semanas, os pacientes foram reavaliados. Os pacientes responderam a um questionário no início do programa e na 10ª semana que constavam informações sobre: se tem esposa e filhos, se tem amigos próximos, se alguma destas pessoas aconselharam a procurar tratamento preventivo ou quando estava em tratamento , isto era discutido com essas pessoas. Os resultados foram significativos ($p<0,05$) na redução da placa e gengivite nos pacientes que relataram discussões com amigos.

No Brasil, ainda são predominantes os tratamentos curativos em detrimento das ações preventivas e educativas em saúde bucal. Sabe-se que a odontologia curativa, por seu caráter privado, individualista e de alto custo, tornou-se inacessível a cerca de 90% da população (PETRY e cols, 2000). No ano de 1999, foram gastos R\$ 180.276.091,99 em procedimentos individuais (atenção básica e especialidades) e R\$ 82.951.669,04 em procedimentos coletivos (BRASIL, 2000).

Para viabilização da alteração do perfil de morbidade odontológica vigente na população brasileira, torna-se imperiosa a mudança ou substituição do modelo na prática odontológica dominante na atualidade, que se fundamenta no tratamento das seqüelas das doenças mais prevalentes da boca - cárie e doença periodontal (MOREIRA & HAHN, 1992).

1.3. FOCALIZANDO O PROBLEMA A SER ESTUDADO

O Serviço de Odontologia do Centro de Saúde da Comunidade da UNICAMP (CECOM) pertence à Coordenadoria de Serviços Sociais (CSS) e presta atendimento odontológico à comunidade Universitária (funcionários, professores e alunos).

Iniciou suas atividades em 1983, através do Ambulatório Médico Odontológico (AMO) com 4 dentistas. Até o final de março de 1987, trabalhava somente com um turno de atendimento com um número de 14 dentistas, sendo que 2 atuavam em Limeira. A partir de 01 de abril de 1987, foi implantado o segundo turno de atendimento odontológico com o objetivo de ampliar a assistência a toda população da UNICAMP. Nesta ampliação do serviço, foram contratados mais 12 dentistas totalizando 26 cirurgiões dentistas para dar cobertura a uma população de aproximadamente 30000 pessoas. Assim, foi expandindo progressivamente suas instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, ampliando a cobertura aos usuários.

Desde sua implantação, a principal característica da Odontologia do CECOM, na opinião dos usuários, tem sido a qualidade do atendimento oferecido, garantida pela constante qualificação técnica dos cirurgiões dentistas. Todavia, o principal nó crítico, até 1994, era a questão do acesso. Aqueles usuários que conseguiram inscrever-se até um determinado período, que foi o de saturação do Serviço, realizaram tratamento odontológico e continuaram retornando ciclicamente para novos procedimentos, sempre que necessário. Entretanto, aqueles que não conseguiram acesso ao serviço ficavam numa lista de espera desde 1988.

O fato da assistência prestada não conseguir suprir a uma maior demanda da comunidade universitária relacionava-se à forma de atuação dos profissionais deste Serviço que era baseada principalmente em procedimentos curativos, o que permitia, somente, a assistência de um número reduzido de indivíduos, tendo em vista a baixa cobertura e a necessidade de alta complexidade tecnológica, conforme o paradigma cirúrgico- restaurador.

Com o objetivo de ampliar o Serviço de Odontologia do CECOM, a partir de 1994, foi introduzido, de forma experimental, um modelo assistencial que incorporava práticas como:

- a) intervenções preventivas (por exemplo: escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor – ATF)
- b) trabalho em equipe a quatro mãos com ACD (auxiliar de cirurgião dentista) e,
- c) realização de programas educativos e preventivos nas unidades, institutos e faculdades.

Para viabilizar a implantação desse modelo, neste ano de 1994, foi executada mais uma ampliação do serviço de odontologia do CECOM possibilitando o aumento do espaço físico, a colocação de novos equipamentos e a contratação de mais 19 dentistas e 11 ACDs, sendo 4 dentistas atuando no Serviço Odontológico Infantil, 5 atuando no HC e 2 no Colégio Técnico da UNICAMP (COTUCA).

Os resultados desta experiência têm sido bastante satisfatórios de modo que este tem sido o modelo adotado pelo Serviço. Quantitativamente tal programa conseguiu finalmente acabar com a longa fila de espera, havendo atualmente uma livre demanda da comunidade universitária .

Também, qualitativamente, no que se refere às intervenções preventivas, essas práticas conseguiram reduzir significativamente o número de cáries e de periodontopatias. Infelizmente não há dados estatísticos que comprovem a eficiência do trabalho prestado, apenas o consenso entre os profissionais que já atuavam no CECOM antes de 1994 e os que ingressaram justamente em 1994, quando da contratação de novos profissionais para a realização do projeto.

Todavia, no que diz respeito à realização de programas educativos e preventivos nas unidades, institutos e faculdades, infelizmente isso não ocorreu conforme previa o modelo.

Tendo acompanhado o desenrolar deste projeto assim como participado do mesmo, desde a sua implantação em 1994, data de meu ingresso como cirurgiã dentista no CECOM, resolvi, então, realizar o presente trabalho que visa refletir/ repensar sobre os programas educativos e preventivos como práticas indispensáveis em qualquer serviço odontológico.

Desta forma, o presente trabalho envolve a aplicação de um programa educativo/preventivo no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) da Universidade de Campinas, respeitando-se a metodologia utilizada pelo Serviço de Odontologia do CECOM, abrangendo especialmente atividades relacionadas à prevenção da cárie e da doença periodontal, tais como:

- educação em saúde bucal
- remoção do agente etiológico (placa bacteriana), através de:
 - escovação supervisionada e uso do fio dental
 - adequação do meio bucal

Em síntese, a realização desta pesquisa se justifica pela importância que se deve atribuir sobretudo às práticas educativas e preventivas no Serviço Odontológico, acreditando, pois, que se essas práticas forem constantes, os resultados podem ainda ser mais satisfatórios. Além do mais, parece-me ser uma forma de contribuir com o próprio Serviço na medida em que nunca se fez nenhuma pesquisa que abordasse alguma questão relacionada aos trabalhos prestados pelo Serviço de Odontologia do CECOM.



OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar um programa de promoção e educação em saúde junto a alunos universitários na melhoria da higiene bucal.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1.** Reduzir os níveis de placa bacteriana e de sangramento gengival nessa população após o programa .
- 2.2.2.** Correlacionar a influência de hábitos de higiene bucal e visita ao consultório odontológico relatados pelos pacientes com a mensuração dos índices de placa e de sangramento gengival na primeira consulta.



*CASUÍSTICA,
MATERIAL E MÉTODO*

d3.1. POPULAÇÃO DE ESTUDO

O presente trabalho envolveu uma amostra de conveniência de alunos que ingressaram no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) da UNICAMP, no ano 2000, e que foram atendidos pelo CECOM. Dele participaram quarenta e cinco pacientes, vinte e sete do sexo feminino e dezoito do sexo masculino. As idades variaram de 17 a 23 anos.

3.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos alunos que ingressaram no ano 2000 na UNICAMP, pois esses não haviam passado por nenhuma intervenção (curativa ou preventiva) no Serviço de Odontologia do CECOM. O IFCH foi escolhido pela facilidade de acesso à direção, pois o ACD (auxiliar de cirurgião dentista), participante do trabalho, era aluno e integrante do DA (diretório acadêmico) deste Instituto. Todos os alunos do Instituto que ingressaram em 2000 (170 alunos) foram convidados, sendo que apenas quarenta e cinco aceitaram participar. Estes quarenta e cinco alunos foram informados a respeito dos objetivos do protocolo de pesquisa e consentiram em dele participar (anexo 1).

3.3. MÉTODO

Os alunos eram agendados no horário de atendimento estipulado pelo CECOM.

Na primeira sessão o paciente recebeu uma ficha de anamnese com a finalidade de informar-nos sobre a sua condição de saúde geral (anexo 2), e outra contendo um questionário incluindo questões que pudessem interferir na mensuração inicial dos índices (anexo 3). Essas duas fichas eram preenchidas e assinadas pelo mesmo.

Em seguida executou-se um exame clínico da cavidade bucal para avaliar e diagnosticar as necessidades de tratamento a ser posteriormente realizado no CECOM, com exceção de prótese fixa, implante e ortodontia . O exame foi realizado por inspeção visual utilizando um espelho clínico e uma sonda periodontal. Se houvesse necessidade, era feito um exame radiográfico.

O paciente recebeu uma pastilha evidenciadora para avaliar a presença de placa bacteriana (fuccina a 2%) pedindo-se para mastigar e bochechar durante 1 minuto, sendo advertido oralmente para não ingerir o corante. O excesso de substância evidenciadora foi eliminado com água, através de um enxague dos dentes. Depois da coleta dos dados, o paciente era conduzido ao escovódromo onde iniciava o processo de educação para saúde bucal. O escovódromo dispunha de um espelho amplo acima da pia e cartazes explicativos sobre placa bacteriana, doença periodontal, cárie, técnicas de escovação e uso de fio dental. Neste processo de educação em saúde bucal foram utilizados os pontos básicos descritos por BUISCHI e cols. (2000) que são:

- motivação:- o paciente foi colocado a par da sua real condição de saúde bucal participando em conjunto com o dentista do diagnóstico, o qual incluía os níveis de placa, gengivite, periodontite e cárie que o paciente apresentava, o que determinava suas necessidades de tratamento.
- informação:- o processo de informação sobre etiologia, patogenia e controle/tratamento das doenças dentárias foi dado na primeira visita, não impedindo de retornar a esse assunto nas próximas sessões à medida que a curiosidade e o interesse do paciente fossem se desenvolvendo.
- o paciente como diagnosticador:- ao fazer a evidenciação de placa bacteriana, utilizou-se um espelho para mostrar ao paciente as áreas de maior acúmulo de placa e as de maior risco às doenças, capacitando o paciente a determinar quais seriam suas prioridades no controle de placa.
- Instrução de higiene bucal (escovação supervisionada e uso do fio dental): a técnica de escovação e a do fio dental foram adaptadas de acordo com a utilizada pelo próprio paciente, enfatizando a concentração de seus esforços de limpeza sobre dentes e superfícies onde o risco às doenças são maiores. Todos foram orientados sobre as características de uma boa escova dental. Para o paciente com hábitos irregulares de higiene bucal, procurou-se orienta-lo a respeito do “método associativo” que consiste em o indivíduo descobrir atividades rotineiramente por ele empregadas, que coincidam com os períodos mais indicados para a realização da limpeza dos dentes.

Depois de realizada a orientação de higiene bucal, o paciente retornava à cadeira para a adequação do meio bucal. Se necessário, era executada a remoção de fatores retentores de placa como lesões cariosas, restaurações ou coroas com margens defeituosas, cálculo dental e raízes residuais. Para finalizar era feita aplicação tópica de flúor (gel de fluor-fosfato acidulado a 1,23%).

Os índices de placa bacteriana, a instrução de higiene bucal (escovação supervisionada e uso do fio dental) e a ATF foram realizados por um ACD, que foi treinado pelo pesquisador .

O grupo de alunos foi motivado em até três sessões dependendo dos valores obtidos com a aplicação dos índices de placa bacteriana. Nas sessões seguintes à primeira, repetia-se a mensuração dos índices, educação em saúde bucal juntamente com escovação supervisionada e ATF num intervalo de 7 a 14 dias. Foram executados dois reforços posteriormente com intervalo de 3 meses cada um, obtendo novos escores e orientando novamente o paciente quanto à higiene bucal .

Um ano após ao segundo reforço, os pacientes retornaram para avaliação final do programa de prevenção. Foi realizado um exame clínico, para verificar incidência de cárie e doença periodontal, e aplicação dos índices para quantificar o resultado do trabalho desenvolvido.

Todos os pacientes do programa receberam tratamento curativo e de urgência dentro das seguintes áreas: Dentística, Periodontia, Endodontia, Radiologia e Cirurgia.

3.4. ÍNDICES UTILIZADOS

Os índices utilizados foram os de sangramento gengival e de placa bacteriana de O'Leary.

3.4.1. Índice de sangramento gengival (IS)

A avaliação do sangramento gengival foi realizada apenas com base nos códigos 0 (hígido–sem problemas periodontais) e 1 (sangramento–observado visualmente ou por espelho, após a sondagem) do Índice de Diagnóstico e Registro Periodontal (PSR). Este índice avalia a condição de saúde periodontal através do sangramento gengival, da presença de cálculo e de bolsas. Foram avaliados todos os dentes da arcada dentária.

A gengiva em torno de cada dente era examinada com uma sonda milimetrada com a qual se percorria o sulco gengival com o objetivo de detectar a presença ou não de sangramento. Tivemos o cuidado de, conforme prevê a descrição desse índice, ao inserir a sonda na bolsa gengival, acompanhar a configuração anatômica da raiz, de modo que qualquer dor ocasionada ao paciente pudesse ser indicativo de uso de força demasiada.

Registrava-se em um diagrama (anexo 4) a presença de sangramento nos dentes examinados. A porcentagem do número de dentes sangrantes em relação ao total de dentes examinados era então calculada para proporcionar a contagem do índice (ADA, 1999).

3.4.2. Índice de placa bacteriana (IP)

Uma pastilha evidenciadora era dada ao paciente pedindo para o mesmo mastigar até dissolver completamente para depois cuspir e enxaguar a boca com água. Após o paciente ter enxaguado a boca, cada superfície dentária (exceto as superfícies oclusais) era inspecionada para verificar a presença ou ausência de depósitos corados na junção dentogengival. Se presentes, eles eram registrados colorindo a face apropriada em um diagrama (anexo 4). Após todas as superfícies dos dentes terem sido examinadas e

marcadas no diagrama, um índice era calculado, dividindo-se o número de superfícies com placa pelo número total das superfícies presentes na boca e multiplicando por cem o resultado (O'LEARY et al,1972).

Estes autores preconizam aleatoriamente 10% ou menos, passível de ser aceita, para a presença de placa bacteriana. Em uma investigação com o intuito de verificar a validade concreta da utilização de 10% como valor máximo aceitável, quando se efetua o levantamento do índice de placa de O'LEARY, DUARTE (1994) concluiu que é possível utilizar um valor máximo de 27,18%. No CECOM, é utilizado 30% de valor máximo aceitável de placa bacteriana.

3.5. PROCEDIMENTOS DAS CONSULTAS

3.5.1. 1ª consulta

- anamnese
- questionário
- exame clínico
- índice de sangramento
- evidenciação de placa
- índice de placa
- educação para saúde bucal
 - motivação
 - informação
 - instrução de higiene bucal (escovação supervisionada e uso do fio dental)
- adequação do meio bucal (remoção de fatores retentores de placa)
- ATF

3.5.2. 2ª consulta: após 7 a 14 dias da 1ª consulta, se o índice de placa desta foi > 30%

- índice de sangramento
- evidência de placa
- índice de placa
- escovação supervisionada e uso do fio dental
- ATF

3.5.3. 3ª consulta: após 7 a 14 dias da 2ª consulta, se o índice de placa desta foi > 30%.

- índice de sangramento
- evidência de placa
- índice de placa
- escovação supervisionada e uso do fio dental
- ATF

3.5.4. 1º reforço: 3 meses após à 1ª, 2ª ou 3ª consulta

- exame clínico
- índice de sangramento
- evidência de placa
- índice de placa
- escovação supervisionada e uso do fio dental
- ATF

3.5.5. 2º reforço: 3 meses após ao 1º reforço

- exame clínico
- índice de sangramento
- evidenciação de placa
- índice de placa
- escovação supervisionada e uso do fio dental
- ATF

3.5.6. Avaliação final: 1 ano após ao 2º reforço

- exame clínico
- índice de sangramento
- evidenciação de placa
- índice de placa
- escovação supervisionada e uso do fio dental
- ATF

3.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para verificar a influência dos hábitos de higiene bucal nos índices de placa e sangramento na 1ª consulta, foi utilizada a **análise de regressão múltipla** usando-se como variáveis preditoras os hábitos de higiene bucal e como variável resposta os índices de placa e de sangramento na 1ª consulta. Foi considerado o nível de 5% de significância, ou seja, $p < 0,05$.

Para comparar o índice de placa nos diferentes momentos (1ª consulta, 2ª/3ª consultas, 1º reforço, 2º reforço e avaliação), foi utilizado o **teste de Mc Nemar**, que analisa a mudança da incidência de pacientes com índice de placa acima de 30% entre cada um dos momentos.



RESULTADOS

4.1. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM RELAÇÃO AO SEXO

Dos 45 pacientes estudados, 27 eram do sexo feminino (60%) e 18 do sexo masculino (40%), conforme apresenta a tabela 1:

Tabela 1: Distribuição dos pacientes do estudo em relação ao sexo.CECOM, 2000

Sexo	Freqüência	Porcentagem
Feminino	27	60,0
Masculino	18	40,0
Total	45	100,0

4.2. RESULTADOS OBTIDOS NA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO QUANTO A SUA INFLUÊNCIA NOS ÍNDICES DE PLACA E DE SANGRAMENTO NA 1ª CONSULTA

4.2.1. Influência das respostas do questionário no índice de placa na 1ª consulta

Não foi verificada influência significativa de nenhuma resposta do questionário no índice de placa na 1ª consulta (anexo 5).

4.2.2. Influência das respostas do questionário no índice de sangramento gengival na 1ª consulta

Verifica-se que apenas a questão 4 sobre sangramento gengival devido ao uso do fio dental ou escovação influenciou o índice de sangramento na 1ª consulta. Os pacientes que relataram sangramento gengival “eventualmente” ou “freqüentemente” tiveram índice de sangramento maior que os pacientes que não relataram (anexo 6).

4.3. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO ESTUDO NAS DIFERENTES CONSULTAS SEGUNDO O ÍNDICE DE PLACA ACEITÁVEL ($\leq 30\%$)

Conforme explicita a tabela 2, na 1ª consulta, dos 45 pacientes, 2 (4,4%) estavam com o IP aceitável e 43 (95,6%) apresentaram - no acima do índice aceitável. Destes, retornaram para a 2ª consulta 40 pacientes, sendo que 22 (55%) tiveram IP aceitável e 3 abandonaram o estudo. Na 3ª consulta, retornaram 11 pacientes dos 18, sendo que 6 (54,6%) apresentaram IP não aceitável e 7 abandonaram o estudo. Para os reforços foram avaliados os pacientes da 1ª, 2ª e 3ª consultas que obtiveram IP aceitável; e também, dos 6 pacientes da 3ª consulta que não atingiram o IP aceitável, 5 foram avaliados nos reforços dando continuidade ao programa, sendo que um abandonou. No 1º reforço, dos 34 pacientes avaliados, 18 (52,9%) obtiveram IP aceitável e 16 (47,1%) estavam acima de 30% de placa, No 2º reforço dos 34 pacientes, 27 (79,4%) atingiram $IP \leq 30\%$, sendo que 7 permaneceram acima do índice aceitável. Na avaliação final mantiveram-se os resultados do 2º reforço.

Tabela 2: Distribuição do número de pacientes nas consultas em relação ao IP e abandono- CECOM, 2000

Consultas	N.º de pacientes	IP $\leq 30\%$	IP $> 30\%$	abandono
1ª	45	2 (4,4%)	43 (95,6%)	---
2ª	40	22 (55,0%)	18 (45,0%)	3
3ª	11	5 (45,4%)	6 (54,6%)	7
1º reforço	34	18 (52,9%)	16 (47,1%)	1
2º reforço	34	27 (79,4%)	7 (20,6%)	0
Avaliação	34	27 (79,4%)	7 (20,6%)	0

4.4. RESULTADOS OBTIDOS NOS CRUZAMENTOS DAS INCIDÊNCIAS DOS ÍNDICES DE PLACA E DE SANGRAMENTO

Foram avaliados os 34 pacientes que participaram desde o início até o final do programa.

4.4.1. Cruzamentos da incidência de IP > 30% entre momentos

Conforme se verifica na tabela 3 e no gráfico 1, há uma queda significativa ($p=0.001$) da incidência de Índice de Placa > 30 % da 1ª consulta para a 2ª /3ª consulta (de 94.12% dos pacientes para 20.59%); da 2ª /3ª consulta para o 1º reforço, houve um aumento significativo ($p=0.020$) da incidência (de 20.59% para 47.06% dos pacientes); e do 1º reforço para o 2º reforço houve novamente uma queda significativa ($p=0.020$) da incidência (de 47.06% para 20.59% dos pacientes). Entre o 2º reforço e a avaliação, não houve mudança significativa de incidência (anexo 7).

Tabela 3: Incidência do IP nos pacientes no decorrer do estudo– CECOM, 2000

Momentos	≤ 30%	> 30%	Significância
1º	2 (5,88 %)	32 (94,12%)	
2º	27 (79,41%)	7 (20,59%)	P=0.001 (queda Significância)
3º	18 (52,94%)	16 (47,06%)	P= 0.020 (aumento Significância)
4º	27 (79,41%)	7 (20,59%)	P= 0.020 (queda Significância)
5º	27 (79,41%)	7 (20,59%)	P= 1.0 (não houve mudança)

Notação:

1º momento = 1ª consulta

2º momento = 2ª /3ª consulta

3º momento = 1º reforço

4º momento = 2º reforço

5º momento = avaliação

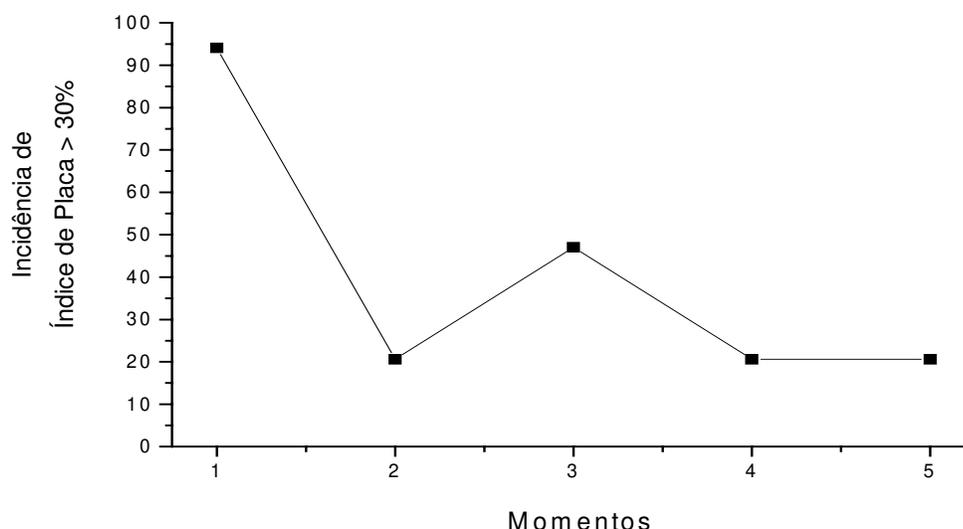


Gráfico 1: Porcentagem do índice de placa > 30%, nos diferentes momentos de avaliação – CECOM, 2000

4.4.2. Cruzamentos da incidência de IS > 0% entre momentos

Pelos resultados apresentados na tabela 4 e no gráfico 2, verifica-se uma queda significativa ($p=0.001$) da incidência de Índice de Sangramento > 0 % da 1ª consulta para a 2ª /3ª consulta (de 61.8% dos pacientes para 17.6%). Da 2ª /3ª consulta para o 1º reforço e do 1º reforço para o 2º, também houve queda da incidência, embora não mais significativa. Entre o 2º reforço e a avaliação não houve mudança significativa (anexo 8).

Tabela 4: Incidência do IS nos pacientes no decorrer do estudo– CECOM, 2000

Momentos	= 0%	> 0%	Significância
1º	13 (38,24%)	21 (61,76%)	
2º	28 (82,35%)	6 (17,65%)	P= 0.001 (queda Significância)
3º	31 (91,18%)	3 (8,82%)	P= 0.083 (queda não Significância)
4º	34 (100%)	0 (0%)	P= 0.020 (queda não Significância)
5º	32 (94.12%)	2 (5,88%)	P=1.0 (não houve mudança signif.)

Notação:

1º momento = 1ª consulta

2º momento = 2ª /3ª consulta

3º momento = 1º reforço

4º momento = 2º reforço

5º momento = avaliação

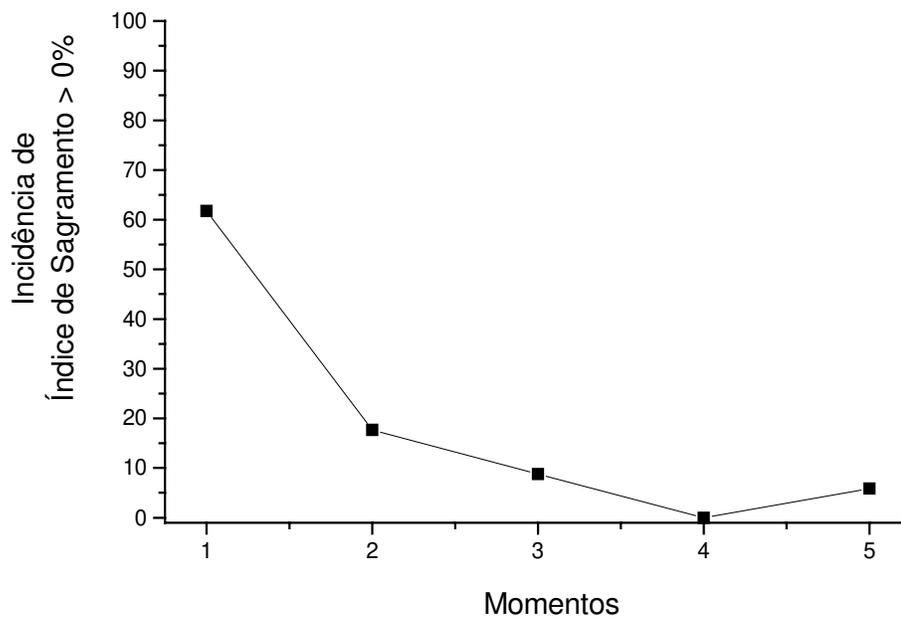


Gráfico 2: Porcentagem do índice de sangramento > 0% , nos diferentes momentos de avaliação-CECOM, 2000



DISCUSSÃO

Os resultados da aplicação do questionário mostraram que não houve associação das respostas às questões formuladas com o índice de placa na 1ª consulta. Apesar de 82,2% dos pacientes relatarem que efetuam três escovações diárias, de 60% afirmarem que utilizam o fio dental diariamente e 86,7% relatarem que receberam orientação em higiene bucal anteriormente, os índices de placa na 1ª consulta mostraram um valor maior que o corte determinado neste estudo ($\leq 30\%$) em 95,6% dos pacientes. Isto mostra a falta de conhecimento ou de utilização de uma técnica adequada para remoção da placa, já que estes pacientes relataram possuir hábitos condizentes com uma boa higiene bucal. Os resultados do estudo de ABEGG (1997) também mostraram que os hábitos de higiene bucal são freqüentes na maioria dos indivíduos, mas que há falta de conhecimento em relação ao uso desses, principalmente nas pessoas de nível sócio econômico-baixo.

Por outro lado, houve uma associação estatisticamente significativa ($p=0,0041$) da resposta à questão sobre sangramento gengival, quando da utilização do fio dental ou escovação, com a presença de sangramento na 1ª consulta. Os pacientes que relataram sangramento gengival, ao utilizar o fio dental ou a escovação, tiveram índice de sangramento maior que os pacientes que não relataram. Assim, sugere-se que esta questão do questionário seja acrescentada à anamnese aplicada no CECOM, para que os dentistas fiquem atentos na mensuração dos índices e nas orientações adequadas.

Quanto à incidência do índice de placa, pela análise estatística aplicada, pudemos observar uma queda significativa ($p=0,001$) entre a consulta inicial (1º momento) com a 2ª ou 3ª consulta (2º momento), quando o paciente retornava de 7 a 14 dias. Depois de 3 meses, quando efetuado o 1º reforço (3º momento), houve um aumento significativo ($p= 0,020$) dos índices de placa determinados pelo corte de 30%. Daí a importância desses pacientes terem recebido, mais uma vez, orientação em higiene bucal e serem agendados após 3 meses para outra avaliação e reforço. Neste 2º reforço (4º momento), verificamos uma queda significativa ($p= 0,020$) do índice de placa e orientamos novamente o paciente quanto à higiene bucal para poder fixar o novo hábito. Na avaliação depois de um ano (5º momento), os sujeitos não apresentaram mudanças ($p= 1,0$) em relação ao 2º reforço. O importante é que, no início do estudo, 94,12% dos pacientes apresentavam $IP > 30\%$, e no final do estudo, apenas 20,59% apresentavam.

É bom esclarecer que determinar o tempo para o paciente retornar ao serviço odontológico é importante para manter a saúde bucal, principalmente quando se trata de pacientes de alto risco à cárie e à doença periodontal. Como prevê a metodologia aplicada no CECOM, esses pacientes devem ser agendados para retorno de seis em seis meses, diferentemente dos pacientes de baixo risco que podem retornar anualmente ao serviço odontológico. Frisamos que, em nosso estudo, todos os retornos foram marcados para um ano depois pois não tínhamos nenhum paciente de alto risco.

Neste estudo, pudemos observar a importância das repetições regulares de escovação supervisionada e educação para higiene bucal para motivação do paciente. Acreditamos na necessidade dos reforços realizados para que o paciente continue motivado a utilizar o fio dental e a escovação adequadamente. Portanto, tivemos parâmetros para mostrar, após um ano, que a metodologia utilizada no CECOM é eficiente para manter níveis de placa bacteriana aceitáveis, como foi constatado nos estudantes que participaram do programa em questão. Todavia, é bom lembrar que, para que o programa se estenda para todas as faculdades, institutos e unidades da UNICAMP, dando cobertura enfim a toda a população, como prevê o CECOM, necessita-se de pessoal auxiliar (ACD) suficiente para toda a demanda e efetivamente comprometido com o trabalho preventivo/ educativo.

Sabe-se que o nível de placa bacteriana é considerado o indicador do padrão de higiene bucal no momento da observação, enquanto que o sangramento gengival mostra a eficiência da escovação.

Em relação ao sangramento gengival, no início do estudo 61,76% dos pacientes apresentaram sinais de gengivite, havendo uma queda gradativa destes sinais à medida que eram realizadas as consultas e os reforços até que, no 2º reforço, nenhum paciente apresentou esses sinais e, um ano depois, apenas 5,88% apresentaram.

No programa longitudinal executado em escolares por ALBANDAR et al. (1994) pudemos verificar a importância dos reforços anuais de orientação em higiene bucal juntamente com escovação supervisionada. Neste programa o autor mostra também a importância de informar o paciente sobre etiologia das doenças bucais mais prevalentes, através de dois grupos controle e um grupo estudo. Em um dos grupos controle, as crianças receberam apenas orientação sobre técnica de escovação e ATF; no outro, “nenhuma

prevenção” e, por sua vez, no grupo estudo foi executado um “programa de prevenção” incluindo educação para higiene bucal, além das orientações de higiene bucal com escovação supervisionada e ATF. Ao final do programa, as crianças que tiveram informação sobre etiologia de cárie e doença periodontal juntamente com escovação supervisionada e ATF não apresentaram novas lesões de cárie e sinais de gengivite.

No presente estudo, assim como no de ALBANDAR, foram executadas repetições regulares de escovação supervisionada e educação para saúde bucal além de situar constantemente o paciente a respeito de suas condições reais de saúde bucal. O que difere em nosso trabalho é que acreditamos que os reforços, realizados em um período de tempo mais curto, são mais eficientes para a educação do paciente, ou seja, contribuem para que este continue motivado a utilizar o fio dental e a escovação adequadamente.

A maioria dos trabalhos encontrados na literatura, como os de MALTZ e cols.(1982), MILORI e cols. (1994), TURSSI e cols.(1998) e NAVARRO e cols.(1996) sobre controle de placa bacteriana através de repetições regulares de escovação supervisionada, são em crianças na idade de 7 a 10 anos, chegando estes estudos a um resultado significativo na redução dos índices de placa bacteriana. Entretanto, o que se observa é que todos eles são realizados a curto prazo, num período de 4 a 9 meses, não nos mostrando, portanto, se estes indivíduos foram motivados a realizarem esta higiene bucal adequada sem serem submetidos a reforços periódicos posteriormente.

Outro ponto a ser discutido é a escassez de programas estruturados de saúde pública para proteger a população adulta, já que dispomos de melhorias consideráveis em crianças de 6 a 12 anos, como mostram os dados do Ministério da Saúde de 1996. Segundo PINTO (2000), adultos constituem a maioria da população, demandam fortemente por serviços odontológicos e influenciam de maneira decisiva o comportamento de seus dependentes.

Ao contrário do nosso ponto de vista de que o paciente é capaz de ser motivado em executar o controle de placa por si só, AXELSSON & LINDHE (1978) admitem que há necessidade do controle de placa realizado pelo profissional periodicamente em adultos. Em seu trabalho longitudinal, foram executadas profilaxias realizadas pelo profissional a cada dois meses em todos os pacientes chegando a um resultado significativo em relação à

cárie e à gengivite. Todavia, acreditamos que isto se torna, por um lado, inviável pela falta de recursos humanos e, por outro desnecessário, já que existem evidências quanto à motivação do paciente. Além do mais, a pasta utilizada na profilaxia tem um componente abrasivo podendo, se utilizada freqüentemente, danificar o esmalte dos dentes.

SALIBA, e cols. (1998), quando compararam a profilaxia profissional com a escovação como métodos utilizados para o controle mecânico da placa dental, obtiveram resultados significativos para o grupo que recebeu instruções de escovação, mostrando que esse é um método eficaz para a promoção de saúde bucal.

É certo que a amostra de nossa pesquisa é pequena. Dos 170 convidados, apenas 45 aceitaram participar voluntariamente do programa e, destes, 11 sujeitos abandonaram-no. Questionamo-nos, então, se teríamos os mesmos resultados com todos que participassem do programa. Ou seja, todos teriam a mesma motivação quanto ao uso do fio dental e da escovação adequada?

Semelhantemente questionamo-nos se o nível sócio- econômico do sujeito interferiria nos resultados obtidos? Se os sujeitos de nosso estudo não fossem estudantes da UNICAMP, pessoas esclarecidas e supostamente com maior poder aquisitivo, teriam estes também motivação para a higiene bucal?

Apesar destas contraposições, o certo é que acreditamos ser possível afirmar que instruir constantemente o paciente, para que este seja motivado a cuidar de sua saúde bucal, utilizando adequadamente o fio dental e a escovação, é algo fundamental que contribui para a redução de cáries e doenças periodontais.

Observamos que os altos índices de placa bacteriana reduzidos com programas preventivos, conforme se relata em diferentes estudos de revisão de literatura, caracterizam a necessidade urgente de mudanças na forma como a Odontologia vem prestando serviços à população, adotando uma prática mais adequada e coerente com o conhecimento científico acumulado e especialmente com a realidade sócio-econômica do nosso país, para que possa viabilizar uma resposta em termos de melhoria dos níveis de saúde bucal da população. Sabe-se que o trabalho preventivo é muito menos oneroso e bastante satisfatórios seus

resultados quando se realizam práticas educativas envolvendo crianças ou adultos. Portanto, não temos dúvida de que investir em ações preventivas é o caminho mais curto rumo à melhoria dos níveis de saúde bucal da população brasileira.



CONCLUSÃO

1. Houve melhoria nas condições de higiene bucal dos estudantes universitários que participaram da pesquisa.
2. Houve uma redução de 75% dos indivíduos que apresentavam índice de placa bacteriana > 30% e de 56% dos indivíduos com sangramento gengival da primeira consulta à última avaliação.
3. Não houve correlação estatisticamente significativa ao nível de 5% em relação ao índice de placa bacteriana na primeira consulta e as perguntas do questionário.
4. Houve correlação estatisticamente significativa ao nível de 5% entre os indivíduos que relataram sangramento gengival eventual ou freqüentemente ao utilizarem o fio dental ou ao escovarem os dentes com o índice de sangramento gengival na primeira consulta.



*REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS*

DABEGG, C. *Hábitos de higiene bucal de adultos porto- alegendenses*. **Rev. Saúde Pública**, 31(6): 586-93, 1997.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. *Periodontal screening & recording: an early detection system*. August 24, 1999.

<http://www.ada.org/prof/prac/issues/pubs/psr/index.html>

ALBANDAR J. et al. *Long – term effect of two preventive programas on the incidence of plaque and gingivitis in adolescents*. **J. Periodontol.** 65: 605-610, 1994.

AXELSSON P. LINDHE J. *Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults*. **J. Clin. Periodont.** 5: 131-51, 1981.

AXELSSON, P. et al. *Integrated caries prevention: the effect of a needs related preventive program on dental caries in children country of Varmland, Sweden results after 12 years* **Caries Res.**, v. 27, Suppl., p. 83-94, 1993.

BELLINE H T., CAMPI R, DENARDI J L, *Four years of monthly professional tooth cleaning and topical fluoride application in Brazilian schoolchildren. I. Effect on gingivitis* **J. Clin. Periodont.** 8: 231-238, 1981.

BRATTHALL, D. *O programa sueco de saúde oral para adultos*. **Rev. Brasileira de Odontologia.** 45(6): p.2-8,1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília, CD-MS, 1988- 137p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal – cárie dental, 1996*.

<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Bucal/epi96/epi96.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. *A Saúde Bucal no Brasil: Investimento total em procedimentos odontológicos, por Estado de 1999 , 2000*.

<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Bucal/invest/invest99/total99.htm>

BUISCHI, Y.P. & AXELSSON, P. *Controle mecânico da placa dental realizado pelo paciente* In: **Promoção de Saúde Bucal – ABOPREV** L. KRIGER editora Artes Médicas. p.113-128, 1997.

BUISCHI, Y.P e cols. *Controle mecânico do biofilme dental e a prática da promoção de saúde bucal.* In: **Promoção de Saúde bucal na Clínica Odontológica**, Ed. Artes Médicas 1ª ed., pag 171-211, 2000.

BUSCARIOLO, I. *A prevalência de fluorose dentária associada ao uso sistêmico e tópico de fluoretos, em escolares da região sul da cidade de São Paulo, após 14 anos de fluoretação da água de abastecimento público.* Tese de Doutorado, Faculdade de Odontologia, USP, São Paulo, 2001.

CHAVES, M. M. **Odontologia Social.** Editorial Labor do Brasil S.A 2ª edição p. 25, 1977.

DE VORE C. H. et al. *Plaque score changes based primarily on patients performance at specific time intervals.* **J. Periodontol.** 61(6): 343-346, 1990.

DOWNER, M. C. *The improving dental health of united kingdon adults and prospects for the future.* **British Dentistry Journal**, 170:154-158, 1991.

DUARTE, C. *A Avaliação crítica da aplicabilidade do índice de O' Leary em relação aos índices de Geene- Vermillion e de Lõe & Silness.* **Rev. Odontol. Univ. São Paulo** , v. 8, n. 4,p. 301-307, out/dez., 1994.

FEHR, F. R. v.d. *Caries status in the Nordic Coutries and predictions of futire trends.* In: *Caries status in Europe and predictions of future trends.* **Caries Research**, 24:381-396 M. T. Matharler,ed. ,1990.

FEJERSKOV, O ; ANTOFT, P. & GADEGAARD, E. *Decrease in caries experience in Danish children and young adults in the 1970s.* **Journal of Dentistry Research**, 61: 1305-1310, 1982.

GONÇALVES, R. M. G. & SILVA, R. H. da *Experiência de um programa educativo/preventivo.* **Rev. Gaúcha de Odontologia- Porto Alegre** , v. 40, n. 2, p. 97-100. mar/abr, 1992.

- LIM C S et al *An investigation into the response of subjects to a plaque control programme as influenced by friends and relatives.* **J. Clin. Periodontol.** 11(7): 432-442, 1984.
- LÖE, H. et al. *Experimental gingivitis in man.* **J. Periodontol.**, vol. 36, p.17-87,1965.
- MALTZ, M. e cols. *Efeito de um programa de higiene oral sobre gengivite em escolares.* **Rev. da Facul. de Odontol.,Porto Alegre**, 21-22-23-24;103-19, 1979/82.
- MALTZ, M & CARVALHO, J *Diagnóstico da doença cárie* In: **Promoção de Saúde Bucal –ABOPREV** L.KRIGER Editora Artes Médicas, p.69-91, 1997.
- MILORI, S.A e cols. *Resposta de um Programa Preventivo de Placa Dentária Bacteriana,* **Rev Odontol. UNESP**, São Paulo, 23(2): 325-331, 1994.
- MOREIRA, S. G. te al. *Considerações sobre trabalho educativo - preventivo a nível comunitário* **Rev. Facul. Odontol. Porto Alegre** vol. 33, p. 26-27,1992
- NAVARRO, R. S. et al. *Estudo clínico do comportamento de escolares mediante escovação supervisionada e motivação no controle de placa bacteriana.* **Rev. Odontol. Univ. São Paulo** vol.10, p. 153-157, 1996.
- O' LEARY, T. J. et al. *The plaque control record.* **J. Periodontol.** v. 43, n. 1, p. 38 , jan, 1972.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Encuestas de salud bucodental : Métodos Básicos. 4^a ed Ginebra, 1997.
- PETRY, P. C. et al. *Adultos livres de cárie: estudos de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas.* **Cad. Saúde Pública** vol. 16, n. 1, Rio de Janeiro jan./mar., 2000.
- PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva** Ed. Santos, 4^a edição, 2000.
- ROSA, A G. F.; MATILDES, M. L. R.; NARVAI, P. C. *Programa de reorientação do atendimento odontológico escolar com ênfase na prevenção :análise de prevalência da cárie dental em escolares de 7 a 14 anos, matriculados nas escolas municipais de São José dos Campos/ S. P., em 1979/ 1985 e 1991.* **Rev. Gaúcha de Odontologia- Porto Alegre** , v. 40, n. 2, p. 110-114. mar/abr, 1992.

SALIBA, C. A e cols. *Estudo comparativo entre a eficácia da escovação orientada e supervisionada e a profilaxia no controle da placa bacteriana dentária.* **Rev. Odontol. UNESP.** São Paulo, 27(1): 185-192, 1998.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998.* FSP-USP, São Paulo, 1999.

STAMN, J. W., *The epidemiology of permanent tooth caries in the Americas.* In: **Risk Markers of Oral Diseases** (N. W. Johnson, ed.), pp. 73-77, Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

THYLSTRUP, A & BRUUN, C.. *The use of dentifrices in the treatment of dental caries,* In: **Clinical and Biological Aspects of Dentifrices** (G. Embery & G. Rolla, eds), pp. 131-143, Oxford: Oxford University Press, 1992.

TINOCO, E. M. B. & TINOCO, N.M.B. *Diagnóstico e Prevenção das Doenças Periodontais* In: **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica** Y. P. Buischi, Editora Artes Médicas 1ª edição p.99-124.,2000.

TURSSI, C.P et al. *Influência do Reforço da Motivação no Controle da Placa Bacteriana em Escolares da Zona Rural.* **Rev ABOPREV** vol. 1 p. 16-21, 1998.

VON der FEHR, E.R.; LOE H.; THEILAUDE, E. Experimental caries in man. **Caries Res.**, 4: 131-48, 1970.



ANEXOS

Termo de consentimento

A - Nome do Projeto

AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE HIGIENE BUCAL, EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOSNO ANO 2000

B - Responsável Pela Pesquisa

Juliana Pasti Villalba

C - Dados do paciente

1- nome-

2- idade

3- RG (registro geral)-

4- endereço-

5- PG (Prontuário Geral)

D- Nome do responsável legal pelo paciente

E - Justificativa e objetivo da pesquisa

Verificar a eficiência de medidas educativas de saúde bucal na população de alunos que ingressaram no ano 2000 do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da

UNICAMP tentando medir o impacto destas medidas educativas na prevenção da cárie e da doença periodontal nestes.

F - Procedimentos a que o paciente será submetido

O trabalho que se pretende desenvolver envolve as aplicações e a avaliação de um programa educativo/preventivo em alunos da UNICAMP respeitando-se a metodologia utilizada pelo serviço de Odontologia do CECOM, abrangendo especialmente atividades relacionadas á saúde periodontal tais como:

- Educação em saúde
- Remoção do agente etiológico (placa bacteriana).
- Escovação supervisionada
- Adequação do meio bucal

G- Transtornos ou riscos ao paciente

As intervenções serão realizadas com hora marcada e não apresentarão riscos nenhum ao paciente.

H- Benefícios esperados

Esperamos como benefício a prevenção e controle da cárie e da doença periodontal. Fica ciente o mesmo que o trabalho pode ou não trazer benefícios diretos de sua participação.

I- Teste de droga

Não se aplica

J- Efeitos colaterais dos medicamentos utilizados

Será utilizada fuccina como evidenciador de placa bacteriana. Esta não causa nenhum efeito colateral.

K- Exames laboratoriais a que o paciente será submetido

Não se aplica

L- Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos

Não se aplica

M- Garantia de receber respostas a qualquer pergunta e esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com a pesquisa e o tratamento

Estamos a disposição para esclarecer dúvidas de assuntos relacionados a pesquisa e ao tratamento.

N- Reserva-se o direito de deixar ou não aceitar fazer parte da pesquisa a qualquer tempo, sem prejuízo do atendimento, cuidado e tratamento pela equipe de Odontologia do CECOM.

O- Será mantido o sigilo e o caráter confidencial das informações, zelando pela privacidade do paciente, e que sua identidade não será expostas nas conclusões ou publicações, ou em qualquer outra circunstância.

P - O paciente terá disponibilidade de tratamento médico e indenização em caso de danos diretamente causados pela pesquisa.

Q- A pesquisa não envolve gastos adicionais, mas se houver, ela será absorvida pelo orçamentos da pesquisa.

R- Temos o compromisso de atualizá-lo, se obtermos algumas informações durante o estudo, que possa afetar a sua vontade de continuar fazendo parte da pesquisa, lhe reservando o direito de não continuar.

S- Membros da Equipe

Juliana Pasti Villalba tel- 3788-7145 Odontologia -CECOM

Prof. Dr. Paulo Roberto de Madureira tel- 3788-7215 enfermaria

3788-8036 preventiva

Para contato se necessitar de atendimento ou esclarecimento.

T- Para reclamação do paciente

Secretaria da Comissão de Ética tel-3788-8936

U- Data e assinatura do paciente e do responsável pela pesquisa

Campinas, de de 2000

assinatura do responsável

assinatura do paciente

FICHA DE ANAMINESE

Paciente: _____ PG _____
--

Data de nascimento ____/____/____ Fone: _____

1. Está bem de saúde Sim Não

2. Está tomando algum medicamento ou sob cuidados médicos Sim Não

Nome do médico _____

Nome do medicamento _____

3. Apresenta alergia a medicamentos? Sim Não

Quais? _____

4. Foi submetido (a) à cirurgia? Sim Não

5. Já recebeu transfusão de sangue? Sim Não

6. Você tem ou teve algum dos seguintes problemas de saúde?

- Cardio vascular: febre reumática doenças de coração pressão arterial
- Gatro intestinais: gastrite úlceras duodenais hepatite diabetes mellitus
- Respiratórias: asma bronquite alergias respiratórias sinusite
- Neurológicas: epilepsia
- Hematológicas: hemorragia após exodontia hemorragia menstrual
Hemorragia após ferimento hemofilia
- Reumatológicas: artrite artrose
- Infecciosas: sífilis AIDS

7. Atualmente está grávida? Sim Não De quantos meses?_____
8. A senhora está na menopausa? Sim Não
9. É fumante? Sim Não
10. P.A_____ Pulso_____
11. Quando fez o último tratamento odontológico?_____
12. Ocorreu alguma complicação durante tratamento odontológico ? Sim Não
Qual? _____
13. Já teve alguma reação com anestésicos? Sim Não
Qual? _____
14. Alguma vez teve distúrbios, erupção ou úlceras na boca? Sim Não
15. Usou aparelho ortodôntico? Sim Não
16. Range os dentes á noite? Sim Não
17. Aperta os dentes costumeiramente? Sim Não
18. Sente dificuldade em abrir a boca? Sim Não
19. Tem dor nas articulações da face? Sim Não
20. Sente dor de cabeça com freqüência? Sim Não
21. Considera-se nervoso ou estressado? Sim Não
22. Sente fadiga ou franqueza? Sim Não
23. Costuma desmaiar com freqüência? Sim Não

Informações adicionais: Condições ou fatos que não tenham sido abordados e que você considera importante para o seu tratamento odontológico:

Declaro que os dados, inclusive cadastrais, por mim mencionados são verdadeiros e comprometo-me a informar qualquer alteração no meu quadro atual de saúde.

Assinatura do paciente: _____ Data; ___/___/___

QUESTIONÁRIO

1. Quantas vezes ao dia você escova os dentes? ()
(1) uma (2) duas (3) três ou mais (0) nenhuma
2. Quantas vezes ao dia você usa o fio dental? ()
(1) uma (2) duas (3) três ou mais (0) nenhuma
3. Já recebeu alguma orientação de higiene bucal antes? ()
(1) sim (2) não
4. Tem sangramento gengival na escovação ou na utilização do fio dental? ()
(1) não (2) eventualmente (3) freqüentemente
5. Qual o seu tipo de escova? ()
(1) macia e cabeça pequena (2) macia e cabeça grande
(3) média e cabeça pequena (4) média e cabeça grande
(5) dura e cabeça pequena (6) dura e cabeça grande
6. Por quanto tempo você utiliza a mesma escova dental? ()
(1) até três meses (2) mais de três meses
7. Qual a freqüência que você vai ao dentista?
(1) uma vez por semestre (2) uma vez ao ano (3) a cada dois anos ou mais



UNICAMP
NOME DO PACIENTE

Diagrama dos índices

NÚMERO

SANGRAMENTO GENGIVAL
EXAMINADOR

DATA

TOTAL

<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>																

EXAMINADOR

DATA

TOTAL

<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>																

ÍNDICE DE PLACA

EXAMINADOR

DATA

TOTAL

<input checked="" type="checkbox"/>																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
<input checked="" type="checkbox"/>																	

EXAMINADOR

DATA

TOTAL

<input checked="" type="checkbox"/>																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
<input checked="" type="checkbox"/>																	

EXAMINADOR

DATA

TOTAL

<input checked="" type="checkbox"/>																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
<input checked="" type="checkbox"/>																	

EXAMINADOR

DATA

TOTAL

<input checked="" type="checkbox"/>																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
<input checked="" type="checkbox"/>																	

EXAMINADOR

DATA

TOTAL

<input checked="" type="checkbox"/>																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
<input checked="" type="checkbox"/>																	

EXAMINADOR

DATA

TOTAL

<input checked="" type="checkbox"/>																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
<input checked="" type="checkbox"/>																	

EXAMINADOR

DATA

TOTAL

<input checked="" type="checkbox"/>																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
<input checked="" type="checkbox"/>																	

EXAMINADOR

DATA

TOTAL

<input checked="" type="checkbox"/>																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
<input checked="" type="checkbox"/>																	

INTERESSE

HABILIDADE

B | M | R | B | M | R

Distribuição dos pacientes em relação às respostas do questionário

QUANTAS VEZES AO DIA ESCOVA OS DENTES				QUAL TIPO DE ESCOVA USA			
Questão1	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Questão5	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
UMA	1	2.2	1	MACIA/PEQUENA	24	53.3	24
DUAS	7	15.6	8	MACIA/GRANDE	8	17.8	32
TRÊS	37	82.2	45	MÉDIA/PEQUENA	4	8.9	36
				MÉDIA/GRANDE	7	15.6	43
				DURA/GRANDE	2	4.4	45
QUANTAS VEZES AO DIA USA FIO DENTAL				CERDA			
Questão 2	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Questão5A	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
NENHUMA	18	40.0	18	MACIA	32	71.1	32
UMA	18	40.0	36	MÉDIA	11	24.4	43
DUAS	5	11.1	41	DURA	2	4.4	45
TRÊS	4	8.9	45				
JÁ RECEBEU ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL				CABEÇA			
Questão3	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Questão5B	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
SIM	39	86.7	39	PEQUENA	28	62.2	28
NÃO	6	13.3	45	GRANDE	17	37.8	45
TEM SANGRAMENTO GENGIVAL NA ESCOVAÇÃO / FIO DENTAL				POR QUANTO TEMPO UTILIZA A MESMA ESCOVA			
Questão4	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Questão6	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
NÃO	15	33.3	15	ATÉ 3 MESES	28	62.2	28
EVENTUALMENTE	18	40.0	33	MAIS 3 MESES	17	37.8	45
FREQÜENTEMENTE	12	26.7	45				
				FREQÜÊNCIA QUE VAI AO DENTISTA			
				Questão7	Frequency	Percent	Cumulative Frequency
				1X/SEMESTRE	10	22.2	10
				1X/ANO	15	33.3	25
				CADA 2 ANOS	20	44.4	45

Análise de Regressão do Índice de Placa na 1ª Consulta em função dos hábitos de higiene bucal.

ANÁLISE DE REGRESSÃO					
Analysis of Variance					
Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Prob>F
Model	8	3196.93156	399.61645	1.301	0.2741
Error	36	11056.26844	307.11857		
C Total	44	14253.20000			
Root MSE	17.52480	R-square	0.2243		
Dep Mean	58.53333	Adj R-sq	0.0519		
C.V.	29.93986				
ESTIMATIVAS DOS PARÂMETROS					
Parameter Estimates					
Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	T for H0: Parameter=0	Prob > T
INTERCEP	1	51.103933	25.05860608	2.039	0.0488
questão1	1	-8.480530	6.72837414	-1.260	0.2156
questão2	1	-2.959247	3.38874948	-0.873	0.3883
questão3	1	13.153015	8.29986782	1.585	0.1218
questão4	1	4.158410	3.59142685	1.158	0.2545
questão5A	1	6.955138	5.27943118	1.317	0.1960
questão5B	1	1.833571	6.51405007	0.281	0.7800
questão6	1	3.193986	5.84014054	0.547	0.5878
questão7	1	-2.403626	3.67105341	-0.655	0.5168

Análise de Regressão do Índice de Sangramento na 1ª Consulta em função dos hábitos de higiene bucal.

ANÁLISE DE REGRESSÃO						
Analysis of Variance						
Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Prob>F	
Model	8	3103.62498	387.95312	1.997	0.0752	
Error	36	6995.17502	194.31042			
C Total	44	10098.80000				
Root MSE	13.93953	R-square	0.3073			
Dep Mean	14.26667	Adj R-sq	0.1534			
C.V.	97.70697					
ESTIMATIVAS DOS PARÂMETROS						
Parameter Estimates						
Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	T for H0: Parameter=0	Prob > T	
INTERCEP	1	-22.083150	19.93204754	-1.108	0.2752	
questão1	1	8.223949	5.35186485	1.537	0.1331	
questão2	1	-2.380287	2.69546979	-0.883	0.3831	
questão3	1	6.265590	6.60185803	0.949	0.3489	
questão4	1	8.766007	2.85668287	3.069	0.0041	
questão5A	1	-3.961157	4.19935063	-0.943	0.3518	
questão5B	1	-2.739314	5.18138779	-0.529	0.6003	
questão6	1	3.983528	4.64534852	0.858	0.3968	
questão7	1	-2.269240	2.92001921	-0.777	0.4422	
ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DO ÍNDICE DE SANGRAMENTO NA 1ª CONSULTA POR PRESENÇA DE SANGRAMENTO GENGIVAL						
questão4	N	MEDIA	DP	MAX	MEDIANA	MIN
NÃO	15	5.33	6.75	19	3.0	0
EVENTUALMENTE	18	16.44	15.21	46	12.5	0
FREQÜENTEMENTE	12	22.17	17.83	64	22.5	0

Cruzamentos da incidência de Índice de Placa > 30% entre momentos.

CONSULTA 1 vs CONSULTAS 2 OU 3				CONSULTAS 2/3 vs RETORNO I			
PPLACA1	PPLACA2			PPLACA2	PPLACAR1		
Frequency,				Frequency,			
Percent				Percent			
Row Pct	<=30	>30	Total	Row Pct	<=30	>30	Total
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
<=30	2	0	2	<=30	15	12	27
	100.00	0.00	5.88		55.56	44.44	79.41
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
>30	25	7	32	>30	3	4	7
	78.13	21.88	94.12		42.86	57.14	20.59
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
Total	27	7	34	Total	18	16	34
	79.41	20.59	100.00		52.94	47.06	100.00
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
McNemar's Test				McNemar's Test			
-----				-----			
Statistic = 25.000		DF = 1		Statistic = 5.400		DF = 1	
= 0.001		Prob		= 0.020		Prob	
RETORNO I vs RETORNO II				RETORNO II vs AVALIAÇÃO			
PPLACAR1	PPLACAR2			PPLACAR2	PPLACAAV		
Frequency,				Frequency,			
Percent				Percent			
Row Pct	<=30	>30	Total	Row Pct	<=30	>30	Total
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
<=30	15	3	18	<=30	24	3	27
	83.33	16.67	52.94		88.89	11.11	79.41
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
>30	12	4	16	>30	3	4	7
	75.00	25.00	47.06		42.86	57.14	20.59
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
Total	27	7	34	Total	27	7	34
	79.41	20.59	100.00		79.41	20.59	100.00
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
McNemar's Test				McNemar's Test			
-----				-----			
Statistic = 5.400		DF = 1		Statistic = 0.00		DF = 1	
= 0.020		Prob		Prob = 1.000			

Cruzamentos da incidência de Índice de Sangramento > 0% entre momentos.

<p>CONSULTA 1 vs CONSULTAS 2 OU 3</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PSANG1</th> <th colspan="2">PSANG2</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <th>Frequency,</th> <th>=0</th> <th>>0</th> <th></th> </tr> <tr> <th>Percent ,</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <th>Row Pct ,</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>=0</td> <td>13</td> <td>0</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td></td> <td>100.00</td> <td>0.00</td> <td>38.24</td> </tr> <tr> <td>>0</td> <td>15</td> <td>6</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td></td> <td>71.43</td> <td>28.57</td> <td>61.76</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>28</td> <td>6</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td></td> <td>82.35</td> <td>17.65</td> <td>100.00</td> </tr> </tbody> </table> <p>McNemar's Test</p> <p>Statistic = 15.000 DF = 1 Prob = 0.001</p>	PSANG1	PSANG2		Total	Frequency,	=0	>0		Percent ,				Row Pct ,				=0	13	0	13		100.00	0.00	38.24	>0	15	6	21		71.43	28.57	61.76	Total	28	6	34		82.35	17.65	100.00	<p>CONSULTAS 2/3 vs RETORNO I</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PSANG2</th> <th colspan="2">PSANGR1</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <th>Frequency,</th> <th>=0</th> <th>>0</th> <th></th> </tr> <tr> <th>Percent ,</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <th>Row Pct ,</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>=0</td> <td>28</td> <td>0</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td></td> <td>100.00</td> <td>0.00</td> <td>82.35</td> </tr> <tr> <td>>0</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td></td> <td>50.00</td> <td>50.00</td> <td>17.65</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>31</td> <td>3</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td></td> <td>91.18</td> <td>8.82</td> <td>100.00</td> </tr> </tbody> </table> <p>McNemar's Test</p> <p>Statistic = 3.000 DF = 1 Prob = 0.083</p>	PSANG2	PSANGR1		Total	Frequency,	=0	>0		Percent ,				Row Pct ,				=0	28	0	28		100.00	0.00	82.35	>0	3	3	6		50.00	50.00	17.65	Total	31	3	34		91.18	8.82	100.00
PSANG1	PSANG2		Total																																																																														
Frequency,	=0	>0																																																																															
Percent ,																																																																																	
Row Pct ,																																																																																	
=0	13	0	13																																																																														
	100.00	0.00	38.24																																																																														
>0	15	6	21																																																																														
	71.43	28.57	61.76																																																																														
Total	28	6	34																																																																														
	82.35	17.65	100.00																																																																														
PSANG2	PSANGR1		Total																																																																														
Frequency,	=0	>0																																																																															
Percent ,																																																																																	
Row Pct ,																																																																																	
=0	28	0	28																																																																														
	100.00	0.00	82.35																																																																														
>0	3	3	6																																																																														
	50.00	50.00	17.65																																																																														
Total	31	3	34																																																																														
	91.18	8.82	100.00																																																																														
<p>RETORNO I vs RETORNO II</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PSANGR1</th> <th colspan="2">PSANGR2</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <th>Frequency,</th> <th>=0</th> <th>>0</th> <th></th> </tr> <tr> <th>Percent ,</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <th>Row Pct ,</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>=0</td> <td>31</td> <td>0</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td></td> <td>100.00</td> <td>0.00</td> <td>91.18</td> </tr> <tr> <td>>0</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>100.00</td> <td>0.00</td> <td>8.82</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>34</td> <td>0</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td></td> <td>100.00</td> <td>0.00</td> <td>100.00</td> </tr> </tbody> </table> <p>McNemar's Test</p> <p>Statistic = 3.000 DF = 1 Prob = 0.083</p>	PSANGR1	PSANGR2		Total	Frequency,	=0	>0		Percent ,				Row Pct ,				=0	31	0	31		100.00	0.00	91.18	>0	3	0	3		100.00	0.00	8.82	Total	34	0	34		100.00	0.00	100.00	<p>RETORNO II vs AVALIAÇÃO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Percent ,</th> <th>=0</th> <th>>0</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <th>Row Pct ,</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>=0</td> <td>32</td> <td>2</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td></td> <td>94.12</td> <td>5.88</td> <td>100.00</td> </tr> <tr> <td>>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>32</td> <td>2</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td></td> <td>94.12</td> <td>5.88</td> <td>100.00</td> </tr> </tbody> </table> <p>McNemar's Test</p> <p>Statistic = 2.00 DF = 1 Prob = 0.157</p>	Percent ,	=0	>0	Total	Row Pct ,				=0	32	2	34		94.12	5.88	100.00	>0	0	0	0		0.00	0.00	0.00	Total	32	2	34		94.12	5.88	100.00								
PSANGR1	PSANGR2		Total																																																																														
Frequency,	=0	>0																																																																															
Percent ,																																																																																	
Row Pct ,																																																																																	
=0	31	0	31																																																																														
	100.00	0.00	91.18																																																																														
>0	3	0	3																																																																														
	100.00	0.00	8.82																																																																														
Total	34	0	34																																																																														
	100.00	0.00	100.00																																																																														
Percent ,	=0	>0	Total																																																																														
Row Pct ,																																																																																	
=0	32	2	34																																																																														
	94.12	5.88	100.00																																																																														
>0	0	0	0																																																																														
	0.00	0.00	0.00																																																																														
Total	32	2	34																																																																														
	94.12	5.88	100.00																																																																														