

# AUTO-EFICÁCIA, ACÚMULO DE PLACA DENTAL E RELATO DE COMPORTAMENTO DE HIGIENE ORAL

## SELF-EFFICACY, DENTAL PLAQUE ACCUMULATION AND ORAL HYGIENE BEHAVIOR REPORT

Angela Maria Monteiro da SILVA<sup>1</sup>  
Gislaine Afonso de SOUZA<sup>2</sup>  
Rogério GALVÃO<sup>3</sup>

### RESUMO

*O presente estudo investigou a relação de variáveis de auto-eficácia com o acúmulo de placa e o relato de comportamento de higiene oral (HO). Os 94 participantes tiveram o acúmulo de placa medido, responderam a um questionário sócio-demográfico e de comportamentos de HO e escalas para a medida de auto-eficácia (AE). Os resultados indicaram que a AE percebida se correlacionou significativamente com a frequência de escovação ( $\rho=0,25$ ,  $p=0,014$ ) e de uso de fio dental ( $\rho=0,40$ ,  $p<0,0001$ ). No entanto, a AE percebida não se correlacionou significativamente com a placa. A eficácia de auto-regulação (EAR) não se associou significativamente com a placa ou com o relato de comportamento de HO. São discutidas possíveis explicações para as baixas associações das variáveis de AE com a placa e da EAR com o relato de comportamento de HO.*

**Palavras chaves:** auto-eficácia, acúmulo de placa dental, comportamento de higiene oral, saúde oral.

---

<sup>(1)</sup> Docente do Programa de Pós-Graduação-Mestrado em Psicologia da UGF.

<sup>(2)</sup> Mestranda e bolsista CAPES-DS.

<sup>(3)</sup> Professor Adjunto do Departamento de Odontologia da UGF.

Dirigir a correspondência relativa a este artigo à Dr<sup>a</sup> Angela M. Monteiro da Silva, Programa de Pós-Graduação- Mestrado em Psicologia, Universidade Gama Filho, Rua Manoel Vitorino nº 625, 20748-900 Piedade, Rio de Janeiro, RJ.

E-mail: mespsi@ugf.br

Para correspondência com o editor:

Angela M. Monteiro da Silva, Rua Dr. Mário Viana, 369/1303, 24241-000, Niterói, RJ. E-mail: amms@provide.psi.br  
Tel./fax- 0xx- 21- 710-9258

Gislaine Afonso de Souza agradece à CAPES pela Bolsa de Mestrado que lhe permitiu compor a equipe que conduziu este estudo.

## ABSTRACT

*The present study investigated the relationship between self-efficacy variables, on one side, and plaque accumulation plus oral hygiene behavior reports, on the other. 94 participants had their levels of plaque measured. Afterwards they answered a questionnaire to assess socio-demographics and oral hygiene (OH) behaviors plus self-efficacy (SE) scales. The results indicated that perceived SE correlated significantly with frequency of brushing ( $\rho=0,024$ ,  $p=0,014$ ) and dental floss ( $\rho=0,40$ ,  $p<0,0001$ ). However, perceived SE did not correlate significantly with plaque. Self-regulatory efficacy (SRE) did not associate significantly with plaque or with OH behavior reports. The low associations between SE variables and plaque are discussed. In addition, possible explanations concerning the low correlations between SRE and OH behavior reports are debated.*

**Key words:** self-efficacy, dental plaque accumulation, oral hygiene, oral health.

## INTRODUÇÃO

O conceito de auto-eficácia (AE) tem gerado muito interesse desde que foi desenvolvido por Bandura (1977). A teoria cognitivo-social de Bandura constitui uma abordagem especialmente importante para a compreensão da cognição, ação e emoção humanas que tem sido amplamente comprovada pela evidência científica. Bandura introduziu o conceito de agência humana que se refere à capacidade do ser humano de não se limitar a ser um mero reator aos estímulos do ambiente, podendo também influenciar e construir o seu meio-ambiente. Nesta perspectiva, as percepções de AE constituem um elemento-chave.

A AE refere-se às crenças do indivíduo acerca das suas próprias capacidades para organizar e executar os cursos de ação necessários para alcançar certos objetivos almejados (Bandura, 1997). As crenças de eficácia envolvem não só o exercício de controle sobre a ação mas também a auto-regulação dos processos de pensamento, motivação, estados afetivos e fisiológicos.

O conceito de AE tem sido aplicado em diversas, áreas tais como: realização acadê-

mica, transtornos emocionais, saúde física e mental, escolha da carreira e mudança sócio-política (Schwarzer & Fuchs, 1996).

A AE expressa a confiança de uma pessoa em realizar comportamentos específicos em situações específicas. Trata-se de um modelo de expectativa abrangendo a mudança e o domínio do comportamento. A teoria da AE baseia-se principalmente na suposição de que quaisquer procedimentos psicológicos são meios de criar e fortalecer expectativas de eficácia pessoal.

A teoria distingue três tipos de expectativas: i) expectativas de resultados advindos das circunstâncias ambientais, em que as consequências são percebidas como decorrentes de eventos ambientais sem influência da ação pessoal; ii) expectativas de resultados ligados às ações, em que os resultados são derivados da ação pessoal; e iii) expectativas de AE, que se referem às crenças das pessoas quanto às suas capacidades para executar um comportamento específico ou conjunto de comportamentos necessários para a obtenção de um resultado desejado.

Segundo Bandura (1977, 1997), as crenças de AE podem ser alteradas através de quatro maneiras principais: experiências diretas

de domínio ou mestria, modelação, persuasão social e estados fisiológicos ou emocionais.

As experiências de domínio que envolvem a ação direta parecem ser a fonte mais importante de informação acerca da eficácia. As experiências de sucesso aumentam as expectativas de domínio. A AE é melhor desenvolvida através de uma seqüência de sub-objetivos de dificuldade gradualmente crescente, que são adequados para expandir a competência em uma determinada área. A obtenção de sub-objetivos provê indicativos de domínio que aumentam a AE durante o percurso até que o objetivo final seja alcançado.

Muitas expectativas de AE nascem da experiência vicária. Se o indivíduo observa outras pessoas terem sucesso através do esforço continuado, as crenças desse indivíduo, a respeito das suas próprias capacidades, se fortalecem. Modelos competentes podem ensinar habilidades e estratégias efetivas para lidar com situações complexas. A experiência vicária é uma fonte que envolve menos informação direta sobre as capacidades de um indivíduo do que a evidência advinda diretamente da sua performance pessoal bem sucedida. Assim, as expectativas de eficácia induzidas apenas através da modelação tendem a ser mais fracas e mais suscetíveis à mudança do que aquelas resultantes da experiência de domínio (Bandura, 1977).

A persuasão social também pode ser usada na tentativa de convencer as pessoas de que elas possuem as capacidades para alcançar o que elas procuram. As expectativas de eficácia assim induzidas também tendem a ser mais fracas do que aquelas que nascem da experiência pessoal direta e bem sucedida.

As pessoas também se baseiam parcialmente em inferências ligadas ao seu estado fisiológico ou emocional quando julgam as suas capacidades. A excitação autonômica, portanto, é uma outra fonte de informação que pode afetar a AE quando se lida com situações ameaçadoras. Uma intervenção para influenciar

as crenças de AE, com base nas informações dos estados fisiológicos, inclui fornecer às pessoas habilidades para reduzir as reações fisiológicas aversivas e para alterar as interpretações da informação somática.

Em muitas áreas de funcionamento as pessoas já sabem como executar o comportamento necessário. Nestas circunstâncias, as crenças de eficácia que são relevantes dizem respeito às capacidades de auto-regulação. As pessoas que por si mesmas executam as atividades de limpeza oral (as quais já sabem como fazer), mesmo em condições desfavoráveis (tais como de muito cansaço ou ansiedade) possuem uma elevada eficácia de auto-regulação. Quando a pessoa ainda não sabe executar os comportamentos ou tarefas necessários para atingir um objetivo, a auto-eficácia percebida é fundamental (Bandura, 1997).

Na promoção de mudança ligada à saúde é preciso fornecer às pessoas não só as razões para mudar o comportamento de saúde, mas também os meios e recursos para fazê-lo. A auto-regulação efetiva do comportamento requer certas habilidades de auto-motivação e auto-direção. Além do mais, há uma diferença entre possuir certas habilidades e ser capaz de usá-las efetiva e consistentemente sob condições adversas. O sucesso requer, portanto, não apenas habilidades, mas também uma forte crença na própria capacidade de exercer controle (eficácia de regulação).

Há na literatura poucos estudos sobre a auto-eficácia na área de saúde oral. Tais estudos geralmente visam prevenir ou controlar as doenças dentais mais comuns: a cárie e a doença periodontal.

A cárie dental é uma doença microbiana dos tecidos calcificados dos dentes, caracterizada pela desmineralização da parte inorgânica e destruição da substância orgânica do dente. A doença periodontal (DP) é também de origem microbiana que leva à destruição, geralmente irreversível, dos tecidos periodontais

(a gengiva, o osso alveolar, o cimento radicular e o ligamento periodontal). A falta de tratamento pode levar à perda do dente. A principal característica da periodontite é a bolsa periodontal – um espaço entre a gengiva e o dente. A bolsa se forma quando o osso ao redor dos dentes é destruído.

Um estudo de Tedesco, Keffer & Flecker-Kandath (1991) indicou que variáveis de auto-eficácia para aderir a um regime de prevenção de doença periodontal foram preditores significativos do auto-relato da escovação e uso do fio dental.

Os dentistas são os profissionais mais indicados na orientação do aspecto biológico das doenças orais. O avanço científico da odontologia tem feito com que eles comecem a tomar consciência da relevância de fatores não biológicos (por ex.: sociais e psicológicos) na etiologia e curso destas doenças. Um bom exemplo disto é a aplicação do Modelo Biopsicossocial da saúde ao risco de cárie, em que temos, além dos fatores biológicos (por exemplo, bactérias), sociais (etnia, renda, educação, família, trabalho, etc), temos o fator psicológico (locus de controle, AE, estresse e conhecimento relativo à doença, dentre outros) (Reisine & Litt, 1993).

Reisine & Litt (1993) investigaram quatro constructos teóricos que possivelmente ajudariam a ampliar os conhecimentos sobre o comportamento de higiene oral e o risco de cárie: classe social, eventos estressantes de vida, AE e locus de controle. O estudo foi realizado em duas cidades de Connecticut, USA, com 481 crianças de 3 a 4 anos de idade, examinadas através de sonda e espelho bucais por dois dentistas devidamente treinados. Os pais ou responsáveis de 369 das crianças participaram de uma entrevista sobre os hábitos de escovação, sobre a dieta a base de açúcar, indicadores de classe social, eventos estressantes de vida, locus de controle de saúde dental e AE dental percebida, referentes às crianças. Os efeitos das variáveis psicossociais

foram avaliadas em duas medidas clínicas: índice de *Streptococcus mutans* e a prevalência de cárie. Como foi previsto, as análises indicaram que o *S. mutans* foi o mais importante preditor de risco de cárie. Pais que tinham maior crença de locus de controle externo, AE mais baixa, baixa renda e altos níveis de estresse tinham filhos com maior risco de cárie. Os resultados do estudo sugerem que os dentistas precisam encorajar seus pacientes a desenvolverem o locus de controle interno (a pessoa com locus de controle interno acredita ser responsável pelo que lhe acontece e que há coisas que ela pode fazer para melhorar a sua saúde dental). A teoria da AE pode então ser empregada para mudar e manter os comportamentos dentais como, por exemplo, usar técnicas efetivas de higiene oral (escovação e uso de fio dental).

Tedesco, Keffer, Davis & Christersson (1993) testaram a utilização da teoria da AE somada à teoria da Ação Racional para prever o comportamento de saúde oral. Foram usados 166 pacientes que participaram de 7 visitas clínicas num período de 14 meses. Os instrumentos foram:

- questionário da teoria da Ação Racional: este instrumento avaliou sete dimensões básicas usadas no modelo da Ação Racional de Ajzen & Fishbein: intenção, atitudes, norma subjetiva, crenças comportamentais, avaliação de resultados, crenças normativas e motivação para aquiescência.
- medida da AE: avaliava a percepção do sujeito quanto a sua habilidade em realizar os cuidados diários de escovação e uso de fio dental conforme recomendado e o nível de certeza de cada crença de AE
- relato de comportamento de saúde oral: os participantes respondiam a questões como: 1) "Com que frequência você se esquece de escovar os seus dentes, no mínimo duas vezes ao dia?" 2) "Com que frequência você se esquece de usar o fio dental, ao menos uma vez ao dia?"

- índices de placa e sangramento gengival: obtidos através dos métodos de Silness & Løe (1964) e Løe & Silness (1963), respectivamente. O procedimento durou 14 meses e os sujeitos foram avaliados em 4 ocasiões.

Os resultados indicaram que as medidas cognitivo-sociais (variáveis da teoria da ação racional e AE) foram capazes de prever até no máximo 11% da variância dos índices de placa e sangramento gengival, e no máximo 51% do comportamento de saúde oral auto-relatado.

A AE quando acrescentada às variáveis da ação racional explicou uma variância adicional significativa do comportamento de saúde oral auto-relatado, mas não acrescentou nada em termos da variância de índices clínicos da doença dental (acúmulo de placa e sangramento gengival).

Barker (1994) usou o modelo de crenças em saúde e de AE para investigar o papel destas crenças na aquiescência dos pacientes às recomendações de um programa de prevenção oral. Um questionário foi aplicado em 43 participantes adultos para medir quatro crenças: severidade percebida da doença dental, suscetibilidade percebida à doença dental, benefícios de aderir às prescrições e AE. Os pacientes foram vistos duas vezes. Na primeira visita foram medidos os índices de placa e sangramento gengival e foi dada a instrução de higiene oral (técnica modificada de Bass) para remoção da placa bacteriana. Os índices de placa e sangramento gengival foram novamente medidos na segunda visita, um mês mais tarde. Dos 43 participantes, 95% retornaram à segunda visita (41 participantes). A reavaliação dos escores de placa mostrou uma redução significativa da primeira para a segunda visita: 35 participantes tiveram os seus índices de placa e sangramento gengival reduzidos, 2 permaneceram sem alteração e 4 pioraram os seus índices. Nos escores de sangramento, também houve redução: 31 participantes reduziram os seus índices, 6 permaneceram inalterados e 3 pioraram, e um participante não

apresentou sangramento em nenhuma das duas visitas. A crença de benefício, tomada como uma simples variável, mostrou uma correlação significativa com a aquiescência do paciente, através da redução dos escores de sangramento nas duas visitas. As crenças de suscetibilidade e benefício, quando combinadas, apresentavam uma correlação significativa com a aquiescência do paciente.

Os resultados deste estudo demonstraram que a suscetibilidade considerada isoladamente não previa significativamente o comportamento de saúde oral. Porém, quando esta crença era combinada com a de benefício, ela aumentava o seu poder de predição. A severidade e a AE não se relacionaram significativamente com a aquiescência dos pacientes.

Stewart, Wolfe, Maeder & Hartz (1996) fizeram um estudo envolvendo dois tipos de intervenção para melhorar o comportamento de higiene oral. Para tanto, compararam e avaliaram a efetividade de duas intervenções planejadas para mudar a AE de escovação e o uso de fio dental.

Utilizaram 123 veteranos de guerra, com idade média de 44 anos, com no mínimo 12 dentes na cavidade oral, com ausência de transtornos mentais psicóticos e sem problemas motores que dificultassem a escovação e uso de fio dental. Foram selecionados aleatoriamente e divididos em três grupos: 1) grupo de controle, 2) grupo orientado por um periodontista e, 3) grupo orientado por um psicólogo.

Todos os sujeitos receberam 10 minutos de instrução de higiene oral (IHO). O grupo de controle não recebeu intervenção.

O segundo grupo, em 4 sessões semanais de 40 minutos, orientado por um periodontista, recebeu informação sobre as causas e consequências da doença periodontal e sobre a importância de uma técnica correta de escovação e uso de fio dental para prevenção da DP. Em seguida, foi feito um treinamento para a correção das técnicas de escovação e

uso de fio dental. Além disso, foi feita uma exposição através de slides, dos vários estágios da DP, e também a demonstração do conteúdo bacteriano da placa dental de cada indivíduo utilizando-se um microscópio.

Também, em 4 sessões semanais de 40 minutos, o terceiro grupo foi orientado por um psicólogo clínico que utilizou dois modelos. Um deles foi similar ao de aconselhamento motivacional de Miller (1983). O outro consistiu no modelo de Prochaska e DiClemente (1983), que considera a mudança de comportamento como um processo envolvendo quatro passos: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção.

Os resultados demonstraram que não houve mudanças significativas no conhecimento dental para o grupo controle que não recebeu qualquer tipo de intervenção. Houve mudanças estatisticamente significativas e similares quanto ao aumento de conhecimento dental, tanto para o grupo que recebeu orientação do dentista, quanto para o grupo orientado pelo psicólogo. Os três grupos apresentaram um aumento da AE de uso de fio dental do pré para o pós-teste.

A magnitude das mudanças foi similar quando o grupo de controle foi comparado com o grupo que recebeu orientação do dentista. Em contrapartida, o grupo de intervenção psicológica demonstrou um aumento significativamente maior na AE de uso de fio dental, quando comparado com o grupo orientado pelo dentista.

Este estudo sugere que o aumento da AE pode ser um importante componente de intervenções destinadas a mudar comportamentos de saúde oral, e que a AE pode servir para avaliar e comparar a eficácia dessas intervenções.

Persson, Persson, Powell & Kiyak (1998) testaram um programa de prevenção bio-comportamental para a DP em pacientes idosos. Foram avaliados 297 participantes com idade entre 60-90 anos, divididos em cinco grupos: um grupo de controle (recebeu tratamento de emergência), grupo 2 (treinamento comporta-

mental), grupo 3 (bochechos semanais de clorexidina), grupo 4 (aplicação semestral de verniz de flúor) e grupo 5 (recebeu profilaxia oral semestral). Todos os participantes foram reexaminados anualmente durante três anos, sendo que, 64% deles foram considerados de risco para a DP.

Depois de um ano, houve uma diminuição marginalmente significativa na profundidade de bolsa periodontal nos sujeitos do grupo 5, quando comparados com o grupo de controle ( $F = 3,54$  e  $p < 0,06$ ). As diferenças entre os grupos não persistiram no período de três anos. Com relação à perda dentária quando comparou-se o grupo controle com os outros, houve 15% de redução de perda dentária no grupo 3, 28% de redução no grupo 4 e 44% de redução no grupo 5. O grupo 2 não diferiu significativamente do grupo de controle.

Na linha de base, a maioria dos participantes (76%) tinha conhecimento de que um baixo nível de higiene oral era causa da periodontite. Para 67% dos participantes a melhora da higiene oral era a melhor maneira de prevenção da doença. Para 56% dos participantes a melhora da higiene também era a maneira mais efetiva de prevenir a perda dentária. No final do estudo, 38% dos participantes do grupo de controle e 22% no grupo 5, não associaram o baixo nível de higiene oral com a periodontite.

O status de saúde oral apresentou uma correlação significativa com a AE. Escores mais altos na AE de saúde oral e na AE da saúde em geral mostraram-se associados com menos sextantes (os dentes foram divididos em 3 grupos em cada arcada: do 3º molar ao 1º pré-molar, de canino à canino e do 1º pré-molar ao 3º molar) que apresentavam escores mais elevados em termos de restaurações, cáries e perdas dentárias.

Devido à maior incidência de periodontite severa em pacientes com *diabetes melitus* insulino-dependentes, visitas regulares ao dentista e cuidados diários com a higiene oral

são de suma importância para tais pacientes. Syrjälä, Keneck & Knuuttila (1999) desenvolveram um modo de avaliar a AE dental para estudar a sua relação com o comportamento de saúde oral auto-relatado e com o acúmulo de placa dental. A relação entre o comportamento de saúde oral e níveis de hemoglobina glicosilada (HbA1c) também foi estudada. A HbA1c é uma das frações de hemoglobina A (A1A1, A1A2, A1Ab, A1C) às quais se ligam à glicose e aos monossacarídeos afins; as concentrações estão aumentadas nos eritrócitos de pacientes com diabetes melito, o que pode ser usado como índice retrospectivo de controle da glicose em tais pacientes.

Este estudo utilizou 149 pacientes diabéticos com idade entre 16 e 72 anos, de ambos os sexos. Os dados foram coletados através de questionários de AE, auto-relato, exame clínico oral e exame laboratorial do nível de HbA1c. Este parece ser o primeiro estudo a analisar comportamento de saúde oral em pacientes com diabetes melito), baseado na teoria da AE de Bandura.

Os resultados mostraram que a AE de escovação, AE de limpeza interproximal e a AE de visita dental se relacionaram significativamente com o comportamento de saúde oral auto-relatado. O índice de placa visível correlacionou-se inversamente com a AE de escovação e com a AE de visita dental. A AE de limpeza interproximal correlacionou-se inversamente com a idade. Pacientes com alta frequência de escovação e baixo índice de placa visível apresentavam menor nível de HbA1c. Por fim, níveis mais altos de AE de visita dental estavam relacionados a melhores níveis educacionais e profissionais.

Os autores concluíram que a AE percebida do comportamento de saúde oral está associada com os níveis clínicos de higiene oral. Associações entre baixo controle metabólico dos diabéticos, baixa frequência de escovação e altos níveis de placa dental, sugerem que a educação dental, incluindo o aumento da AE é

de grande importância, especialmente para o portador de diabetes.

Os autores ressaltaram, ainda, que os cirurgiões dentistas podem promover o aumento da AE dental empregando a modelação, persuasão verbal incluindo o encorajamento e *feedback* positivo, e também através de intervenções psicológicas específicas.

Em suma, a presente revisão da literatura indicou que a AE freqüentemente apresenta uma associação significativa com o relato de higiene oral e índices clínicos de doenças dentais. A AE também tem se mostrado um preditor significativo de comportamento e mudança comportamental favoráveis à saúde oral, sendo assim, de provável valia para a promoção de saúde oral. As principais doenças orais e de maior incidência no Brasil e no mundo são a cárie e a doença periodontal. Já que estas duas doenças podem ser prevenidas, principalmente, por uma rotina efetiva de escovação e de uso de fio dental, a teoria da AE pode ser empregada para a mudança do comportamento das pessoas e assim elevar o seus status de saúde oral.

Como o número de estudos sobre a AE na área da saúde oral ainda é muito restrito, o estudo visou a investigar a relação de variáveis de AE (AE percebida de escovação e uso de fio dental e eficácia de auto-regulação para executar estas atividades) com o comportamento relatado de higiene oral e acúmulo de placa numa população brasileira.

## METODOLOGIA

### Participantes

Participaram do estudo 94 pacientes da clínica odontológica da Universidade Gama Filho (UGF), de ambos os sexos, cuja idade variou de 17 a 65 anos. Todos estavam há 6 meses ou mais sem tratamento dentário e tinham, pelo menos, o 4º ano do 1º grau completo.

## Medidas

As variáveis de AE percebida de escovação e uso de fio dental e de eficácia de auto-regulação para executar estas atividades de limpeza oral foram medidas por itens únicos seguidos de uma escala analógica-visual. Nesta escala os participantes avaliaram cada variável de AE colocando um "X" numa linha de 10 cm que possui rótulos em cada um dos extremos. Para computar os escores usa-se uma régua medindo a distância do ponto inicial ao ponto assinalado pelo "X" que o participante marcou. Quanto mais elevado o escore, maior a AE percebida ou a AE regulatória.

O índice de placa foi obtido através do método descrito por Silness & Løe (1964). Mediu-se a quantidade de placa bacteriana presente na superfície dentária. Todos os dentes presentes na arcada dentária foram medidos nas suas faces mesial, distal, vestibular e lingual.

Os escores do índice vão de 0 (livre de placa) à 3 (grande acúmulo de placa). Deste modo, baixos escores indicaram boa higiene oral.

Variáveis sócio-demográficas de possível relevância e relatos de frequência de comportamentos de saúde oral foram registrados através de um questionário. A frequência de escovação e de uso de fio dental foi medida através de uma escala de 6 pontos (1 = nunca, 2 = menos de uma vez por semana, 3 = ao menos uma vez por semana, 4 = ao menos uma vez por dia, 5 = ao menos duas vezes por dia, 6 = mais de duas vezes por dia).

## Calibragem intra e inter-examinador

Os instrumentos utilizados para os exames clínicos foram o espelho bucal número 5 e sonda periodontal manual convencional (tipo Williams de secção circular). Todas as medidas de placa foram feitas por 4 examinadores devidamente calibrados. Depois que uma concordância intra-examinador, de pelo menos 75%, foi alcançada por cada um dos

examinadores, iniciou-se a calibragem entre os examinadores. Novamente adotou-se uma concordância mínima de 75% entre eles). Os escores foram registrados na ficha clínica por um auxiliar.

## Procedimentos

Após dar o seu consentimento livre e esclarecido para tomar parte do presente estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro, cada participante teve o acúmulo de placa medido por um clínico. Em seguida, o participante respondeu ao questionário sócio-demográfico e de comportamentos de saúde oral e às escalas analógicas-visuais para a medida das variáveis de AE.

## Análise dos dados

Na análise dos dados foi empregado o pacote estatístico comercial SPSS com o objetivo de realizar as análises dos dados (Norusis, 1986). Foram produzidos testes de significância de correlação de Spearman. Para todas as análises usou-se um nível de significância igual a 5%.

## Resultados

A maioria dos 94 participantes do estudo era do sexo feminino (70,2% de mulheres e 29,8% de homens).

A média de idade dos participantes foi  $37,20 \pm 11,35$  (média  $\pm$  DP).

Em relação ao estado civil observou-se a predominância de casados (casados = 58,5%, solteiros = 27% e outros = 12,8%).

A maioria dos participantes (58,5%) relatou viver com seu/sua esposo(a), 27,7% vivem com um(a) companheiro(a), 10,6% vivem só e 1,1% vivem com outras pessoas. Dois participantes não responderam a este item do questionário sócio-demográfico.

Quanto ao nível de instrução, a maioria (52,2%) dos participantes tinha o secundário completo ou incompleto, 10,6% o primeiro grau incompleto, 16% o primeiro grau completo, 6,4% o superior incompleto e 13,8% o superior completo.

A tabela abaixo apresenta os dados básicos das variáveis do estudo: AE percebida de escovação e uso de fio dental, eficácia de auto-regulação, frequência auto-relatada de escovação e de uso de fio dental.

**Tabela 4.** Dados básicos das variáveis do estudo

Variáveis	N	Média	Desvio Padrão
AE percebida	94	7,44	5,32
Eficácia de auto-regulação	93	6,09	5,63
Relato de escovação	94	5,28	0,81
Relato de fio dental	94	3,49	1,62
Placa dental	94	1,13	0,44

A análise de correlação de Spearman mostrou que não houve correlação significativa entre a AE percebida e acúmulo de placa bacteriana ( $\rho = -0,13$ ,  $p = 0,22$ ). No entanto, a AE percebida mostrou-se significativamente correlacionada com a frequência auto-relatada de escovação ( $\rho = 0,25$ ,  $p = 0,014$ ) e com a frequência auto-relatada de uso de fio dental ( $\rho = 0,40$ ,  $p < 0,0001$ ).

Os resultados das análises de correlação indicaram que a eficácia de auto-regulação não se correlacionou significativamente com o acúmulo de placa ( $\rho = 0,06$ ,  $p = 0,60$ ), frequência auto-relatada de escovação ( $\rho = 0,08$ ,  $p = 0,47$ ) e uso de fio dental ( $\rho = 0,06$ ,  $p = 0,58$ ).

## Discussão

Os resultados do presente estudo indicaram que a AE percebida de limpeza oral não se associou significativamente com o acúmulo de placa, embora tenha se corre-

lacionado significativamente com a frequência auto-relatada de escovação e uso de fio dental. Estes dados sugerem que os comportamentos de escovar os dentes e usar fio dental estão mais próximos de auto-cognições (tais como a AE percebida), do que o índice clínico de acúmulo de placa. Tais resultados estão de acordo com aqueles obtidos por Tedesco e cols. (1991, 1993). Estes autores verificaram que a AE percebida era um preditor significativo do relato de comportamentos de escovar os dentes e usar fio dental. Todavia, a AE percebida, quando combinada com as variáveis da teoria da ação racional, não explicou uma variância significativa do acúmulo de placa e do sangramento gengival no estudo supra mencionado.

Uma possível explicação para a baixa associação da AE percebida com o acúmulo de placa, encontrada no presente estudo, diz respeito a problemas na medida de AE. Tais problemas, talvez reflitam uma dificuldade do paciente em estimar realisticamente o seu nível de AE percebida de limpeza oral. Parece que falta informação ao paciente para avaliar acuradamente a sua higiene oral. Não é fácil detectar a presença de placa nas faces interproximais e linguais dos dentes, principalmente nas faces dos posteriores. Parece que a maioria dos indivíduos necessita de um treinamento para avaliar corretamente a sua capacidade para remover a placa de sua boca.

Os autores do presente estudo têm clinicamente observado que alguns pacientes não estão cientes da relevância do uso correto do fio dental. Eles tendem a pensar que o emprego do fio dental serve exclusivamente à remoção de resíduos alimentares maiores que chegam a incomodar. De fato, o fio dental é imprescindível para a limpeza das faces interproximais de toda a dentição e faces distais dos últimos dentes. Um estudo que está sendo desenvolvido pelos autores irá testar a hipótese de que um treino em higiene oral tende a aumentar a associação inversa entre a AE percebida e o acúmulo de placa.

Outra questão refere-se ao fato de muitas pessoas acreditarem que as suas ações produzirão resultados positivos e que elas são pessoalmente capazes de enfrentar as exigências das suas vidas. Esta crença, chamada de otimismo funcional, baseia-se tanto nas expectativas de resultado ligadas à ação, quanto nos recursos pessoais para enfrentar problemas. Tais recursos incluem a AE.

Em suma, algumas vezes, as pessoas podem superestimar a sua capacidade de executar uma tarefa ou comportamento e relatar um nível irreal de AE. Por exemplo, um estudo de Haaga & Stewart (1992) indicou que os participantes que relataram uma elevada AE não se recuperavam tão bem de recaídas, após a suspensão do fumo, quanto os participantes que relataram uma moderada AE.

Cabe também considerar que o auto-relato de níveis elevados e irreais de AE, em certos indivíduos, pode ser uma consequência da desejabilidade social. Tais indivíduos distorceriam, inconscientemente, as suas respostas a fim de se apresentarem bem diante dos outros.

A eficácia de auto-regulação não se correlacionou significativamente com a frequência de escovação e uso de fio dental, nem com o acúmulo de placa. Novamente, a ausência de correlação significativa entre a eficácia de regulação e estas variáveis poderia ser consequência dos fatores discutidos acima: falta de informação para avaliar acuradamente a higiene oral e de um critério objetivo que indique um bom padrão de limpeza oral (por exemplo, 20% ou menos de presença de placa nas faces dentais), otimismo funcional e desejabilidade social.

Por fim, no presente estudo, as variáveis de AE foram medidas através de itens únicos seguidos de uma escala analógica-visual. Este tipo de medida pode ser menos sensível do que escalas psicométricas desenvolvidas para a medida da AE. Recomenda-se que estudos futuros façam uso de escalas de AE dental

recentemente desenvolvidas (Wolfe, Stewart & Hartz, 1991, Wolfe, Stewart, Maeder & Hartz, 1996, Stewart, Strack & Graves, 1997).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- BARKER, T. (1994). Role of health beliefs in patient compliance with preventive dental advice. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 22, 327-330.
- HAAGA, D.A.F. & Stewart, B.L. (1992). Self-efficacy for recovery from a lapse after smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 24-28.
- LÖE, H. & Silness, J. (1963). Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. *Acta Odontologica Scandinavica*, 21, 533-551.
- MILLER, W. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy*, 11, 47-172.
- NORUSIS, M.J. (1986). *SPSS 6.1 Guide to data analysis*, New Jersey: Prentice Hall.
- PERSSON, R.E., Persson, G.R., Powell, L.V. & Kiyak, H.A. (1998). Periodontal effects of a biobehavioral prevention program. *Journal of Clinical Periodontology*, 25, 322-329.
- PROCHASKA, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 3, 390-395.
- REISINE, S. & Litt, M. (1993). Social and psychological theories and their use for dental practice. *International Dental Journal*, 43, 279-287.

- SCHWARZER, R. & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. Em M.E. Conner & P. Norman (Orgs.), *Predicting health behavior* (pp 163-196). Buckingham, England: Open University Press.
- SILNESS, J. & Løe, H. (1964). Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontologica Scandinavica*, 24, 747-759.
- STEWART, J.E., Strack S. & Graves, P. (1997). Development of oral hygiene self-efficacy and outcome expectancy questionnaires. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25, 337-342.
- STEWART, J.E., Wolfe, G.R., Maeder, L. & Hartz, G.W. (1996). Changes in dental knowledge and self-efficacy scores following interventions to change oral hygiene behavior. *Patient Education and Counseling*, 27, 269-277.
- SYRJÄLÄ, A-M.H., Knecht, M.C & Kunuuttila. M.L.E. (1999). Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. *Journal of Clinical Periodontology*, 26, 616-621.
- TEDESCO, L.A., Keffer, M.A. & Flecker-Kandath, C. (1991). Self-efficacy, reasoned action, and oral health behavior reports: a social cognitive approach to compliance. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 341-355.
- TEDESCO, L.A., Keffer, M.A., Davis, E.L. & Christersson, L.A. (1993). Self-efficacy and reasoned action: predicting oral health status and behaviour at one, three, and six month intervals. *Psychology and Health*, 8, 105-121.
- WOLFE, G.R., Stewart, J.E. & Hartz, G.W. (1991). Relationship of dental coping beliefs and oral hygiene. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 19, 112-115.
- WOLFE, G.R., Stewart, J.M., Maeder, L.A. & Hartz, G.W. (1996). Use of dental coping beliefs scale following oral hygiene interventions. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24, 37-41.