

A motivação de pacientes portadores de doença periodontal crônica sob manutenção periodontal: um estudo quantitativo

Cláudia Maria Rossi DUTRA^a, Efigênia Ferreira e FERREIRA^b

^aMestre em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, UNINCOR
30380-490 Belo Horizonte- MG

^bDepartamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, UFMG
31270-901 Belo Horizonte- MG

Dutra CMR, Ferreira EF. The motivation for the patients who have chronic periodontal disease in a periodontal maintenance: a quantitative analysis. Rev Odontol UNESP. 2005; 34 (1): 5-10.

Resumo: O objetivo deste estudo foi 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. A amostra foi constituída de 50 pacientes que receberam tratamento periodontal e estiveram em tratamento no projeto de Terapia Periodontal de Suporte da FOUFG, 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. O programa individual trabalhou com entrevistas estruturadas, pré-testadas num piloto, para levantar as dúvidas dos pacientes, e estas dúvidas foram trabalhadas por meio de material educativo (folders e cartilha). As sessões de educação em saúde ocorreram em intervalos mensais, durante 4 meses, quando foram, paralelamente, coletados o IHO-s e a PSSS de cada paciente. Na última sessão foi realizada outra entrevista para avaliar a apreensão do conteúdo trabalhado, o desenvolvimento do autocuidado e as mudanças comportamentais relatadas. O programa coletivo trabalhou através de grupos focais com um roteiro não estruturado, mas seguindo os mesmos conteúdos aplicados no individual, com os mesmos intervalos de tempo. A avaliação foi feita no último grupo focal, com os mesmos parâmetros utilizados no trabalho individual. Na análise dos resultados, utilizou-se o teste do χ^2 , evidenciando a homogeneidade dos grupos quanto a idade, gênero e classe econômica. Para avaliar os IHO-s e PSSS, foram computadas as variações médias das medidas de cada paciente no tempo de duração dos programas. Os dados foram agrupados e posteriormente, submetidos ao teste *T-student* para verificar a significância dos resultados. 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.

Palavras-chave: Educação em saúde; motivação; periodontia; terapia periodontal de suporte.

Abstract: The aim of this study was evaluate the capacity of two Oral Health Education Projects, an individual and another collective (foccus group), to motivate self care practices and behavior modifications, in periodontal maintenance patients'. Those programs were developed with 50 patients that received periodontal treatment and stayed in the Supportive Periodontal Therapy of FOUFG, in 1999. It was used the IHO-s (Oral Hygiene Index-simplified) and the PSSS (Percentage of Bleeding on Site's Probing) as measures to be analyzed. The individual program works with structured interviews, pre-test on a pilot, to raise the doubts of the patients' and those doubts were worked through educative materials (folders and manual). Those health education sessions occurred with monthly interval for a four months period, when were, simultaneously, collected the IHO-s and PSSS from each patient. At the last session, was realized another interview to evaluate the assimilation of the worked contents, self care development and behavior changes.

The collective program worked through foccus groups with a unstructured script, but following the same content of the individual program, with the same time intervals, been the last of the foccus groups realized to evaluate the same parameters utilized to the individual work. In the analysis of the results the χ^2 test was used to show the homogeneity of the groups concerning age, gender and economic class. To evaluate the IHO-s and PSSS were computed the media variations of the measures of each patients along the duration time of the program and those were to grouped, subsequently, for initial classification, and subjected to T-student test to check the significance of the results. It was observed in the analyzes of the data relative to the PSSS and IHO-s results, that the reductions were more homogeneous, bigger and statistically more significant ($p < 0.0005$) in the patients submitted to the collective program than those submitted to the individual program.

Keywords: *Health education; motivation; periodontology; support periodontal therapy.*

Introdução

A quantificação da doença periodontal em uma população é um indicador de saúde que vem sendo muito estudado por diversos pesquisadores em levantamentos epidemiológicos. Apesar de a doença periodontal ser relatada desde o século XIX, o desenvolvimento de maneiras para quantificá-la, por meio de índices, só aparece de forma significativa na literatura durante a década de cinqüenta¹.

O termo doença periodontal é amplo, podendo se referir a qualquer tipo de periodontopatia. A Academia Americana de Periodontia (AAP), de 1999, classifica as doenças periodontais em dois grandes grupos, gengivites e periodontites. As gengivites podem ou não ser associadas à presença de placa bacteriana. As periodontites se subdividem em crônicas, agressivas, associadas a doenças sistêmicas, necrosantes, abscessos periodontais, associadas a lesões endodônticas e deformidades ou condições adquiridas ou de desenvolvimento².

O acúmulo de patógenos periodontais na área do sulco adjacente à margem gengival provoca inflamação no tecido conjuntivo e, em presença de placa bacteriana, ocorrem as alterações inflamatórias denominadas gengivites. De acordo com a seqüência de eventos histopatológicos que se sucedem a esse acúmulo de placa bacteriana na margem gengival, as gengivites podem ser classificadas em lesão inicial, lesão precoce e lesão estabelecida. Quando o processo inflamatório se estende às estruturas de suporte, tem-se a periodontite instalada, que pode ou não progredir para formas mais graves^{5,6,14}.

A placa bacteriana é, pois, um dos fatores determinantes dessas patologias. A redução de seu acúmulo sobre as estruturas dentais e, conseqüentemente, a prevenção de seu efeito sobre o periodonto é uma das grandes dificuldades a serem enfrentadas na Odontologia. Uma das estratégias utilizadas se constitui de um sistema de controle periódico de pacientes pós-tratamento periodontal, denominada Manutenção Preventiva ou Terapia Periodontal de Suporte^{6,11,20}.

Como o sangramento gengival é um dos mais significativos sinais de má higienização, dentre outros autores, Kühner, Raetzke¹⁰ utilizaram a Porcentagem de Sangramento à Sondagem por Sítios (PSSS) para avaliar as condições gengivais

e conferir quantitativamente o impacto de uma metodologia de educação em saúde de pacientes da Universidade de Frankfurt. Foram abordados por essa metodologia temas como: motivação, susceptibilidade, severidade, barreiras, benefícios, relacionamento dentista-paciente, experiência anterior com o tratamento, experiência anterior com o órgão afetado. Após 41 dias, os pacientes foram reavaliados através da PSSS. No primeiro exame, a média de sangramento foi de 71,3% e, no segundo, foi reduzida para 36,8%.

Little et al.¹², estudando os efeitos motivacionais de metodologias grupais com pacientes idosos portadores de doenças periodontais, desenvolveram um estudo experimental em que um grupo controle submeteu-se ao tratamento de manutenção periodontal convencional enquanto o grupo experimental passou por cinco sessões semanais de educação em saúde com reforços sobre auto-exame e autodiagnóstico de pontos sangrantes, além de participar de sessões denominadas grupo de apoio. Assim, além das atividades tradicionalmente utilizadas para a manutenção tradicional, os pacientes discutiam sobre seus hábitos e dúvidas e, mensalmente, mandavam um calendário com observações sobre seu auto-exame. Após quatro meses, todos os indivíduos foram avaliados quanto a retenção de placa, sangramento gengival e profundidade das bolsas, concluindo-se que os resultados do grupo experimental foram significativamente melhores do que os do grupo controle (manutenção tradicional).

O sangramento à sondagem é também um dos sinais mais comumente usados para avaliar a inflamação nos tecidos gengivais, auxiliando a observação do desenvolvimento de práticas para o autocuidado^{1,5}.

A associação que existe entre higiene bucal e doenças gengival e periodontal faz da higiene precária um dos seus fatores de risco em potencial. Assim, um indicador dessa condição de higienização, que auxilia na avaliação de programas de educação em saúde, é o Índice de Higiene Oral Simplificado-IHO-s⁵.

A preocupação com as condições de higiene se justifica em função da prevalência da doença periodontal. Lindhe¹¹ afirmou que 25% a 50% dos indivíduos europeus acima de

64 anos que possuem dentes têm doença periodontal. O autor observou ainda, baseado em pesquisas epidemiológicas, que de todos os indivíduos com um ou mais dentes ou sextantes afetados, mais de 50% parecem ter a doença periodontal avançada limitada a poucas áreas.

No Brasil, também foi demonstrada a alta prevalência da doença periodontal mas, apesar desta constatação, apenas pequena parcela da população recebe tratamento^{18,19}. No mais recente levantamento epidemiológico realizado no Brasil, observou-se que 78% da população adulta (35 a 44 anos) e 92% da população idosa (65 a 74 anos) apresentaram algum tipo de problema periodontal⁴.

Em programas de controle da doença periodontal, deve-se estar atento à questão da motivação, posto que ela é como uma mola propulsora de toda a dinâmica dessa técnica de ação. A psicologia define-a como fator que induz uma pessoa a praticar determinado ato. Clinicamente significa obter a cooperação do paciente para ajudá-lo a seguir no caminho da promoção da saúde e, em consequência, conseguir a alteração do seu comportamento⁷.

Na prevenção da doença periodontal, a motivação é a chave do sucesso. É importante separar o que é motivar e o que é dar instruções sobre higiene bucal. Motivação é o trabalho base para a instrução e esta deve incluir informações sobre a patogênese da doença periodontal, sua etiologia e consequências, assim como os princípios básicos para sua prevenção⁵.

É importante lembrar que as pessoas têm o direito e o dever de participar individual ou coletivamente no planejamento e implementação de seu tratamento de saúde. Portanto, programas educativos e preventivos devem ser cuidadosamente planejados e adaptados às características e necessidades dos pacientes neles envolvidos promovendo a sua motivação¹³.

O presente trabalho avaliou, por meio de uma análise quantitativa, os resultados de dois Projetos de Educação em Saúde Bucal, um individual e outro coletivo (grupos focais), quanto a motivação de práticas de autocuidado e modificações de comportamento de pacientes em manutenção periodontal.

Material e método

Este estudo avaliou 50 pacientes do Projeto de Terapia Periodontal de Suporte (PTPS) da FOUFGM atendidos em 1999 e recebeu aprovação, sob parecer n.º. 100/99, do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG-COEP. Esses pacientes foram divididos em dois grupos: G1 (28 pacientes), formado pelos primeiros pacientes que ingressaram no PTPS, e G2 (22 pacientes), formado pelos pacientes que foram chamados para o segundo atendimento. Para o primeiro grupo (G1), foi desenvolvida uma metodologia educativa individual na sala de clínica e para, o segundo grupo (G2), foi desenvolvida

uma metodologia coletiva, pela realização de grupos focais¹⁶, em uma sala de aula da FOUFGM.

Um esquema da metodologia encontra-se na Figura 1.

A metodologia individual trabalhou com duas entrevistas estruturadas (inicial e final). Esse instrumento apresenta um roteiro de questões predefinido, que permite ao entrevistador manter a lógica do tema que pretende explorar. Para ajuste desse instrumento, o roteiro de questões foi pretestado em um estudo piloto⁹. A entrevista inicial se propôs levantar as dúvidas dos pacientes e essas dúvidas, posteriormente, foram trabalhadas, em sessões educativas, com intervalos de 30 dias por 4 meses consecutivos. Como material educativo auxiliar, foram utilizados três folders criados para o trabalho e uma cartilha desenvolvida pelo PTPS. Na última sessão, foi realizada a entrevista final, avaliando a apreensão do conteúdo trabalhado, o desenvolvimento do autocuidado e as mudanças comportamentais relatadas^{3,17}.

A metodologia coletiva empregou grupos focais (dois grupos de 11 pacientes) com um roteiro não estruturado, seguindo os mesmos conteúdos e objetivos das entrevistas individuais e com os mesmos intervalos de tempo. As sessões foram gravadas (para posterior transcrição) e a pesquisadora complementou as informações obtidas com anotações do diário de campo. Na última sessão de grupo, avaliou-se também a apreensão do conteúdo trabalhado, o desenvolvimento do autocuidado e as mudanças comportamentais relatadas^{3,17}.

Para a avaliação quantitativa, foram utilizados o IHO-s (Índice de Higiene Oral- simplificado)⁸, para a medida da capacidade de autocuidado e higiene bucal e a PSSS (Porcentagem de Sangramento à Sondagem por Sítios), como critério de estado de saúde-doença^{5,6,10}.

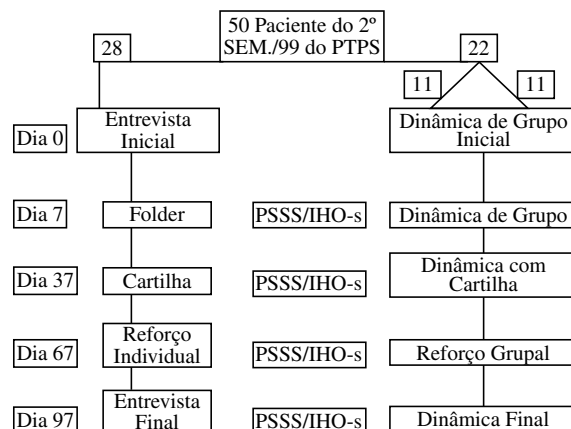


Figura 1. Esquema da metodologia desenvolvida nos Projetos de Educação em Saúde Bucal Individual e Coletivo; PTPS/UFMG, 1999.

A coleta dos índices foi realizada por um único pesquisador após a calibração intra-examinador. A concordância foi medida pelo teste *Kappa*¹⁵, resultando em 89% de concordância (boa) para a PSSS e 100% para o IHO-s (ótima).

Para a análise dos dados, primeiramente, avaliou-se a homogeneidade dos grupos da metodologia individual (G1) e da coletiva (G2) quanto a gênero, idade e classe econômica, pelo teste do Qui-Quadrado (χ^2). A classificação econômica utilizada baseou-se em critérios adotados pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa – ABIPEME¹⁶.

Para avaliar os dados de PSSS, os participantes foram divididos de acordo com o percentual de pontos sangrantes do início do estudo (linha base) e agrupados em três faixas: F1 (0%–40% de sítios sangrantes), F2 (de 41%–60%) e F3 (61% ou mais). Inicialmente foi avaliada a variação de cada paciente. Em seguida, estes foram agrupados a partir dos marcos iniciais (F1, F2, F3) para análise da variação média da PSSS, obtendo-se o perfil de variação dos pacientes dos G1 e G2. Para avaliar a significância das reduções em cada faixa e em cada grupo, utilizou-se o teste *T-student*. Para a análise do IHO-s, foi adotada a mesma linha base em três faixas (F1, F2 e F3), com os mesmos intervalos de percentual, perseguindo-se o mesmo processo para variação da quantidade de placa observada, incluindo a avaliação da significância (teste *T-student*).

Resultado e discussão

Observou-se, pelo teste χ^2 , que os grupos apresentaram características semelhantes quanto à composição por gênero, idade e condições econômicas (ABIPEME)¹⁵.

Em relação ao gênero, o G1 era composto de 16 mulheres (57,14%) e 12 homens (42,86%); o G2 de 11 mulheres (50%) e 11 homens (50%). A faixa etária nos grupos variou de 25 a 34 anos, 35 a 44 e pacientes com mais de 45 anos, com percentuais de 14,28%, 28,57% e 57,14% para o G1 e 13,63%, 31,81% e 54,54% para o G2 respectivamente. Em relação à classificação econômica, 50% dos pacientes, tanto do G1 quanto do G2, encontraram-se na classe C (média baixa).

Quanto à variação da presença de pontos sangrantes, verificou-se que, para os pacientes do G1, na faixa F1 (0% a 40%), houve uma redução média de 30% de sítios sangrantes do primeiro momento de sondagem para o segundo, a qual praticamente se manteve ao fim do estudo (39% de redução média). No G2, na mesma faixa (F1), observou-se uma redução média inicial de 15%, alcançando 65% ao final do estudo.

Comparando os dois grupos, G1 e G2, na faixa F2 (41%–60%), constatou-se, ao final do estudo, uma redução média da PSSS maior no G2 (68%), além de um padrão mais uniforme de decréscimo do sangramento à sondagem nesse grupo.

Por fim, entre os pacientes que iniciaram na F3 (acima de 61%), os pertencentes ao G1 obtiveram uma redução média inicial de 27% da PSSS, que evoluiu para 42% de redução média ao final do estudo. Os pacientes do G2 tiveram uma redução média crescente durante o programa, que iniciou em 19% da PSSS, evoluindo gradativamente até 58% da PSSS ao final do estudo.

Esses dados foram agrupados na Tabela 1 para melhor comparação.

Observou-se um melhor desempenho dos pacientes do G2 (participantes da metodologia coletiva) em relação à diminuição da porcentagem média de sítios sangrantes à sondagem quando comparados aos pacientes do G1 (participantes da metodologia individual). A significância desse melhor desempenho está demonstrada nos dados encontrados na Tabela 1, onde podem ser vistos os resultados do teste t para as reduções das médias, da segunda para a quarta medida (período de desenvolvimento das metodologias educativas).

Little et al.¹², estudando pacientes idosos, utilizaram a porcentagem de sítios sangrantes, entre outros parâmetros clínicos, e constataram uma redução média de 42% do sangramento à sondagem nos pacientes que participaram de dinâmicas coletivas, em contrapartida a uma redução média de 20% dos sítios sangrantes nos pacientes do grupo controle após 4 meses.

Kuhner, Raetzke¹⁰ também utilizaram a PSSS em seu estudo e encontraram, após 41 dias de programa de educação em saúde bucal, uma redução média de 34,5% dos sítios sangrantes. Esse resultado encontrado pelos autores assemelha-se ao do presente estudo nos pacientes do G1 (metodologia individual) após 30 dias.

Analisando os resultados relativos ao IHO-s, observou-se que, nos pacientes do G1-F1 (0% a 40%), houve uma redução média do IHO-s de 35% até o fim do experimento, enquanto nos pacientes do G2-F1, essa redução alcançou 75% ao fim do estudo, como apresentado na Tabela 2.

Entre os pacientes que iniciaram na F2 (41% a 60%) do G1, observaram-se dois perfis de comportamento quanto à redução média dos IHO-s. Em um, houve uma redução média inicial de 37%, que diminuiu para uma média de 25% ao fim do estudo. Em outro, houve uma redução média que alcançou 55% ao fim do estudo. Paralelamente, no G2, observou-se uma redução média do IHO-s que alcançou 66% ao fim do programa, portanto maior que nos dois perfis de redução média de IHO-s do G1.

Na análise dos dados da F3 (acima de 61%), observaram-se, novamente, dois perfis de redução média de IHO-s, no G1. Em um, houve uma redução média que chegou a 74% e, no outro, houve uma redução média que se manteve, a partir do segundo momento de medida até o final do estudo, em torno de 52%. Paralelamente, no G2, observou-se uma redução média do IHO-s que alcançou 74% ao fim do programa.

Tabela 1. Distribuição das reduções das PSSS em relação aos intervalos de tempo

Intervalo de tempo	Média de redução por faixas iniciais, em percentual					
	F1		F2		F3	
	0% a 40% de PSSS		41% a 60% de PSSS		> 61% de PSSS	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
	n = 9	n = 6	n = 10	n = 10	n = 9	n = 6
1 ^a - 2 ^a	- 30	- 15	- 20	- 24	- 27	- 19
2 ^a - 3 ^a	- 12	- 33	- 19	- 38	- 16	- 19
3 ^a - 4 ^a	- 1	- 38	- 11	- 32	- 5	- 36
Global	- 39	- 65	- 42	- 68	- 42	- 58
2 ^a - 4 ^a	- 13	- 58	- 28	- 58	- 20	- 48
Teste t	- 1,40	- 3,97	- 3,67	9,02	- 2,05	- 7,84
valor de p da 2 ^a - 4 ^a	0,20	0,01	0,0052	0,00	0,08	0,0005

Tabela 2. Distribuição das reduções dos IHO-s em relação aos intervalos de tempo

Intervalo de tempo	Média de redução por faixas iniciais, em percentual							
	F1		F2			F3		
	0% a 40% de IHO-s		41% a 60% de IHO-s			> 61% de IHO-s		
	G1	G2	G1a	G1b	G2	G1a	G1b	G2
	n = 4	n = 2	n = 6	n = 6	n = 8	n = 3	n = 4	n = 11
1 ^a - 2 ^a	- 25	- 58	- 37	- 28	- 26	- 43	- 48	- 28
2 ^a - 3 ^a	- 8	- 20	0	- 14	- 20	- 38	- 7	- 34
3 ^a - 4 ^a	- 6	- 25	17	- 27	- 43	- 27	0	- 44
Global	- 35	- 75	- 25	- 55	- 66	- 74	- 52	- 74
2 ^a - 4 ^a	- 13	- 40	17	- 37	- 54	- 54	- 7	- 63
Teste t	- 1,13	- 1,11	1,89	- 3,29	- 7,76	- 2,98	- 0,77	- 8,66
valor de p da 2 ^a - 4 ^a	0,34	0,006	0,13	0,02	0,00	0,096	0,43	0,00

Foi observada uma maior uniformidade nas reduções médias dos IHO-s dos pacientes do G2 (metodologia coletiva) em relação aos pacientes do G1, no qual houve uma variação de perfis de comportamento para pacientes submetidos à mesma metodologia (individual).

Segundo Page¹⁴, Lindhe¹¹, Carranza, Newman⁶, entre outros, o IHO-s⁸ é um índice mais subjetivo que o sangramento gengival, o que talvez justifique as variações de comportamento dos pacientes submetidos a uma mesma metodologia, refletidas nos dois perfis de redução encontrados no G1. Ressalta-se que reações diferentes são mais frequentes quando trabalhamos individualmente do que quando trabalhamos em grupos, nos quais há discussão de diversos assuntos, diminuindo as restrições e censuras mais comuns nas relações individuais⁹.

Comparando os resultados das duas metodologias, individual e grupal, com o objetivo de promover o autocuidado, a autonomia e as mudanças de comportamento relativos à saúde, observou-se que, mesmo que menos efetiva qualitativamente e quantitativamente, a metodologia individual mostrou melho-

rias clínicas na saúde periodontal dos pacientes e na promoção de mudanças de hábito e autocuidado; enquanto a metodologia coletiva alcançou esses objetivos mais de perto.

Little et al.¹² também obtiveram melhores resultados com a metodologia coletiva quando compararam uma metodologia de dinâmicas de apoio grupal com outra tradicional, de manutenção periodontal.

Conclusão

Pelos resultados apresentados no presente estudo, é possível observar que a redução média do IHO-s alcançada pelos pacientes do programa educativo individual foi de 48,2%, enquanto a dos pacientes do programa coletivo (grupo focal) foi de 77%. A redução média das PSSS alcançada pelos pacientes do programa educativo individual foi de 41%, enquanto a dos pacientes do programa coletivo (grupo focal) foi de 63,3%. Esses dados nos permitem concluir que o programa com metodologia coletiva foi mais efetivo na motivação para o autocuidado e para mudanças comportamentais do que o programa com metodologia individual.

Agradecimento

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico – CNPq e à Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Em especial à Profa. Helena Heloísa Paixão (*in memoriam*), por sua brilhante orientação e ajuda, sem as quais este trabalho não seria possível.

Referências

1. Armitage GC. Periodontal diseases: diagnosis. *Ann Periodontol.* 1996; 1(1): 37-215.
2. Armitage GC. Development of system for periodontal conditions. *Ann Periodontol.* 1999; 4(1):1-6.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. 2003.
5. Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
6. Carranza FA, Newman MG. *Periodontia clínica.* 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
7. Couto JL, Couto RS, Duarte CA. Motivação do paciente em tratamento periodontal: uma avaliação clínica de um filme em video-cassete. *RGO.* 1994; 42(1): 44-8.
8. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc.* 1964; 68: 7-13.
9. Kitzinger J. Introducing foccus group. In: Mays N, Pope C. *Qualitative research in health care.* London: BMJ; 1997.
10. Kühner MK, Raetzke PB. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. *J Periodontol.* 1989; 60: 51-6.
11. Lindhe J. Fase de manutenção de terapia periodontal. In: Lindhe J. *Tratado de periodontologia clínica.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992. p. 470-88.
12. Little SJ, Hollis JF, Stevens VJ, Morent K, Mullooly JP, Johnson BD. Effective group behavioral intervention for older periodontal patients. *J Periodontol Res.* 1997; 32: 315-25.
13. Maciel RA. Prevalência da doença periodontal em escolares de 7 a 12 anos de idade negros de ambos os sexos na zona urbana da cidade de Florianópolis [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina; 1975.
14. Page RC. Gingivitis. *J Clin Periodontol.* 1986; 13: 345-55.
15. Pereira MG. *Epidemiologia. Teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1995.
16. Veja. 1992 jan (1219).
17. Santos SR. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *J Pediat.* 1999; 75: 401-6.
18. Scaf G, Freitas JAS, Toledo BEC, Damante JH, Ferreira BA. Prevalência de gengivite na puberdade. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1984; 38: 275-86.
19. Viggiano RD. Índice gengival e índice de placa dentária em crianças de 7 a 12 anos, de ambos os sexos de escolas públicas da zona urbana da cidade de Florianópolis [Tese de Livre-docência]. Florianópolis: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina; 1974.
20. Wilson Jr. TG. A typical maintenance visit. In: Wilson Jr. TG. *Dental maintenance for patients with periodontal disease.* Chicago: Quintessence; 1989. p. 90-6.