MARIA CECÍLIA CALDAS GIORGI TOLOSA

TCE/UNICAMP
T586c
1290005056 FOP

COOPERAÇÃO DO PACIENTE E SUA INFLUÊNCIA NO TRATAMENTO PERIODONTAL DE SUPORTE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Periodontia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do Título de Especialista em Periodontia.

PIRACICABA
1998

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

MARIA CECÍLIA CALDAS GIORGI TOLOSA

COOPERAÇÃO DO PACIENTE E SUA INFLUÊNCIA NO TRATAMENTO PERIODONTAL DE SUPORTE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Periodontia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do Título de Especialista em Periodontia.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Wilson Sallum – FOP – UNICAMP.

006

PIRACICABA
1998

Aos meus pais Renato e Elza,

Minhas irmãs Márcia e Fernanda,

Minha sobrinha Ana Carolina,

E principalmente ao meu marido Luiz Francisco,

Por todo o apoio e incentivo que me deram e que foram fundamentais para que eu atingisse mais este objetivo.

AGRADECIMENTOS

- Ao **Maj. Brig. Do Ar José Carlos Pereira**, que permitiu que eu fizesse este curso de especialização.

- Ao **Cap. Dent. Cláudio Passos Calaza**, chefe da Odontoclínica da Academia da Força Aérea, por incentivar e apoiar meus passos.

- Ao Prof. Dr. **Antônio Wilson Sallum**, pela competência e amizade com que conduziu a orientação deste trabalho.

- Aos professores Dr. **Edwil Cantadori Jr.** e Dr. **Carlos Marcos Tarkieltaub** pelos ensinamentos, oportunidades e orientações que me dedicaram.

- A amiga **Valéria Polidori Berni**, pelo companheirismo e apoio inestimáveis durante o curso.

- A paciente **Maria Luiza Gobbo Campion**, pela confiança dedicada a mim.

- Aos **funcionários** do curso, o reconhecimento e a gratidão.

- A professora e mãe **Elza Maria Caldas Giorgi**, pela revisão do vernáculo.

- Aos **colegas de curso**, pelo fortalecimento de nossa amizade durante os momentos que passamos juntos.

- A **todos** que, direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

ÍNDICE

1. Introdução.....01

2. Revisão de Literatura.....03

2.1.1 Terminologia.....03

2.1.2 Definição.....05

2.1.3 Objetivos.....06

2.1.4 Freqüência.....08

2.1.5 Eficácia.....10

2.2 Por que os pacientes não cooperam com o tratamento?.....14

2.2.1 Em relação a Higiene Bucal.....14

2.2.2 Em relação ao Tratamento Periodontal de Suporte.....18

2.2.3 Fatores que influenciam na cooperação do paciente.....23

3. Discussão.....30

4. Conclusão.....36

5. Resumo.....38

6. Summary.....39

7. Referências Bibliográficas.....40

1. INTRODUÇÃO

O tratamento periodontal ativo, associado ao Tratamento Periodontal de Suporte (TPS), promovem saúde periodontal e reduzem a perda dentária.

Após a fase ativa do tratamento, um intervalo é estabelecido para a manutenção, sendo este intervalo determinado, basicamente, pelo nível de higiene bucal do paciente, grau de cooperação do mesmo e gravidade da doença. Não deve ser considerado sinônimo de profilaxia, é muito mais que isso. Consiste em procedimentos realizados sob supervisão de um cirurgião-dentista e incluem atualização da história médica e dental, exames intra e extra-orais, exame de tecidos moles, exame dentário, avaliação periodontal, tomadas radiográficas, remoção de placa dentobacteriana supra e subgengival, raspagem e alisamento radicular quando indicadas, polimento dental e controle da eficiência da escovação dental. Quando uma nova ou uma recorrente doença periodontal surgir, diagnóstico adicional e procedimentos podem ser considerados. O sucesso a longo prazo depende diretamente do Tratamento Periodontal de Suporte.

Analisando a história, temos que nos anos 60 e início dos anos 70, a classe odontológica ficou entusiasmada com os resultados do ensino de controle de placa dentobacteriana caseiro. Já em meados da década de 70, a euforia acabou, pois estes programas falharam a longo prazo. Percebeu-se que

pacientes que receberam instruções de controle de placa dentobacteriana não mantinham este comportamento sem a supervisão do dentista.

Infelizmente não só a experiência diária, mas estudos acumulados na literatura internacional mostram que obter a concordância e cooperação do paciente é bastante difícil.

Este trabalho se propôs a estudar e analisar os fatores que influenciam a cooperação do paciente para com as sugestões de higiene bucal e concordância relacionada ao Tratamento Periodontal de Suporte.

2.REVISÃO DE LITERATURA

2.1. - Considerações gerais sobre Tratamento Periodontal de Suporte

2.1.1. - Terminologia:

A terminologia usada em Periodontia tem sofrido modificações ao longo dos últimos anos.

Em **1986**, no **GLOSSÁRIO DOS TERMOS PERIODONTAIS (2º ed.)** a Academia Americana de Periodontia coloca a seguinte definição:

- 'Tratamento preventivo' (manutenção, procedimentos profiláticos para pacientes periodontais): Procedimentos realizados em intervalos para assistir o paciente periodontal na manutenção da saúde periodontal. Consiste em exame, avaliação dos procedimentos de higiene oral diária e nutrição, raspagem e alisamento radicular e polimento dental. Ver: Manutenção: Periodontal.
- ' Manutenção Periodontal': uma extensão da Terapia Periodontal. Assistência periódica e contínua e tratamento profilático das estruturas periodontais, que permitem uma detecção precoce e tratamento de novas ou recorrentes anormalidades ou doenças.

Em **1986**, **CURRENT PROCEDURAL TERMINOLOGY**, outra publicação da Academia Americana de Periodontia, descreve " Procedimentos de manutenção periodontal após a terapia ativa (tratamento periodontal de suporte, SPT)"

Em **1989**, a reunião de consenso do "**WORLD WORKSHOP IN CLINICAL PERIODONTICS**" estabeleceu que o que era denominado 'manutenção periodontal', ficaria melhor descrito como "Tratamento Periodontal de Suporte".

Em **1992**, o **GLOSSÁRIO DE TERMOS PERIODONTAIS (3º ed.)** da Academia Americana de Periodontia o termo 'Tratamento Preventivo' não consta. Para manutenção o leitor deve procurar ' Tratamento Periodontal de Suporte'.

- 'Tratamento Periodontal de Suporte' (manutenção periodontal, manutenção preventiva, retorno, manutenção): uma extensão da terapia periodontal. Procedimentos realizados a intervalos pré-determinados para dar assistência ao paciente periodontal na manutenção da saúde periodontal. Consiste usualmente em exame, avaliação da higiene oral e nutrição, raspagem e alisamento radicular, curetagem radicular e polimento dental.

O termo 'Terapia Periodontal de Suporte' tem sido bastante aceito nos últimos anos. De qualquer modo, a definição implica que é uma forma de

tratamento e deve ser iniciada após o término da fase ativa da terapia periodontal.

2.1.2 - Definição:

Segundo a **AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY (1991)** o tratamento periodontal de suporte é parte integrante da terapia periodontal. Inclui uma atualização da história médica e dentária, revisão radiográfica, exame dos tecidos intra e extra orais, odontograma, avaliação periodontal,remoção de placa bacteriana supra e subgengival, raspagem dental e alisamento radicular quando indicados, polimento dentário e revisão da eficácia do controle de placa do paciente e outras modificações de comportamento necessárias. Estes procedimentos são realizados a intervalos determinados para assistir ao paciente periodontal e na manutenção da saúde periodontal. Tratamento periodontal de suporte é usualmente iniciado após o término da fase ativa da terapia periodontal e continua por toda a vida da dentição ou do implante.

2.1.2 - Objetivos:

SCHALLON E SNIDER (1981) propõe que SPC (Supportive Periodontal Care) preventiva objetiva a preservação da saúde periodontal em indivíduos saudáveis e previne a progressão de gengivite em periodontite. Baseia-se na prevenção primária e pode ser aplicada em larga faixa da população. SPC pós-tratamento objetiva a prevenção da recorrência da doença e manutenção da saúde oral obtida após a fase ativa da terapia. É uma extensão da fase ativa da terapia e consiste em vários procedimentos. SPC paliativa é destinada a prevenir, diminuir, ou parar a progressão em pacientes que não recebem tratamento apropriado por falta de cooperação com o tratamento, os que apresentam higiene oral pobre ou que estão comprometidos sistemicamente.

MACFALL JR (1989) cita como objetivos da manutenção a prevenção para indivíduos que nunca tiveram periodontite, bem como a continuação da terapia para aqueles pacientes periodontalmente tratados. Preservar a saúde da dentição e dos tecidos moles é o objetivo primeiro da manutenção. Outro objetivo é sustentar o controle de placa do paciente e também permitir uma reavaliação crítica pelo periodontista dos resultados obtidos na fase ativa do tratamento. Inclui, ainda, uma assessoria ao status da saúde geral, reforço na motivação da higiene oral, estabelecimento do futuro regime de manutenção e instituição de retratamento, se necessário.

Segundo **BAEHNI E TESSIER (1989)** a saúde periodontal resulta de um equilíbrio entre os fatores patogênicos e a resistência do hospedeiro. O objetivo geral no cuidado do suporte periodontal é manter ou reestabelecer este equilíbrio para que o processo da doença não inicie. Como resultado, a incidência da doença periodontal será reduzida. Deste modo, SPC pode ser aplicada para manter a saúde do indivíduo antes do início da doença (prevenção primária). Pode também ser aplicada com o objetivo de evitar a recorrência da doença (prevenção secundária), ou ainda, prevenir ou reduzir a progressão da doença existente (prevenção terciária).

WILSON (1996A) entende como objetivos terapêuticos a prevenção da progressão e recorrência da doença periodontal em pacientes que receberam tratamento prévio para gengivite ou periodontite; para prevenir a perda de implantes dentários após a estabilização clínica; reduzir a perda dentária pelo acompanhamento da dentição e recuperações protéticas; e para diagnóstico de outras doenças ou condições encontradas ou relatadas na cavidade oral.

2.1.4 - Freqüência:

WESTFELD ET AL. (1983) sugere que as visitas de retorno, incluindo limpeza dental, devam ser realizadas a cada duas semanas durante os primeiros seis meses seguintes a terapia periodontal. Após, deve ser instituída a cada três meses. Nos pacientes com gengivite e sem perda de inserção é suficiente dois retornos por ano.

WILSON JR (1990) considera que o intervalo dos controles de manutenção devem ser determinados pela atividade da doença. Quanto maior o aumento da profundidade de sondagem e número de pontos sangrantes, maior a freqüência com que o paciente deve ser avaliado. A média dos pacientes com doença periodontal ou aqueles que possuem implantes dentais deverá ser de quatro vezes ao ano.

LINDHE (1992) observa que o intervalo de tempo entre as consultas de revisão deve estar sempre relacionado com a capacidade do paciente de manter um padrão adequado de higiene oral. Sugere que um programa de manutenção baseado em consultas de revisão a cada três meses é eficaz, na prevenção da recidiva da doença, para a maioria dos pacientes. Todavia, salienta a importância que o programa de revisão deve ser planejado para satisfazer as necessidades individuais do paciente.

GENCO (1996) recomenda que o paciente seja observado inicialmente para controle quatro semanas após tratamento. Após três ou quatro sessões, o intervalo pode ser estendido para três meses. O profissional deve determinar qual intervalo melhor se adapta a um paciente em particular. As evidências indicam que três a quatro meses é o melhor intervalo para a maioria dos pacientes, nos primeiros quatro a cinco anos após a terapia. Os fatores a serem considerados na determinação do intervalo de controle incluem os seguintes: 1) Severidade da doença; 2) Efetividade do controle caseiro; 3) Idade do paciente; 4) Grau obtido de controle da infecção e 5) Resposta do hospedeiro.

WILSON JR (1996A) acredita ser vantajoso o conceito de que os retornos devem ser realizados a cada três meses. Os intervalos do tratamento periodontal de suporte podem ser personalizados para as necessidades individuais de cada paciente e futuramente modificados, baseados no comportamento clínico de cada um.

BAEHNI E TESSIER (1989) consideram que a freqüência das visitas de manutenção e os intervalos entre o retorno é baseado no controle de placa do paciente, profundidade de sondagem, severidade da doença, e resposta ao tratamento.

2.1.5 - Eficácia:

LOVDAL ET AL. (1961) relataram os resultados de um estudo clínico durante cinco anos, em 1428 pacientes que receberam raspagem supra e subgengival e orientação de higiene bucal, num intervalo de três a seis meses. Observaram uma redução significante da gengivite e que nos pacientes que aceitaram as instruções de higiene bucal as condições gengivais melhoraram em cerca de 60% e a perda dentária foi reduzida em cerca de 50% do que seria esperado sem estes esforços de higiene oral.

SUOMI ET AL (1971) E SUOMI ET AL. (1969) publicaram os resultados de um estudo clínico realizado em 1248 pacientes, que foram divididos em dois grupos: grupo-teste e grupo-controle. Os pacientes do grupo-teste receberam instruções de higiene bucal e limpeza profissional a cada dois meses nos primeiros seis meses, e a cada três meses durante três anos. O acúmulo de placa e a inflamação gengival foram reduzidas significativamente, e o valor médio de perda de inserção clinicamente mensurável foi de apenas 0,08 mm por superfície durante o período de observação, comparado com 0,30 mm em um grupo-controle no qual não foram instituídas medidas especiais para melhorar a higiene bucal.

RAMFJORD ET AL.(1973) em estudos longitudinais dos efeitos de várias modalidades de terapia periodontal em 104 pacientes de 13 a 64 anos de idade, portadores de periodontite avançada, registraram uma perda média anual de inserção da ordem de 0,04 mm por superfície dentária, durante um período de sete anos. Todos os pacientes receberam limpeza dentária escrupulosa, polimento e instruções de higiene bucal a cada três meses. Embora o padrão de controle de placa dos pacientes fosse variável, esta terapia intensiva resultou em excelente manutenção dos níveis pós-operatórios de inserção em todos os pacientes. Os resultados foram mais favoráveis em pacientes com bom controle de placa do que naqueles com higiene bucal precária.

LINDHE E NYMAN (1984) avaliaram as condições periodontais de 61 pacientes que foram submetidos a tratamento de doença periodontal avançada e logo após, incluídos em um programa bem cuidadoso de manutenção por 14 anos, com retornos a cada três a seis meses. Concluíram que após o tratamento periodontal ativo, mesmo nos estágios extremamente avançados da doença, estes pacientes foram mantidos com boa saúde periodontal ao longo do período do estudo.

GOLDMAN (1986) em estudo retrospectivo de perda dentária em 211 pacientes que receberam tratamento para doença periodontal e manutenção por 15 a 34 anos, com retornos a cada três a seis meses. A média de idade

dos pacientes foi de 42 anos, e a média de tempo em manutenção foi de 22 anos. Com base na resposta a terapia, os pacientes foram classificados em "Well-Maintened" (62%), "Downhill" (28%) e "Extreme Downhill" (10%). Setecentos e setenta e um (771) dentes foram perdidos (13,4%) , sendo que no grupo WM a média foi de um elemento por paciente, no grupo DH a média foi de 5,8 dentes perdidos por paciente e o grupo EDH a média de perda dentária foi de 14,2 dentes por paciente. A importância da manutenção é enfatizada.

DEVORE ET AL (1986) fizeram um estudo radiográfico comparativo em 23 pacientes para avaliar a perda óssea ocorrida após a terapia periodontal em pacientes que não realizam freqüente manutenção periodontal. Encontraram um aumento da perda óssea alveolar e perda dental em pacientes examinados após a terapia quando comparados com as condições encontradas nestes pacientes no início do tratamento periodontal. Os dados encontrados sugerem que a falta de manutenção periodontal e o inadequado controle de placa contribuem para a progressão da perda óssea após o tratamento.

LINDHE E NYMAN (1987) publicaram um artigo onde discutiram os resultados de experiências clínicas, a longo prazo, no tratamento periodontal ativo. Baseando-se nestas experiências clínicas, concluíram que os pacientes que, após tratamento periodontal ativo, foram submetidos a um programa de controle de placa bacteriana cuidadosamente supervisionado, só ocasionalmente mostraram sinais de doença periodontal recorrente, enquanto

aqueles que não participaram deste programa supervisionado apresentaram, normalmente, recorrência de doença periodontal.

WILSON JR ET AL (1987A) compararam, num estudo clínico de 162 pacientes, por cinco anos, o número de dentes perdidos entre os pacientes que retornaram regular e irregularmente para o tratamento periodontal de suporte. Observaram que quanto mais freqüente foi o retorno para o tratamento periodontal de suporte, menor foi a probabilidade de perda dental.

LISTGARTEN ET AL (1989) publicaram os resultados de um estudo clínico e microbiológico de quatro anos de duração, comparando a eficiência de dois programas de retornos para tratamento periodontal de suporte em pacientes tratados periodontalmente. Os pacientes foram divididos em dois grupos: um grupo-controle, que recebeu profilaxia a cada três meses e um grupo-teste, em que a profilaxia foi executada de acordo com a quantidade de espiroquetas e bastonetes móveis encontrados na placa subgengival. Os exames foram feitos a cada seis meses para ambos os grupos.

Os resultados indicaram que o monitoramento microscópico da microflora subgengival pode ter valor na identificação dos indivíduos que necessitam de retorno trimestral. Por outro lado, mostraram, também, que este monitoramento não proporciona um benefício suficiente que justifique o tempo e o trabalho requeridos para a sua incorporação como rotina na manutenção periodontal.

2.2 - Por que os pacientes não cooperam com as sugestões profissionais?

2.2.1 - Cooperação em relação à Higiene Bucal

SCHWARTZ (1962) reportou que dois terços dos pacientes que desistiram do regime de instruções de higiene oral o fizeram dentro de três meses. O estudo sugere que o cuidado caseiro é uma alternativa positiva para o cuidado profissional e que a chave para o adequado cuidado caseiro inclui o sucesso na comunicação com o paciente por parte do dentista, esforço do paciente em desenvolver habilidade e o reforço da idéia que a eficácia é mais importante que a quantidade de tempo que ele gasta na limpeza.

NYMAN ET AL (1975) em uma pesquisa na qual 20 pacientes com doença periodontal avançada foram tratados cirurgicamente e onde o grupo experimental recebeu posteriormente limpeza escrupulosa dos dentes pelo profissional e instruções de higiene oral a cada duas semanas, o exame clínico demonstrou que não houve perda adicional de inserção depois de dois anos. Os pacientes do grupo-controle receberam o mesmo tratamento inicial, inclusive a terapia cirúrgica para eliminação da bolsa, foram revistos para raspagem a cada seis meses após a operação, porém não foram instituídas

outras medidas visando manter o controle de placa. Após dois anos, estes pacientes-controle exibiram uma perda média de 2 mm de inserção clínica. Dois anos após a cirurgia, as profundidades das bolsas eram praticamente as mesmas de antes da terapia cirúrgica, nos pacientes do grupo-controle, enquanto, no grupo experimental, as profundidades das bolsas foram mantidas no nível que apresentavam imediatamente após a cirurgia.

ROSLING ET AL (1976) fizeram um estudo clínico cujo objetivo era testar a hipótese de que a periodontite pode ser curada e a regeneração óssea pode ocorrer nas bolsas infra-ósseas, após o tratamento cirúrgico, em pacientes que mantenham ótimas condições de higiene bucal. Para tal, utilizaram-se de 24 pacientes com periodontite avançada que, após receberem instruções de higiene bucal e submeterem-se à cirurgia periodontal, foram divididos aleatoriamente em dois grupos: grupo-teste e grupo-controle. Os pacientes do grupo-teste foram chamados, a cada duas semanas, para controle de placa bacteriana feito por um profissional. Os do grupo-controle, a cada 12 meses, durante dois anos. Observaram que no grupo-teste houve regeneração de todos os defeitos infra-ósseos, o que não ocorreu no grupo controle.

STRACK ET AL (1980) encontraram que 51% dos pacientes que receberam instruções de higiene oral foram enquadrados no grupo dos bons

cooperadores, 38% no grupo de cooperadores moderados e 11% como não cooperadores após trinta dias das instruções.

MCGUIRE ET AL (1980) conduziram um estudo numa população de uma escola de subúrbio onde os pacientes que participaram do programa de controle de doenças orais foram comparados com pacientes que não receberam educação ou instrução em higiene oral. Avaliação do 2º ao 24º meses após o término do programa revelou pouca diferença entre os índices de placa entre o grupo instruído e o controle. O paciente ter conhecimento das causas da doença parece não ter efeito no controle de placa. A supervisão e o reforço repetido é essencial para a cooperação no controle de placa a longo prazo.

RAMFJORD (1982) mostrou que a média dos pacientes não escova os dentes como foi orientada e não o faz com freqüência. Apenas uma minoria de pacientes usa o fio dental com regularidade e modo sistemático. Parte da resposta a este problema mostra ser uma cuidadosa, detalhada e contínua instrução de higiene oral, seguido de feedback positivo e reforço. O paciente precisa voltar para receber o reforço de instruções, e existe uma evidência de que se ele está presente para o tratamento periodontal de suporte, ele não precisa ser um excelente higienizador.

JOHANSSON ET AL (1984) avaliaram um grupo de pacientes com periodontite moderada, tratados com terapia não-cirúrgica, incluindo intensiva instrução de higiene oral e fornecimento de vários cuidados auxiliares. Os pacientes retornaram aos seus dentistas regulares e foram reavaliados três anos depois. Uma considerável falta de cooperação foi notada em menos da metade dos pacientes usuários de escovas interproximais. O fio dental foi recomendado para 39 pacientes, mas após três anos apenas 7 deles o usavam diariamente.

LINDHE ET AL (1984) mostraram os resultados de um estudo clínico comparando o efeito do tratamento periodontal cirúrgico com o não cirúrgico, na doença periodontal. Para tal, foram selecionados 15 pacientes que, após o tratamento periodontal, foram mantidos em observação por cinco anos, com retornos para tratamento periodontal de suporte a cada duas semanas nos primeiros seis meses, a cada 12 semanas nos 18 meses subseqüentes e a cada quatro a seis meses nos últimos anos. Os resultados sugeriram que o mais importante não é a indicação ou não de tratamento cirúrgico, mas a qualidade do tratamento da superfície radicular. Também verificaram que a recorrência da doença é decisivamente influenciada pelo padrão de higiene bucal.

LINDHE E NYMAN (1987) publicaram um artigo onde discutiram os resultados de experiências clínicas, a longo prazo, no tratamento periodontal

ativo. Baseando-se nestas experiências clínicas, concluíram que os pacientes que, após o tratamento periodontal ativo, foram submetidos a um programa de controle de placa bacteriana cuidadosamente supervisionado, só ocasionalmente mostraram sinais de doença periodontal recorrente, enquanto aqueles que não participaram deste programa supervisionado apresentaram, normalmente, recorrência da doença periodontal.

WILSON JR (1987B) apresentou uma revisão de literatura sobre concordância dos pacientes com relação ao tratamento periodontal de suporte após o tratamento periodontal ativo. Neste trabalho o termo concordância foi definido como sendo " a conduta pessoal frente às recomendações recebidas do profissional da saúde".

2.2.2 – Cooperação em relação ao TPS

WILSON JR ET AL (1984) apresentaram os resultados de um estudo clínico de oito anos de duração, em pacientes que, após a conclusão do tratamento periodontal ativo, foram orientados para retornarem para o tratamento periodontal de suporte. Observaram que somente 16% dos pacientes retornaram regularmente para o tratamento proposto, 49% tiveram um retorno irregular e 34% nunca retornaram.

KÜHNER & RAETZKE (1989) realizaram um estudo com o objetivo de determinar os fatores que contribuem com a intensidade da cooperação do paciente com o tratamento periodontal. Não houve correlação significativa entre cooperação do paciente de um lado e variáveis sóciodemográficas (idade, sexo, classe social), parâmetros de doença, e "susceptível" crença na saúde, "obstáculos", "relacionamento paciente-dentista", e "experiência anterior com a terapia" de outro lado. "Motivação", "descaso", "vantagens", "fatores sistêmicos", e "índice de perda dentária" foram significantes.

MENDONZA ET AL (1991) coletaram os dados de 637 pacientes de consultório particular entre os anos de 1983 e 1986. Apenas os pacientes que completaram o tratamento periodontal e entraram em tratamento periodontal de suporte foram incluídos no estudo. Baseados na cooperação com as recomendações de retorno, foram classificados em "cooperadores" e "não-cooperadores". Os resultados indicaram que não existem diferenças significantes entre os grupos em relação a idade, sexo, número de perdas dentárias, índices de placa ou severidade de doença periodontal. Entre os fumantes, o maior número estava no grupo não-cooperador. Em contrapartia, maior número de cooperadores fizeram cirurgia periodontal durante o tratamento. Apenas 36% da amostra inicial de pacientes foram considerados cooperadores no final de 1989, sendo que a maior perda dos pacientes ocorrida no primeiro ano de terapia periodontal de suporte (42%). O restante ocorreu numa média de 10% ao ano, indicando que os pacientes

provavelmente permanecem cooperadores se ele ou ela comparecer ao menos a um ano de tratamento periodontal de suporte. Não-cooperadores receberam um questionário para apurar os motivos de seu comportamento, 40% respoderam a ele. A razão mais comum para a não cooperação foi o fato do profissional não atender as sua necessidades. Muitos consideraram o tratamento periodontal de suporte muito caro, uma parcela significante considerou que não necessitava de tratamento tão longo. Os resultados sugerem que constrangimento, nervosismo, falta de tempo, local do consultório, crenças/ideais, e crises pessoais não são razões significantes para a não-cooperação.

GALGUT (1992) realizou um estudo em 231 pacientes objetivando investigar o grau de cooperação destes com o programa de tratamento de manutenção. Aproximadamente 42% dos pacientes não cooperaram com o tratamento prescrito. Foi encontrado que as mulheres tendem a cooperar mais com o tratamento de manutenção que os homens.

WILSON ET AL (1993) estudaram durante 5 anos os efeitos e os esforços para obter a cooperação dos pacientes em consultório particular. Os esforços incluíram tentativas de facilitar a cooperação, manter o nível desta, informar os pacientes das conseqüências da não-cooperação, busca de horários favoráveis ao paciente, telefonemas e cartões confirmando o horário da próxima consulta, notificação em caso de falta do paciente, treinamento de

higienistas para a orientação em higiene bucal e tentativa de identificar os não-cooperadores antes da terapia periodontal ativa para que estes pudessem ser avisados da possibilidade e dos problemas oriundos de tal comportamento. Os resultados foram comparados com um grupo similar estudado em 1984. Observou-se um aumento no grupo de cooperadores de 16% em 1984 para 32% em 1991, os cooperadores oscilantes passaram de 49% para 48% e os não cooperadores caíram de 34% para 20%.

DEMETRIOU ET AL (1995) analisaram 521 pacientes em 14 anos, com o objetivo de determinar o grau de cooperação com o tratamento periodontal de suporte recomendado em consultório particular e estabelecer as possíveis diferenças entre as características dos grupos, que foram divididos em : cooperadores, não-cooperadores, os que desistiram do TPS e os que nunca o fizeram. Concluíram que as mulheres iniciam o TPS mais que os homens. Apenas 27% dos pacientes eram classificados como cooperadores ao término do tratamento, e neste grupo a maioria eram mulheres e pacientes tratados apenas com raspagem e alisamento radicular. A desistência do tratamento tende a ser maior durante ao 6 primeiros anos, sendo 13,9% nos primeiros dois anos, e 9% no sexto ano. Daí em diante, a porcentagem de pacientes presentes para TPS estabilizou em 48,4% após 6 anos e 43,2% após 11 anos. Os resultados confirmam que a cooperação com TPS está longe de ser a ideal. Os esforços para obter a cooperação foram dirigidos no sentido de informar a importância do tratamento, acomodação dos horários das consultas de modo

não interferir na agenda do paciente, confirmação das consultas por telefone e correspondências, identificação dos potenciais não cooperadores para atender suas necessidades

NOVAES ET AL (1996A) analisaram 1280 pacientes de clínica particular durante vinte anos e observaram que 25,2% dos pacientes nunca retornavam para o tratamento periodontal de suporte, dos que retornaram apenas 40,1 % apresentaram regularidade. A cooperação das mulheres foi maior (76,5%). O abandono ao tratamento foi alto (66,7%) e a cooperação aumenta com a idade.

NOVAES ET AL (1996B) estudaram 418 pacientes que receberam tratamento periodontal ativo durante os anos de 1984 e 1990. Os pacientes foram instruídos a retornarem para o Tratamento periodontal de suporte a intervalos de 3 a 6 meses. O objetivo deste estudo foi avaliar a cooperação com os retornos periódicos e a relação do sangramento a sondagem dos que retornaram regularmente. Observou-se que somente 26,31% dos pacientes retornaram desde o término do tratamento ativo até a data do fechamento dos dados; 25,59% retornaram pelo menos uma vez e, posteriormente, desistiram; e 48,08% dos pacientes nunca retornaram. Dentre os pacientes que retornaram para o tratamento periodontal de suporte, verificou-se que 60% o fizeram regularmente e 40% irregularmente. Os pacientes que desistiram do TPS o fizeram no primeiro ano seguinte ao tratamento ativo. A análise estatística revelou, com relação ao sexo, que os grupos não estão associados a

evidências estatisticamente significantes. Com relação a classificação da doença os pacientes com doença avançada estão desproporcionalmente centrados no grupo daqueles que retornam, enquanto os portadores de doença inicial estão desproporcionalmente concentrados no grupo daqueles que nunca retornaram. Cooperaram melhor os pacientes que receberam terapia cirúrgica.

2.2.3 - Fatores que influenciam na cooperação ao tratamento

FREIDSON & FELDMAN (1958) usando uma larga e representativa amostra, relataram que 51% da população estudada não freqüenta o dentista regularmente. Neste grupo, 9% declararam que sua relutância está baseada no medo.

KEGELES (1963) reportou que o medo ao tratamento dentário reduz significativamente o número de visitas para prevenção, independentemente da classe social. Em seu levantamento, 58% admitiu algum grau de ansiedade durante o tratamento e, 61% apresentou receio de sentir dor de dente durante o tratamento.

CROCKETT (1963) reportou que devido ao medo extremo, 6% do grupo estudado não procura tratamento dentário mesmo quando sabe ser necessário.

Esta é uma porcentagem representativa do total da população, significando que 12 milhões de americanos evitam o tratamento dentário devido ao medo.

MAGER & PIPE (1970) fizeram uma lista das possíveis razões das falhas de cooperação para com o tratamento proposto. 1) O paciente não sabe como realizar as medidas recomendadas, talvez demonstrando uma deficiência de habilidade. 2) O paciente pode não ver qualquer benefício ou recompensa em dispor mais tempo e ser mais cuidadoso na escovação, no uso do fio dental e na irrigação. As evidências da melhora podem não ser tão óbvias assim. Os pacientes podem acreditar que os procedimentos são desnecessários pensando que a doença não é séria. Mesmo se eles acreditam que a doença é prevalente e séria, podem não acreditar que são susceptíveis. 3) Realizar os procedimentos desejáveis poderia ser encarado como punição para o paciente. O uso do fio dental pode ser difícil e desagradável, escovar cuidadosamente parece durar para sempre. Olhar para o tecido gengival à procura de sangramento ou vermelhidão pode ser desencorajador. 4) O paciente pode não ver que as coisas ficam piores sem sua cooperação. 5) Dificuldades diárias podem influenciar a habilidade do paciente de realizar suas tarefas. O paciente pode ter entendido errado ou esquecido quais tarefas são mais importantes ou ter mais valor. O paciente pode reagir negativamente à aparência ou gosto dos materiais indicados.

BIRO & HEWSON (1976) ao realizarem um levantamento sobre o relacionamento dentista-paciente, encontraram que o medo e a aversão ao dentista, a pouca confiança neste e atitudes indiferentes para com o paciente são associadas com baixo comparecimento. A aversão é um impedimento mais forte que o medo, por outro lado o medo é mais comum Conclui que o relacionamento paciente-dentista é complexo e delicado e cada paciente deve ser considerado individualmente. De qualquer modo, o dentista que inspira confiança e demonstra interesse por seus pacientes pouco provavelmente terá problemas com eles.

GATCHEL (1980) relata em seu estudo alguns fatores que contribuem para a manutenção de ansiedade relacionada ao tratamento dentário. Sugere que a falta de comunicação entre o paciente e o dentista, a percepção de falta de controle nos procedimentos dentários e conhecimento inadequado da base dos procedimentos são fatores importantes que fazem com que os pacientes extremamente ansiosos evitem o tratamento dentário ou que comportem-se desfavoravelmente a ele.

MELAMED ET AL. (1983) relatam que o medo de tratamento dentário é um sério impedimento para o cuidado com a saúde dental. Vários estudos tem estimado que aproximadamente 12 milhões de americanos evitam o tratamento dentário a cada ano por fatores psicológicos. Em relação aos pacientes infantis, a crítica por mau comportamento ou ignorar um comportamento apropriado

leva a um comportamento ainda mais deficiente. Crianças maiores de sete anos e meio, crianças com alguma experiência anterior, e ou crianças que apresentam baixo nível de medo no início do tratamento são mais susceptíveis as conseqüências adversas de críticas quando estas são utilizadas isoladamente, sem recompensas por comportamentos apropriados.

GATCHEL ET AL (1983) realizaram um estudo, onde uma entrevista foi feita através de ligação telefônica e procuraram avaliar a incidência de medo e de fuga ao tratamento dental. Encontraram que 11,7% dos entrevistados declararam ter alto nível de medo e 17,5% um medo moderado, o que significa que 29,2% dos entrevistados apresentam pelo menos um grau moderado de medo associado a odontologia. Os resultados também demonstraram que 36,5% não visitaram o dentista por mais de um ano, sendo que destes, 42,1% estavam incluídos no grupo de alto nível ou moderado nível de medo. Na verdade, 54% dos que apresentaram alto nível de medo evitam o tratamento dentário. Para finalizar, dos entrevistados que se declaram com alto e moderado medo e que evitam o tratamento dentário, 62% atribuíram ao medo o fato de não procurarem um cuidado dental. Estes achados destacam o papel do medo na fuga ao tratamento dentário.

GLAVIND (1986) realizou um estudo com o objetivo de determinar 1) se vários fatores do meio ambiente interferem no resultado do tratamento periodontal e 2) se as atitudes dos destes pacientes, frente à prevenção,

mudam durante o tratamento. Foram analisados 143 pacientes. O resultado do tratamento foi registrado em presença ou ausência de sangramento à sondagem antes do tratamento e após 3, 6 e 12 meses. Os fatores do meio ambiente foram obtidos através de um questionário sobre a história dental, hábitos de higiene bucal e conhecimento sobre a situação de sua saúde bucal. Além disso, responderam a um relatório a respeito de suas atitudes e conhecimento geral sobre prevenção de doenças dentárias. 89 pacientes repetiram os relatórios após três meses de tratamento. Após o tratamento, três grupos foram formados baseados nos resultados do índice gengival do 12º mês: 1) Grupo bem-sucedido no tratamento, com 79 pacientes com índice gengival menor ou igual a 20%, 2) Grupo sem sucesso, 49 pacientes com mais de 20% de superfícies sangrantes, e 3) Grupo de desistentes, com 15 pacientes que não apareceram nos 12 meses de avaliação. Não foram encontradas diferenças significativas no meio ambiente dos grupos 1 e 2. De qualquer modo, o grupo dos desistentes apresentou um grande número de pacientes com idade inferior a 30 anos e um menor grau de crença nos dentes. Após o tratamento, os pacientes responderam mais favoravelmente ao relatório sobre higiene bucal e significado de prevenção.

FARBERON (1986) sugeriu que a não-cooperação pode ser uma forma de comportamento destrutivo.

BECKER ET AL (1988) distribuíram questionários para 46 pacientes que fizeram manutenção após tratamento periodontal e para 22 pacientes que não fizeram a manutenção. O propósito do estudo foi determinar as diferenças na personalidade existente entre os grupos de pacientes e observar a existência de reações diferentes quando sob estresse. O grupo da manutenção apresentou uma imagem mais positiva sobre si mesmo, maior progresso, tolerância e índices. O grupo sem manutenção apresentou maiores índices de agressividade negativa, alta incidência de eventos estressantes e menor estabilidade nas relações pessoais.

BLINKHORN (1993) cita que existem dois estímulos que influenciam o paciente. O primeiro são as macro influências, pelas quais o comportamento é moldado ao estilo de vida do paciente. As mudanças de comportamento que discordam deste estilo de vida falharão. Portanto os programas de reeducação em saúde devem atentar para este detalhe. O segundo são as micro influências, que ocorrem dentro do consultório. Os dentistas devem dar a prevenção o mesmo status do tratamento clínico, planejado e avaliado cuidadosamente. Os pontos principais para melhorar o nível de cooperação do paciente são: 1) Não esperar uma grande mudança de comportamento, ajudar o paciente a fazer pequenas mudanças ao longo do tempo; 2) Introduzir a auto-monitoração e considerar o uso de contratos para melhorar o compromisso do paciente; 3) O paciente deve ter uma idéia clara de que tipo de mudanças estão sendo solicitadas e também dos benefícios que serão atingidos com este

novo comportamento; 4) O uso de reforço positivo é preferível às reprimendas. O dentista deve focalizar os problemas do paciente e apresentar soluções clínicas e terapias preventivas de maneira positiva, e não como ameaças. 5) Providenciar material escrito para complementar os conselhos verbais; 6) O plano de tratamento deve ter um preço razoável para ser utilizado em consultório particular. Mudar hábitos é difícil e desgastante, mas paciente e dentista lucrarão com isso.

3.DISCUSSÃO

Os resultados de estudos clínicos realizados nos últimos trinta anos comprovam que a saúde obtida após o tratamento periodontal ativo pode ser mantida se os pacientes realizarem um bom controle de placa dentobacteriana e concordarem com os retornos periódicos para o Tratamento Periodontal de Suporte.

LOVDAL ET AL.(1961) observaram que os pacientes que aceitam as instruções de higiene bucal melhoram suas condições gengivais em 60% e reduzem a perda dentária em 50%.

Quanto mais freqüente o retorno para o tratamento periodontal, menor a probabilidade de perda dentária. Concordam com este pensamento os seguintes autores : **GOLDMAN (1986), DE VORE (1986), WILSON JR ET AL (1987A).**

O nível médio de perda de inserção anual em pacientes que cooperam com o Tratamento Periodontal de Suporte e instruções de higiene bucal cai de 0,30mm para 0,08 mm por superfície segundo **SUOMI ET AL(1971)** e **SUOMI ET AL (1969)**.Valores próximos a estes foram encontrados por

RAMFJORD ET AL (1973), que registraram perda média anual de 0,04 mm por superfície dentária em pacientes presentes para manutenção.

DEVORE ET AL. (1986) , LINDHE E NYMAN (1987) em trabalhos realizados, concluíram que a falta de manutenção periodontal e o inadequado controle de placa contribuem para a progressão da perda óssea após o tratamento.

LINDHE ET AL (1984) e **LINDHE & NYMAN (1987)** concluíram que a recorrência da doença é decisivamente influenciada pelo padrão de higiene bucal.

Além destes estudos, muitos outros comprovam a eficiência dos retornos periódicos para tratamento periodontal de suporte. (**AXELSSON & LINDHE 1981, BECKER ET AL 1988 , LINDHE & NYMAN 1984, LINDHE & NYMAN 1987, LISTGARTEN ET AL , RAMFJORD ET AL 1982, ROSLING ET AL 1976, SUOMI ET AL 1971 e WESTFELT ET AL 1983**), sendo importante ressaltar a possibilidade de se obter a regeneração de defeitos ósseos dois anos após o tratamento ativo quando esses retornos foram feitos a cada duas semanas **(ROSLING ET AL 1976).**

MCGUIRE ET AL (1980) concluíram que a supervisão e o esforço repetido é essencial para a cooperação no controle de placa a longo prazo, e o

paciente ter conhecimento das causas da doença parece não ter efeito no controle de placa.

RAMFJORD (1982) mostrou que a média dos pacientes não escova os dentes como foi orientada e não o faz com freqüência. O paciente precisa voltar para receber o reforço de instruções e, diz ainda que se ele estiver presente para o Tratamento Periodontal de Suporte, não precisará ser um excelente higienizador.

Embora todos os estudos conduzam os periodontistas a adotarem o Tratamento Periodontal de Suporte como conduta de rotina, conclamando que sem retornos periódicos não existirá sucesso, notamos que existe uma grande dificuldade de pô-lo em prática. Obter concordância e cooperação do paciente é difícil. Infelizmente, poucos pacientes cooperam completamente com as sugestões profissionais e a literatura mostra que isto é especialmente verdadeiro se a doença é crônica e não parece ameaçadora para o paciente.

SCHWARTZ (1962) reportou que dois terços dos pacientes que desistiram do regime de instruções de higiene bucal o fizeram dentro de três meses. Para **NOVAES ET AL (1996)** os pacientes que desistiram do TPS o fizeram no primeiro ano seguinte ao tratamento ativo. **STRACK ET AL (1980)** encontraram em seu estudo 11% de não cooperadores e 38% de cooperadores moderados após trinta dias das instruções de higiene bucal.

WILSON JR ET AL (1984) observaram que somente 16% dos pacientes retornam regularmente para o tratamento proposto, 49% retornam irregularmente e 34% nunca retornam. **GALGUT (1992)** relata que aproximadamente 42% dos pacientes não cooperam com o tratamento prescrito, e que as mulheres tendem a cooperar mais que os homens. **DEMETRIOU ET AL (1995)** encontram que apenas 27% dos pacientes eram cooperadores e neste grupo a maioria eram mulheres. **NOVAES ET AL (1996A)** concordam que a cooperação é maior entre as mulheres e que aumenta com a idade, encontrou também que 25,2% dos pacientes nunca retornavam para Tratamento Periodontal de Suporte, dos que retornaram, apenas 40,1 apresentaram regularidade. Por outro lado, **KÜHNER & RAETZKE (1989), MENDONZA ET AL (1991) e NOVAES ET AL (1996B)** não encontraram correlação entre cooperação e sexo.

Em relação ao tipo de tratamento realizado na fase ativa, **DEMETRIOU ET AL (1995)** encontrou maior porcentagem de cooperadores dentre os pacientes tratados apenas com raspagem e alisamento radicular. Para **NOVAES ET AL (1996B)** cooperaram melhor os pacientes que receberam terapia cirúrgica e os que apresentaram doença avançada.

As razões para a não cooperação são altamente variáveis e esta questão é complexa, mas incluem falta de informação pertinente, medo, fatores

econômicos, descaso do dentista e outros. Observamos que o medo é o maior fator que influencia na não cooperação.

FREIDSON & FELDMAN (1958); KEGELES (1963); CROCKETT (1963); BIRO & HEWSON (1976); MELAMED ET AL (1983) e GATCHEL ET AL (1983) são unânimes em atribuir ao medo a principal razão para tal comportamento.

FARBERON (1986) sugeriu que pode ser uma forma de comportamento destrutivo, **BECKER ET AL (1988)** sugeriu que os cooperadores apresentam uma imagem mais positiva sobre si mesmo, maior progresso e melhores índices que os não cooperadores.

Para **BIRO & HEWSON (1976); GATCHEL (1980)** a credibilidade do profissional e falta de comunicação entre paciente/dentista também foram citados como fatores de influência importantes. **BIRO & HEWSON (1976)** ainda citam que o medo e a aversão ao dentista, atitudes indiferentes do profissional, custo do tratamento são associados ao baixo comparecimento.

MAGER & PIPE (1970) citam a falta de habilidade motora, falta de credibilidade no tratamento e rotina diária como possíveis razões para a falta de cooperação com o tratamento proposto.

BLINKHORN (1993) cita que existem vários estímulos que influenciam o paciente e que as mudanças de comportamento que discordam deste estilo de vida falharão.

Notamos que as razões são inúmeras e podem variar num mesmo paciente em momentos distintos da sua vida. A necessidade de maiores estudos a este respeito se faz evidente.

4. CONCLUSÃO

1. Ao longo deste trabalho, percebemos que nos estudos mais otimistas a taxa de cooperadores para com as instruções de higiene bucal é próxima a 50%; porém, a maioria dos estudos mostram taxas muito menores. Aqueles que incluem cuidados de higiene interdental tem resultados ainda piores.

2. Parece estar estabelecido que a não cooperação para com as sugestões de higiene bucal podem fazer parte de um comportamento destrutivo. Muitos pacientes não querem participar ativamente no processo da doença, preferem ignorar que existe um problema. Este tipo de paciente prefere acreditar que o profissional tem exclusiva responsabilidade sobre o sucesso do tratamento. O medo tem sido descrito como a maior razão para a não cooperação.

3. Sentir indiferença ou um comportamento indiferente do dentista foi citado como a razão da não cooperação. Custo do tratamento, falta de informação, credibilidade do profissional, tratamento incompatível com o estilo de vida do paciente também foram citadas.

4. Indagar o que um paciente pensa e sente é fundamental para que o profissional possa entender o que motiva ou inibe seus atos. Adequar as sugestões às necessidades do paciente aumenta a probabilidade de cooperação.

5. Informar ao paciente as causas do desenvolvimento da doença e seu papel no tratamento gera interesse e cooperação. Quanto mais ativo é o paciente durante a explanação, mais facilmente ocorrerá a aceitação.

6. Obter a cooperação do paciente é possível, porém exige do profissional senso crítico, sensibilidade, interesse e dedicação.

7. O ensino, em nível de graduação, da percepção do paciente como um ser complexo e detentor de um perfil bioemocional único e exclusivo merecem ser valorizados perante os acadêmicos em Odontologia, mostrando a estes novos profissionais a chave para o sucesso na futura profissão.

5.RESUMO

Este trabalho se propôs a estudar e analisar os fatores que influenciam na obtenção da concordância e cooperação do paciente frente as sugestões do dentista.

Uma coletânea de estudos dos mais renomados mostraram que o medo, ansiedade, estilo de vida, custo de tratamento, pouca credibilidade no profissional, comportamento destrutivo, falta de informação, dificuldades de relacionamento entre paciente/profissional, entre outros, estão relacionados aos baixos índices de concordância e cooperação encontrados encontrados, afetando o comportamento do paciente e o sucesso do tratamento.

6. SUMMARY

This paper proposed to study how various factors influenced patient's compliance.

A review of literature shows that patients fail to comply for many reasons, including self-destructive behavior, fear, economic factors, health beliefs, stressful events in their lives and perceived dentist indifference.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA*

1. AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Current terminology for periodontics and insurance reporting manual. 6.ed. Chicago: American Academy of Periodontology, 1991. p.22.

2. _____. Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics. Chicago : American Academy of Periodontology, 1989.

3. AXELSSON, P., LINDHE, J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. J. clin. Periodont., Copenhagen, v.8, p.281-294, 1981.

4. BAEHNI, P.C., TESSIER, J.F. Supportive periodontal care. In: EUROPEAN WORKSHOP ON PERIODONTOLOGY, 1., Proceedings ...

5. BECKER, B.E. et al. Personality difference and stressful life events. Differences between treated periodontal patients with and without maintenance. J. clin. Periodont., Copenhagen, v.15, p.49-52, 1988.

* De acordo com a NBR 6023, de agosto de 1989, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Abreviatura dos periódicos em conformidade com o "World List of Scientific Periodicals".

6. BECKER, W., BECKER, B.E., BERG, L.E. Periodontal treatment without maintenance: A retrospective study in 44 patients. J. Periodont., Chicago, v.55, p.505-509, 1984.

7. BIRO, P.A., HEWSON, N.D. A survey of patient's to their dentist. Aust. dent. J., Saint leonards, v.21, p.388-394, 1976.

8. BLINKHORN, A.S. Factors affecting the compliance of patients with preventive dental regimens. Int..dent..J., Guildford, v.43, p.294-298, 1993.

9. CROCKETT, B. Dental survey: Southeastern State College. J. Okla. dent. As., v.51, p.25, 1963.

10. CROXSON, L.J. Periodontal awareness: the key to periodontal health. Int. dent. J., Guildford, v.43, p.167-177, 1993.

11. CURRENT procedural terminology for periodontics. 5.ed. Chicago: American Academy of Periodontology, 1986. p.14.

12. DE VORE, C.H. et al. Bone loss following periodontal therapy in subjects without frequent periodontal maintenance. J. Periodont., Chicago, v.57, n.6, p.354-359, 1986.

13. DEMETRIOU, N., TSAMI-PANDI, A., PARASHIS, S. Compliance with Supportive Periodontal Treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study. J. Periodont., Chicago, v.66, p.145-149, 1995.

14. FARBERON, N.L. Noncompliance as indirect self destructive behavior. In: GERBER, K.E., NEHENKIS, A.M. Compliance: the dilema of the cronically III. Springer Publishing, 1986. p.24.

15. FREIDSON, E., FELDMAN, J.J. Publick looks at dental care. J. Am. dent. Ass., Chicago, v.57, p.325, 1958.

16. GALGUT, P.N. Compliance with maintenance therapy after periodontal treatment. Dent. Hlth, v.30, p.3-7, 1992.

17. GATCHEL, R.J. Effectiveness of two procedures for reducing dental fear: group-administered desensifization and group education and discussion. J. Am. dent. Ass., Chicago, v.101, p.634-637, Oct. 1980.

18. _____. Impact of a videotape dental fear reduction program on people who avoid dental treatment. J. Am. dent. Ass., Chicago, v.112, Feb. 1986.

19. _____. et al. The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. J. Am. dent. Ass., Chicago, v.107, Oct. 1983.

20. GENCO, R.J. Determinação do intervalo dos controles de manutenção. In: _____. Periodontia contemporânea. São Paulo: Santos, 1996. Cap.41, p.488.

21. GLAVIND, L. The result of periodontal treatment in relationship to various background factors. J. clin. Periodont., Copenhagen, v.13, p.789-794, 1986.

22. GLOSSARY of periodontic terms. J. Periodont., Chicago, v.57, p.17, 1986. [Supplement].

23. GOLDMAN, M.J., ROSS, F.I., GOTEINER, D. Effect of periodontal therapy on patients maintened for 15 years or longer: a retrospective study. J. Periodont., Chicago, v.57, p.347-353, 1986.

24. GUNSOLLEY, J.C. et al. Maintenance therapy in young adults with severe generalized periodontitis. J. Periodont., Chicago, v.65, p.274-279, 1994.

25. JOHANSSON, L.A, OSTER, B., HAMP, H.S. Evaluation of cause related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations. J. clin. Periodont., Copenhagen, v.11, p.689, 1984.

26. KEGELES, S.S. Some motives for seeking preventive dental care. J. Am. dent. Ass., Chicago, v.67, p.90, July 1963.

27. KÜHNER, M.K., RAETZKE, P.B. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. J. Periodont., Chicago, v.60, p.51-56, 1989.

28. LINDHE, J. Planejamento da terapia de manutenção. In: _____. Tratado de periodontologia clínica. 2.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. Cap.13, p.241.

29. _____., NYMAN, S. Clinical trials in periodontal therapy. J. Periodont. Res., Copenhagen, v.22, p.217-221, 1987.

30. LINDHE, J., NYMAN, S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. J. clin. Periodont., Copenhagem, v.11, p.504-514, 1984.

31. _____., WESTFELD, E., NYMAN, S. Long-term effect of surgical/non-cirgical treatment of periodontal disease. J. clin. Periodont., Copenhagem, v.11, n.7, p. 448-458, 1984.

32. LISTGARTEN, M.A., SULLIVAN, P., GEORGE, C. Comparative longitudinal study of two methods of scheduling maintenance visits: four years data. J. clin. Periodont., Copenhagen, v.16, n.2, p.105-115, 1989.

33. LÖVDAL, A. et al. Combined effect of subgingival scaling and controlled oral hygiene on the incidence of gingivitis. Acta. odont. scan., Oslo, v.19, n.3-4, p.537-555, Dec. 1961.

34. MACFALL JUNIOR, W.T. Supportive Treatment. In: PROCEEDINGS of the World Workshop in Clinical Periodontics. Chicago: American Academy of Periodontology, 1989. p.1-28 [Section, 9].

35. MCGUIRE, M.K. et al. Evaluation of na oral disease control program administered to a clinic population at a suburban dental school. J. Periodont., Chicago, v.51, p.607, 1980.

36. MEIRA, A.P. et al. Terapia Periodontal de Suporte. Periodontia, Fortaleza, jul/dez. 1996.

37. MELAMED, B.G. et al. Dentist's behavior management as it affects compliance and fear in pediatric patients. J. Am dent Ass., Chicago, v.106, p.324-330, 1983.

38. MENDONZA, A.R., NEWCOMB, G.M., NIXON, K.C. Compliance with supportive periodontal therapy. J. Peiodont., Chicagp, v.62, p.731-736, 1991.

39. NEWMAN, M.G., NEWMAN, S.L. Supportive periodontal therapy after reconstructive periodontal surgery. Dent. Clin. N. Am., Philadelphia, v.35, p.571-586, 1991.

40. NOVAES, A.B. et al. Compliance with supportive periodontal therapy. J. Periodont., Chicago, v.67, p.213-216, 1996a.

41. NOVAES JUNIOR, A.B., LIMA, F.R., NOVAES, A.B. Compliance with supportive periodontal therapy and its relation to the bleeding index. J. Periodont., Chicago, v.67, p.976-980, Oct. 1996b.

42. NYMAN, S., ROSLING, B., LINDHE, J. Effect of professional tooth cleaning on healing after periodontal survery. J. clin. Periodont., Copenhagen, v.1, p.80-86, 1975.

43. RAMFJORD, S.P. Maintenance care and supportive periodontal therapy. Quintessence int., Berlin, v.24, p.465-471, 1993.

44. _____. et al. Longitudinal study of periodontal therapy. J. Periodont., Chicago, v.44, p.66-67, 1973.

45. _____. et al. Oral hygiene and maintenance of periodontal support. J. Periodont., Chicago, v.53, p.26-30, 1982.

46. ROSLING, B., NYMAN, S., LINDHE, J. The effect of systemic plaque control on bone regeneration in infrabony pockets. J. clin. Periodont., Copenhagen, v.3, n.1, p.38-53, 1976.

47. SCALLHORN, R.G., SNIDER, L.E. Periodontal maintenance therapy. J. Am. dent. Ass., Chicago, v.103, p.227-231, 1981.

48. SCHWARTZ D. Medications errors made by elderly, chronically ill patients. Am. J. publ. Hlth, Washington, v.52, p.2018-2029, 1962.

49. STRACK, B., MCCULLOUGH, M., CONINE, T. Compliance with oral hygiene instructions. Dent. Hyg., v.54, p.181-184, 1980.

50. SUOMI, J.D. et al. The effect of controlled oral hygiene procedures on the progression of periodontal disease in adults: results after third and final year. J. Periodont., Chicago, v.42, n.3, p.152-160, Mar. 1971.

51. _____. et al. The effect of controlled oral hygiene procedures on the progression of periodontal disease in adults: results of two years. J. Periodont., Chicago, v.40, n.7, p.416-420, July 1969.

52. WESTFELT, E. et al. Significance of frequency of professional tooth cleaning for hesling following periodontal survey. J. clin. Periodont., Copenhagen, v.10, p.148-156, 1983.

53. WILSON, T., HALE, S., TEMPLE, R. The results of efforts to improve compliance with supportive periodontal treatment in a private practice. J. Periodont., Chicago, v.64, p.311-314, 1993.

54. _____. et al. Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. J. Periodont., Chicago, v.55, n.8, p.468-473, 1984.

55. WILSON JR, T.G. Compliance. A review of the literature with possible applications to periodontics. J. Periodont., Chicago, v.58, n.10, p.706-714, 1987b.

56. _____. Maintaining periodontal treatment. J. Am. dent. Ass., Chicago, v.121, n.4, p.491-494, 1990.

57. _____. Supportive periodontal treatment. Introduction- definition, extent of need, therapeutic objectives, frequency ans efficacy. Periodontology 2000, v.12, p.11-15, 1996a.

58. _____. et al. Tooth loss in maintenance patients in a private periodontal practice. J. Periodont., Chicago, v.58, n.4, p.231-235, 1987a.