

# **AValiação DE CIRURGIÕES-DENTISTAS QUANTO AOS MÉTODOS DE MOTIVAÇÃO ADOTADOS PARA O RETORNO DE PACIENTES AO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO\***

Patrícia Petromilli Nordi Sasso GARCIA\*\*  
Wellington DINELLI\*\*\*  
Leonor de Castro Monteiro LOFFREDO\*\*\*\*

- **RESUMO:** Dada a necessidade de reavaliação periódica dos pacientes para a aplicação de uma Odontologia Preventiva, o estudo teve como objetivo avaliar o perfil de cinco cirurgiões-dentistas para a motivação ao retorno de seus pacientes, bem como a cooperação para o retorno e a periodicidade praticada por estes, tendo sido avaliados 1.358 pacientes. Para a obtenção do perfil profissional, os cirurgiões-dentistas foram entrevistados. A análise da cooperação e periodicidade de retorno constou de um exame das fichas clínicas dos pacientes que freqüentaram os consultórios odontológicos em 1992, e a análise se deu de 1992 a 1994. Pudemos concluir que o perfil de motivação para a prevenção e retorno é bem definido. Os profissionais A e C foram os que apresentaram maiores porcentagens de pacientes com cooperação completa; os pacientes dos profissionais A, B e C apresentaram maior retorno de 7 a 12 meses; e os dos profissionais D e E, de 19 a 36 meses.
- **PALAVRAS-CHAVE:** Higiene bucal, motivação; higiene bucal, manutenção.

---

\* Resumo da Dissertação de Mestrado - Área de Dentística Restauradora - Faculdade de Odontologia - UNESP - 14801-903 - Araraquara - SP.

\*\* Mestre em Dentística Restauradora - Faculdade de Odontologia - UNESP - 14801-903 - Araraquara - SP.

\*\*\* Departamento de Odontologia Restauradora - Faculdade de Odontologia - UNESP - 14801-903 - Araraquara - SP.

\*\*\*\* Departamento de Odontologia Social - Faculdade de Odontologia - UNESP - 14801-903 - Araraquara - SP.

## Introdução

A cárie dental e a doença periodontal são, ainda hoje, duas das enfermidades bucais mais encontradas e, devido a isto, grandes esforços vêm sendo dirigidos com o intuito de permitir a manutenção da saúde bucal da população.

As medidas preventivas – como fluoretação de águas de abastecimento, dentifrícios fluoretados, bochechos e aplicações tópicas de flúor e selamento de fôssulas e fissuras –, associadas a outras, relacionadas com a educação e motivação do paciente, são as chaves que determinam a excelência dos resultados propostos nos programas de prevenção.<sup>9</sup>

Segundo Sandell,<sup>20</sup> a educação para a saúde bucal é um processo que provoca mudanças de comportamento no indivíduo, o que implica um trabalho de conscientização.

A educação estimula os pacientes a aprender, capacitando-os para tomar decisões e fazer escolhas relacionadas à sua saúde bucal. Esta deve ser realizada e enfatizada, tanto no âmbito da saúde pública quanto individualmente, em consultório particular. Quanto a esta opção, uma atitude preventiva de educação e motivação trará benefícios para o paciente, bem como possibilidade de fixação e ampliação da clientela por parte do cirurgião-dentista.<sup>3,4,11,15</sup>

Entretanto, para que ela ocorra, deve-se lançar mão de uma linguagem específica,<sup>8,10,17</sup> utilizando métodos adequados,<sup>5,14,18,19</sup> de forma contínua,<sup>9,12,21</sup> caracterizada pelos retornos periódicos.

Desta forma, o profissional que conseguir motivar seus pacientes para o retorno certamente será bem-sucedido, pois o sistema de retorno reflete um programa clínico-preventivo, representando o ideal de trabalho integral. Mediante esta filosofia, a responsabilidade do profissional deve prosseguir com a manutenção do tratamento realizado e da saúde bucal do paciente, e com o estabelecimento de periodicidade de retorno adequado.<sup>1 2,7,16,23</sup>

Esta atitude educativa será responsável pela importância que o paciente dará à prevenção das doenças bucais e à manutenção dos serviços recebidos, de forma que, na medida em que este reconheça a importância da função de seus dentes, o retorno será uma prova de conscientização, de motivação e cooperação.<sup>6,13,22,23</sup>

Portanto, grande ênfase deve ser dada ao modo de motivação e administração do cirurgião-dentista em seu consultório, para fazer que o paciente retorne. Com efeito, o processo de mudança na Odontologia torna evidente que a prevenção será a chave da prática odontológica, e

nesta etapa, a capacidade educacional, motivacional e gerencial do cirurgião-dentista será condição *sine qua non* para o êxito profissional.

Desta forma, ante as considerações realizadas e com base nos achados da literatura, o presente trabalho tem como proposição:

- 1 avaliar o perfil dos profissionais na motivação para o retorno;
- 2 analisar o nível de cooperação dos pacientes quanto ao retorno;
- 3 verificar a periodicidade de retorno mais praticada pelos pacientes analisados.

## Material e método

No presente trabalho procurou-se avaliar o sistema de retorno de 1.358 pacientes que foram atendidos por cinco cirurgiões-dentistas da cidade de São Carlos.

A seleção dos cirurgiões-dentistas baseou-se em alguns requisitos, como: tempo de exercício profissional, tipo de exercício profissional e nível socioeconômico de seus pacientes. Os profissionais selecionados apresentavam-se com 19 anos de exercício profissional, em média, sendo quatro deles clínicos gerais e um, odontopediatra, cuja clientela pertencia às classes média e média alta. Por razão de sigilo, os profissionais receberam as siglas A, B, C, D e E.

A obtenção dos dados para avaliação do retorno dos pacientes para cada profissional constou de uma análise criteriosa das fichas clínicas de todos os pacientes que compareceram aos consultórios de seus respectivos cirurgiões-dentistas em 1992.

Para isso foi elaborado o Mapa de Retorno mostrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Mapa de Retorno

Identificação do paciente	Nº do prontuário	Sigla do C-D	1ª data avaliada	Retorno	Retorno	Retorno	Retorno

Estabeleceu-se que a primeira data avaliada se referiria à primeira visita para exame do paciente em 1992 (e este poderia ser tanto novo

como antigo) e os retornos expressariam as datas das visitas subsequentes até dezembro de 1994.

Com o Mapa de Retorno elaborado, iniciou-se a análise das fichas clínicas direcionada basicamente na planilha de trabalhos realizados, que continha uma coluna inicial para a colocação da data da realização do trabalho e uma outra maior, onde era descrito o procedimento executado naquele dia.

Para que a primeira data avaliada fosse marcada, na coluna de "Procedimentos Executados" deveriam constar as descrições de exame clínico inicial, de exame clínico de retorno, de reexame ou visita de prevenção, sendo desprezadas as datas dos demais procedimentos referentes a tratamentos curativos. A partir da primeira data de 1992, as demais passaram a ser consideradas retorno, baseando-se no mesmo critério utilizado para a primeira data, com exceção do exame clínico inicial.

Do total de fichas avaliadas de 1992 a 1994, em 36 meses de observações, obtiveram-se dos profissionais A, B, C, D e E, 163, 306, 432, 245 e 212 pacientes, respectivamente.

Com a finalidade de obter todas as informações a respeito do sistema de educação e motivação para o retorno, realizou-se uma entrevista do tipo diretiva, individualmente, que objetivou os seguintes dados:

1. Existe um projeto de prevenção no consultório?
2. Efetua entrevista para saber qual a queixa principal?
3. Aplica questionário semiológico?
4. Quem é o responsável pelo preenchimento do questionário?
5. É exposta ao paciente sua intenção educativa na 1ª consulta?
6. Quais os argumentos utilizados para convencer o paciente da necessidade do tratamento?
7. Qual a duração da 1ª consulta?
8. Em que momento as informações sobre prevenção, importância da manutenção de saúde oral, sobre placa bacteriana, tártaro, cárie e doença periodontal são prestadas?
9. As informações fornecidas são específicas para cada faixa etária?
10. Realiza escovação supervisionada?
11. A evidenciação de placa e a instrução sobre higiene oral têm continuidade?
12. Quais os recursos de motivação (materiais audiovisuais, macromodelos, folhetos explicativos, espelho ou outros) utilizados?
13. Quais os argumentos utilizados no final do tratamento para conscientizar sobre a necessidade de retorno?
14. Quais os métodos utilizados para comunicar ao paciente a época de seu retorno?
15. Qual o sistema utilizado para controlar os retornos?
16. Qual a duração dos tratamentos?
17. Qual a frequência de retorno adotada?

Após a coleta dos dados, utilizou-se estatística descritiva para análise dos resultados.

## Resultado e discussão

No Quadro 2, a seguir, temos o resumo da conduta clínica de motivação para o retorno de cada profissional. Ele foi elaborado com base nas questões respondidas na entrevista.

Quadro 2 – Perfil de motivação para o retorno de pacientes dos profissionais entrevistados

Questões	A	B	C	D	E
1	sim	sim	sim (contrato)	sim	sim
2	sim	sim	sim	sim	sim
3	não impresso	não impresso	impresso	impresso	impresso
4	dentista	dentista	próprio paciente	próprio paciente	próprio paciente
5	sim	sim	sim	sim	sim
6	influência na saúde geral	estética/ função	experiência odontológica	estética/ função	estética/ função
7	40 min.	60 min.	30-40 min.	30-40 min.	40 min.
8	após a 1ª consulta	durante a 1ª consulta	após a 1ª consulta	após a 1ª consulta	após a 1ª consulta
9	sim	sim	sim	sim	sim
10	sim	não	não	sim	sim
11	sim	sim	sim	sim	sim
12	modelo folheto	computador revista educativa	slides folhetos	folhetos macromodelo	espelho
13	tempo/custo estresse	tempo/custo estresse	tempo/custo estresse	controle de trabalho	diagnóstico precoce
14	telefone	carta	telefone/carta	telefone/carta	telefone
15	agenda	computador	agenda	fichário	planilhas
16	1 mês	1 mês	1 mês	1 mês	1 mês
17	6/6 meses	6/6 meses	6/6 ou 1/1 meses	6/6 meses	6/6 meses

Mediante sua análise, podemos notar que os cirurgiões-dentistas adotam condutas de motivação muito semelhantes. Todos apresentam

um programa educativo, sendo este um procedimento correto, segundo Sandell.<sup>20</sup>

A educação inicia-se logo na primeira consulta, com entrevista prévia ao exame clínico. Nos casos dos cirurgiões-dentistas C, D e E, a entrevista é realizada após a aplicação do questionário semiológico impresso, preenchido pelo próprio paciente na sala de espera. Já para A e B, a entrevista é simultânea à aplicação do questionário semiológico, que neste caso é verbal, aplicado pelo próprio profissional. É ainda nesta entrevista que todos expõem aos seus pacientes as suas intenções educativas.

Todos utilizam-se de argumentos para convencer seus pacientes da necessidade de tratamento: o cirurgião-dentista A baseia-se na influência da saúde bucal sobre a saúde geral; B, D e E baseiam-se na importância da estética e função; e C, nas experiências odontológicas passadas.

O tempo despendido para esta consulta inicial é de 42 minutos, em média.

Apenas o cirurgião-dentista B inicia suas informações sobre prevenção e manutenção na 1ª consulta, sendo esta conduta inicial mais adequada, pois é nesta consulta que se gera um interesse no paciente para que ele persista no tratamento com aquele profissional.

A linguagem específica para cada faixa etária e nível socioeconômico é utilizada por todos, de acordo com Hausmann & Hausmann,<sup>8</sup> Martin & Mualdin<sup>10</sup> e Rayner.<sup>17</sup>

A escovação supervisionada é executada apenas pelos cirurgiões-dentistas A, D e E. Entretanto, a evidenciação de placa e a instrução da higiene oral são realizadas por todos, de forma contínua.

Quanto aos métodos de motivação, além da orientação direta associada ao espelho de mão – utilizada por todos –, o profissional A usa também modelos e folhetos explicativos; B, computador e revista educativa; C, *slides* e folhetos explicativos; e D, macromodelos, cartazes e folhetos. Ou seja, com exceção de E, todos associam a orientação direta a outros recursos, procedimento este defendido por Corona & Garcia,<sup>5</sup> Milori et al.<sup>14</sup> e Saba-Chujfi et al.<sup>18,19</sup>

Todos promovem educação e motivação de forma contínua.<sup>9,12,16,21</sup> Utilizam como argumentos para o retorno a diferença de tempo e de custo, a diminuição do estresse, pois o paciente sofre menos, a importância do controle dos trabalhos realizados e o diagnóstico precoce. Como lembrete de retorno, os cirurgiões-dentistas C e D fazem uso de carta e telefonema; A e E, apenas telefonema; e B, apenas carta.

A época de retorno do paciente é controlada por meio de um sistema de agenda específica e, no caso do profissional B, por um programa de computador.

A duração dos tratamentos é de 1 mês e a periodicidade firmada é de 6 meses.

Como se pôde observar, o sistema de motivação para o retorno dos profissionais analisados é perfeitamente definido, sendo esta uma conduta adequada, pois o retorno periódico é importante no diagnóstico precoce e na manutenção da saúde bucal.<sup>3,4,9,11,15</sup>

Entretanto, de nada adianta aplicarem-se os métodos de motivação aleatoriamente. Todo profissional deve controlar a efetividade do seu sistema de retorno. Este pode ser efetuado pela análise do número de retornos para cada paciente. Neste caso, a variação do número de retornos, de zero a oito vezes ou mais, de acordo com o número de pacientes por profissional, pode ser vista na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição percentual do número de retornos, de acordo com o número de pacientes de cada profissional

Nº de retornos	Profissional				
	A	B	C	D	E
0	15,9	16,9	30,8	33,9	30,2
1	14,7	23,8	14,3	25,3	31,1
2	21,5	25,4	13,6	14,7	22,2
3	20,9	16,4	14,6	8,2	10,8
4	15,9	13,4	8,1	9,8	3,8
5	9,8	3,6	6,0	5,3	1,4
6	1,2	0	3,7	1,2	0
7	0	0,3	1,6	0,8	0,5
8 ou mais	0	0	7,2	0,8	0
Total	99,9	99,8	99,9	100	100

Considerando os pacientes que não retornaram, ou seja, retorno igual a zero, pode-se verificar que os profissionais C, D e E encontram-se com os maiores índices, sendo semelhantes, próximos a 32%. Já os profissionais A e B apresentaram aproximadamente 16% de não-retorno, sendo altos os índices de retorno até o número 4.

Chama a atenção, entretanto, o fato de o profissional C, a par de ter apresentado alto índice de não-retorno, manter 7,2% de seus pacientes

com oito retornos ou mais. Isto pode ser explicado pelo fato de este profissional, além de utilizar-se de um sistema de retorno semestral semelhante aos outros entrevistados, apresentar também um Plano de Prevenção e Manutenção no qual o paciente deve retornar mensalmente para a realização de consulta de controle e de prevenção.

Por meio desses dados, podemos observar também a cooperação do paciente com o retorno. O retorno, por meio do percentual de indivíduos com cooperação completa, irregular e ausente, pode ser visto na Figura 1.

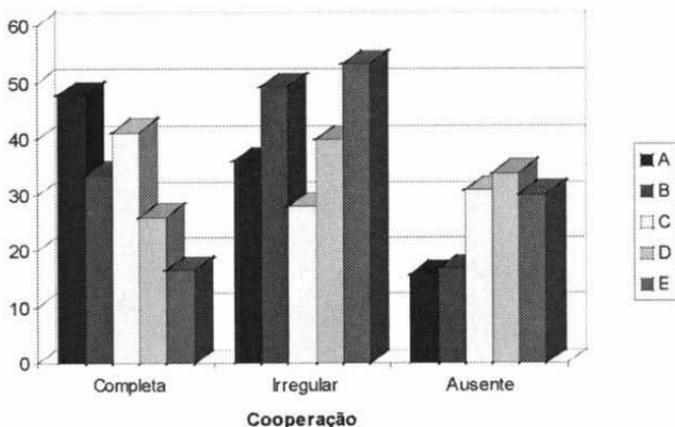


FIGURA 1 – Cooperação do paciente com o retorno.

Partindo do princípio de que o tratamento dos pacientes tinha duração máxima de um mês e estes eram chamados por todos os profissionais de 6 em 6 meses, se tivessem seguido criteriosamente seus retornos teríamos que, se a primeira data avaliada tivesse ocorrido no primeiro semestre de 1992, os pacientes deveriam apresentar durante o período estudado, no mínimo, quatro retornos. E, se a primeira data tivesse ocorrido no segundo semestre de 1992, estes deveriam ter, no mínimo, três retornos.

De acordo com essas considerações, classificamos o comportamento de retorno dos pacientes em: cooperação completa, para os que retornaram três vezes ou mais; irregular, para os que retornaram de uma a duas vezes; e ausente, para o retorno igual a zero.

Por meio da Figura 1, pode-se observar que o profissional A foi o que apresentou os maiores índices de cooperação completa (47,8%).

Com relação à cooperação irregular, nota-se que o profissional E (53,3%) foi o que apresentou maiores porcentagens, seguido por B (49,2%) e por D (40%). Com relação à cooperação ausente, verifica-se que os profissionais C (30,8%), D (33,9%) e E (30,2%) apresentaram valores próximos e maiores que os obtidos por A (15,9%) e por B (16,9%).

Desta forma, podemos notar que o profissional A foi o que apresentou maior porcentagem de cooperação completa e menor de cooperação ausente. Analisando a cooperação de uma forma geral, pela média de valores, observamos 33,1% dos pacientes com cooperação completa; 41,3%, irregular; e 25,5%, ausente.

Observando apenas o índice de cooperação completa, desejável, e o de cooperação ausente, indesejável, temos que nossos valores de cooperação completa foram superiores aos de Wilson Jr. et al.<sup>23</sup> e Eddie,<sup>6</sup> e próximos aos de Mendoza et al.<sup>13</sup> e Wilson Jr. et al.<sup>22</sup> Já para a cooperação ausente, nossos valores foram superiores aos de Wilson Jr. et al.,<sup>22</sup> próximos aos de Eddie<sup>6</sup> e inferiores aos de Wilson Jr. et al.<sup>23</sup>

De uma forma geral, a cooperação dos profissionais analisados foi superior aos resultados da literatura. Acreditamos, porém, que faz-se necessário maior enfoque e conscientização para que a cooperação completa chegue a resultados mais satisfatórios.

Além de avaliar a cooperação do paciente, devemos verificar a periodicidade com que estes retornam. A periodicidade de retorno, em meses, dos pacientes para cada profissional pode ser vista na Figura 2.

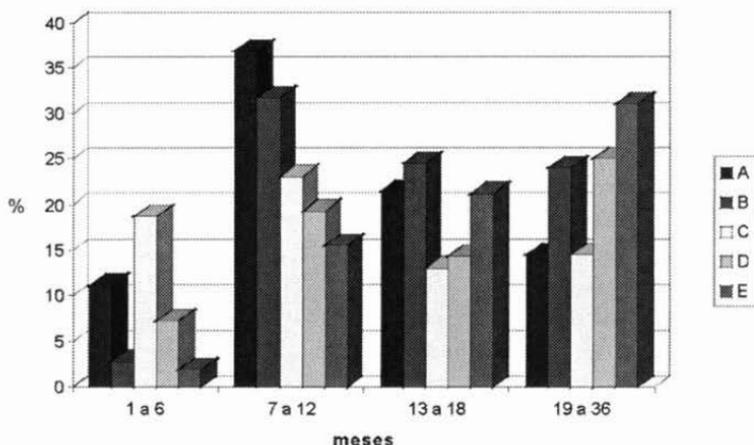


FIGURA 2 – Periodicidade de retorno.

A periodicidade de 1 a 6 meses foi mais bem apresentada pelo profissional C (18,7%), seguido por A (11,1%). A periodicidade de 7 a 12 meses encontrou a maior representação no profissional A (36,8%), seguida por B (31,7%). Aumentando-se o período de retorno para 13 a 18 meses, pode-se observar que o profissional B (24,5%) teve as maiores porcentagens, seguido muito próximo por A (21,5%) e E (21,2%). Finalmente, a maior periodicidade, de 19 a 36 meses, encontrou maiores porcentagens no profissional E (31,1%), seguido por D (25,1%) e B (24%).

Observamos que os profissionais A, B e C apresentaram maiores porcentagens de pacientes retornando de 7 a 12 meses. Entretanto, o retorno recomendado (1 a 6 meses) variou apresentando 11,1%, 2,9% e 18,7%, respectivamente.

Por outro lado, os cirurgiões-dentistas D e E apresentaram maior número de pacientes retornando de 19 a 36 meses, ou seja, num intervalo muito grande e não recomendado. A periodicidade proposta (1 a 6 meses) apresentou os menores resultados, 7,3% e 1,9%, respectivamente.

Ao observarmos a literatura, a maioria dos autores – como Abramovicz et al.,<sup>1</sup> Azevedo et al.,<sup>2</sup> Guimarães et al.<sup>7</sup> e Wood et al.<sup>24</sup> – encontrou que a periodicidade mais praticada é a de 12 meses.

Em nosso estudo pudemos observar que a frequência de retorno recomendada foi desenvolvida em pequena quantidade. Embora os profissionais utilizem estratégias para o retorno semestral, a maioria não o faz imediatamente, sugerindo a necessidade de alteração dessas estratégias.

## Conclusão

Pela metodologia aplicada, podemos concluir que:

- quanto ao perfil profissional, todos apresentaram programa de educação e prevenção, por meio de linguagem específica, de maneira contínua e orientação direta. O sistema de retorno é controlado por meio de agendas específicas e a periodicidade de retorno recomendada é de 6 em 6 meses;
- os profissionais A e C apresentaram maiores porcentagens de pacientes com cooperação completa e os profissionais B, D e E, maiores porcentagens com cooperação irregular;
- com relação à periodicidade de retorno, os profissionais A, B e C apresentaram maiores porcentagens de pacientes retornando de 7 a 12 meses, ao passo que os de D e E, de 19 a 36 meses.

## Agradecimento

Ao CNPq, pelo apoio à pesquisa.

GARCIA, P. P. N. S., DINELLI, W., LOFFREDO, L. de C. M. Motivation of the patient: evaluation of dental-surgeon as for the methods used for the return of the patient to the dental clinic. *Rev. Odontol. UNESP (São Paulo)*, v.27, n.1, p.11-23, 1998.

- **ABSTRACT:** *The profile of motivation for the return of five professionals, the level of cooperation for the return of 1.358 patients of private clinics and the period used by these patients from 1992 to 1994 has been evaluated. For the obtainment of the professional profile the dentist has been interviewed individually. For the analysis of the level of cooperation and periodical return, the obtainment of data consisted of a sensible examination of the clinical files of all the patients that attended the dental clinic in 1992. The results obtained allowed us to conclude that the profile of motivation for prevention and return is well-defined. The professionals A and C presented the highest percentage of patients with complete cooperation and the patients of A, B and C presented a higher return of seven to 12 months and of D and E of 19 to 36 months.*
- **KEYWORDS:** *Oral hygiene, motivation; oral hygiene, maintenance.*

## Referências bibliográficas

- 1 ABRAMOWICZ, M. et al. Intervalo de tempo da última consulta odontológica: II – Estudo comparativo entre as alunas da Faculdade de Odontologia e Escola de Enfermagem da USP. *Rev. Fac. Odontol. Univ. São Paulo*, v.12, p.261-6, 1974.
- 2 AZEVEDO, A. L., GUIMARÃES, L. O. C., MOREIRA, B. W. Intervalo de tempo da última consulta odontológica: III – Estudo comparativo em alunos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. *Rev. Bras. Odontol.*, v.2, p.22-5, 1981.
- 3 BERVIQUE, J. A., MEDEIROS, E. P. G. *Paciente educado, cliente assegurado: uma proposta odontológica de educação do paciente.* Bauru: Ed. Santos, 1983. 150p.
- 4 BOSTANCI, H. S., ARPAK, M. N. Long-term evaluation of surgical periodontal treatment with and without maintenance care. *J. Nihon Univ. Sch. Dent.*, v.33, p.152-9, 1991.

- 5 CORONA, S. A. M., GARCIA, P. P. N. S. Avaliação de métodos educativos preventivos relativos à cárie e doença periodontal. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS, 12, Águas de São Pedro, 1995. *Anais...* Águas de São Pedro, 1995. p.112.
- 6 EDDIE, S. Frequency of attendance in the General Dental Service in Scotland. *Br. Dent. J.*, v.157, p.267-70, 1984.
- 7 GUIMARÃES, L. O. C., ABRAMOWICZ, M., ESTEVES, R. C. Intervalo de tempo da última consulta odontológica, observado em alunos de Odontologia. *Rev. Fac. Odontol. Univ. São Paulo*, v.11, p.341-54, 1973.
- 8 HAUSMANN, E., HAUSMANN, B. Motivation-key to patient success in mechanical plaque control. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.92, p.403-8, 1976.
- 9 HOROWITZ, A. M. Effective oral health education and promotion programs to prevent dental caries. *Int. Dent. J.*, v.33, p.171-81, 1983.
- 10 MARTIN, B. J., MUALDIN, B. B. The role of dental hygienist in patient motivation. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.106, p.613-5, 1983.
- 11 MEDEIROS, E. P. G. *Ganhar e não perder clientes: o sucesso da conduta na prática odontológica*. Bauru: Ed. Santos, 1979. 281p.
- 12 MEDEIROS, U. V., CARVALHO, J. C. C. Estudo sobre as condições da saúde bucal da população. Programa comunitário de atenção periodontal. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.44, p.165-70, 1990.
- 13 MENDOZA, A. R., NEWCOMB, G. M., NIXON, K. C. Compliance with supportive periodontal therapy. *J. Periodontol.*, v.62, p.731-6, 1991.
- 14 MILORI, S. A. et al. Respostas de um programa preventivo de placa dentária bacteriana. *Rev. Odontol. UNESP*, v.23, p.325-31, 1994.
- 15 OPPERMANN, R. V. Periodontia & prevenção. *J. ABOPREV (Piracicaba)*, v.6, p.2-3, jan.-mar. 1995.
- 16 PADOVANI, M. C., SABA-CHUJFI, E. Manutenção e controle no tratamento periodontal. Conceito e filosofia atual de manutenção e controle no tratamento periodontal. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.45, p.429-32, 1991.
- 17 RAYNER, J. A. A dental health education program, including home visits, for nursery school children. *Br. Dent. J.*, v.172, p.57-62, 1992.
- 18 SABA-CHUJFI, E. et al. Motivação-higiene bucal. Avaliação de diferentes métodos de motivação à higiene bucal aplicados em crianças de 7 a 12 anos de idade. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.43, p.13-5, 1989.
- 19 \_\_\_\_\_. Avaliação de métodos de motivação/educação em higiene bucal aplicados em adolescentes de 12 a 16 anos de idade. *RGO*, v.40, p.87-90, 1992.
- 20 SANDELL, P. Health education activities in community dental programs. *J. Dent. Child.*, v.26, p.224-28, 1959.
- 21 TOMITA, N. E. et al. Educação em saúde bucal para adolescentes. Uma avaliação psicopedagógica. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASI-

LEIRA DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS, 12, Águas de São Pedro, 1995. *Anais...* Águas de São Pedro, 1995. p.128.

- 22 WILSON JÚNIOR, T. G., HALE, S., TEMPLE, R. The results of efforts to improve compliance with supportive periodontal treatment in a private practice. *J. Periodontol.*, v.64, p.311-4, 1993.
- 23 WILSON JÚNIOR, T. G. et al. Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. *J. Periodontol.*, v.55, p.468-73, 1984.
- 24 WOOD, W. R., GRECO, G. W., McFALL JUNIOR, W. T. Tooth loss in patients with moderate periodontitis after treatment and long-term maintenance care. *J. Periodontol.*, v.60, p.516-20, 1989.