

**EVELY SARTORTI DA SILVA**

**O uso da técnica da *Entrevista Motivacional*  
como estratégia para adesão do paciente ao  
cuidado da saúde periodontal**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas como requisito para obtenção de título de especialista em Periodontia.

**PIRACICABA**

**2013**

**EVELY SARTORTI DA SILVA**

**O uso da técnica da *Entrevista Motivacional*  
como estratégia para adesão do paciente ao  
cuidado da saúde periodontal**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas como requisito para obtenção de título de especialista em Periodontia.

**Orientador: Prof. Dr. Antônio Wilson Sallum**

**PIRACICABA**

**2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
JOSIDELMA F COSTA DE SOUZA – CRB8/5894 - BIBLIOTECA DA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

Silva, Evely Sartorti da, 1981-

Si38u

O uso da técnica da Entrevista Motivacional como estratégia para adesão do paciente ao cuidado da saúde periodontal / Evely Sartorti da Silva. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Antônio Wilson Sallum.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Cooperação do paciente. 2. Motivação. 3. Higiene bucal. 4. Periodontite crônica. 5. Medicina do comportamento. I. Sallum, Antonio Wilson, 1943- II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Dedico este trabalho a meus pais, Lucas e Ruth que além de acreditarem, participaram ativamente de cada passo dado até chegar aqui, assim como todos os meus familiares, em especial aos meus avós Aleixo e Tereza (*in memoriam*) que me deixaram o legado de acreditar nas pessoas. Também dedico com carinho às amigas Juliana e Daniella pelos incentivos constantes, e àqueles que de uma ou outra maneira, sem mesmo perceber, me ensinaram a viver.

## **AGRADECIMENTOS**

Pela constante companhia, inspiração, cuidado e direção me conduzindo a mais esta conquista, a Deus, em primeiro lugar, minha gratidão.

Agradeço eternamente aos meus queridos e familiares na pessoa de meus pais, Lucas e Ruth, pelo carinho, ajuda e amor nos momentos mais difíceis que transpusemos juntos durante o transcorrer destes dois anos.

Agradeço imensamente ao Prof. Dr. Antônio Wilson Sallum, orientador para assuntos periodontais e “sistêmicos”, que, desde o primeiro dia, acreditou no meu potencial e com paciência e perseverança foi, a cada momento que passamos juntos, administrando porções de sua experiência, carinho e dedicação a fim de ver, ao final, como crescemos juntos.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa de seu diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Junior, onde tive a oportunidade de crescer profissionalmente e dar mais este passo em busca da excelência.

À grande amiga e psicóloga Dra. Rosana Mazzo pelas horas de paciência intercaladas pelas orientações acadêmicas.

Aos meus amigos e colegas de curso, em especial às queridas Juliana e Daniella com quem dividi momentos ímpares durante o período em que estivemos juntas.

Aos meus queridos pacientes, que me levaram a pensar e tentar encontrar respostas aos questionamentos por eles trazidos sem mesmo falar.

A todos os que, em algum momento me fizeram sorrir ou chorar, acreditar ou desacreditar, frustrar ou sonhar, porque, de qualquer maneira, me fizeram crescer, minha profunda gratidão!

*“Somos fracos por natureza e fortes por construção.”*

A W Sallum

# SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Doença Periodontal Crônica</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Epidemiologia da Doença Periodontal no Brasil</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Abordagem e Adesão ao Tratamento</b>	<b>18</b>
<b>2.4 Entrevista Motivacional</b>	<b>23</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>33</b>

## RESUMO

Do ponto de vista clínico, a estabilidade das condições do periodonto, reflete um equilíbrio dinâmico entre o desafio bacteriano e uma resposta efetiva do hospedeiro, sendo a manutenção das mesmas, parte integrante do tratamento, pois constitui o único meio de manter a saúde periodontal por um longo período de tempo. O dilema da colaboração do paciente, não só com o tratamento periodontal, mas com todo e qualquer tratamento que envolva mudança de hábitos, vem há anos se perpetuando no dia a dia de vários profissionais da saúde. Desta forma, objetivo deste trabalho é questionar a abordagem do profissional em relação ao paciente durante este processo, com enfoque no estudo da técnica da Entrevista Motivacional como ferramenta para obter uma melhor resposta do paciente ao tratamento, oferecendo ao indivíduo a capacidade de tomar o controle do cuidado de sua própria saúde em longo prazo. Apesar de ainda serem necessários mais estudos e com melhor metodologia para as abordagens psicológicas focadas à mudança de hábitos em saúde periodontal, os resultados até aqui apresentados são favoráveis à aplicação da técnica da Entrevista Motivacional.

Palavras-chave: Motivação, Cooperação do paciente, Higiene Bucal, Periodontite Crônica, Medicina do Comportamento.

## **ABSTRACT**

From a clinical point of view, the stability of periodontal conditions reflects a dynamic balance between bacterial challenge and an effective host response. Furthermore, their maintenance is a part of the treatment, since it is the only way to maintain periodontal health for a long period of time. The patient cooperation dilemma has perpetuated for years in the daily routine of different health professionals, not only regarding periodontal treatment, but generally in any treatment that involves changing habits. Thus, the goal of this work is to question the professional approach for patient compliance during this process, emphasizing the study of Motivational Interviewing technique as a tool to get a better response to the treatment, providing personal ability to take care control of their own health in the long term. Although better methodological studies evaluating psychological approaches to change oral habits are needed, the results presented in the present study are in favor of applying Motivational Interviewing technique for this purpose.

Key words: Motivation, Patient Compliance, Oral Hygiene, Chronic Periodontitis, Behavioral Medicine

## 1 INTRODUÇÃO

O que é a motivação e para que serve? Em linhas gerais, qual a importância do conhecimento desse conceito da psicologia pelo cirurgião dentista e, mais especificamente, pelo periodontista no âmbito da prática clínica? Como entender a complexidade da motivação individual e poder manejá-la de forma a conseguir bons resultados terapêuticos dentro da realidade relacional entre profissional e paciente? Esse conceito é unilateral em relação ao paciente ou também envolve o profissional? A partir daí, pode-se olhar a prática em saúde como uma relação estabelecida entre indivíduos de uma infinita combinação de perfis biológicos, culturais, sociais e psicológicos de onde deve resultar o sucesso terapêutico, não só pela aplicação do conhecimento técnico, mas pela adesão do paciente ao tratamento e pela capacidade do profissional em fazê-lo compreender a importância da mesma. Seria possível nivelar um conjunto de conhecimentos, independente de todas essas diferenças, necessário para atingir um objetivo onde todos seriam capazes de produzir o efeito útil motivacional no contexto da saúde periodontal?

Rollnick, *et al.* (2009), reiteram que o dilema da colaboração do paciente, não só com o tratamento periodontal, mas com todo e qualquer tratamento que envolva mudança de hábitos, vem há anos se perpetuando no dia a dia de vários profissionais da saúde. O uso de métodos tradicionais de orientação, incitação, persuasão, etc., na tentativa de ganhar a adesão do paciente ao tratamento proposto é válido, porém nem sempre leva a uma verdadeira mudança de comportamento por parte do paciente e resultados de longo prazo.

Segundo Seger (1998), a compreensão de que o ser humano é um ser biopsicossocial deve permear todas as relações entre paciente e profissional de forma a entender que os processos biológicos podem estar agindo como fatores modificadores da doença, e esta como modificadora do estado emocional. O porquê de muitos procedimentos técnica e cientificamente bem indicados terem insucesso clínico pode estar nesta compreensão, além do desenvolvimento de

doenças psicossomáticas. O conhecimento da psicologia não pretende substituir o conhecimento científico e biológico, porém é essencial para um bom desempenho dos mesmos na atuação clínica. Até mesmo no manejo das próprias emoções, ansiedades e sentimentos, o profissional pode lançar mão do mesmo.

Banaco (1998) prefaciando Seger (1998), afirma que “um dos maiores desafios enfrentados nas ciências atualmente talvez seja o da busca da integração de conhecimentos. Com a tradição de formar cada vez mais especialistas (cada vez mais especializados), as ciências da vida deparam-se com vários profissionais que sabem estudar e compreender órgãos, tecidos, doenças... mas não sabem trabalhar com o seu sujeito – o humano. Ao se darem conta dessa incapacidade que os arremessa à perda das relações, os profissionais tentam fazer o caminho de volta, mas encontram outras dificuldades. As linguagens herméticas que desenvolveram (adequadas apenas para os “iniciados”, seus colegas interlocutores), o medo da perda do referencial tão tranquilamente acalentado pela especialidade, a ameaça de voltar a ser aprendiz depois de ser um dos melhores naquilo que sabe fazer, e a sombra da concorrência profissional, paralisam-nos e impedem a troca de informações entre as áreas de estudo”.

Ainda em sua obra, Seger (1998) reforça que o conhecimento e uso da psicologia pelo cirurgião dentista tem sido, na maioria dos casos, vinculado a um conhecimento superficial e baseado nas experiências vividas no dia-a-dia e no “bom senso”. Não que este não possa ser utilizado na prática, mas não se pode adotá-lo como verdade ou aplicável a qualquer situação, por ser, em diversas situações, carregado de mitos, estereótipos e preconceitos desenvolvidos ao longo do processo de socialização, que influenciam numa boa relação entre paciente e profissional.

Motivação pode ser resumidamente definida como a condição do organismo que influencia a direção do comportamento. É o impulso interno que leva à ação. A psicologia olha o indivíduo e tenta explicar: por que o indivíduo se comporta da maneira como ele o faz? Por que ele inicia e mantém determinadas ações? Motivação é um construto e se refere ao direcionamento momentâneo do pensamento, da atenção, da ação a um objetivo visto pelo indivíduo como

positivo. Esse direcionamento ativa o comportamento e engloba conceitos tão diversos como anseio, desejo, vontade, esforço, sonho, esperança entre outros (Rheinberg, 1997, citado por Vollmeyer & Rheinberg, 2000).

O método clínico da Entrevista Motivacional - EM, descrito inicialmente em 1983 por Willian R. Miller, foi desenvolvido como uma intervenção breve para o alcoolismo, no qual a motivação dos pacientes costuma ser um obstáculo para a mudança. A começar da década de 1990, a EM começou a ser testada particularmente para doenças crônicas, nas quais a mudança comportamental fosse fundamental e a motivação do paciente fosse um desafio comum. Foram realizados ensaios clínicos positivos para uma ampla variedade de problemas relacionados com o comportamento e auto cuidado, como, no tratamento de doenças cardiovasculares, diabetes, dieta, hipertensão, psicose, jogo patológico e no tratamento e prevenção da infecção por HIV (Rollnick, *et al.*, 2009).

Considerando, porém, alcoolismo em relação às outras doenças crônicas citadas incluindo a doença periodontal, pode-se questionar: os pacientes que não apresentam dependência química, são dependentes de quê para mudar? Seria a dependência da falta de auto-percepção da doença, contexto familiar, social, falta de recursos financeiros, educacionais, acesso, medo, tempo, hábitos nocivos, ou outros? Nesse contexto, de que forma o cirurgião dentista poderia ou teria a capacidade de intervir de forma positiva? Teria a Entrevista Motivacional em si o poder de transformar hábitos? Apenas a motivação pessoal seria capaz de superar o contexto de vida do paciente levando-o a tomar um novo rumo? Afinal de contas, o que o motiva? Quem o motiva? Como alcançar esses objetivos?

Sabendo que a doença periodontal crônica clássica não apresenta dor aguda, somado ao fato de seus sinais e sintomas serem, na maioria das vezes, imperceptíveis ao paciente nas fases mais precoces, surge ainda a seguinte questão: seria mais fácil a motivação de pacientes que apresentam o desconforto da dor como fator agravante? Por esta não ser a característica da doença periodontal, muitos pacientes, ao procurar atendimento, normalmente já apresentam um estágio avançado da doença, levando à perda parcial ou generalizada da dentição permanente. Ainda além desse fato, estudos têm mostrado a inter-relação da doença periodontal com outras condições

sistêmicas, que também requerem auto cuidado, como doenças cardiovasculares, dificuldades no controle metabólico do diabetes, doenças respiratórias e articulares, ente outras, além de influenciar no nascimento de bebês prematuros e de baixo peso (Cerovic *et al.*,2003, Yeo *et al.*,2005 e Jepsen *et al.*,2011).

O objetivo final da odontologia em geral e da periodontia é manter ou restaurar a harmonia biológica, funcional e estética da cavidade oral. (Page *et al.*, 2002, Axelsson *et al.*, 2004, Renvert & Persson, 2004). Experiências clínicas sobre os efeitos a longo prazo do tratamento da periodontite têm demonstrado claramente que uma cuidadosa manutenção profissional pós-terapêutica é parte integrante do tratamento. Esta também constitui o único meio de garantir a manutenção por um longo período, dos efeitos benéficos da terapia. Principalmente através de um rígida vigilância, envolvendo visitas profissionais com intervalos regulares, a reinfecção pode ser prevenida ou mantida em uma incidência mínima em muitos pacientes (Lindhe *et al.*, 2005, Leininger *et al.*,2010).

Löe *et al* em 1965 demonstraram uma relação de causa e efeito entre o acúmulo de placa bacteriana nos dentes e o desenvolvimento da gengivite. Esse relacionamento também foi documentado pela recuperação da saúde gengival após a remoção da placa. Sendo a presença de biofilme bacteriano um grande determinante para a presença de condições inflamatórias gengivais, como o sangramento à sondagem, o mesmo reflete, pelo menos em parte, a adesão do paciente e os padrões de higiene oral (Lang *et al.*, 1990).

Do ponto de vista clínico, a estabilidade das condições periodontais reflete um equilíbrio dinâmico entre o desafio bacteriano e uma resposta efetiva do hospedeiro. Sempre que ocorre uma mudança em um desses aspectos, a homeostase é afetada. Por isso, é evidente que o processo de diagnóstico deve ser baseado em um contínuo monitoramento do perfil do nível de risco. A manutenção periodontal é, portanto parte integrante do tratamento, pois constitui o único método de manter a saúde periodontal por longo período de tempo. (Lang & Tonetti, 2003, Axelsson *et al.*, 2004).

A responsabilidade da manutenção é tanto do paciente, cooperando com as instruções relativas ao controle do biofilme dental, como do periodontista, em estabelecer uma frequência de rechamandas apropriada, adequada à necessidade de cada caso, além de se assegurar que o paciente está sendo mantido sob controle. A fase de manutenção e controle periódicos é igualmente ou mais importante que os procedimentos terapêuticos. Para alguns autores, não se justifica o tratamento da doença sem um programa de controle e manutenção periódicos (Axelsson *et al.*, 2004, Leininger *et al.*, 2010).

Nesse contexto, a inter-relação entre o paciente e o profissional, como uma relação de troca e confiança, parece ter uma importância fundamental na mudança de comportamento do paciente. A forma de abordar os conceitos, preconceitos, estereótipos, medos, inconsistências emocionais, o entendimento prévio do perfil bioemocional do paciente e a reflexão empática da situação apresentada podem causar influência positiva no processo de mudança do indivíduo. A importância dos aspectos biológicos da doença não deve ser menosprezada, porém o olhar do profissional ainda precisa ir além. Uma visão humanizada da situação clínica pode ser considerada o diferencial entre um bom técnico e um profissional completo. Porém, uma boa relação com o paciente, implica em uma boa relação consigo mesmo. O manejo de suas próprias ansiedades deve preceder qualquer tentativa de entendimento das necessidades do outro. Afinal de contas, como se pode doar aquilo que não tem para si?

Tendo em vista os pressupostos acima, o sucesso da terapia periodontal envolve o controle das condições de longo prazo, ou seja, mudança de comportamento. As técnicas de abordagem psicológica devem então, não somente trabalhar no âmbito da motivação, mas também em aspectos cognitivos, oferecendo ao paciente educação em saúde suficiente para que ele próprio tenha condições de cuidar de si, ou seja, dando ao indivíduo condições conscientes de ter cuidado com a própria saúde, sem deixar de levar em conta seu contexto social. Esse conceito de auto capacidade de cuidado é fator determinante para a aderência do paciente à terapia periodontal de suporte.

Portanto, o objetivo deste trabalho é questionar a abordagem do profissional em relação ao paciente durante o processo de manutenção da saúde periodontal, com enfoque no estudo da técnica da Entrevista Motivacional como ferramenta para obter uma melhor resposta do paciente ao tratamento.

Neste contexto, a EM se propõe a ser uma intervenção psicológica simples, mais efetiva e consciente de abordagem do paciente. Um processo dinâmico, não estático ou pontual, desde a primeira até a última consulta, que exerça uma influência positiva e duradoura em motivar o auto cuidado, e que tem mostrado bons resultados conforme estudos recentemente realizados.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Doença Periodontal Crônica

A doença periodontal crônica é definida como uma inflamação da gengiva que se estende para os tecidos adjacentes que compõem o aparato de suporte dental. A doença é caracterizada pela perda de inserção clínica devida à destruição do ligamento periodontal e perda do osso de suporte adjacente. Embora esta seja a forma mais comum de doença periodontal destrutiva em adultos, ela pode ocorrer em várias idades, tanto em dentição primária como em secundária. Geralmente possui taxas de progressão lentas, mas pode ter períodos de rápida progressão. As características clínicas podem incluir combinações dos seguintes sinais e sintomas: edema, eritema, sangramento gengival à sondagem e/ou supuração (Parameters... 2000).

Alguns fatores de risco podem contribuir para o desenvolvimento e avanço da doença além de afetar no seu tratamento e nos resultados terapêuticos tais como diabetes, tabagismo, presença de periodonto patógenos, envelhecimento, sexo, hereditariedade, condições sistêmicas como a imunossupressão, estresse, alimentação, gravidez, infecção por HIV, abuso de drogas e medicamentos. Para que haja sucesso no tratamento, o controle desses fatores é importante, porém a terapia associada à causa é essencial, o que consiste no trabalho profissional de remoção de cálculo supra e subgengivais, remoção de fatores retentivos de biofilme e principalmente o controle de biofilme bacteriano pelo paciente (Parameters... 2000).

Em contrapartida, o periodonto pode servir como um reservatório de bactérias e produtos bacterianos, e mediadores imunoinflamatórios que podem interagir com outros órgãos e sistemas afastados da cavidade oral. As infecções periodontais aumentam o risco de certas condições, contribuindo para a patogenia da doença ou servindo como uma fonte de organismos infecciosos (Parameters... 2000). Neste aspecto, a progressão da doença periodontal não somente produz morbidade local, com desfechos como diminuição do nível de

inserção, abscessos periodontais, mobilidade dental e perdas dentais, mas também no aumento da comorbidade com outras doenças sistêmicas aumentando seus riscos. As condições afetadas incluem doenças cardiovasculares, dificuldades no controle metabólico do diabetes, doenças respiratórias e articulares, entre outras, além de influenciar no nascimento de bebês prematuros e de baixo peso (Cerovic *et al.*, 2003, Yeo *et al.*, 2005 e Jepsen *et al.*, 2011).

Desta forma, os objetivos da terapia periodontal são alterar ou eliminar fatores etiológicos microbianos e controlar fatores de risco para o desenvolvimento da doença e, assim, paralisar a progressão da doença e preservar a dentição num estado de saúde, conforto, funcionalidade e esteticamente aceitável, prevenindo sua recorrência (Parameters... 2000).

Existem fortes evidências de que o tratamento periodontal associado à causa, combinado com meticoloso auto cuidado, leva à mudanças benéficas na ecologia da microbiota subgengival, estabilização da perdas ou ganho de inserção clínica, reduzindo a profundidade de sondagem (Turner *et al.*, 1994, Westfelt *et al.*, 1998, Rosen *et al.*, 1999,). Porém, manter melhores níveis de cuidados em casa, requer do clínico preparo e intenção de efetuar uma mudança comportamental sustentável em seus pacientes o que, muitas vezes falha (Sbordone *et al.*, 1990). Além disso, a progressão da doença continua, a menos que o debridamento subgengival também seja realizado em sítios mais profundos (McNabb *et al.*, 1992). A profundidade das bolsas residuais é invariavelmente relacionada com a probabilidade da progressão da doença (Wennstrom *et al.*, 2005), e o que se pretende conseguir após a implementação da terapia periodontal é um fechamento de bolsas com profundidade de sondagem até 4 mm (Schätzle *et al.*, 2004). Além disso, acredita-se que, a ausência de sangramento à sondagem em exames repetidos, representa estabilidade periodontal, assumindo, evidentemente, que não há progressão da doença (Cobb, 2002).

Leininger *et al.*, 2010 em um estudo com o objetivo de avaliar o valor clínico preditivo do diagrama de avaliação de risco periodontal de superfície (PRAS) e a influência a longo prazo da adesão do paciente sobre os resultados

do tratamento, confirmaram a influência positiva da adesão do paciente à terapia de suporte, sobre os resultados do tratamento periodontal.

## **2. 2 Epidemiologia da Doença Periodontal no Brasil**

Chambrone, 2008 ao realizar revisão da literatura a respeito da prevalência das doenças periodontais no Brasil observou que os estudos realizados de 1993 a 2003 mostraram uma prevalência geral de alterações periodontais de 92,92%, que incluem desde a gengivite até a doença periodontal avançada. O estudo também revelou uma carência de dados epidemiológicos para a doença periodontal, concluindo que a prevalência das doenças gengivais e periodontais ainda é muito elevada e independe da idade e status sócio-econômico, estando diretamente associada à higiene oral deficiente. Todos os levantamentos epidemiológicos estudados apontam a placa dental como único agente etiológico das doenças gengivais e periodontais.

Ao longo do ano de 2010 foi realizada no Brasil a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Projeto SBBrasil 2010. Este levantamento revelou que, no que diz respeito às condições periodontais, avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), em termos populacionais, estes problemas aumentam, de modo geral, com a idade. Os resultados também mostraram que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (35 a 44 anos), em que se observa uma prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes (Brasil, 2011).

No mesmo estudo, a partir da análise da prevalência de cada condição isoladamente, pôde-se observar que a prevalência de sangramento gengival aumenta dos 12 anos à vida adulta decrescendo nos idosos. Para o País, cerca de um quarto dos adolescentes de 12 anos de idade, um terço dos adolescentes de 15 a 19 anos, aproximadamente a metade dos adultos de 35 a 44 anos de

idade e menos de um quinto dos idosos apresentaram sangramento gengival. Bolsas periodontais rasas acometem aproximadamente 10% dos jovens entre 15 a 19 anos, ¼ dos adultos entre 35 a 44 anos e 14% dos idosos. Bolsas profundas atingem menos de 1% dos jovens de 15 a 19 anos, em torno de 7% dos adultos e 3% dos idosos (Brasil, 2011)

A alta prevalência desta doença, porém estando ainda abaixo da doença cárie, nos remete à elaboração de estratégias para a manutenção da saúde bucal de forma mais autônoma pelos indivíduos não só em âmbito particular como coletivo, o que favoreceria além da saúde individual, o decréscimo desses índices e os gastos públicos com o tratamento da doença periodontal e suas intercorrências. (Drolet & Lorenzi, 2011).

### **2.3 Abordagem e Adesão ao Tratamento**

O conceito biomédico de doença como uma entidade, um estado ou processo natural, independente de todo o processo histórico, social e cultural de produção não mais explica a própria etiologia e progressão das enfermidades.

Locker & Gibson, 2006, afirmaram após revisão dos conceitos de saúde e doença, que o final negativo desse processo dinâmico, acaba sendo a morte, porém o final positivo não é bem definido mas está associado a fatores psicossociais e comportamentais como determinantes de risco da saúde física.

Ao revisar a teoria salutogênica de Antonovsky, Dantas, 2007, detalha a descrição do autor como a rejeição da classificação dicotômica “saúde-doença” com a qual os cientistas da área da saúde costumam trabalhar. A proposta da teoria é justapor essa divisão criando um conceito de um processo contínuo no qual ao longo da vida as pessoas irão se defrontar com os dois pólos desse contínuo, ou seja, o pólo *ease* (saúde) e *dis-ease* (doença). Permanecer em um desses pólos extremos, ou seja, estar plenamente saudável ou doente não é compatível com a vida humana. Segundo Antonovsky, mesmo quando uma pessoa se considera saudável ela apresenta algum grau do componente patológico e aquela que se considera extremamente doente, sempre há certo grau de saúde enquanto viver. Para ele, a questão não é classificar o ser humano

como saudável ou doente, mas compreender o quanto ele está longe ou perto dos extremos desse contínuo *ease/dis-ease*.

Grimberg, 1998, citado por Alves & Rabelo, 1998 afirma que, de fato, hoje está claro que a complexidade da maior parte dos problemas de saúde-doença excede as categorias analíticas, as metodologias e técnicas (de estudo e de intervenção) dos atuais e estreitos marcos disciplinares. A necessidade de interdisciplinaridade na conduta profissional está cada vez mais à vista, tando em termos de discurso acadêmico como político institucional.

Moraes *et al.*, 2009, afirmaram que os comportamentos das pessoas e as situações em que vivem têm impacto sobre a qualidade de vida das pessoas, subentendendo-se também sobre o processo saúde-doença. O indivíduo é concebido como um ser ativo, capaz de agir sobre o meio e que tem responsabilidades no seu processo de adoecer. Desta maneira, os indivíduos têm condições potenciais de adquirir e manter comportamentos saudáveis, aderindo a planos terapêuticos importantes a suas condições de desenvolvimento. Os comportamentos de profissionais da saúde e dos pacientes representam o eixo central do processo de comunicação que deve ser descrito para uma compreensão ampla da análise da adesão em saúde. A adesão não pode ser reduzida ao cumprimento das recomendações, mas ao resultado da exposição a situações de aprendizagem e de enfrentamento.

Desta maneira, a adoção pura e simples do conceito biomédico de doença para a motivação do paciente ao cuidado parece levar, naturalmente, a uma abordagem diretiva e responsabilizadora do mesmo pela sua saúde, porém, sem oferecer subsídios para a mudança, por não levar em conta a realidade social, econômica e cultural do indivíduo, o que tem trazido frustrações a muitos profissionais em relação ao tratamento das doenças crônicas como a periodontite.

Leventhal & Cameron (1987) enfatizam que o comportamento das pessoas em resposta a uma doença é determinada pela sua representação do que é a doença. A representação da doença tem um aspecto cognitivo e um aspecto emocional e eles são construídos através das experiências diretas ou indiretas, bem como informações recebidas do meio social e de profissionais de

saúde. Propõem que os doentes irão aderir a um tratamento apenas se acreditarem que este tratamento terá um efeito positivo sobre a saúde, e que eles têm a capacidade de atuar eficazmente como solicitado.

Revere & Dunbar, 2001 relacionam alguns modelos teóricos de comportamento cognitivo humano que têm sido usados para explicar o não *compliance*. As quatro principais teorias incluem o modelo de crenças em saúde (MCS), o modelo transteórico (MT), a teoria da ação racional / teoria do comportamento planejado (TAR), e a teoria social-cognitiva (SC). O MCS se concentra em uma percepção individual da ameaça de um problema de saúde. O MT é concebida como prontidão de um indivíduo para mudar. O TAR se concentra em uma intenção individual de realizar um comportamento. O SC incorpora fatores intra e inter pessoais e sugere que os benefícios de comportamento devem compensar os custos. Vários fatores pessoais são enfatizados nessas teorias, incluindo o conhecimento do indivíduo, crenças, motivação, atitudes, a história do desenvolvimento, experiência, habilidades, auto-percepção e comportamento.

Moraes et al., 2009, citam uma série de fatores específicos que foram associados à não aderência em terapia de manutenção periodontal. Estes incluem idade, sexo, diferenças culturais e geográficas, medo, comportamento auto-destrutivo, custo, status sócio-econômico, tipo de terapia periodontal, pacientes com grande frequência de problemas bucais ou alta incidência de eventos estressantes e baixa estabilidade nos relacionamentos pessoais em sua vida. Segundo o autor, o estabelecimento de um bom vínculo terapêutico, em que as queixas do paciente são analisadas à luz de sua história de vida, passada e atual, diretamente relacionada ao seu processo saúde-doença ou, simplesmente, referente à sua condição de vida e seus hábitos, poderá interferir e possivelmente aumentar a probabilidade de maior adesão ao tratamento. Deve-se considerar, também, a duração e a diversidade de cuidados e recomendações como variáveis que influenciam as mudanças de atitudes e comportamentos de saúde que devem ser realizadas. Processos prolongados de tratamento, por exemplo, devem incluir a liberação de reforços positivos periódicos, por parte dos profissionais de saúde, como incentivo à manutenção da adesão.

Segundo Epstein & Cluss, 1982, o conceito de adesão na literatura, é utilizado de várias formas, distintas aparentemente. Os termos adesão (*adherence*) e obediência (*compliance*) têm sido usados para designar o grau de coincidência entre os comportamentos do indivíduo (paciente ou cliente) e as recomendações terapêuticas do profissional da saúde. O termo obediência, no entanto, é geralmente adotado por profissionais que consideram a pessoa enferma como passiva frente ao tratamento, não sendo co-responsável pelo estabelecimento do próprio plano de tratamento. Nesse caso, o não seguimento das recomendações profissionais é entendido como uma desobediência às prescrições, um desvio de conduta do paciente (Moraes *et al.*, 2009).

Oliveira *et al.*, 2005, Cardoso & Galera, 2006 e Moraes *et al.*, 2009 mostraram que os profissionais que concordam com esta concepção de desobediência têm caracterizado suas práticas com ações coercitivas, nas quais os episódios de esquecimentos e falhas dos pacientes são valorizados no estabelecimento das relações sociais entre profissional e usuários de serviços de saúde, com status de superioridade ao profissional e de inferioridade ao paciente. Caracterizar a falta de adesão como um problema de desobediência e atribuir sua funcionalidade às características pessoais do paciente, desconsiderando variáveis ambientais, sustenta intervenções calcadas em controle aversivo, que realçam a culpa do paciente pela sua condição de saúde e vão na direção oposta às concepções integrais de atenção à saúde, preconizadas pela psicologia da saúde.

Santos O, 2009, salienta que, na realidade, a mudança comportamental é um fenômeno complexo, com múltiplos determinantes, incluindo variáveis motivacionais e, na maior parte das vezes, gerador de stress associado a processos ambivalentes, expressos no dilema entre manter o estado atual e o avançar para formas de estar diferentes. A título de exemplo, dizer às pessoas que, ao manterem um determinado comportamento, estão a aumentar o risco de contraírem uma doença é raramente suficiente para a mudança comportamental. As pessoas mudam quando acreditam que a mudança é realmente eficaz e que conseguem implementá-la no dia a dia.

No entanto, a literatura mostra que estas duas condições são necessárias mas não suficientes para a mudança. Sabe-se por exemplo, que estilos confrontativos do profissional de saúde estão associados a elevados níveis de resistência terapêutica por parte do doente, e que, por outro lado, se o terapeuta for capaz de promover uma linguagem de mudança por parte do próprio doente (em vez de impor a mudança), a possibilidade de o doente ultrapassar a ambivalência/resistência inerentes à mudança é maximizada (Miller & Rollnick, 1994).

Renz *et al.*, 2007 realizaram revisão sistemática de estudos controlados que testaram a efetividade das intervenções baseadas em modelos psicológicos, comparados com os modelos educacionais, de atenção ou nenhuma intervenção visando melhorar o comprometimento em relação à higiene oral de pacientes adultos com gengivite e periodontite.

Dos estudos selecionados, um mostrou que as intervenções psicológicas resultaram em uma melhora nos índices de placa em comparação a grupos que não receberam nenhuma intervenção. Outro encontrou um decréscimo no sangramento gengival no grupo de intervenção ativa, mas nenhuma mudança na profundidade de bolsa ou perda de inserção após quatro meses. As intervenções psicológicas foram associadas com a melhora na escovação e uso fio dental auto-relatadas. Um único estudo explorou o impacto das intervenções psicológicas nas crenças e atitudes em comparação a modelos educacionais ou sem intervenção. Seus resultados mostraram uma melhora na eficiência auto-referida para o uso de fio dental.

Concluíram que as evidências, oferecidas pelos trabalhos selecionados, sugerem que as abordagens psicológicas para manejo do comportamento podem melhorar a higiene oral relatada. Entretanto, a qualidade geral dos estudos incluídos foi baixa. Assim, é necessário uma melhora no rigor da metodologia nesta área.

A grande variedade de proposições para melhorar a aderência dos pacientes ao tratamento reflete em parte a natureza multifatorial desse fato. Assim como parece difícil explicar, também não se mostram sugestões lógicas e quantitativas para isso. Este fato novamente nos remete à natureza e

complexidade do objeto do estudo: o ser humano e seu comportamento frente às várias situações vividas que perfazem o contexto onde se insere sua saúde.

## **2.4 Entrevista Motivacional**

Dentre os métodos de intervenção psicológica que têm sido testados, principalmente para portadores de alterações comportamentais como o fumo e álcool e mesmo de pacientes portadores de doenças crônicas, que requerem o constante auto monitoramento e cuidado, como o diabetes, obesidade, hipertensão e doença periodontal, está a Entrevista Motivacional (EM).

Inicialmente descrita por Miller em 1983, a EM foi formulada para manejo de pacientes usuários de álcool. Em si mesma, é uma intervenção terapêutica atórica, embora baseada em constructos da psicologia social experimental como, por exemplo, a atribuição causal, a dissonância cognitiva e a auto-eficácia. Trata-se de um conjunto de estratégias relacionais baseadas na colaboração, educação e respeito à autonomia do paciente, que, no contexto da intervenção terapêutica clínica, pretende motivar o paciente para a mudança de comportamento (Miller & Rollnick, 1994)

Deci & Ryan, 1985, enquadram conceitualmente a EM com base em dois modelos teóricos da mudança comportamental: o modelo transteórico da mudança, por fornecer um quadro de referência para avaliação do estadió de mudança, bem como dos processos subjacentes a este estadió, momento a momento de intervenção. Entretanto, na entrevista motivacional, a motivação para a mudança tem caráter mais flexível do que no modelo transteórico da mudança, que assume que os estadios são mais pontuais no tempo; e a teoria da auto-determinação, onde a predição da mudança passa pela compreensão da forma como as pessoas interiorizam e integram motivações extrínsecas, como motivações promovidas pelo ambiente físico, social, relacional e afetivo que envolve a pessoa, e pela forma como auto-regulam e se aplicam de forma autônoma em novos comportamentos, adquirindo novos hábitos.

Segundo Ryan & Deci, 2000, a regulação autônoma dos comportamentos é entendida como sendo mais estável e prolongada no tempo do que a regulação heterônoma, de regulação externa (no outro extremo), tendo efeitos mais positivos no que se refere ao bem-estar, à satisfação com a vida e à qualidade de vida.

Dois principais conceitos orientam a EM: Ambivalência e prontidão para a mudança. A ambivalência não significa apenas a relutância a fazer algo, mas sim a experiência de um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes. “Pensar inicialmente em uma razão para mudar, depois pensar em uma razão para não mudar, e depois parar de pensar a respeito” (Rollnick *et al.*,2009). Um sinal claro da ambivalência é o “*mas*” no meio da frase. É como se os argumentos de cada lado do *mas* se anulassem e nada muda. Reconhecer essa ambivalência no paciente, acompanhá-la e orientá-lo na mudança são os objetivos da EM. Também é importante reconhecer que a ambivalência não é totalmente racional, sendo importante o profissional estar sempre sintonizado nos sentimentos, interesses e crenças do cliente (Rollnick *et al.*,2009). A prontidão para a mudança, baseada no modelo de Estágios de Mudança (Prochaska *et al.*,1992).

Tendo como base o conceito de motivação como um estado de prontidão ou vontade de mudar, o modelo da EM acredita que a mudança se faz através de um processo e, para tal, a pessoa passa por diferentes estágios baseados no modelo de Estágios de Mudança, proposto por Prochaska e DiClemente, 1982, porém a EM admite que existe maior flexibilidade entre eles podendo haver progressão ou regressão dos estágios como parte do processo. Ultrapassar a ambivalência é só parte do problema. A EM também promove a prontidão para mudança (a etapa seguinte) pois muitas vezes, ter resolvido o conflito não leva diretamente à mudança. São eles:

1. **Pré-contemplação:** A pessoa ainda não considera a mudança. Ela nem sequer encara o seu comportamento como um problema.
2. **Contemplação:** É a entrada para o processo. Ocorre alguma consciência sobre o problema, mas ao mesmo tempo rejeita a mudança (ambivalência).

3. **Preparação:** A pessoa está pronta para mudar e compromissada com a mudança. Aumenta-se a responsabilidade pela mudança e elabora-se um plano específico de ação.
4. **Ação:** O cliente efetua a mudança e usa a terapia como um meio de assegurar-se do seu plano, para ganhar auto-eficácia e finalmente para criar condições externas para a mudança.

Miller & Rollnick, 1994, ainda sintetizam a entrevista motivacional como sendo um modelo de intervenção constituído por duas fases: na primeira, a ênfase é posta na promoção de motivação intrínseca e, na segunda, a tônica é colocada no compromisso com a mudança. Pretende-se que seja o doente a entender como relevante, para si mesmo, a mudança em questão. Os princípios desta intervenção são: reflexão empática, resistindo ao reflexo de consertar as coisas; desenvolvimento de discrepância (ambivalência), entendimento e explorando as motivações do paciente; acompanhamento da resistência (ao invés de combatê-la), escutando com empatia; e promoção de auto-eficácia, fortalecendo o paciente, estimulando a esperança e o otimismo. (Miller & Rollnick, 1994, Rollnick *et al.*, 2009).

Os autores propõem que a verbalização da mudança pelo próprio paciente é essencial para o início do processo. Eles afirmam que temos a tendência de acreditar naquilo que nos ouvimos falar. Quanto mais os pacientes verbalizam as desvantagens de mudar, mais comprometidos serão com manter o *status quo* (estado de estagnação). Uma forma de fazê-lo é perguntar ao paciente por que ele gostaria de fazer uma mudança e como poderia fazê-lo no lugar de dizer a eles o que deveriam fazer (Miller & Rollnick, 1994, Rollnick *et al.*, 2009).

Acompanhar, direcionar e orientar, são descritos, pelos mesmos autores, como os três estilos de comunicação que se mesclam na prática clínica com o objetivo de ter a cooperação do paciente. Acompanhar significa saber escutar, sem interromper, sem advertir, analisar, concordar ou discordar, dando ao paciente a idéia de que “não vou mudar ou forçar você, e vou deixar você resolver isso em seu próprio tempo e seu próprio ritmo”. Muito útil no início das consultas ou logo após o paciente receber notícias não agradáveis. Direcionamento já implica em uma figura totalmente diferente por parte do profissional, em uma

relação desigual de poder, conhecimento, experiência ou autoridade. Transmite ao ouvinte a idéia: “sei como você pode resolver esse problema. Sei o que você deve fazer”. Tem seu lugar em situações de risco e necessidade de liderança, e normalmente é o fundamento da formação da maioria dos profissionais da saúde. Já a orientação dá ao receptor a autonomia da decisão, oferecendo as opções que podem ser escolhidas e o ajuda a chegar no objetivo proposto. Comunica a seguinte idéia: “posso ajudá-lo a resolver isso por sua própria conta”. A comunicação habilidosa é o equilíbrio dinâmico entre estes três estilos, mudando de um para o outro conforme a situação o exija (Rollnick *et al.*, 2009).

O predomínio do direcionamento na comunicação entre profissional e paciente, além de ser reflexo de sua formação, também o relaciona com uma forma mais rápida e prática de resolver a situação, muitas vezes comprometendo a qualidade do cuidado e fazendo com que os pacientes se tornem receptores passivos de cuidado. A Entrevista motivacional se baseia no estilo de orientação, sendo uma forma refinada da mesma (Rollnick *et al.*, 2009).

Uma das principais dificuldades da aplicação da técnica durante as consultas seria o tempo de consulta. Levando-se em conta a aplicação dessa técnica também no atendimento odontológico público, ela foi preconizada, pelos seus propositores, também para uso em grupos. Dutra CMR & Ferreira EF, 2005, realizaram estudo com o de analisar a capacidade de dois projetos de Educação em Saúde Bucal, um individual e outro coletivo (grupo focal), de motivar práticas de autocuidados e modificações de comportamento em pacientes submetidos a manutenção periodontal baseados na EM. A amostra foi constituída de 50 pacientes que receberam tratamento periodontal e estiveram em tratamento no projeto de Terapia Periodontal de Suporte da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, no ano de 1999. Utilizou-se o IHO-s (Índice de Higiene Oral-simplificado) e a PSSS (Porcentagem de Sangramento à Sondagem por Sítio) como medidas a serem analisadas. Observou-se, na análise dos dados das PSSS, bem como na dos IHO-s, que a redução foi mais homogênea, maior e estatisticamente significativa ( $p < 0,0005$ ) nos pacientes do programa coletivo em relação aos do programa individual. Concluiu-se que, para esses pacientes, o programa com metodologia coletiva foi mais efetivo na

motivação para o autocuidado do que para os pacientes da metodologia individual.

Na literatura não observou-se um protocolo fechado para a aplicação da técnica da EM, porém, nos trabalhos de Weinstein *et al.*, 2004, existe um esquema mais detalhado da abordagem que foi conduzida com o objetivo de comparar a efetividade do aconselhamento baseado na EM com a educação em saúde tradicional para pais de crianças com alto risco de desenvolvimento de cárie dentária. Por esta razão, mesmo não sendo um estudo especificamente conduzido para pacientes periodontais, sua metodologia será apresentada.

Foram selecionados os pais de crianças de 6 a 18 meses, e randomicamente separados em grupo teste e controle. No grupo controle, os pais receberam um panfleto e assistiram a um vídeo. No grupo teste também receberam um panfleto, assistiram ao vídeo e receberam uma sessão de EM além de seis reforços telefônicos. Após um ano, as crianças do grupo teste tinham, em média 0,71 (DP = 2,8) novas lesões cariosas e as do grupo controle tinham 1,91 (DP = 4,8). Concluíram que a EM é uma abordagem promissora que deve receber mais atenção, pois pode levar pais e outros pacientes a aceitar melhor as recomendações sobre prevenção de cáries em seus filhos (Weinstein *et al.*,2004).

O protocolo de Weinstein foi dividido em três partes:

1. Estabelecer vínculos e conhecer as necessidades (mostra-se interesse na pessoa e inicia uma conversa informal):
  - a) Faça perguntas sobre a pessoa e o seu bem estar (no caso do estudo, sobre a criança também), como: “Você tem outros filhos além de [nome da criança]?”; “Conte-me sobre [nome da criança]”; “Como se sente como mãe?”
  - b) Pergunte sobre a saúde geral e bucal, fale sobre os gastos financeiros com a saúde bucal da família.
  - c) Determine as necessidades odontológicas da mãe e seus desejos em relação à criança: “O que você gostaria de ver, em relação à boca do seu filho no futuro?”; “Quais são seus maiores temores em relação aos dentes de seu filho?”;

“Como você gostaria que essa situação terminasse?”; “Se eu (ou Deus) pudesse lhe conceder um desejo para a saúde bucal de seu filho, o que você pediria?; “Fale-me mais alguma coisa”

d) Repita novamente o que foi dito e anote: “Deixe-me ter certeza de que eu entendi. Você gostaria que seu filho.....”

2. Apresentar o menu de opções. Neste ponto, o orientador começa uma discussão sobre as várias opções de prevenção de cáries . A transição pode ser feita facilmente descrevendo o que os outros pais estão dispostos a fazer.

a) "A fim de alcançar (repita o desejo), eu quero compartilhar com vocês algumas coisas que foram recentemente aprendidas. Temos conversado com muitos grupos de mães sobre a saúde bucal de seus filhos e as medidas que estão dispostas a assumir. Elas recomendaram os passos que vamos falar a vocês. Estas etapas são como um cardápio que eu gostaria de mostrar-lhes" – mostra-se a lista.

b) "Vamos começar por olhar para os itens da lista, e, em seguida falar sobre eles de forma breve e começar a decidir quais os que podem ser aplicados para você."

3. Discutir as opções. O conselheiro provoca comprometimento da mãe e encoraja-as a falar por meio de perguntas como as que se seguem:

a) "Agora que você já olhou para os itens da lista, qual(is) você gostaria de tentar?"

b) "Vamos falar sobre como você pode se sentir mais confortável ao fazê-lo".

c) "Como você acha que cada um vai funcionar? Você é o especialista em sua família. O que pode dar errado? Quem pode ajudar?"

d) "É isto mesmo que você quer fazer?"

Este protocolo foi aplicado na visita inicial, seguido por três contatos telefônicos (que podem ser substituídos por conversas nas consultas seguintes), onde houve, em cada um deles: reforço das decisões e solução de dúvidas; promoção da manutenção e ajuda para restabelecer a mudança, se necessário; e reforço da mudança.

Weinstein *et al.*, 2006 voltaram a avaliar as mesmas crianças após dois anos do início do estudo, sem que houvesse nenhum tipo de contato. Os resultados obtidos mostraram que as crianças cujas mães foram abordadas com a Entrevista Motivacional, exibiram significativamente menos novas lesões de cárie que as do grupo controle, mostrando a EM como fator de proteção (Odds ratio = 0.35, para obter, no mínimo, 95% de intervalo de confiança, foi calculado em 0.15 a 0.83). Novamente concluiu que a EM é uma abordagem promissora que pode garantir atenção adicional em vários contextos dentro da odontologia. Uma razão para este achado clínico foi uma melhora na adesão às recomendações do uso de verniz fluoretado como opção oferecida durante as abordagens, comparando-se as famílias que receberam abordagem com EM e as que receberam aconselhamento educativo tradicional.

Percebendo a aplicabilidade da técnica a outras situações na odontologia, Jönsson *et al.*, 2010, avaliaram sua efetividade em um programa de educação em saúde para pacientes periodontais. Houve maior redução do índice de placa dental bacteriana e sangramento à sondagem no grupo teste, mesmo após 12 meses de controle. Foram encontrados resultados mais duradouros em relação à higiene bucal para pacientes submetidos à entrevista motivacional, comparando com a orientação educativa de higienização tradicional.

Godard *et al.*, 2011 Avaliaram dois grupos de pacientes submetidos a programas de prevenção tradicional e baseados na EM. Na avaliação inicial, a média do índice de placa variou entre 55% (grupo experimental) e 58% (grupo controle). Os pacientes do grupo experimental tiveram uma melhora na higiene ( $21 \pm 20\%$  versus  $4 \pm 5\%$ ,  $p < 0.001$ ) na avaliação de um mês pós-tratamento. A entrevista motivacional resultou em um maior grau de satisfação dos pacientes em relação ao grupo controle. Concluíram que o novo conceito de entrevista motivacional é uma abordagem promissora e pode ser usado para uma mudança

no comportamento em relação a higiene oral em pacientes periodontalmente envolvidos.

Baehni, 2012, em uma revisão a respeito da prevenção da doença periodontal, afirma que a ela deve acontecer pelo controle de fatores sistêmicos assim como dos locais. Então, para o paciente, a estratégia de prevenção deve ser global e compreensível. Para ter efetividade e sucesso, as intervenções preventivas devem ser dirigidas a todos os fatores sistêmicos modificáveis relacionados ao estilo de vida assim como aos fatores causais locais da doença periodontal. Fatores como o uso do fumo, pobres hábitos de dieta e higiene oral inadequada são relacionados ao estilo de vida e comportamento. Desta forma, intervenções preventivas devem ser orientadas de forma a influenciar o comportamento do paciente. O autor sugere que a Entrevista Motivacional pode ser uma ferramenta útil para a assistência do clínico na direção de auxiliar seu paciente a adotar comportamentos saudáveis por si mesmo (prevenção primária), ou modificar seu estilo de vida e comportamentos inapropriados (prevenção secundária e terciária).

### 3 CONCLUSÃO

O sucesso da terapia periodontal envolve o controle das condições de longo prazo, ou seja, mudança de comportamento e, para tanto, o profissional deve estar preparado para identificar e intervir nas condições psicológicas do paciente, necessárias à mudança comportamental.

No entanto, o dilema da colaboração do paciente, não só com o tratamento periodontal, mas com todo e qualquer tratamento que envolva mudança de hábitos, vem há anos se perpetuando no dia a dia de vários profissionais da saúde. Segundo Rollnick *et al.*, 2009, o uso de métodos tradicionais de orientação, incitação, persuasão, etc., na tentativa de ganhar a adesão do paciente ao tratamento proposto é válido, porém nem sempre leva a uma verdadeira mudança de comportamento por parte do paciente e resultados de longo prazo.

A inclusão de conceitos e conhecimentos interdisciplinares no cuidado com a saúde é latente. Se faz necessária a contextualização do complexo sujeito receptor do cuidado na sua realidade social, cultural, econômica e psicológica, ao se tentar compreender o que, necessariamente, motivaria o paciente para o auto cuidado. Sentir-se capaz de realizar a mudança proposta parece ser um fator que interfere na motivação.

Até o momento, esta tendência à interdisciplinaridade no cuidado ainda parece basicamente se reduzir àquelas propostas que vinculam em termos causais problemas de saúde a “comportamentos” de determinados indivíduos ou grupos. Mesmo assim, o comportamento humano acaba sendo o reflexo final de sua formação social e antropológica refletindo em suas escolhas em relação à saúde e qualidade de vida (Alves & Rabelo, 1998).

Porém, nem sempre essa tarefa é fácil ou possível ao periodontista no ambiente clínico, pela necessidade de proceder aos cuidados com a condição apresentada, associada a um tempo reduzido. Neste contexto, a Entrevista Motivacional propõe uma intervenção psicológica simples e rápida porém mais

efetiva e consciente de abordagem do paciente, em comparação às abordagens educativas tradicionais.

Pode ser uma ferramenta útil ao profissional para a reformulação de sua conduta frente ao paciente, utilizando-se da forma orientadora de comunicação, sem que haja o enfrentamento das dificuldades (ambivalência) inerentes à realidade individual, apenas auxiliando-o a chegar à solução do problema já tendo em mente sua própria realidade. Cabe ao profissional resistir ao reflexo de dizer como o paciente deveria agir, quebrando a hierarquia de poder sobre o mesmo e oferecer opções que o façam conceber sua saúde como manejável, tomando decisões por si mesmo, a fim de alcançar o objetivo proposto pelo tratamento periodontal, que são a estabilização da doença e a manutenção de baixos índices de biofilme bacteriano e sangramento gengival conseguidos através de uma higiene oral eficiente e hábitos duradouros.

Apesar de ainda serem necessários mais estudos, e com melhor delineamento da metodologia, para as abordagens psicológicas motivacionais, principalmente em relação aos hábitos de higiene bucal, os resultados até aqui apresentados pela técnica da Entrevista Motivacional são favoráveis à sua aplicação.

## REFERÊNCIAS

Alves PC, Rabelo MC. Antropologia da saúde: Traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro, RJ: *Relume Dumará*; 1998. p. 95.

Axelsson P, Nystrom B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults - results after 30 years of maintenance. *Journal of Clinical Periodontology*. 2004;31(9):749-57.

Baehni PC. Translating science into action – prevention of periodontal disease at patient level. *Periodontology 2000*. 2012;60(1):162-72.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final do Projeto SBBrasil 2010. Brasília: CNSB; 2011. Disponível em URL: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/> [2013 Mar 23].

Cardoso L, Galera SAF. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2006;19(3):343-8.

Cerovic O, Ljuskovic B, Kovacevic V. Periodontal disease in relation to some systemic diseases. *Stomatoloski glasnik Srbije*. 2003;50(4):197-201.

Chambrone L, Lima LAPA, Chambrone LA. Prevalência das doenças periodontais no Brasil. *Odonto*. 2008;16(31):69-76. Disponível em URL: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/outras\\_acoes.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/outras_acoes.php).

Cobb CM. Clinical significance of non-surgical periodontal therapy: An evidence-based perspective of scaling and root planing. *Journal of clinical periodontology*. 2002;29 Suppl 2:6-16.

Dantas RAS. Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros [tese]. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2007.

Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York, N.Y: *Plenum Press*; 1985.

Drolet BC, Lorenzi NM. Translational research: understanding the continuum from bench to bedside. *Transl Res* 2011; 157: 1–5.

Dutra CMR, Ferreira EF. A motivação de pacientes portadores de doença periodontal crônica sob manutenção periodontal: um estudo quantitativo. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2005;34(1):5-10.

Epstein LH, Cluss PA. A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1982;50(6):950-71.

Fardal O. Interviews and assessments of returning non-compliant periodontal maintenance patients. *Journal of Clinical Periodontology*. 2006;33(3):216-20.

Godard A, Dufour T, Jeanne S. Application of self-regulation theory and motivational interview for improving oral hygiene: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Periodontology*. 2011;38(12):1099-105.

Hansen BF, Bjertness E, Grønnesby JK, Eriksen HM. Changes in periodontal treatment needs. A follow-up study of oslo citizens from the ages of 35 to 50 years. *Journal of periodontal research*. 1995;30(6):410-7.

Jepsen S, Kekschull M, Deschner J. Relationship between periodontitis and systemic diseases. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2011;54(9):1089-96.

Jönsson B, Öhrn K, Lindberg P, Oscarson N. Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health. *Journal of Clinical Periodontology*. 2010;37(10):912-9.

Lang NP, Adler R, Joss A, Nyman S. Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability. *Journal of clinical periodontology*. 1990;17(10):714-21.

Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral health & preventive dentistry*. 2003;1(1):7.

Leininger M, Tenenbaum H, Davideau J. Modified periodontal risk assessment score: Long-term predictive value of treatment outcomes. A retrospective study. *Journal of Clinical Periodontology*. 2010;37(5):427-35.

Leventhal H, Cameron L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*. 1987;10(2):117-38.

Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 2005.

Locker D, Gibson B. The concept of positive health: A review and commentary on its application in oral health research. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2006;34(3):161-73.

Löe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *Journal of Periodontology*. 1965; 36:177-87.

McNabb H, Mombelli A, Gmür R, Mathey-Dinç S, Lang NP. Periodontal pathogens in the shallow pockets of immigrants from developing countries. *Oral microbiology and immunology*. 1992;7(5):267-72.

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing - preparing people to change addictive behavior. *International Journal of Social Psychiatry*. 1994;40(3):230.

Moraes ABA, Rolim GS, Costa JR, Luiz A. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.* 2009;XI(2):329-45.

Oliveira BM, Viana MB, Arruda LM, Ybarra MI, Romanha AJ. Avaliação da adesão ao tratamento através de questionários: Estudo prospectivo de 73 crianças portadoras de leucemia linfoblástica aguda. *Jornal de Pediatria*. 2005;81(4):245-50.

Page R, Krall E, Martin J, Mancl L, Garcia R. Validity and accuracy of a risk calculator in predicting periodontal disease. *Journal of the American Dental Association*. 2002;133(5):569-76.

Parameters of care. american academy of periodontology. *Journal of periodontology*. 2000;71(5 Suppl):i.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American psychologist*. 1992;47(9):1102-14.

Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1982;19(3):276-88.

Renvert S, Persson GR. Supportive periodontal therapy. *Periodontology 2000*. 2004;36(1):179-95.

Renz A, Ide M, Newton T, Robinson P, Smith D. Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(2).

Revere D, Dunbar PJ. Review of computer-generated outpatient health behavior interventions: Clinical encounters "in absentia". *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*. 2001;8(1):62-79.

Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: Ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre, RS: Artmed; 2009.

Rosén B, Olavi G, Badersten A, Rönström A, Söderholm G, Egelberg J. Effect of different frequencies of preventive maintenance treatment on periodontal conditions. 5-year observations in general dentistry patients. *Journal of clinical periodontology*. 1999;26(4):225-33.

Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 2000;55(1):68-78.

Santos O. Entrevista motivacional na prevenção e tratamento da obesidade. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*. 2009;3(3):109-15.

Sbordone L, Ramaglia L, Gulletta E, Iacono V. Recolonization of the subgingival microflora after scaling and root planing in human periodontitis. *Journal of periodontology*. 1990;61(9):579-84.

Schätzle M, Loe H, Lang NP, Bürgin W, Ånerud Å, Boysen H. The clinical course of chronic periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2004;31(12):1122-7.

Segar L. Psicologia e odontologia: Uma abordagem integradora. São Paulo, SP: Santos; 1998.

Turner Y, Ashley FP, Wilson RF. Effectiveness of oral hygiene with and without root planing in treating subjects with chronic periodontitis. *British Dental Journal*. 1994;177(10):367-71.

Vollmeyer R, Rheinberg F. Does motivation affect performance via persistence?. *Learning and Instruction*. 2000;10(4):293-309.

Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating mothers to prevent caries: Confirming the beneficial effect of counseling. *Journal of the American Dental Association* (1939). 2006;137(6):789-93.

Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating parents to prevent caries in their young children: One-year findings. *Journal of the American Dental Association* (1939). 2004;135(6):731-8.

Wennstrom J, Tomasi C, Bertelle A, Dellasega E. Full-mouth ultrasonic debridement versus quadrant scaling and root planing as an initial approach in the treatment of chronic periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2005;32(8):851-9.

Westfelt E, Rylander H, Dahlén G, Lindhe J. The effect of supragingival plaque control on the progression of advanced periodontal disease. *Journal of clinical periodontology*. 1998;25(7):536-41.

Yeo BK, Lim LP, Paquette DW, Williams RC. Periodontal disease -- the emergence of a risk for systemic conditions: Pre-term low birth weight. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 2005;34(1):111-6.