

Sara Redondeiro Marques

Estudo de Hábitos de Higiene Oral em crianças da Escola  
do 1º ciclo com Jardim de Infância de Sousel

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências de Saúde

Porto, 2009



Sara Redondeiro Marques

Estudo de Hábitos de Higiene Oral em crianças da Escola  
do 1º ciclo com Jardim de Infância de Sousel

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências de Saúde

Porto, 2009

Sara Redondeiro Marques

Estudo de Hábitos de Higiene Oral em crianças da Escola  
do 1º ciclo com Jardim de Infância de Sousel

“Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como  
parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciada em  
Medicina Dentária”

---

(Sara Redondeiro Marques)

Porto, 2009

## Sumário

Os princípios da promoção da saúde devem constituir uma referência a nível da higiene oral passando pela aquisição de comportamentos individuais. Assim, é na infância que se deve iniciar a prevenção e a aquisição de conhecimentos de forma a tornarem as crianças mais pró-activas, responsabilizando-as também da necessidade de uma higiene eficaz para manter a sua saúde oral, como parte integrante de um todo inerente ao seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Os objectivos deste estudo são: 1) Identificar e realizar um levantamento dos hábitos de higiene oral das crianças; 2) Promover, motivar e sensibilizar as crianças acerca da higiene oral; 3) Verificar se as actividades lúdicas têm efeito positivo na instrução/motivação; 4) Verificar se a higiene oral (medida através do índice de higiene oral Greene & Vermillion Simplificado) melhora após a aquisição de conhecimentos.

Realizou-se a pesquisa bibliográfica no motor de busca da *pubmed* com as seguintes palavras-chave: “*oral hygiene*”, “*oral health promotion*”, “*Greene & Vermillion index*”, bem como uma consulta de livros relacionados com o tema.

Foram seleccionados 50 artigos científicos, tendo como limite temporal os últimos 10 anos.

A amostra em estudo foi constituída por 83 crianças com idades compreendidas entre os 5 e 12 anos. Este estudo foi realizado em duas fases, a primeira em que se realizou um inquérito e se efectuaram duas medições de IGV, a inicial permitiu avaliar os hábitos de higiene oral das crianças e a segunda avaliar a eficácia da escovagem imediatamente após ter sido realizadas as instruções; na segunda fase, 90 dias depois, apenas se efectuou uma medição que permitiu determinar se houve ou não alteração dos hábitos de higiene oral, a eficácia da escovagem passados 3 meses do ensinamento e permitiu verificar qual a influência de actividades lúdicas no grupo.

Os resultados indicam que se verificou a existência de melhorias significativas no índice de placa bacteriana após a sensibilização. Ao fim de 90 dias, reavaliaram-se estas crianças e observou-se que o IGV aumentou relativamente à segunda medição, mas foi significativamente inferior ao medido inicialmente. As actividades lúdicas parecem indicar

um reforço da interiorização do conhecimento, reflectindo-se num IGV mais baixo, mas constatou-se que o IGV neste grupo não é significativamente mais baixo que no grupo que não teve reforço positivo da aquisição de conhecimento com as actividades lúdicas.

Enfatiza-se assim, a importância da promoção da saúde oral, de educar as crianças sobre estilos de vida saudáveis, permitindo o desenvolvimento de aptidões e hábitos correctos de higiene oral, uma vez que se verificam melhorias essenciais na qualidade de vida e bem-estar das crianças.

## **Abstract**

The principles health promotion must constitute a reference in terms of oral hygiene passing by the acquisition of individual behaviours. So, it is on the childhood that it is necessary to initiate the prevention and the acquisition of knowledges in order to make children more pro-active, holding them responsible also of the necessity of an efficient hygiene to maintain their oral health, like integrant part of a completely inherent process of growth and development.

The objectives of this study are: 1) To identify and to carry out a lifting of oral hygiene habits of the children; 2) To promote, to cause and to move the children about the oral hygiene; 3) To check if the playful activities have positive effect in the education/motivation; 4) To check if the oral hygiene (measured through the rate of oral hygiene Greene and Vermillion Simplified) improves after the acquisition of knowledges.

The bibliographical search was reviewed on the search engine “pubmed” with the next key words: “oral hygiene”, “oral health promotion”, “Greene and Vermillion index”, as well as a consultation of books connected with the subject.

50 scientific articles were selected, having the search been limited on the last 10 years.

The sample in study was composed by 83 children with ages understood between 5 and 12 years. This study was carried out in two phases, the first one where an inquiry and two measurements of IGV took place, the first one allowed to achieve the initial value of oral hygiene habits of children and the second one to value the efficiency of the teethbrushing immediately after the education been carried out; in the second phase, 90 days later, it was made a measurement which allowed to determine if there was, or not, alteration of oral hygiene habits, the efficiency of the teethwashing after 3 months of the teaching and the influence of playful activities within the group.

The results showed the existence of significant improvements in the rate of bacterial plate after the sensibilization. In the end of 90 days, it was done a new evaluation on these children and it was noticed that the IGV increased relatively to the second measurement, but it was

significantly inferior to the measured done initially. It seems that the playful activities are a reinforcement acquiring knowledges, reflecting on a lower IGV, however, it was noticed that the IGV in this group is not significantly lower than in the group that had not positive reinforcement of the acquisition of knowledge with the playful activities.

So, it was checked the importance of promotion of oral health, of educating the children on healthy ways of life, allowing the development of aptitudes and correct habits of oral hygiene, as soon as essential improvements happen in the capacity of life and well-being of the children.

## **Dedicatórias**

É com enorme orgulho e prazer que dedico este meu trabalho aos meus pais e à minha irmã, dou-lhes o sorriso que trago agora... O sorriso do trabalho, da luta, do carinho, da crença e da esperança que um dia depositaram em mim... dou-lhes também uma parte do meu futuro do qual vocês abriram mão para que me reservassem um mundo melhor. Divido com vocês os méritos desta conquista, porque ela pertence-nos; ela é tão minha quanto vossa, pois sem vocês não seria possível!

## **Agradecimentos**

Um projecto desta natureza não seria possível de concretizar sem o apoio e envolvimento de todas as pessoas que me rodeiam, é pois, com sinceridade que lhes expresso o meu sentimento de gratidão.

À Dra. Sandra Faria e à Prof.<sup>a</sup> Doutora Conceição Manso, Orientadora e Co-orientadora, respectivamente, que incentivaram o prosseguimento deste estudo, agradeço o entusiasmo e a dedicação, aliados à disponibilidade e rigor científico, proporcionando desta maneira uma reflexão constante e um enriquecimento global.

À Escola do 1ºciclo com Jardim de Infância de Sousel:

- Ao Presidente do Conselho Executivo, Prof. Luís Brito, pela abertura dispensada proporcionando as condições necessárias para a elaboração desta investigação.
- A todas a Professoras do 1ºciclo, pela colaboração e empenho indispensáveis a este estudo.
- Às crianças e seus responsáveis, pela sua participação e motivação, contribuindo, desta forma, para a sua realização e para o seu enriquecimento.

À Câmara Municipal de Sousel:

- Ao Presidente, Armando Varela, pela sua disponibilidade e apoio, permitindo a realização deste estudo.
- À Chefe do Gabinete de Apoio à Presidência, Maria Guilhermina Castanho, pelo carinho e apoio que sempre me deu a todos os níveis.
- À Coordenadora do Sector da Cultura, Desporto e Juventude, Marta Carujo, pela cooperação prestada e disponibilidade.
- À Técnica Profissional de Artes Gráficas, Maria André Fiel, pelo apoio incansável, disponibilidade máxima e amizade sempre presente.

À Pierre Fabré pela disponibilidade e cedência de pastas dentífricas e folhetos informativos facilitando a progressão desta investigação.

Amigos:

Todos aqueles que me acompanharam nesta longa e difícil caminhada e que me deram forças para nunca desistir.

À minha binómia, Maria Filipa Carvalho, pela partilha de “emoções, sorrisos e artes”, compreensão, amizade, carinho, lealdade e cumplicidade em todos os momentos.

Ao Pedro Hugo por toda a compreensão, amizade e presença constante demonstrada ao longo destes seis anos.

À minha amiga Mariana Pinto, pela amizade sincera, compreensão e apoio a todos níveis.

Às minhas amigas Diana Brandão, Brígida Loureiro, Margarida Bruno que foram um pilar importante para a realização desta conquista.

À minha amiga e companheira de casa, Ana Miranda pela compreensão, amizade e pelos bons momentos partilhados.

À Maria do Carmo, ao António Valente, ao Carlos Silva pela ajuda, compreensão, disponibilidade e apoio na preparação e realização das acções de intervenção deste estudo e também pela amizade demonstrada ao longo dos anos.

Ao Pedro Estêvão pela sua presença e importância na minha vida.

Família:

Aos meus primos, Ana Isabel, Rui Miguel, Rute, Rita e Ricardo pelo apoio incansável, amor, amizade, carinho, admiração e muita dedicação.

Aos meus tios, tio Mário, tio Chico, tia Zé, tia Mila pelo incentivo, disponibilidade, motivação e força para conseguir atingir os meus objectivos.

Aos meus avós, avô Redondeiro e avó Quina por toda a ternura e apoio que me deram ao longo da minha vida e por me darem sempre toda a credibilidade do mundo.

À memória dos meus avós, Ana e Joaquim, que com toda a certeza que estariam muito orgulhosos desta minha conquista.

Finalmente de um modo muito especial, aos meus pais e à minha irmã pelo apoio incondicional, pelo amor, carinho, dedicação, amizade, exemplo de vida e por acreditarem que sempre seria possível...

A todos, MUITO OBRIGADA!

## ÍNDICE

Índice de Figuras .....	III
Índice de Tabelas .....	V
Índice de Abreviaturas .....	VII
Índice de Anexos .....	VIII
Introdução .....	1
Desenvolvimento .....	5
<b>I – Sousel .....</b>	<b>5</b>
I.1 - Localização geográfica .....	5
I.2 - Contexto histórico .....	5
I.3 - Caracterização Sócio-Económica .....	7
I.4 - Acção Social, Educação e Saúde .....	8
I.4.1 - Acção Social .....	8
I.4.2 - Educação .....	8
I.4.3 - Acessibilidade aos Cuidados de Saúde .....	9
<b>II – Higiene Oral .....</b>	<b>10</b>
II.1 - Educação para a Higiene Oral .....	10
II.1.1 - Escovagem, Fio dentário, Flúor .....	11
II.1.2 - Cuidados Alimentares / Dietéticos .....	13
II.2 - Percepção e Aquisição de Hábitos de Higiene Oral .....	15
II.3 - Promoção de Saúde Oral .....	17
II.4 - Motivação com Actividades Lúdicas .....	18
<b>III – Placa Bacteriana .....</b>	<b>19</b>

<b>IV – Investigação Científica .....</b>	<b>22</b>
<b>IV.1 - Fase Conceptual .....</b>	<b>22</b>
IV.1.1 - Questão da Investigação .....	23
IV.1.2 - Problema do Estudo .....	23
IV.1.3 - Objectivos .....	24
IV.1.4 - Hipóteses de Investigação .....	25
<b>IV.2 - Fase Metodológica .....</b>	<b>25</b>
IV.2.1 - Tipologia do Estudo .....	25
IV.2.2 - Local de Recolha de Dados .....	26
IV.2.3 - População .....	26
IV.2.4 - Amostra.....	26
IV.2.5 - Critérios de Inclusão e Exclusão .....	27
IV.2.6 - Autorização e Consentimento Informado .....	27
IV.2.7 - Plano de Intervenção .....	28
IV.2.8 - Material e Métodos .....	32
IV.2.9 - Análise Estatística .....	34
<b>IV.3 - Fase Empírica .....</b>	<b>35</b>
IV.3.1 - Resultados .....	35
<b>V – Discussão .....</b>	<b>50</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>59</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>60</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>67</b>

## Índice de Figuras

<b>FIGURA 1</b> – Localização e mapa de Sousel .....	5
<b>FIGURA 2</b> – Apresentação de informação sobre higiene oral .....	28
<b>FIGURA 3</b> – Medição do índice de placa bacteriana .....	29
<b>FIGURA 4</b> – Instruções de Higiene Oral, exemplificando na própria criança .....	30
<b>FIGURA 5</b> – Actividades lúdicas: jogo do dente e teatro de fantoches .....	30
<b>FIGURA 6</b> – Entrega de alguns folhetos e presentes às crianças e à professora responsável.....	30
<b>FIGURA 7</b> – Critérios Clínicos para o Índice de Greene & Vermillion Simplificado .....	32
<b>FIGURA 8</b> – Distribuição de frequências dos alunos por géneros .....	35
<b>FIGURA 9</b> – Distribuição de frequências dos alunos por idade .....	35
<b>FIGURA 10</b> – Diagrama de caixa de bigodes de comparação da idade (anos) dos alunos de acordo com o género .....	36
<b>FIGURA 11</b> – Distribuição de frequências de alunos por ano de escolaridade .....	36
<b>FIGURA 12</b> – Distribuição de respostas para ida ao MD .....	37
<b>FIGURA 13</b> – Distribuição de frequência para o hábito que os alunos têm de lavar os dentes.....	37

<b>FIGURA 14</b> – Distribuição de frequências de respostas a “A escova de dentes é só tua?”.....	38
<b>FIGURA 15</b> – Distribuição de respostas para quem ensinou a criança a escovar os dentes.....	39
<b>FIGURA 16</b> – Distribuição de frequência de respostas dos inquiridos à questão “Quantas vezes escovas os dentes por dia?”.....	39
<b>FIGURA 17</b> – Distribuição da frequência de quando as crianças escovam os dentes.....	41
<b>FIGURA 18</b> – Distribuição da percentagem das preferências dos alunos relativamente ao facto de gostarem de escovar os dentes.....	42
<b>FIGURA 19</b> – Distribuição das percentagens para o hábito do consumo de doces por parte das crianças.....	43
<b>FIGURA 20</b> – Distribuição de respostas para o momento do dia em que as crianças consomem doces.....	43
<b>FIGURA 21</b> – Diagrama de caixa de bigodes para comparação do IGV medido nos três momentos de avaliação do estado de higiene oral das crianças.....	44
<b>FIGURA 22</b> – Diagrama de caixa de bigodes para comparação do IGV medido nos três momentos de avaliação do estado de higiene oral das crianças, e se pertenciam ao grupo que recebeu actividades lúdicas entre o 2º e o 3º momento de avaliação.....	47

## Índice de Tabelas

<b>TABELA 1</b> – Cronograma das intervenções .....	28
<b>TABELA 2</b> – Tabela de anotação de dados relativos ao Índice Greene & Vermillion simplificado .....	33
<b>TABELA 3</b> – Caracterização da amostra relativamente à sua idade (anos) e idade por género.....	35
<b>TABELA 4</b> – Estatísticas do número de vezes que os inquiridos lavam os dentes diariamente, sua relação com o género, o ano de escolaridade e com quem os ensinou a escovar os dentes.....	40
<b>TABELA 5</b> – Frequência e percentagem do grau de autonomia com que as crianças lavam os dentes (sozinhas ou acompanhadas).....	40
<b>TABELA 6</b> – Distribuição da relação do número de vezes que a criança escova os dentes com o momento do dia em que lavam.....	41
<b>TABELA 7</b> – Distribuição de frequências para as respostas das crianças sobre gostar de lavar os dentes.....	42
<b>TABELA 8</b> – Distribuição de frequências dos valores de IGV observados nos três momentos de medição.....	44
<b>TABELA 9</b> – Comparação entre o IGV medido no momento inicial (1º momento) e após instruções de como escovar os dentes correctamente (2º momento).....	45
<b>TABELA 10</b> – Comparação entre o IGV medido no momento inicial (1º momento) e no fim da acção ou última visita (3º momento), avaliando a influência das actividades lúdicas – instrução/motivação – sem relembrar a instrução correcta.....	45

**TABELA 11** – Comparação entre o IGV medido após dar instrução sobre como lavar os dentes correctamente (2º momento) e o 3º momento, avaliando a influência das actividades lúdicas na instrução/motivação em manter a escovagem correcta.....46

**TABELA 12** – Comparação entre o IGV medido no início (1º momento) e no fim (3º momento) avaliando a influência das actividades lúdicas na instrução/motivação em manter a escovagem correcta, considerando os diferentes anos lectivos e o género das crianças..... 48

**TABELA 13** – Comparação entre o IGV medido no 1º momento e o número de vezes que a criança escova os dentes diariamente..... 49

## **Índice de Abreviaturas**

**AAPD:** American Academy of Pediatric Dentistry

**DGS:** Direcção Geral de Saúde

**E.B.:** Escola Básica

**FCS-UFP:** Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa

**IGV:** Índice Greene & Vermillion

**IPB:** Índice de Placa Bacteriana

**J.I:** Jardim de Infância

**MD:** Médico Dentista

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**SPSS:** Statistic Package for Social Sciences

**UNHCHR:** United Nations High Commission for Human Right

## **Índice de Anexos**

**Anexo 1:** Pedido de Autorização à Escola

**Anexo 2:** Consentimento informado

**Anexo 3:** Inquérito

**Anexo 4:** Apresentação de PowerPoint (1º e 2ºano)

**Anexo 5:** Apresentação de PowerPoint (3º e 4ºano)

**Anexo 6:** Ficha de Consolidação de Conhecimentos

**Anexo 7:** Desenhos

**Anexo 8:** Contrato

**Anexo 9:** Vídeo: Viagem ao Mundo com o Dr.º Dentolas

**Anexo 10:** Teatro de Fantoques do Batalhão da Higiene Oral

**Anexo 11:** Jogo do dente

**Anexo 12:** Ofertas

## **Introdução**

É consensual que o percurso dos profissionais de saúde, nomeadamente na medicina dentária, tem sido atravessado por uma constante reflexão em torno de uma problemática que se apresenta central: a prática dos cuidados de higiene oral. Assim, vários estudos, neste sentido, comprovam a necessidade de todos os cidadãos serem sensibilizados e motivados para a aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis. Essa sensibilização deve começar desde cedo, nas crianças, proporcionando assim um desenvolvimento activo e com qualidade de vida.

A Odontopediatria é a área da Medicina Dentária dedicada à saúde oral dos bebés, crianças e adolescentes (Boj *et al.*, 2004).

A criança, ser humano *sui generis*, confronta-se com problemáticas idênticas às do adulto, mas, devido à sua imaturidade emocional, requer dos profissionais e das instituições, respostas específicas de forma a contemplar uma diversidade de necessidades e direitos (Piaget, 1979).

As doenças orais “constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade com custos económicos e ganhos em saúde relevantes” (DGS, 2005).

Com medidas simples executadas pelos actores sociais, crianças ou com a ajuda da família encorajadas pela escola e pelos serviços de saúde pode-se contribuir para a obtenção de ganhos em saúde oral.

Os princípios da promoção da saúde devem constituir uma referência a nível da higiene oral. Um comportamento correcto face a esta temática, resulta de um longo processo de aprendizagem envolvendo os vários parceiros sociais, nomeadamente psicólogos, médicos, nutricionistas e professores... E paralelamente a esta envolvência de equipa resulta uma aprendizagem que tem subjacente a aquisição de comportamentos individuais e de hábitos alimentares correctos (Makuch, A., 2001).

Assim, é na infância que deve começar a prevenção e a aquisição de conhecimentos de forma a tornarem as crianças mais pró-activas, responsabilizando-as também da necessidade de uma higiene eficaz para manter a sua saúde oral, como parte integrante de um todo inerente ao seu processo de crescimento e desenvolvimento.

O que inicialmente era uma questão associada à crescente necessidade de aprofundar os conhecimentos científicos no campo de acção, transformou-se num esboço de projecto, que mais tarde, originou um plano de investigação, que pretende promover, motivar e sensibilizar as crianças fornecendo-lhes informação acerca da higiene oral de modo que estes melhorem os seus hábitos e verificar de que forma as actividades lúdicas têm influência nessa motivação.

Numa fase inicial, pretendeu-se questionar os actores sociais, crianças sobre a imagem que possuem da qualidade e bem-estar, mensurar os seus hábitos de higiene oral e, posteriormente, comparar se se verificaram melhorias na aquisição dos conhecimentos após a intervenção.

A minha motivação pelo tema prendeu-se com todo o meu percurso, quer enquanto criança, quer enquanto adolescente ter vivido na vila de Sousel e ter apreendido o quão importante era romper com todo um passado de hábitos tradicionais que passam de geração em geração e vivenciar a necessidade de mudança de mentalidades.

Assim, tive oportunidade de verificar que a população viveu um pouco na obscuridade, dada a escassez de recursos de saúde e que se reverteu na dessensibilização da sua procura, esquecendo a prevenção e a promoção da saúde, recorrendo apenas aos profissionais de saúde após instaurado o processo de doença. É certo que, os cidadãos desta pequena vila são ávidos, por um lado de informação, por outro de sensibilização e motivação sendo necessário, sem dúvida, um investimento para melhorar o bem-estar, quer das crianças, quer dos adultos que ali vivem.

Dada a minha vivência nesta pequena vila e reconhecendo a importância, de que nunca é tarde, para tentar melhorar a qualidade de vida e o grau de informação/ motivação das pessoas de Sousel e, em virtude dos conhecimentos que tive oportunidade de adquirir com a minha

formação académica, Medicina Dentária, despertou em mim, o querer há muito latente e pouco a pouco deu lugar à acção de compreender e analisar os hábitos e estilos de vida da criança no que concerne à sua higiene oral, onde o mandato social de “prevenir” justifica todas as acções e procedimentos.

Assim, surgiu a vontade de transmitir e dar oportunidade aos pais e às crianças da vila de Sousel que frequentam a escola do 1ºCiclo com Jardim de Infância serem informados e consciencializados da importância da prevenção e promoção da saúde a nível oral.

Delineou-se para este estudo os seguintes objectivos:

- Identificar e fazer uma análise da imagem das crianças da Escola do 1ºciclo com Jardim-de-Infância de Sousel, face ao conhecimento das boas práticas de higiene oral. Esta análise basear-se-á na comparação dos aspectos/variáveis que consideramos especialmente significativos para a identificação da qualidade das boas práticas de higiene oral.
- Relacionar os dados obtidos através do inquérito realizado aos actores sociais, crianças que frequentam a Escola do 1ºciclo com Jardim de Infância de Sousel do 1º ao 4ºano, com o objectivo de estimar qual a consciencialização e sensibilidade dos vários actores sociais relativamente às condições para as boas práticas de higiene oral que podem contribuir para a qualidade do seu bem-estar enquanto criança.
- Promover, sensibilizar e motivar a população alvo sobre a higiene oral através de meios interactivos, como teatro de fantoches, palestras, jogos educativos e demonstração individual.
- Avaliar quais as mudanças de hábitos e práticas de higiene oral no seu quotidiano face à sensibilização/motivação, com a medição do índice de higiene oral (Índice de Greene & Vermillion Simplificado)
- Avaliar se as actividades lúdicas têm impacto na assimilação e acomodação dos hábitos de higiene oral correctos, comparativamente com as crianças que apenas se utilizou método expositivo para a transmissão destes conhecimentos.

Para a realização deste estudo procedeu-se inicialmente ao levantamento de obras, artigos científicos, textos, que fizessem alusão à temática que se irá abordar, nomeadamente, os aspectos históricos e sociais da vila de Sousel, assim como a acessibilidade aos serviços de saúde. Foi ainda alvo de pesquisa, as práticas de higiene oral correctas (escovagem, fio dentário, flúor, alimentação saudável), a percepção e aquisição de hábitos de Higiene Oral, a promoção da saúde oral e por fim, uma breve abordagem sobre a importância das actividades lúdicas em contexto escolar.

Realizou-se a pesquisa bibliográfica no motor de busca da *pubmed* com as seguintes palavras-chave: “*oral hygiene*”, “*oral health promotion*”, “*Greene & Vermillion index*”, bem como uma consulta de livros relacionados com o tema.

Foram seleccionados 50 artigos científicos, tendo como limite temporal os últimos 10 anos.

O estudo realizou-se entre o mês de Setembro de 2008 e Maio de 2009.

O Trabalho de promoção da Saúde com os alunos tem como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles” podem fazer para se protegerem, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o real e actuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados. Neste processo, os alicerces são as “forças” de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências (DGS, 2006).

Concentrou-se na ideia de que o reconhecimento de práticas saudáveis no quotidiano das crianças pressupõe a aquisição de aptidões e hábitos correctos de higiene oral.

É certo que, na medida em que as características ambientais sejam favoráveis e as oportunidades lhes sejam oferecidas, as crianças adquirirão modificações de comportamento que irão reverter-se no seu bem-estar.

Este trabalho de investigação incorpora no seu título uma síntese daquilo que pretende ser.

## Desenvolvimento

### I – Sousel

#### I.1 - Localização geográfica:



FIGURA 1 – Localização e mapa de Sousel (Fonte: [www.viajar.clix.pt](http://www.viajar.clix.pt))

O concelho de Sousel localiza-se no extremo sul do distrito de Portalegre, junto do limite com o distrito de Évora e na vizinhança dos concelhos de Estremoz, Arraiolos, Avis, Mora e Fronteira. Esta terra alentejana encontra-se na zona de transição entre o Norte Alentejano e o Alentejo Central, estendendo-se de Este para Oeste numa área de 279,4 km<sup>2</sup> e 5 780 habitantes (2001) (Figura 1). É sede de município subdividido em 4 freguesias: Cano, Casa Branca, Santo Amaro e Sousel. Em que Sousel residem cerca de 2 100 habitantes (Município de Sousel, 2008).

#### I.2 - Contexto histórico

A vila de Sousel e seu termo foi comenda da Ordem de Avis e consta que os primeiros povoadores de Sousel, por volta do séc. XIII, foram principalmente fidalgos em virtude de doações reais de grandes extensões de terrenos. Na verdade, a simples ocupação do território vago após a Reconquista Cristã, foi razão suficiente para muitas doações reais a nobres e fidalgos e, principalmente, a ordens religiosas e/ou militares. D. Nuno Álvares Pereira entra, de facto, na história de Sousel no contexto da crise dinástica de 1383-1385. Como comandante do exército nacional, a vitória na Batalha dos Atoleiros – o primeiro confronto entre os exércitos português e castelhano – marca o início do seu sucesso militar. Mestre de

Avis sobre ao trono como D. João I e os bens da Ordem da Avis são integrados na Coroa. Em virtude dos bons serviços prestados à nação, D. João I agracia D. Nuno com diversos privilégios e doações, entre as quais Sousel (1408).

A Casa de Bragança passa a ser donatária da Vila de Sousel, em 1422, através de uma importante e avultada doação feita por D. Nuno (confirmada por D. Manuel I, em 1430). Esses bens viriam ampliar o já imenso património da Casa de Bragança, nessa altura, propriedade de D. Fernando, 2.º Duque de Bragança, neto de D. Nuno Álvares Pereira. A Casa de Bragança tornou-se assim na Casa mais rica de Portugal, com dezoito alcaidarias, entre as quais, Sousel.

Com a Reforma dos Forais, levada a cabo por D. Manuel I, sabe-se que Sousel teve Carta de Foral, publicada em 13 de Fevereiro de 1515. Na primeira metade do século XVIII, o município era governado no nível por um juiz de fora, três vereadores, um escrivão de câmara, um procurador do Concelho, um juiz dos órfãos com o seu escrivão e dois tabeliães do judicial e notas. O termo de Sousel era abundante em pão, azeite, frutas, caça e gados. Tinha também algum vinho e muitos montados e colmeias. Integrava uma paróquia dedicada a São João Baptista (São João da Ribeira) que, por sua vez, tinha como ermidas anexas: São Pedro, São Lourenço, São Miguel e São Bartolomeu da Serra.

Antes de serem incorporadas no Concelho de Sousel, as freguesias de Cano e de Casa Branca constituíram um Concelho à parte, com sede administrativa na primeira povoação. Primeiramente, Casa Branca pertencera ainda ao Concelho de Avis. O Concelho da Vila de Cano obteve foral a 1 de Novembro de 1512 e foi extinto a 26 de Dezembro de 1826, tendo passado a integrar o vizinho Concelho de Sousel desde essa data. Em 1842, o Concelho de Sousel era constituído pelas freguesias de Sousel, São João da Ribeira, Cano e Casa Branca e tinha, na totalidade, 1051 fogos. O Concelho de Sousel foi extinto duas vezes: primeiro, com a Grande Reforma Administrativa Municipal de 1855, integrando a Comarca e Concelho de Fronteira (viria a ser restaurado pela Lei de 10 de Julho de 1863) e, depois, através da Reforma Administrativa de 26 de Setembro de 1895, sendo, desta vez, anexado ao Concelho de Estremoz.

O Município foi definitivamente restaurado a 13 de Janeiro de 1898, englobando as freguesias de Cano, Casa Branca e Sousel. Com o Código Administrativo de 1896, a freguesia São João da Ribeira havia sido extinta e o seu território anexado à freguesia de Sousel. A freguesia de Santo Amaro só foi anexada ao Concelho de Sousel pelo Decreto-Lei n.º 22009, de 21 de Dezembro de 1932, integrando anteriormente os Concelhos de Veiros, primeiro, e de Fronteira, depois (Município de Sousel, 2008).

### **I.3 - Caracterização Sócio-Económica**

Sousel é uma simpática vila Alentejana, sede de município, situada numa calma planície onde impera a paz de espírito e conceituada pelos seus produtos locais de qualidade, como azeites, queijos ou enchidos.

Os dados históricos da localidade são escassos, existindo vestígios de ocupação bem antiga, conquanto sem rigor comprovado.

Sousel é terra antiga, de ruas estreitas e tortuosas, e ao contrário da grande maioria das povoações alentejanas, não é limitada por grandes propriedades. De facto, em volta da vila existiram terras coutadas da Casa de Bragança, que no século XIX foram divididas e que assim se mantêm, os chamados "coutos".

O município de Sousel é hoje em dia caracterizado por uma feição agrícola e pecuária, com poucas indústrias, e com uma feição turística crescente, nomeadamente hotelaria e pequeno comércio tradicional, não tendo sido corrompida pelo “turismo de massas”, oferecendo diversas actividades e contacto com a natureza envolvente.

Em Sousel a tradição continua a ser valorizada, encontrando-se bonitos trabalhos artesanais com técnicas e materiais já ancestrais, com destaque para a tapeçaria, os arranjos em flores secas, os trabalhos em couro e pele, a sapataria tradicional, a colorida pintura alentejana e decorativa e as rendas de bilros.

A Gastronomia é também ela tipicamente Alentejana, com apreciados produtos regionais, encontrando-se especialidades como a verdadeira açorda alentejana, os miolos com espargos,

a sopa de tomate, o ensopado de borrego ou diversos pratos de caça (Município de Sousel, 2008).

## **I.4 - Acção Social, Educação e Saúde**

### **I.4.1 - Acção Social**

A Rede Social foi criada através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97, de 18 de Novembro. É um programa que promove o desenvolvimento social local através do reconhecimento público das redes de solidariedade que actuam localmente no combate à pobreza e à exclusão social.

Tem como objectivos promover um planeamento integrado e sistemático, mobilizando competências e recursos das instituições e das comunidades, para garantir uma maior eficácia do conjunto de respostas sociais no concelho e nas freguesias (Município de Sousel, 2008).

### **I.4.2 - Educação**

Esta vila possui um “Agrupamento Vertical de Escolas de Sousel”, constituído pela E. B. 2, 3 Padre Joaquim Maria Fernandes, pela Escola Básica do 1.º Ciclo com Jardim de Infância de Sousel, pela Escola E.B.1 com J.I. de Cano, pela E.B.1 com J. I. de Casa Branca e pela Escola EB 1 de Santo Amaro.

É na área ocupada pela EB 2, 3 Padre Joaquim Maria Fernandes, que estão implantados, em três blocos, os serviços administrativos, o centro de recursos, a biblioteca, a papelaria, a reprografia, a sala de convívio, os laboratórios e as salas de aulas, destinadas ao 2º e 3º Ciclos. Esta escola é frequentada por cerca de 500 alunos.

A Escola do 1ºciclo com J. I. de Sousel, onde se realizou este estudo, situa-se na Avenida 25 de Abril. Nesta escola estão instaladas as turmas do 1º Ciclo e o ensino pré-escolar, em dois edifícios diferentes. Refazendo um total de 100 alunos. No edifício sem tipo, funcionam o Jardim-de-Infância e duas turmas do 1º ciclo, estando as casas de banho situadas no pátio

exterior coberto. No outro edifício existem quatro salas de aula e um espaço polivalente, fechado, para actividades lúdicas e desportivas, mas onde funciona o refeitório escolar, gerido pela Câmara Municipal. No restante espaço existe um recreio ao ar livre (Direcção Regional de Educação do Alentejo, 2008).

### **I.4.3 - Acessibilidade aos Cuidados de Saúde**

Os cuidados existentes ao nível da saúde oral nesta freguesia são escassos, uma vez que esta apenas possui uma Clínica Dentária particular constatando-se que apenas o médico dentista se desloca à mesma uma a duas vezes por semana.

Nesta pequena vila não existe qualquer transporte rodoviário dentro da própria. Assim, para recorrerem aos cuidados de saúde os utentes deslocam-se em carro próprio, táxi e/ou Bombeiros, o que faz com que haja uma diminuição da acessibilidade aos cuidados de saúde, levando, quer por um lado, a um desinteresse por parte da população, quer por outro, a um desconhecimento da necessidade de prevenção da sua saúde nomeadamente a nível oral. É de salientar ainda, que os utentes apenas recorrem aos serviços de medicina dentária quando já se encontra instaurado o processo de doença.

No entanto, o Centro de Saúde, encontra-se no momento a incrementar um trabalho em equipa de forma a dar cumprimento ao programa nacional de saúde escolar, segundo as orientações da Direcção Geral de Saúde, nomeadamente a nível da saúde oral. Assim, este programa apenas teve início no ano lectivo 2007/2008 e no momento encontram-se em fase de implementação, tem subjacente as seguintes actividades no terreno:

- Um bochecho quinzenal com uma solução fluoretada a todas as crianças que frequentam o 1º ciclo básico
- A promoção da higiene dentária junto de todos os alunos, incentivando-os a escovar diariamente os dentes com uma pasta com flúor
- A diminuição do consumo de alimentos açucarados (em especial os ingeridas no intervalo das refeições)

- O tratamento das cáries em crianças portadoras dessa patologia dentária. Assim, o Centro de Saúde está a fazer o rastreio nas escolas, em crianças entre os 6 e os 7 anos de idade.

As crianças portadoras de cárie são encaminhadas para o Profissional de Saúde Oral (médico dentista) que efectuará o devido tratamento no seu consultório.

Os custos de tratamentos são suportados pelo Serviço Nacional de Saúde, não havendo qualquer pagamento pelos pais/encarregados de educação, ficando a seu cargo o transporte das mesmas.

## **II – Higiene Oral**

### **II.1 - Educação para a Higiene Oral**

A educação para a saúde oral possibilita que as pessoas se mantenham informadas e motivadas, permitindo-lhes adoptar e manter boas práticas de saúde e estilos de vida saudáveis (Ide R, *et al.*, 2001).

Segundo Silveira, J. *et al.* (2002), um programa de assistência dentária inserido no paradigma da educação da saúde deve desenvolver tanto acções educativas como preventivas e não se limitar apenas a actividades curativas.

Toassi, R. *et al.* (2002), defende que programas de motivação e educação em relação à higiene oral, tais como métodos simples e eficientes para remoção de placa bacteriana e a prevenção de doenças que dela resultam, são de extrema importância, facilitando a implementação o hábito de escovagem diário na vida da criança.

A melhor forma de prevenir o aparecimento de cáries e de doenças periodontais é possuir hábitos alimentares saudáveis, manter uma boa higiene oral, usando um pasta de dentes com flúor e escovando os dentes regularmente (duas vezes por dia) (Kasila K *et al.*, 2006).

### **II.1.1 - Escovagem, Fio dentário, Flúor**

#### **- Escovagem**

A escovagem dos dentes é o método mais comum para a remoção da placa bacteriana da cavidade oral (Dean, J., *et al.*, 2001).

É importante se orientar técnicas de higiene que permitam à criança facilidade na sua aprendizagem, possibilitando eficiência na remoção de placa bacteriana, somada a motivação, para efectivamente se alcançar a tão desejada a saúde oral (Dimbarre e Wambier, 1996, Buischi, Y., 2003, Kwan S. *et al.*, 2005)

As escovas mais recomendadas para as crianças são as que têm cerdas macias e ponta arredondada para minimizar as lesões gengivais, devem ser de dureza média ou suave, o tamanho da cabeça da escova deve estar adaptada ao tamanho da dentição (Boj, JR., *et al.*, 2004; Navarro, C. *et al.*, 1999; Buischi, Y., 2003).

Segundo Boj, JR., *et al.* (2004), as técnicas de escovagem mais adequadas para as crianças em idade escolar são a técnica de Bass, que consiste na colocação da escova num ângulo de 45° e relação ao eixo do dente e aplicação de movimentos circulares ou vibratórios, e a técnica de Stillman modificada, que consiste na colocação da escova vertical ao eixo do dente e girá-lo em 45°, para cima para baixo.

Contudo, os estudos demonstram que a motivação de uma criança para realizar um higiene oral correcta é muito mais importante que a técnica utilizada (Navarro, C. *et al.*, 1999 e Mayer MP, *et al.*, 2003).

Relativamente à duração da escovagem, estudos realizados em crianças e adolescentes demonstraram que, ao aumentar o tempo de escovagem, aumenta a eliminação da placa bacteriana, embora a maior parte da placa se elimina nos primeiros 60 segundos. Quando se prolonga o tempo de escovagem até três minutos, as zonas menos acessíveis, que tem sempre uma percentagem elevada de placa em comparação às superfícies vestibulares e dentes anteriores. (Macgregor, DM; Rugg-Gunn, AJ., 2006 e Honkala, E., 2005).

É necessário escovar-se os dentes durante um tempo suficiente, que empiricamente poderia ser de três minutos, mas também é necessário seguir um padrão de escovagem e assegurar a limpeza de todos os dentes e de todas as superfícies (Navarro, C. *et al.*, 1999, Macgregor, DM; Rugg-Gunn, AJ., 2006 e Honkala, E. *et al.*, 2005).

### **- Flúor**

Segundo os dados registados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 800 milhões de pessoas em todo o mundo beneficiam actualmente do uso de fluoretos, os compostos químicos com maior incidência sobre o controlo das cáries e a manutenção da saúde oral. E tudo isto é possível graças à fluoretação das águas e ao uso generalizado de dentífricos fluoretados.

O uso de flúor contribui para a prevenção, inibição e reversibilidade do processo cariioso, a exposição precoce da criança ao flúor quer a nível sistémico ou tópico é muito importante (AAPD, 2003).

O flúor quando está presente na saliva é capaz de travar as reacções de desmineralização que se produzem na superfície do esmalte, assim como acelerar a remineralização de pequenas lesões incipientes de cáries. A sua presença parece que também interfere no metabolismo das bactérias da placa. Em concentrações elevadas tem um efeito bactericida e, quando se ingere durante o período de calcificação dos dentes, é capaz de tornar o esmalte mais resistente a futuros ataque ácidos que o dente vai sofrer ao longo da vida (Silla, J., 1999).

O flúor também tem efeitos indesejáveis. O uso excessivo de flúor, mais frequentemente na forma de suplementos dietéticos ou fórmulas contendo flúor, durante o período de maturação

do esmalte, em particular dos dois aos oito anos de idade, pode causar hipomineralização permanente ou fluorose (Billings RJ *et al.*, 2005 *cit in* Costa C *et al.*, 2008).

O esmalte aumenta a sua resistência, basicamente devido à acção o ião flúor (Boj, JR., *et al.*, 2004).

### **- Fio Dentário**

É a partir dos 6 anos, quando erupcionam os primeiros molares permanentes, que aparecem os contactos interproximais e é por volta desta altura que se devem ensinar as crianças a utilizar o fio dentário (Boj, JR., *et al.*, 2004).

A prevalência de cárie e gengivite é maior nas zonas interproximais, onde a remoção de placa é ineficiente. Daí, a importância da realização sistemática e adequada do controlo da placa interproximal (Grondahl, H., 1977 *cit.in* Buischi, Y., 2003).

Uma escovagem correcta complementada com o uso de fio/fita dentária resulta numa maior remoção de placa bacteriana nas superfícies interproximais do que aquela obtida através de uma simples escovagem (Bergenholtz, A. 1972 *cit.in* Buischi, Y., 2003).

Recomenda-se o uso de fio dentário para crianças e adultos jovens, que apresentem papilas gengivais que preencham todo o espaço interproximal (Buischi, Y., 2003).

## **II.1.2 - Cuidados Alimentares / Dietéticos**

A alimentação é essencial na nossa vida. Para desempenharmos as tarefas diárias necessitamos de energia que é obtida através dos alimentos mas essa necessidade varia com o esforço que se despende. No caso das crianças e dos jovens que, habitualmente, têm grande actividade física e intelectual é muito importante ter uma alimentação equilibrada e variada, dado que estão em crescimento e desenvolvimento (Feliciano, E. 1994).

Os factores dietéticos são mais um dos aspectos relevantes de uma higiene oral saudável, uma vez que estes têm um papel muito importante no processo de cárie e na erosão dentária (Moynihan, 2002 *cit. in* Bezerra, A.; Toledo, O. 2003).

A ocorrência de cárie dentária deve-se a desmineralização que sofre o esmalte e a dentina por acção dos ácidos orgânicos resultantes do metabolismo bacteriano normal, presente dos carboidratos fermentáveis provenientes da dieta. Após a ingestão de açúcares o pH resultante é menor que 5,5 (pH crítico) e há uma perda de iões de hidroxiapatite, ocorrendo o chamado fenómeno da desmineralização (Bezerra, A.; Toledo, O., 2003).

Segundo Russo, E., 2004, os carboidratos fermentáveis, especialmente os açúcares, têm um papel vital na etiologia da cárie dentária. Porém, estes por si só não têm capacidade de induzir um processo cariioso, devido à etiologia multifactorial da cárie. Contudo, o consumo excessivo e repetitivo destes carboidratos, nomeadamente, a sacarose, glicose, frutose e amido aumenta a predisposição para esta devido ao seu elevado potencial cariogénico.

Em 2003 no relatório *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease by World Health Organization and The Food and Agriculture Organization of United Nations* verificou-se que existe evidência de que há associação entre a quantidade de açúcar ingerido e a cárie dentária, e que a frequência é tão importante como a quantidade (Marshall T. *et al.*, *cit. in* Costa, C. *et al.*, 2008).

Russo, E., 2004, defende também que os alimentos mais pegajosos apresentam maior cariogenicidade, visto que se aderem à superfície dentária e apresentam maior dificuldade de remoção através da auto-limpeza realizada pela saliva e pela acção mecânica da boca.

O tamanho das partículas de alguns compostos, o estado de hidratação, a consistência física e o aquecimento podem também, separadamente, modificar a cariogenicidade do alimento (Russo, E., 2004).

O controlo da dieta deverá tentar reduzir a quantidade total de açúcar ingerida e modificar, sempre que necessário, os seus padrões de utilização, uma vez que se tem verificado que o consumo de açúcar é um factor altamente significativo na determinação da experiência de

cárie, principalmente quando ingerido no intervalo das refeições e sob uma forma adesiva (Pereira, A., 1993 e Vanobbergen, J. *et al.*, 2001).

A consistência da dieta tem sido considerada importante para a promoção da saúde oral. Alimentos duros e fibrosos fornecem o estímulo funcional necessário à manutenção do ligamento periodontal e do osso alveolar. Embora a ingestão de alimentos duros e fibrosos tenha sido algumas vezes recomendada como forma de promover a limpeza natural dos dentes, possivelmente ela só é eficaz na redução de depósitos mais grossos situados na face oclusal ou incisal. Os depósitos de placa localizados no terço cervical são pouco afectados por esse tipo de dieta (Chaves, M. *et al.*, 1986 e Russo, E., 2004).

Russo, E. (2004), refere que uma dieta saudável, à base de vitaminas, proteínas e minerais, pode favorecer a manutenção da saúde oral e dificultar o estabelecimento da doença cárie. Alimentos ricos em fluoretos, tais como frutos do mar, vegetais verdes-escuros e chá preto, podem promover uma protecção à instauração da doença cárie, desde que o paciente mantenha uma higienização adequada.

Segundo “*American Academy of Pediatric Dentistry*” (AAPD) em 2008, as recomendações para a alimentação saudável passam por:

- Conter uma alimentação variável;
- Realizar uma alimentação equilibrada e praticar exercício físico de modo a ter um índice de massa corporal saudável;
- Consumo adequado de calorias de modo a permitir um crescimento e desenvolvimento normal e obter um peso ideal.
- Seleccionar uma dieta rica em vegetais, frutos e com baixo teor de gorduras saturadas.
- Utilizar o açúcar e o sal com moderação.

## **II.2 - Percepção e Aquisição de Hábitos de Higiene Oral**

A Percepção baseia-se na captação de informação dos acontecimentos do meio exterior, ou do meio interno, pela via dos mecanismos sensoriais. Através da percepção um indivíduo organiza e interpreta as suas impressões sensoriais para atribuir significado ao seu meio. Consiste na aquisição, interpretação, selecção e organização das informações obtidas pelos sentidos. A percepção pode ser estudada do ponto de vista estritamente biológico ou fisiológico, envolvendo estímulos eléctricos evocados pelos estímulos nos órgãos dos sentidos. Do ponto de vista psicológico ou cognitivo, a percepção envolve também os processos mentais, a memória e outros aspectos que podem influenciar na interpretação dos dados percebidos (Doran, R; Parot, F., 2001).

Segundo Piaget (1979), em cada momento do desenvolvimento o processo adaptativo dá lugar a uma forma determinada de organização do conhecimento cujas características são diferentes das de outros momentos evolutivos. Através da percepção, um indivíduo organiza e interpreta as suas impressões sensoriais para atribuir significado ao seu meio. Consiste na aquisição, interpretação, selecção e organização das informações obtidas pelos sentidos.

Assim os processos adaptativos da criança têm inerentes, dois processos distintos, que tendem a equilibrarem-se: a assimilação e a acomodação.

A assimilação é um mecanismo de adaptação do organismo, do sujeito a um meio. Supõe a incorporação da experiência nova a esquemas de acção ou de conhecimento já existentes. Permite reconhecer ou identificar os objectos ou acontecimentos novos aplicando-lhes esquemas já existentes (Piaget, 1979).

A acomodação consiste nas alterações introduzidas nas estruturas existentes que ocorre quando uma experiência não é assimilável pelas estruturas existentes. Então, ocorre uma modificação a nível das estruturas ou a aquisição de novos esquemas que permitam novamente a assimilação. Ou seja, refere-se às modificações a nível do sujeito, devido à sua actividade assimiladora, alteração das estruturas cognitivas em função de uma situação nova (Piaget, 1979).

Um dos aspectos mais importantes na aquisição/consciencialização de hábitos de higiene oral por parte da criança passa, não só por uma sensibilização através de informação, mas também pela forma como esta é motivada (Makuch, A.; Reschke, K., 2001 e Livny, A. *et al.* 2008).

Assim, quando se pretende informar a criança sobre hábitos e estilos de vida saudáveis devemos ter a preocupação de possuir modelos representativos alusivos à higiene oral, tais como escovas de dentes, “modelos de boca” ou “macrodente”, como elementos motivadores.

Os elementos importantes para a aquisição e mudança de hábitos e comportamentos, face às boas práticas de higiene oral, são a aprendizagem social, a participação activa, a auto-monitorização, o aperfeiçoamento da técnica de escovagem (Buischi, Y. *et al.*, 1994 e Buischi, Y. *et al.*, 2003).

Em contexto escolar, Educar para a Saúde consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao tal *bem-estar físico, social e mental*.

A ausência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão. Daí, a importância da abordagem da Educação para a Saúde em meio escolar (Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento da Curricular, 2009).

### **II.3 - Promoção de Saúde Oral**

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (Carta de Ottawa, 1986).

A educação para a saúde oral deve fazer parte da educação para a saúde geral. Só através da educação para a saúde teremos um paciente bem motivado, bem informado e bem treinado. É através desta que o profissional pode despertar no paciente o interesse de promover e se manter saudável. Assim, educar para a saúde é o meio mais importante de controlo das doenças dentárias (Buischi, Y., 2003, Garcia P., *et al.*, 2004).

Segundo AAPD (2003), é de extrema importância uma intervenção cada vez mais precoce por parte dos profissionais e existir uma continuidade dos cuidados baseados nas necessidades individuais de cada criança.

AAPD (2003), afirma que a educação da saúde oral infantil é fundamental para a prevenção dos cuidados dentários, sendo esta imprescindível para uma vida sem problemas e doenças dentárias.

É entre os 6 e 10 anos, período escolar, que as crianças se responsabilizam de forma progressiva pela sua higiene oral (Boj, JR., *et al.*, 2004).

*“Os estilos de vida são um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida”* (DGS, 2006).

#### **II.4 - Motivação com Actividades Lúdicas**

*“A motivação é a força propulsora dos nossos actos. O sentimento de se adquirir com maior responsabilidade tem sido descrito como factor mais eficaz de motivação”* (Buischi, Y., 2003).

A infância é um período da vida caracterizado pela aceleração gradual dos aspectos físicos, psicomotores, cognitivos, emocionais e sociais. Desta fase, as interações das crianças fazem-se através de estímulos sensoriais, desenvolvendo-se posteriormente outras

capacidades, quer cognitivas, quer perceptivas, quer sociais e morais (Ferrero *cit. in* Goncalez, O., 2000).

Todas as formas de comunicação entre as crianças e com as crianças, tais como as actividades entre si, as actividades escolares de expressão livre devem ser estimuladas (Cordero, 1994).

Na verdade, o jogo constitui uma autêntica escola de disciplina, contribui para o aflorar de emoções e afectos, constitui um espaço de acção em que a criança aceita e exercita, pondo à prova a sua coragem. “*O jogo permite-lhe descobrir o mundo, integrar-se na comunidade, efectuar as suas próprias experiências*” (Oliver, 1976) e “*edifica as estruturas mentais e a flexibilidade do corpo*” (Neto, 1998). Até porque, segundo este autor, é aqui que o jogo se apresenta como uma das formas mais importantes do ciclo vital, essencialmente no processo de formação e desenvolvimento do indivíduo.

A actividade lúdica propicia o desenvolvimento emocional, físico, intelectual e social da criança e faz com que ela se sinta mais motivada para a aquisição de competências, nomeadamente de boas práticas de higiene oral (Giddens, A., 2000 e Ginsburg R., *et al.* 2007).

Daí que os profissionais de saúde devam promover uma aprendizagem com actividades lúdicas “Jardim-de-infância/Escola”, valorizando as competências adaptativas e promovendo a interacção com outras crianças. Contudo, os “*timings*” que a própria criança delibera para a escovagem diária dos seus dentes devem ser respeitados e supervisionado até à aquisição correcta dessa competência. Os programas de actividades lúdicas têm-se tornado práticas correctas em pediatria, para combater os problemas psicológicos, sociais e os cuidados médicos (Giddens, A., 2000).

Brincar é, e faz parte da infância, apresenta-se como um factor primordial no crescimento social, intelectual, físico e emocional de todas as crianças, é uma fonte de prazer. É reconhecido pela “*United Nations High Commission for Human Right*” (UNHCHR) como um direito de todas as crianças (UNHCHR *cit. in* Kenneth, R *et al.*, 2006).

### III – Placa Bacteriana

“No contexto da cavidade oral, os depósitos bacterianos são denominados de placa bacteriana ou placa dentária” (Lang, N. *et al.*, 1999).

A formação da placa bacteriana é constituída por várias fases, iniciando-se com deposição, de bactérias *S. mutans*, que se acumulam e proliferam, originando a formação de uma comunidade designada de biofilme (Islam B. *et al.*, 2007).

A placa bacteriana dentária consiste num depósito leve de cor branca amarelada que se adere à superfície dos dentes e das restaurações, não sendo eliminada através de bochechos com água, jactos fortes de ar nem através da mastigação de alimentos duros ou fibrosos (Navarro, C., 1999 e Buischi, Y., 2003).

A principal causa de cáries deve-se ao acúmulo e ao metabolismo das bactérias sobre as superfícies duras na cavidade oral, os dentes, pois estes apresentam uma superfície dura não-descamativa que favorece o desenvolvimento de grandes depósitos bacterianos (Islam B. *et al.*, 2007).

A placa bacteriana não é uniforme. Varia de indivíduo para indivíduo, como varia também em diferentes áreas da boca, em diferentes superfícies do mesmo dente, em locais supra e infra-gengivais e caracteriza-se pela sua capacidade de aderência às superfícies dentárias, condição que lhe permite resistir às forças de auto-limpeza, geradas pela saliva e língua (Brailsford, S. *et al.*, 2005).

Para ocorrer a formação de placa bacteriana é necessária a existência de uma superfície sólida. As bactérias pioneiras iniciam a colonização da superfície dentária minutos após a realização da limpeza dos dentes, seguindo-se o processo de sucessão bacteriana. Durante as primeiras horas, as bactérias que continuam aderidas à película começam a proliferar, formando pequenas colónias de organismos morfológicamente semelhantes (Saxton, C.A., *cit.in.* Buischi, Y., 2003).

À medida que o tempo passa o número de bactérias vai aumentando, após 3-4 dias a espessura da placa recém-formada aumenta drasticamente, alcançado o seu máximo após 7 dias. Nesse mesmo período, a variedade de microrganismos aumenta, com a predominância de bacilos longos Gram-negativos e Gram-positivos, obtendo-se assim um biofilme bem estabelecido e organizado (Buischi, Y., 2003).

A quantidade de placa presente nas superfícies dentárias é normalmente expressa por índices específicos, sendo o Índice de Greene & Vermillion Simplificado utilizado neste estudo. Segundo este sistema são efectuadas seis medições, obedecendo ao seguinte critério: GRAU 0: ausência de placa bacteriana; GRAU 1: presença de placa bacteriana em até 1/3 da superfície dentária; GRAU 2: presença de placa bacteriana em até 2/3 da superfície dentária; GRAU 3: presença de placa bacteriana em mais de 2/3 da superfície dentária. Os seis valores obtidos são somados e divididos por 6. Obtendo-se o valor de índice de placa para o individuo (Rodrigues, CR., *et al.*, 1990).

A remoção da placa resulta no desaparecimento dos sinais clínicos da inflamação (Loe Theilade *et al.*, *cit. in* Lang, N. *et al.*, 1999).

A remoção da placa, através da higiene oral, é uma medida preventiva importante, que deve ser feita precocemente, pois isto ajudará a estabelecer um hábito de cuidados orais para toda vida e parece aumentar a probabilidade da criança permanecer livre de cárie até aos 3 anos de idade (Karjalainen, S *et al. cit. in* Costa, A.; Paiva, E.; Ferreira, L., 2006).

Uma boca livre de doenças trará felicidade e satisfação não somente aos pais e às crianças, mas também à equipa odontológica que forneceu as informações, as instruções e o reforço (Pinkhan, J. R. *et al.*, 1996).

## **IV – Investigação Científica**

### **IV.1 - Fase Conceptual**

A opção pelo estudo de uma escola do concelho de Sousel decorre do campo empírico do estudo e do interesse em investigar os hábitos de higiene oral da criança. Por outro lado, a condição da criança enquanto aluna gera a sua dependência sociocultural na instituição, facto que deveria contribuir e motivar a instituição a responder aos interesses, expectativas, necessidades de higiene oral da criança. Como foi revisto na literatura consultada, as potencialidades, em termos de bem-estar face à qualidade das práticas de higiene oral, compreendem uma resposta planeada e organizada que minimize os efeitos da cárie na criança e promovam a mudança de hábitos de higiene oral com qualidade.

Após a decisão pelo campo empírico de análise, seleccionou-se para este estudo, uma escola do concelho de Sousel, dirigido aos alunos do primeiro ao quarto ano de escolaridade. Os critérios que determinaram a escolha da escola resultaram da conjugação de dois objectivos: por um lado permitir conhecer a realidade social desta escola, abrangendo os contextos organizacionais e tradicionais, observar e identificar o efeito diferenciador sobre os contextos mais específicos constituídos pela unidade de observação; por outro abranger a máxima diversidade entre as crianças que frequentam a Escola do 1ºciclo com Jardim-de-infância de Sousel e ainda abranger o número máximo possível de crianças nesta escola.

A questão etária das crianças, foi desde início, considerada de particular relevância para as opções metodológicas, dado ser imperativo que as crianças pudessem responder aos respectivos questionários, embora com orientação e supervisão.

Assim, como unidade de observação, foi seleccionada uma escola do concelho de Sousel dada a facilidade e proximidade da investigadora nesta vila.

#### **IV.1.1 - Questão da investigação**

“Será que a instrução, motivação e as actividades lúdicas terão alguma influência na alteração dos hábitos de higiene oral nas crianças da Escola do 1º ciclo com Jardim-de-Infância de Sousel?”.

#### **IV.1.2 - Problema do estudo**

Na vida dos indivíduos, o sistema natural mais importante é, sem dúvida a família, espaço privilegiados do suprimento de necessidades básicas e de mediação entre o indivíduo e o meio social. A família constitui um sistema aberto em que os seus membros, com individualidade e vivências diferentes interagem entre si de uma forma circular, isto é, os comportamentos de um membro afectam todos os outros e consequentemente a família na sua globalidade. A família é um espaço *“privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interacção: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação e as relações interpessoais”* (Alarção, 2002).

Existem também outros factores a considerar neste processo, nomeadamente a falta de informação e sensibilização, o nível cultural e o obstáculo a uma acessibilidade ineficaz aos cuidados de saúde oral, por vezes, devido a problemas socioeconómicos da família e por sua vez conceitos e práticas de higiene oral que são transmitidos erradamente de geração em geração. É certo que, sem princípios orientadores e motivacionais de hábitos e estilos de vida saudáveis, podem desencadear-se progressivamente problemas a nível oral, devido à acumulação de placa bacteriana que está na base da alta incidência do problema de saúde oral, entre eles a doença periodontal e a cárie dentária.

### **IV.1.3 - Objectivos**

- Identificar e realizar um levantamento dos conhecimentos e dos hábitos, através de um inquérito, das crianças da Escola do 1ºciclo com Jardim-de-Infância de Sousel referente à higiene oral.
  
- Promover, sensibilizar e motivar a população alvo sobre a higiene oral através de meios interactivos, como teatro de fantoches, palestras e jogos educativos e demonstração individual.
  
- Relacionar os dados obtidos através do inquérito realizado às crianças, como objectivo de estimar qual a consciencialização e sensibilidade dos vários actores sociais relativamente às condições para as boas práticas de higiene oral e correlacionar esses resultados com o valor obtido na medição do índice de placa bacteriana.
  
- Avaliar se as actividades lúdicas têm efeito positivo na manutenção dos hábitos de higiene oral.
  
- Avaliar o índice de higiene oral (Greene & Vermillion Simplificado) antes e após a aquisição de conhecimentos.

Foram realizadas duas sessões de esclarecimento. Na primeira sessão foram efectuadas duas medições, a primeira que permitiu avaliar os hábitos de higiene oral que as crianças tinham, a segunda permitiu avaliar a eficácia da escovagem imediatamente após terem sido dadas as instruções. Na segunda sessão, foi apenas efectuada uma medição para avaliar se houve ou não alteração dos hábitos de higiene oral, avaliar a eficácia da escovagem passados 3 meses do ensinamento e verificar qual foi a influência de instruções/motivação com actividades lúdicas nas crianças, já que estas foram divididas em dois grupos, tendo um sido alvo de instrução/motivação com actividades lúdicas, nomeadamente, teatro de fantoches, jogos educativos e vídeos interactivos e outro não. Ao outro grupo, de controlo, as actividades lúdicas foram apenas realizadas numa fase posterior ao fim do estudo, tendo em vista o não diferenciar as crianças, num momento em que esse factor já não podia influenciar o estudo.

#### **IV.1.4 - Hipóteses de Investigação**

- Há melhorias dos hábitos de higiene oral após instrução/motivação.
- Os hábitos de higiene oral sem instrução/motivação são diferentes (piores) do que os hábitos de higiene oral com instrução/motivação.
- A interiorização da aprendizagem de escovagem correcta imediatamente após o ensinamento (medida indirectamente através do IGV simplificado, em que IGV baixos permitem verificar que a escovagem foi correctamente efectuada) ocorre, e mesmo algum tempo após este momento é possível verificar que o seu efeito se mantém, e que as actividades lúdicas podem ter impacto positivo na manutenção de hábitos de higiene oral.

#### **IV.2 - Fase Metodológica**

##### **IV.2.1 - Tipologia do Estudo:**

Estudo observacional, descritivo do tipo longitudinal. Caracteriza-se por ser observacional, descritivo porque os indivíduos são observados pelo menos duas vezes e informa sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. É do tipo longitudinal, porque avalia algo (placa bacteriana) antes e depois de uma intervenção educativa (instruções de higiene oral), permitindo uma comparação eficaz da influência desse facto no resultado.

Também é um estudo analítico de Coorte porque está subordinado a questões científicas, que relacionam efeitos: uma suposta “causa” e um dado “efeito”, respectivamente, permitindo avaliar se as crianças que estiveram sujeitas a uma instrução/motivação com actividades lúdicas (grupo de indivíduos expostos) obtiveram resultados diferentes das que não estiveram (grupo de indivíduos não expostos).

#### **IV.2.2 - Local de Recolha de Dados:**

Escola do 1ºciclo com Jardim-de-Infância de Sousel.

#### **IV.2.3 - População:**

Define-se população como “*O conjunto de todos os indivíduos que se pretende estudar em função de determinada propriedade. Não basta saber que tipo de dados deverão ser recolhidos, é também preciso circunscrever o campo das análises empíricas no espaço geográfico, social e no tempo*” (Quivy, 1992).

**População:** Crianças do 1º ciclo.

**População-alvo:** Crianças do 1º ciclo da Escola do 1ºciclo com Jardim-de-Infância de Sousel.

#### **IV.2.4 - Amostra:**

O método de selecção/amostragem dos participantes foi por conveniência, em que a amostra é constituída pelas crianças que frequentam a Escola do 1ºciclo com Jardim-de-Infância de Sousel, com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos. Treze crianças do 1ºano, 22 crianças do 2ºano, 23 crianças do 3ºano e 24 crianças do 4ºano.

#### **IV.2.5 - Critérios de Inclusão e Exclusão:**

##### **Inclusão:**

- Todas as crianças dos 5 aos 12 anos que frequentem o 1ºciclo do ensino básico da Escola Padre Joaquim Maria Fernandes de Sousel.
- Com o respectivo consentimento informado assinado pelos encarregados de educação.

**Exclusão:**

- Crianças que não tenham estado presentes no primeiro dia de apresentação do que trabalho que se vai realizar (em que se distribui o consentimento informado).
  
- Criança que por decisão própria não quiserem colaborar no dia do projecto (estado de mau estar ou criança não colaborante)
  
- Crianças em que os pais não tenham assinado o consentimento informado.
  
- Crianças em que os pais não tenham autorizado a sua participação.

**IV.2.6 - Autorização e Consentimento Informado**

Sempre que se verifique um envolvimento de pessoas em estudos de natureza científica, devem estes ter em consideração as questões relacionadas com a ética e com a moral, de maneira a garantir a sua participação voluntária e esclarecida (Polit e Hungler, 1995). O investigador é responsável por conduzir a sua pesquisa de forma ética.

A Escola do 1º ciclo com Jardim-de-Infância de Sousel foi contactada por escrito, tanto pela FCS-UEP como pela investigadora, solicitando a autorização para se proceder à recolha de dados (anexo1).

Foi entregue a todos os encarregados de educação das crianças um consentimento informado, onde é dada uma breve explicação do que se pretende fazer e onde se informa que todos os dados serão confidenciais (anexo 2).

## IV.2.7 - Plano de intervenção

**TABELA 1** – Cronograma das intervenções

<b>1ª Sessão:</b>	<b>2ª Sessão:</b>
6 de Outubro de 2008: 1º e 2ºano	6 de Janeiro de 2009: 1º e 2ºano
7 de Outubro de 2008: 3º e 4ºano	7 de Janeiro de 2009: 3º e 4ºano

### Actividades Realizadas:

#### 1ª Sessão (Tabela 1):

- Diálogo interactivo
- Realização de um inquérito (anexo 3).
- Transmissão de conhecimentos sobre a higiene oral – apresentação em PowerPoint (anexo 4 e 5) (Figura 2).



**FIGURA 2** – Apresentação de informação sobre higiene oral

- Realização de uma ficha de consolidação de conhecimentos (anexo 6).

- Avaliação do índice de placa bacteriana – 1º Momento de medição de IGV simplificado (Figura 3) (grupo de 5 crianças, enquanto foi efectuada a medição os restantes os alunos estiveram a pintar os desenhos (anexo 7)).



**FIGURA 3** – Medição do índice de placa bacteriana

- Intervalo;

- Instrução individual de como escovar os dentes a cada criança e pediu-se à mesma para demonstrar (foi fornecido um kit com escova e pasta dentífrica) (Figura 4).



**FIGURA 4** - Instruções de Higiene oral, exemplificando na própria criança.

- Avaliação do índice de placa bacteriana - 2º Momento de medição de IGV simplificado.

- Assinar contratos com as crianças (anexo 8).

- Divisão das crianças em 2 grupos:

### 1ºGrupo: Actividades lúdicas

- Vídeo: Viagem ao Mundo com o Drº Dentolas (anexo 9)
- Teatro: História do Batalhão de Limpeza (anexo 10) (Figura 5)
- Jogo do dente (anexo 11) (Figura 5)



FIGURA 5 – Actividades lúdicas: jogo do dente e teatro de fantoches.

### 2ºGrupo: Recreio

- Distribuição de panfletos e ofertas à professora e aos alunos (anexo 12) (Figura 6).



FIGURA 6 – Entrega de alguns folhetos e presentes às crianças e à professora responsável.

**2ª Sessão (Tabela 1):**

- Diálogo interactivo para relembrar conceitos.
- Avaliação do índice de placa bacteriana - 3º Momento de medição de IGV simplificado.
- Divisão das crianças em 2 grupos:

**1º Grupo: Recreio**

**2º Grupo: Actividades lúdicas**

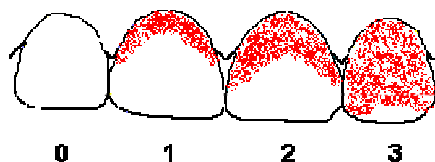
- Vídeo: Viagem ao Mundo com o Dr. Dentolas (anexo 9)
- Teatro: História do Batalhão de Limpeza (anexo 10)
- Jogo do dente (anexo 11)
- Distribuição de diplomas aos alunos e à escola (anexo 12).

Na segunda sessão, o segundo grupo (o controlo) assistiu às actividades lúdicas para não se sentirem ou ficarem desfavorecidos em relação às outras crianças, mas este aspecto não tem qualquer interferência no estudo.

#### IV.2.8 - Material e Métodos

O material utilizado na recolha de informação foi: Computador + “datashow”, Macro-dente + escova, luvas, corante, máscaras; escova de dentes + pasta + copo, vídeo “Viagem ao Mundo com o Dr. Dentolas”, teatro “fantoques + biombo” e jogo do dente.

O método utilizado para recolha de dados foi a aplicação de um inquérito, isto é, um questionário auto-aplicável, sob supervisão (anexo 3), e a medição do índice de Higiene Oral Simplificado proposto por Greene & Vermillion, em 1964. Os valores referentes à presença de placa, seguiram uma escala pré-estabelecida (Figura 7).



**FIGURA 7.** Critérios Clínicos para o índice de Greene & Vermillion Simplificado.

**Fonte:** [www.odontologiainfantil.8m.com](http://www.odontologiainfantil.8m.com)

GRAU 0 - ausência de placa bacteriana; GRAU 1 - presença de placa bacteriana em até 1/3 da superfície dentária; GRAU 2 - presença de placa bacteriana em até 2/3 da superfície dentária; GRAU 3 - presença de placa bacteriana em mais de 2/3 da superfície dentária.

A medição do IGV consiste na avaliação de seis superfícies dentárias. Se a dentição permanente estiver presente avaliam-se as faces vestibulares do primeiro molar superior direito (1.6), do incisivo central superior direito (1.1), do primeiro molar superior esquerdo (2.6) e do incisivo central inferior esquerdo (3.1) e as faces linguais do primeiro molar inferior esquerdo (3.6) e primeiro molar inferior direito (4.6); cada superfície é dividida em terços: gengival, mediana e oclusal. O cálculo corresponde à soma dos graus atribuídos às superfícies observadas e dividida pelo número de faces registadas, variando de zero a três, em que 0 a 1, corresponde a um Índice de Placa Bacteriana (IPB) bom; de 1,1 a 2, a um IPB médio; 2,1 a 3, a um IPB fraco (Ortiz, 2004; Rodrigues CR, *et al.*, 1990) (Tabela 2).

**TABELA 2** – Tabela de anotação de dados relativos ao IGV simplificado (Fonte: medição do IGV).

<b>Identificação</b>	<b>1.6(V)</b>	<b>2.6(V)</b>	<b>3.6(L)</b>	<b>4.6(L)</b>	<b>1.1(V)</b>	<b>3.1(V)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Total/6</b>

Se ainda permanecerem dentes decíduos a medição deve ser efectuada no dente decíduo correspondente ao dente permanente. Assim a avaliação deveria ser feita nas faces vestibulares do segundo molar superior direito decíduo (5.5), do incisivo central superior direito decíduo (5.1), do segundo molar superior esquerdo decíduo (6.5) e do incisivo central inferior esquerdo decíduo (7.1) e as faces linguais do segundo molar inferior esquerdo decíduo (7.5) e segundo molar inferior direito decíduo (8.5);

Foram efectuadas três medições do IGVs, duas na primeira sessão em que a primeira (1ºmomento) permitiu avaliar os hábitos de higiene oral das crianças, a segunda (2ºmomento) avaliar a eficácia da escovagem imediatamente após ter sido dadas as instruções e a terceira (3ºmomento), já numa segunda sessão, em que se avaliou a alteração dos hábitos de higiene oral; a eficácia da escovagem após 3 meses do ensinamento e a influência das crianças que numa primeira fase, usufruíram de instruções/motivação com actividades lúdicas.

#### **IV.2.9 - Análise Estatística**

A informação recolhida foi transferida para uma base de dados em Excel® e a análise dos dados foi realizada com recurso ao software estatístico *Statistic Package for the Social Sciences (SPSS©)* vs.17.0 para Windows. Para a análise de dados considerou-se um nível de significância de 0,05 (correspondente a 95% de confiança), ou seja, são identificadas diferenças significativas, em todas as situações em que a probabilidade associada à estatística de teste (p) for inferior a 0,05.

A comparação da idade dos pacientes (ou de outras variáveis) por género, foi realizada através de um teste não paramétrico de Mann-Whitney. O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis foi utilizado na comparação de mais de 2 grupos independentes.

A comparação de valores IGV, após verificação da não normalidade das observações, relativamente à mediana das observações, foi realizada utilizando o teste não paramétrico de Friedman para a comparação dos 3 momentos de avaliação, e a comparação de 2 momentos foi realizada através do teste de Wilcoxon. A comparação de valores IGV no terceiro momento de avaliação para os dois grupos de actividades lúdicas foi realizada através do teste de Mann-Whitney.

### IV.3 - Fase Empírica

#### IV.3.1 – Resultados

A amostra em estudo é constituída por 83 crianças, sendo 33 (39,8%) pertencentes ao género feminino e 50 (60,2%) ao género masculino (Figura 8), com idades compreendidas entre os 5 e 12 anos (Figura 9). Os rapazes apresentaram idades compreendidas entre 5 e 12 anos, com média ( $\pm$ sd) de 7,52 ( $\pm$ 1,36) anos, e as meninas, com idades menos dispersas, entre 6 e 10 anos, e com média de 8,15 ( $\pm$ 1,03) anos. Assim, foi possível constatar que se verificam diferenças na idade por género, sendo que as raparigas apresentam a mediana da idade significativamente superior à dos rapazes (Tabela 3, Figura 10) (Teste de Mann-Whitney;  $p=0,012$ ), isto é, são mais velhas que os rapazes.

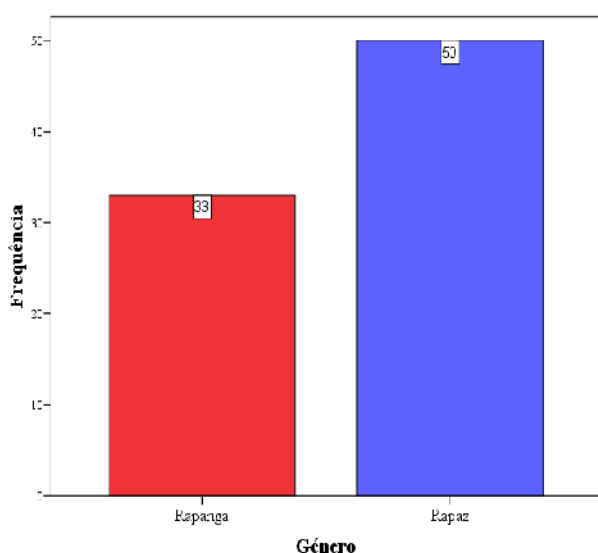


FIGURA 8 – Distribuição de frequências dos alunos por géneros

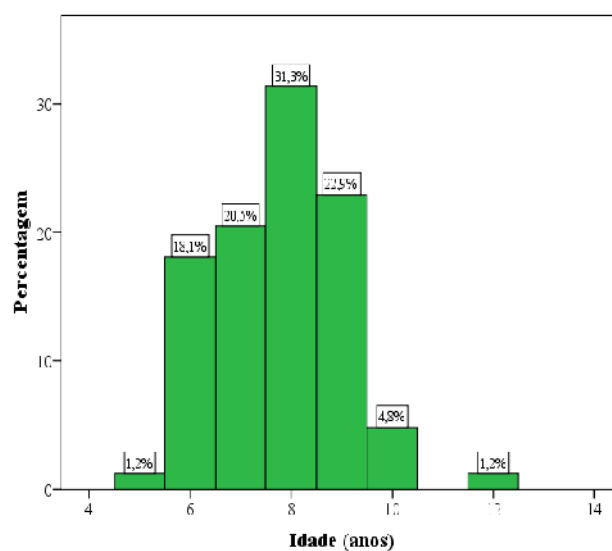
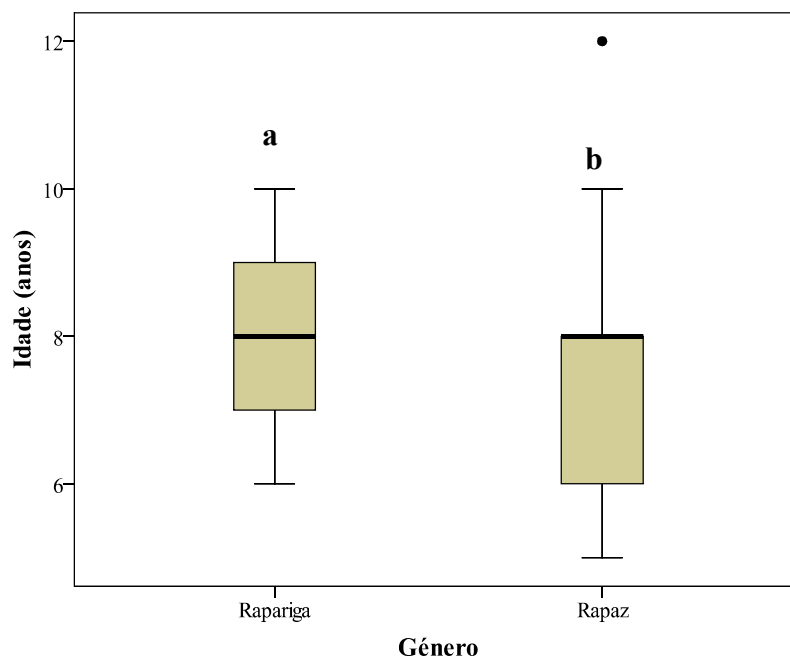


FIGURA 9 – Distribuição de frequências dos alunos por idade.

TABELA 3 – Caracterização da amostra relativamente à sua idade (anos) e idade por género.

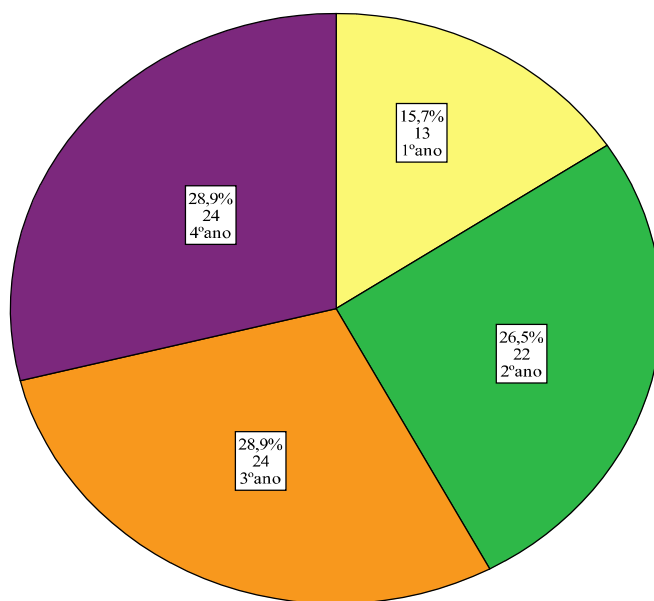
		Idade (anos)				
		n (%)	Média ( $\pm$ DP)	Me (P25-P75)	Min- Max	p
<b>Todos</b>		83 (100%)	7,77 ( $\pm$ 1,27)	8 (7 - 8)	5 - 12	
<b>Género</b>	<b>Masculino</b>	33 (39,2%)	7,52 ( $\pm$ 1,36)	8 <sup>b</sup> (6 - 8)	5 - 12	0,012
	<b>Feminino</b>	50 (60,2%)	8,15 ( $\pm$ 1,03)	8 <sup>a</sup> (7 - 9)	6 - 10	

<sup>a,b</sup> - letras diferentes indicam diferenças estatísticas de acordo com o teste de Mann-Whitney.



**FIGURA 10** – Diagrama de caixa de bigodes de comparação da idade (anos) dos alunos de acordo com o género. A linha mais grossa indica a mediana e as barras verticais representam a gama de variação de dados observados. <sup>a,b</sup> letras diferentes indicam diferenças estatísticas de acordo com o teste de Mann-Whitney.

Relativamente ao ano de escolaridade, das 83 crianças que entraram neste estudo, 13 (15,66%) frequentavam o 1º ano de escolaridade, 22 (26,51%) frequentavam o 2º ano, e 24 crianças (28,92%) frequentavam igualmente o 3º e o 4ºano (Figura 11).



**FIGURA 11** – Distribuição de frequências de alunos por ano de escolaridade

### Ida ao médico dentista

Dos 83 intervenientes, 55 (73,3%) afirmaram já ter visitado o dentista, enquanto que, 20 (26,7%) declararam que nunca foram a uma consulta de medicina dentária (Figura 12).

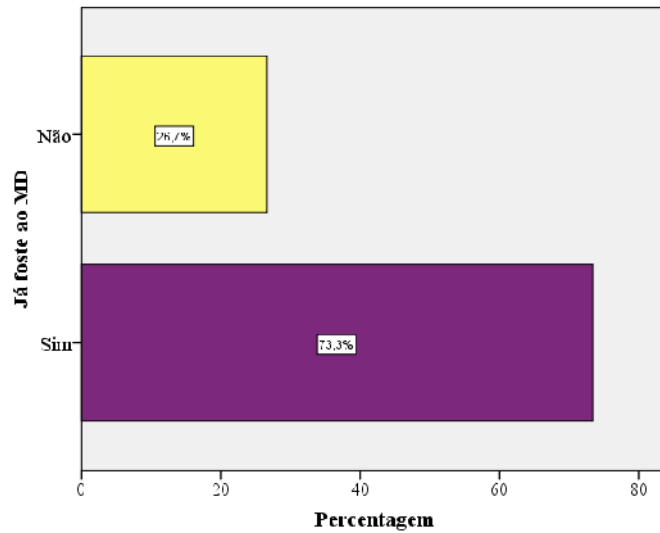


FIGURA 12 – Distribuição de respostas para ida ao MD (n=75 em 83 inquiridos).

### Hábito de lavar os dentes

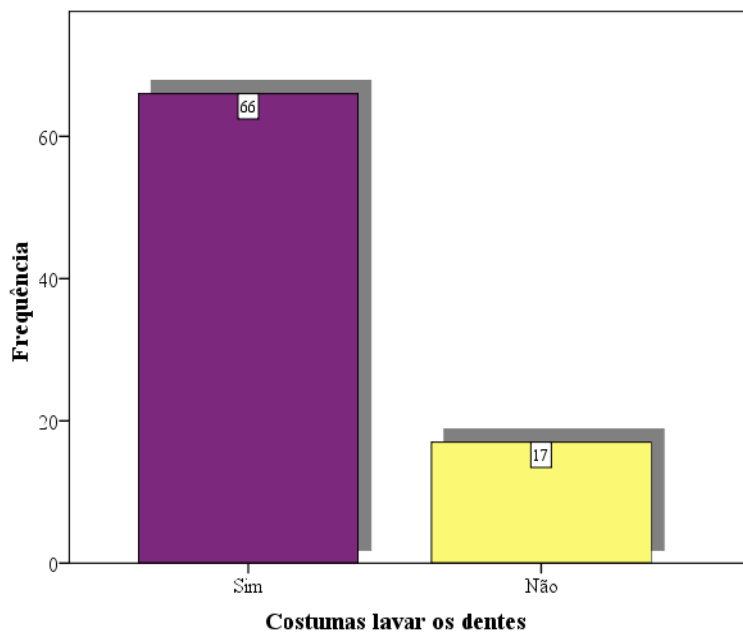


FIGURA 13 – Distribuição de frequência para o hábito de lavar os dentes que os alunos têm.

Relativamente à questão “Costumas lavar os dentes?”, 79,5% (n=66) das crianças referiram que costumam lavar os dentes, enquanto que, apenas 20,5% (n=17) disseram não ter esse hábito (Figura 13).

### Escova de dentes

Quando inquiridos sobre se a escova de dentes que usavam era só sua, a maioria, 92,8% (77), respondeu que sim e apenas 6% (5 crianças) respondeu que partilha a escova com outras pessoas (Figura 14).

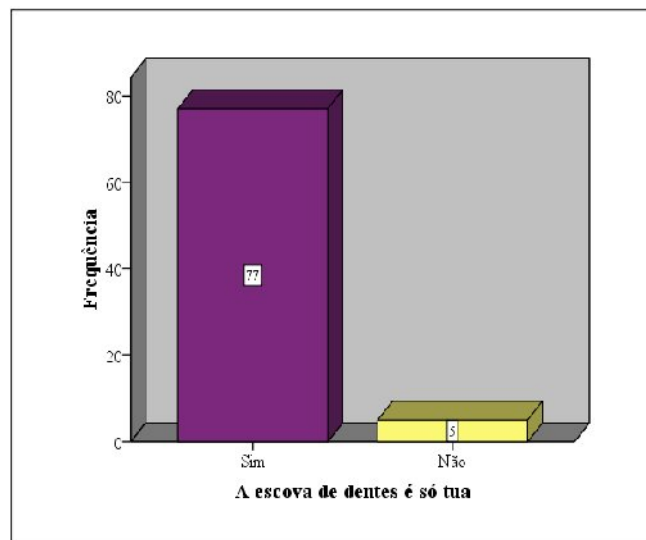
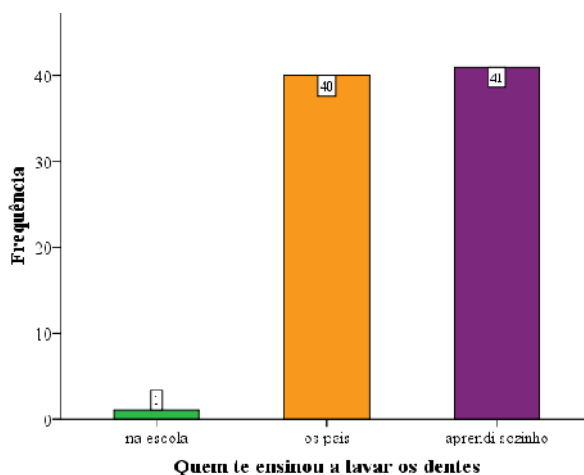


FIGURA 14 – Distribuição de frequências de respostas a “A escova de dentes é só tua?”(n=82 em 83 inquiridos)

### Quem ensinou a criança a lavar os dentes

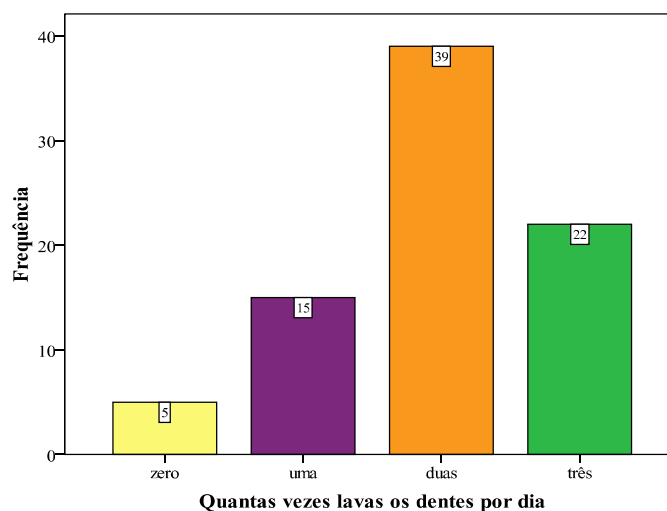
No que diz respeito à questão “Quem te ensinou a lavar os dentes”, 40 crianças (48,2%) afirmaram que foram os pais, apenas 1 criança (1,2%) assinalou a opção na escola e 41 alunos (49,4%) declararam que aprenderam sozinhos a escovar os dentes (Figura 15).



**FIGURA 15** – Distribuição de respostas para quem ensinou a criança a escovar os dentes (n=82 em 83 inquiridos).

### Número de vezes que lava os dentes diariamente

Em relação ao número de vezes escova os dentes, a maioria (75%) lava mais de uma vez por dia, sendo que 39 (48%) crianças assinalaram a opção 2 vezes e 22 (27%) escolheram a opção 3 vezes (Figura 16).



**FIGURA 16** – Distribuição de frequência de respostas dos inquiridos à questão “Quantas vezes escovas os dentes por dia?” (n=81 em 83 inquiridos).

Verifica-se que não há diferenças do número de vezes que os meninos e as meninas escovam os dentes diariamente (T. de Mann-Whitney,  $p=0,921$ ) (Tabela 4). Já no que diz respeito ao ano de escolaridade, verifica-se diferenças no número de vezes que as crianças escovam os dentes, com as crianças do 1ºano de escolaridade a escovar menos vezes do que as do 2º, 3º e 4ºano. E, em relação ao factor “quem ensina a lavar os dentes”, não há diferenças, isto é, quer sejam os pais a ensinar quer tenham aprendido sozinhos, tendem a escovar o mesmo número de vezes (Tabela 4).

**TABELA 4** – Estatísticas do número de vezes que os inquiridos lavam os dentes diariamente, sua relação com o género, o ano de escolaridade e com quem os ensinou a escovar os dentes.

		n.º de vezes que lavam os dentes por dia			p	
		n (%)	Média (±DP)	Me (P25-P75)		Min- Max
<b>Todos</b>		81 (100%)	1,96 (±0,84)	2 (1,5 - 3)	0 – 3	
<b>Género</b>	<b>Masculino</b>	49 (60,5%)	1,94 (±0,92)	2 (2 - 2)	0 – 3	0,921*
	<b>Feminino</b>	32 (39,5%)	2,00 (±0,72)	2 (2 - 2)	0 – 3	
<b>Ano de escolaridade</b>	<b>1ºano</b>	13 (16,1%)	1,08 (±0,86)	1 <sup>b</sup> (1 - 1)	0 – 3	0,001**
	<b>2ºano</b>	20 (24,7%)	2,25 (±0,78)	2 <sup>a</sup> (2 - 3)	1 – 3	
	<b>3ºano</b>	24 (29,6%)	2,17 (±0,70)	2 <sup>a</sup> (2-3)	0 – 3	
	<b>4ºano</b>	24 (29,6%)	2,00 (±0,72)	2 <sup>a</sup> (2 - 2)	0 – 3	
<b>Quem ensinou a lavar</b>	<b>Os pais</b>	39 (48,8%)	1,08 (±0,86)	1 <sup>b</sup> (1 - 1)	0 – 3	0,366*
	<b>na escola</b>	2 (1,3%)	2,25 (±0,78)	2 (2 - 3)	1 – 3	
	<b>Sozinho</b>	40 (50%)	2,17 (±0,70)	2 <sup>a</sup> (2-3)	0 – 3	

\*Teste Mann-Whitney; \*\*Teste de Kruskal-Wallis. <sup>a,b</sup>- letras diferentes indicam diferenças estatísticas de acordo com o teste de Mann-Whitney.

### Grau de autonomia com que as crianças lavam os dentes

**TABELA 5** – Frequência e percentagem do grau de autonomia com que as crianças lavam os dentes (sozinhas ou acompanhadas) (n=79 em 83 inquiridos).

	Frequência	Percentagem
<b>Sozinho</b>	73	96,05%
<b>Com ajuda</b>	3	3,95%
<b>Total</b>	79	100%

A percentagem de crianças que escovam os dentes sozinhas é de 96,05% (n=73) e apenas 3,95% (n=3) afirmaram que lavam os dentes com ajuda (Tabela 5).

### Quando é que lava os dentes

Em relação à questão, “Quando é que lavas os dentes?”, dos 83 inquiridos, 34 (44%) afirmaram que escovam os dentes de manhã e à noite, 13 (17%) a seguir às refeições, 12 (16%) à noite, 10 (13%) de manhã, às refeições e à noite, e apenas 8 (10%) responderam que lavavam os dentes de manhã (Figura 17).

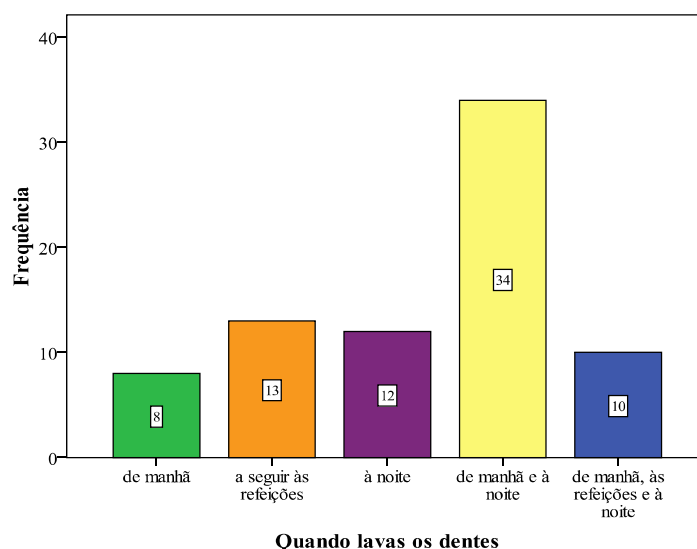


FIGURA 17 – Distribuição da frequência de quando as crianças escovam os dentes (n=77 em 83 inquiridos).

### Relação entre o número de vezes que a criança afirma escovar os dentes com o momento do dia em que diz lavar

TABELA 6 – Distribuição da relação do número de vezes que a criança escova os dentes com o momento do dia em que lavam. A negrito são assinalados os valores que são coincidentes.

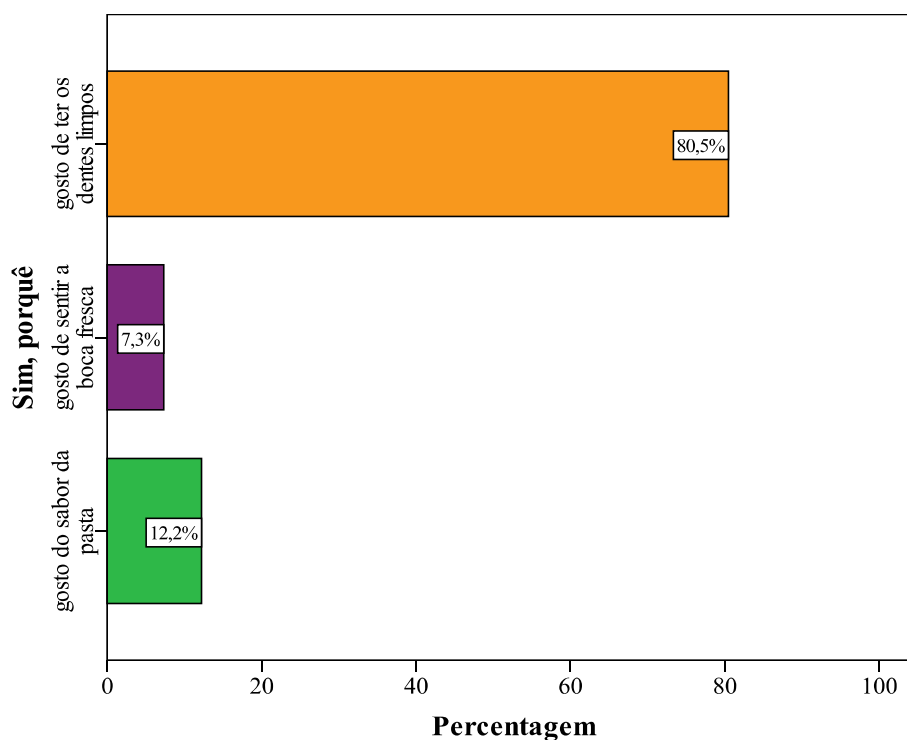
MOMENTO DO DIA	QUANTAS VEZES LAVA OS DENTES POR DIA				TOTAL
	Zero	Uma	Duas	três	
<b>de manhã OU à noite</b>	0	<b>9</b>	5	6	20
<b>a seguir às refeições</b>	0	3	<b>5</b>	<b>5</b>	13
<b>de manhã E à noite</b>	1	1	<b>23</b>	8	33
<b>de manhã, às refeições e à noite</b>	0	1	6	<b>3</b>	10
<b>TOTAL</b>	1	14	39	22	76

Ao relacionar o número de vezes que as crianças escovam os dentes com o momento do dia em que estas dizem escovar verificou-se que as respostas não são totalmente coincidentes. Para efeitos desta comparação, considerou-se que “a seguir às refeições” reflecte o hábito de escovar 3 vezes (pequeno-almoço, almoço e jantar), mas que o mesmo acontece no conceito “de manhã, às refeições e à noite”. A situação “de manhã E à noite” reflecte a opção antes ou após o pequeno-almoço e após o jantar ou antes de deitar. Genericamente, e a partir das respostas concordantes, verifica-se que apenas 59,2% das respostas são consistentes.

Pela Tabela 6, observou-se que 1 criança assinalou que nunca escovava os dentes, mas assinala a opção de escovar de manhã e à noite (2 vezes). Onde se verificou maior discordância é nas 14 crianças que assinalaram que escovam os dentes três vezes ao dia, mas apenas 6 dizem fazê-lo uma vez (OU de manhã OU à noite) e 8 dizem duas vezes (de manhã E à noite).

**TABELA 7** – Distribuição de frequências para as respostas das crianças sobre gostar de lavar os dentes (n=82 em 83 inquiridos).

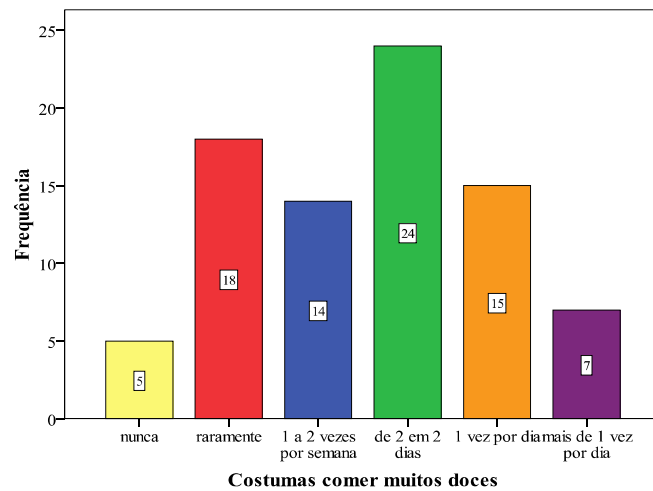
	Frequência	Percentagem
<b>SIM</b>	82	100%
<b>NÃO</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	82	100%



**FIGURA 18** – Distribuição da razão pela qual os alunos afirmam gostar de escovar os dentes.

Em relação a questão, "Gostas de lavar os dentes", todas crianças responderam de uma forma positiva, 82 (100%) (Tabela 7), apontando como motivo principal o facto de gostarem de terem os dentes limpos (n=66), seguindo-se, de gostarem do sabor da pasta (n=10) e por último, de sentir a boca fresca (n=6) (Figura 18).

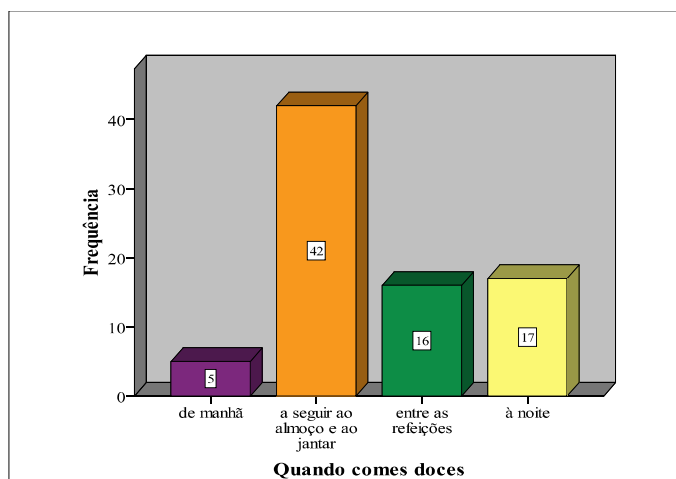
### Frequência de ingestão de doces



**FIGURA 19** – Distribuição das percentagens para o hábito do consumo de doces por parte das crianças.

Das 83 crianças, 6% afirmaram que nunca consome doces, 18 (21,7%) crianças raramente comem doces, 16,9% (n=14) consomem 1 a 2 vezes por semana, 24 (28,9%) disseram que comiam doces de 2 em 2 dias, 15 (18,1%) declararam que comem 1 doce diariamente e apenas 7 (8,4%) afirmam consumir doces mais uma vez por dia.

### Quando é que consome doces



**FIGURA 20** – Distribuição de respostas para o momento do dia em que as crianças consomem doces. (n=80 em 83 inquiridos).

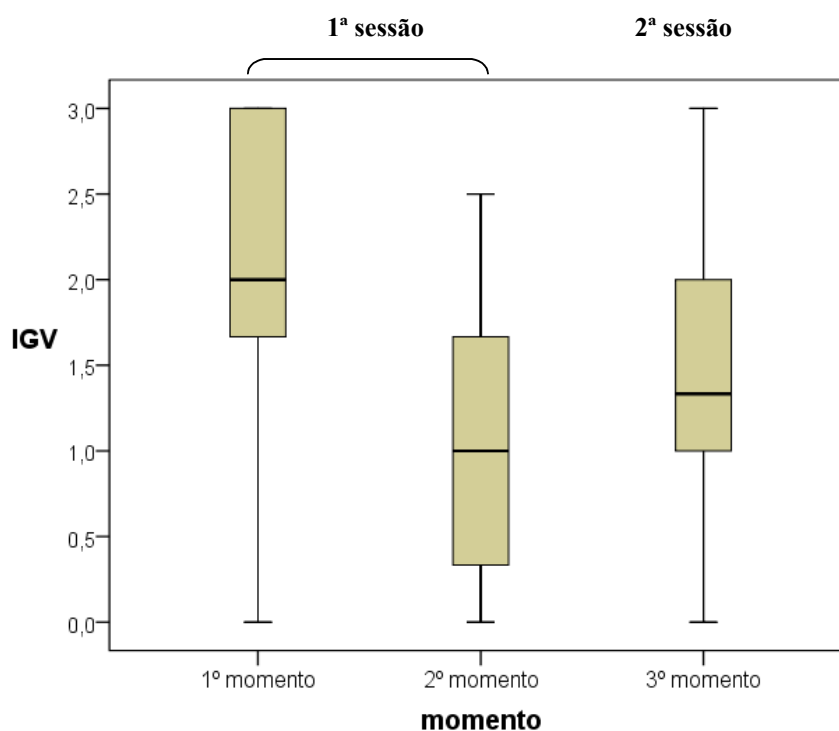
Grande parte das crianças, 52,5% (n=42) afirmaram que consome doces a seguir ao almoço e ao jantar, 17 crianças (21,3%) disseram comer doces à noite, 16 (20,0%) crianças entre as refeições e apenas 6,3% (n=5) das crianças salientaram que comem doces de manhã.

### Avaliação da aquisição de instruções de higiene oral

No momento inicial de medição de IGV, relativo à medição antes de qualquer intervenção de ensino da técnica de lavagem dos dentes, foi possível verificar que as crianças apresentaram valores entre zero, revelando um bom estado de higiene oral e o valor 3 que é encontrado na situação de higiene oral deficiente. 41% das crianças apresentaram valores de IGV acima de 2 (Tabela 8). Nesta mesma deslocação, e após a realização da sessão em que foram fornecidas instruções para correcta lavagem dos dentes, essa percentagem diminuiu para 4,8%. É ainda interessante verificar que este valor não aumenta muito 90 dias após, já que apenas se verifica que 6% das crianças tem um IGV acima de 2.

**TABELA 8** – Distribuição de frequência do IGV observado nos três momentos de medição.

IGV	Momento 1	Momento 2	Momento 3
	n (%)	n (%)	n (%)
[0;1]	11 (13,2%)	47 (56,6%)	34 (41%)
[1;2]	38 (45,8%)	32 (38,6%)	44 (53%)
[2;3]	34 (41%)	4 (4,8%)	5 (6%)
<b>TOTAL</b>	83 (100%)	83 (100%)	83 (100%)



**FIGURA 21** – Diagrama de caixa de bigodes para comparação do IGV medido nos três momentos de avaliação do estado de higiene oral das crianças.

Após a instrução sobre como efectuar a escovagem dos dentes de forma correcta nenhuma criança apresentou IGV acima de 2,5. Também se observa que enquanto no momento inicial 50% das crianças apresentavam IGV igual ou superior a 2, após aprenderem como o devem fazer mais correctamente, 50% das crianças já só apresentavam IGV igual ou superior a 1, até um máximo de 2,5 (Tabela 9 e Figura 21).

**TABELA 9** – Comparação entre o IGV medido no momento inicial (1º momento) e após instruções de como escovar os dentes correctamente (2º momento).

		n (%)	Média ( $\pm$ DP)	Me (P25-P75)	Min- Max	P
IGV	IGV1	83 (100%)	2,12 ( $\pm$ 0,73)	2 <sup>a</sup> (1,67 – 3,00)	0 – 3	<0,001
	IGV2	83 (100%)	1,01 ( $\pm$ 0,70)	1 <sup>b</sup> (0,33 – 1,67)	0 – 2,5	

<sup>a,b</sup>- letras diferentes indicam diferenças estatísticas de acordo com o teste de Wilcoxon

Foi possível concluir que há diferenças significativas no valor de IGV entre o 1º e 2º momento de avaliação (Tabela 9), sendo que no 1º momento as crianças apresentam um maior valor de IGV (T. Wilcoxon,  $p < 0,001$ ). Ou seja, verifica-se que as crianças adquiriram conhecimentos, ao nível da escovagem correcta, mas só 50% passaram a ter “boa higiene oral”.

**TABELA 10** - Comparação entre o IGV medido no momento inicial (1º momento) e no fim da acção ou última visita (3º momento), avaliando a influência das actividades lúdicas – instrução/motivação – sem lembrar a instrução correcta.

IGV		n	Média ( $\pm$ DP)	Me (P25-P75)	Min- Max	P	
Todos	IGV1	83	2,12 ( $\pm$ 0,73)	2,00 <sup>a</sup> (1,67 – 3,00)	0 – 3	<0,001	
	IGV3	83	1,34 ( $\pm$ 0,70)	1,33 <sup>b</sup> (1,67 – 2,00)	0 – 3		
Actividades Lúdicas	SIM	IGV1	41	2,20 ( $\pm$ 0,68)	2,00 <sup>a</sup> (1,67 – 3,00)	1 – 3	<0,001
		IGV3	41	1,24 ( $\pm$ 0,58)	1,33 <sup>b</sup> (1,00 – 1,67)	0 – 3	
	NÃO	IGV1	42	2,04 ( $\pm$ 0,77)	2,00 <sup>a</sup> (1,46 – 2,00)	0 – 3	<0,001
		IGV3	42	1,44 ( $\pm$ 0,80)	1,58 <sup>b</sup> (1,00 – 2,00)	0 – 3	

<sup>a,b</sup>- letras diferentes indicam diferenças estatísticas de acordo com o teste de Wilcoxon

Na comparação do momento 1 com o momento 3 (Tabela 10), em relação às crianças que estiveram sujeitas a uma motivação com actividades lúdicas verificou-se que há diferenças no IGV entre esses momentos, sendo que, no momento 1 o IGV é significativamente superior do que no momento 3 (T. Wilcoxon,  $p < 0,001$ ). Relativamente às crianças que não desfrutaram de uma instrução/motivação com actividades lúdicas também se verificaram diferenças entre o primeiro momento e o terceiro (T. Wilcoxon,  $p < 0,001$ ), podendo concluir-se que, mesmo sem as actividades lúdicas a sessão de instrução teve frutos positivos, com o IGV no último momento a ser significativamente inferior ao inicial.

Relativamente ao que acontece após ter sido ensinada a técnica da escovagem correcta (2º momento), pretendeu-se ainda verificar se o esquecimento ou rotina não iria influenciar a futura higiene oral observada (3º momento) e ainda se a realização de actividades lúdicas iria melhorar a capacidade de manter a escovagem correcta (que se mede indirectamente através o índice IGV).

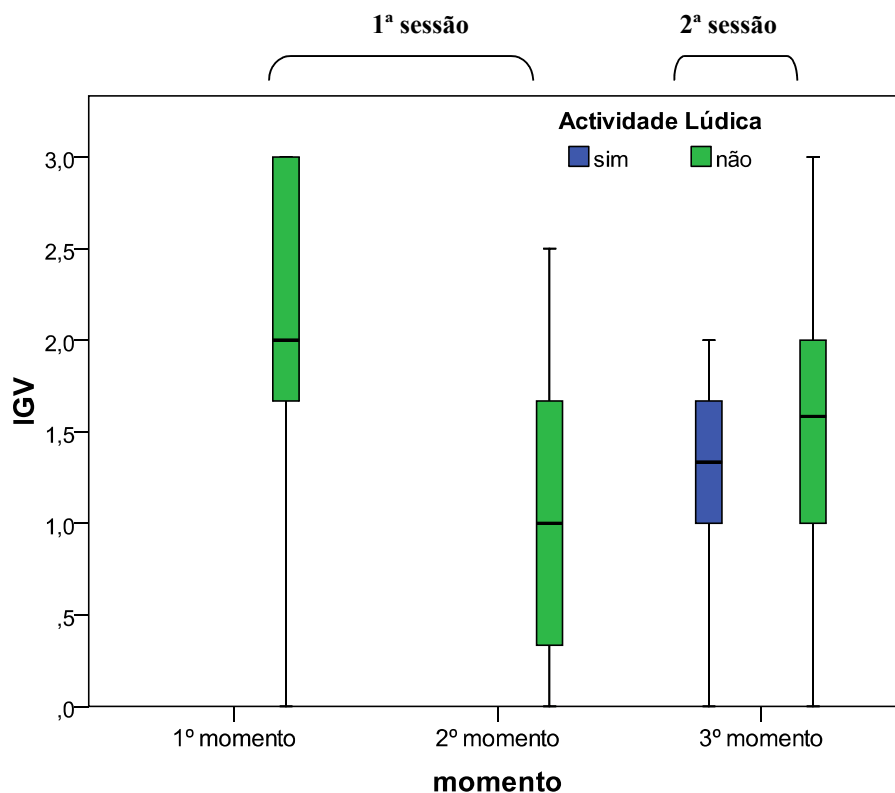
Assim, foi possível concluir que, considerando todos as crianças intervenientes juntamente, que há esquecimento dado que o IGV no terceiro momento, 90 dias após terem sido ensinadas a escovar os dentes correctamente, ser significativamente superior ao do segundo momento (Tabela 11) (T. Wilcoxon,  $p < 0,001$ ). Isto é também verdade quando se consideram separadamente as crianças do grupo a quem foram proporcionadas as actividades lúdicas ( $p < 0,045$ ) e ao grupo sem actividades lúdicas ( $p < 0,001$ ), e verificou-se ainda que no terceiro momento não se observa diferenças significativas entre o IGV mediano das crianças dos dois grupos (T. Mann-Whitney,  $p = 0,159$ ).

**TABELA 11** - Comparação entre o IGV medido após dar instrução sobre como lavar os dentes correctamente (2º momento) e o 3º momento, avaliando a influência das actividades lúdicas na instrução/motivação em manter a escovagem correcta.

IGV		n	Média ( $\pm$ DP)	Me (P25-P75)	Min- Max	P	
<b>Todos</b>	<b>IGV2</b>	83	1,01 ( $\pm$ 0,70)	1,00 <sup>b</sup> (0,33 – 1,67)	0 – 2,5	<0,001	
	<b>IGV3</b>	83	1,34( $\pm$ 0,70)	1,33 <sup>a</sup> (1,67 – 2,00)	0 – 3		
<b>Actividades Lúdicas</b>	<b>SIM</b>	<b>IGV2</b>	41	1,04 ( $\pm$ 0,68)	1,00 <sup>b</sup> (0,67 – 1,67)	0 – 2	0,049
		<b>IGV3</b>	41	1,24 ( $\pm$ 0,58)	1,33 <sup>a</sup> (1,00 – 1,67)	0 – 3	
	<b>NÃO</b>	<b>IGV2</b>	42	2,04 ( $\pm$ 0,77)	1,00 <sup>b</sup> (0,29 – 1,54)	0 – 2,5	<0,001
		<b>IGV3</b>	42	1,44 ( $\pm$ 0,80)	1,58 <sup>a</sup> (1,00 – 2,00)	0 – 3	

<sup>a,b</sup> - letras diferentes indicam diferenças estatísticas de acordo com o teste de Wilcoxon;

No entanto, embora não se verifiquem diferenças significativas entre estes dois grupos, a tendência observada é a de que o grupo com actividades lúdicas apresenta menor IGV, que não ultrapassa o valor 2 ao contrário do outro grupo que atinge o valor de IGV máximo (Tabela 11 e Figura 22).



**FIGURA 22** – Diagrama de caixa de bigodes para comparação do IGV medido nos três momentos de avaliação do estado de higiene oral das crianças, e se pertenciam ao grupo que recebeu actividades lúdicas entre o 2º e o 3º momento de avaliação.

Verificou-se existirem diferenças significativas no IGV dentro do grupo de crianças observadas no 1º e no 3º momento relativamente ao ano de escolaridade, sendo que genericamente as crianças do primeiro ano de escolaridade apresentaram um IGV menor que as dos restantes anos de escolaridade, mas no 3º momento de observação esta conclusão é apenas verdadeira para o grupo que teve actividades lúdicas (Tabela 12). Não se verifica diferenças significativas no IGV por género, nem no início nem no fim do estudo (Tabela 12).

Relativamente ao efeito que as actividades lúdicas têm para servirem de efeito memorizador observamos que não há diferenças significativas entre o IGV (3º momento) entre raparigas do grupo com e do grupo sem actividades lúdicas (T. Mann-Whitney;  $p=0,790$ ), e o mesmo foi verificado para os rapazes (T. Mann-Whitney;  $p=0,530$ ). Da mesma forma também dentro de cada ano lectivo não foram encontradas diferenças significativas no IGV (T. Mann-Whitney;  $p=0,213$ ,  $p=0,623$ ,  $p=0,627$  e  $p=0,212$ , para 1º ao 4º ano, respectivamente).

**TABELA 12** - Comparação entre o IGV medido no início (1º momento) e no fim (3º momento) avaliando a influência das actividades lúdicas na instrução/motivação em manter a escovagem correcta, considerando os diferentes anos lectivos e o género das crianças.

IGV				n	Média (±DP)	Me (P25-P75)	Min- Max	P
momento 1	Todos	ano de escolaridade	1ºano	13	1,60 (±0,75)	1,5 <sup>b</sup> (1,17 - 2)	0 - 3	0,400
			2ºano	22	2,27 (0,83)	2,5 <sup>a</sup> (1,75 - 3)	1 - 3	
			3ºano	24	2,08 (0,64)	2,0 <sup>ab</sup> (1,67 - 2,83)	1 - 3	
			4ºano	24	2,31 (0,60)	2,33 <sup>a</sup> (1,75 - 2,96)	1 - 3	
momento 3	Todos	ano de escolaridade	1ºano	13	0,85 (0,62)	1 <sup>b</sup> (0,33 - 1,17)	0 - 2	0,024
			2ºano	22	1,50 (0,89)	1,67 <sup>a</sup> (0,96 - 2)	0 - 3	
			3ºano	24	1,34 (0,59)	1,33 <sup>a</sup> (1 - 1,92)	0 - 2,33	
			4ºano	24	1,50 (0,55)	1,67 <sup>a</sup> (1 - 1,96)	0 - 2,67	
	Sem actividades lúdicas	ano de escolaridade	1ºano	7	1,05 (0,65)	1 (0,67 - 1,67)	0 - 2	0,120
			2ºano	14	1,50 (1,04)	1,92 (0,25 - 2)	0 - 3	
			3ºano	9	1,44 (0,62)	1,33 (1 - 2,17)	0,67 - 2,33	
			4ºano	12	1,60 (0,68)	1,67 (1,13 - 2)	0 - 2,67	
	Com actividades lúdicas	ano de escolaridade	1ºano	6	0,61 (0,53)	0,67 <sup>b</sup> (0 - 1,08)	0 - 1,33	0,004
			2ºano	8	1,42 (0,62)	1,33 <sup>a</sup> (1,21 - 2)	0,17 - 2	
			3ºano	15	1,28 (0,58)	1,33 <sup>a</sup> (1 - 1,67)	0 - 2	
			4ºano	12	1,40 (0,39)	1,5 <sup>a</sup> (1 - 1,67)	1 - 2	
momento 1	Todos	Género	Rapariga	33	2,19 (0,79)	2 (1,67 - 3)	0 - 3	0,413
			Rapaz	50	2,08 (0,69)	2 (1,67 - 2,88)	1 - 3	
momento 3	Todos	Género	Rapariga	33	1,46 (0,72)	1,67 (1 - 2)	0 - 3	0,336
			Rapaz	50	1,27 (0,69)	1,33 (1 - 1,75)	0 - 2,67	
	Sem actividades lúdicas	Género	Rapariga	13	1,73 (0,87)	2 (1 - 2,17)	0 - 3	0,728
			Rapaz	29	1,31 (0,74)	1,33 (1 - 2)	0 - 2,67	
	Com actividades lúdicas	Género	Rapariga	20	1,28 (0,56)	1,25 (1 - 1,79)	0 - 2	0,057
			Rapaz	21	1,20 (0,61)	1,33 (1 - 1,67)	0 - 2	

<sup>a,b</sup> - letras diferentes indicam diferenças estatísticas de acordo com o teste de Mann-Whitney;

**TABELA 13** – Comparação entre o IGV medido no 1º momento e o número de vezes que a criança escova os dentes diariamente.

		IGV1				
		n (%)	Média ( $\pm$ DP)	Me (P25-P75)	Min- Max	P
<b>Todos</b>		83 (100%)	2,12 ( $\pm$ 0,73)	2,0 (1,67 – 3,0)	0,00 – 3,00	
<b>Quantas vezes lava os dentes ao dia</b>	<b>0</b>	5 (6,2%)	2,00 ( $\pm$ 0,66)	1,67 (1,5 – 2,7)	1,50 – 3,00	0,152
	<b>1</b>	15 (18,5%)	1,89 ( $\pm$ 0,78)	2,00 (1,3 – 2,3)	0,00 – 3,00	
	<b>2</b>	39 (48,2%)	2,30 ( $\pm$ 0,70)	2,33 (1,7 – 3,0)	1,00 – 3,00	
	<b>3</b>	22 (27,1%)	1,91 ( $\pm$ 0,70)	3,00 (3,0 – 3,0)	1,00 – 3,00	

Relativamente à comparação entre o IGV medido no 1º momento e o número de vezes que a criança escova os dentes diariamente não há diferenças estatisticamente significativas (T. Kruskal Wallis;  $p=0,152$ ).

Este facto, conjuntamente com o facto de apenas 59,2% das respostas de número de lavagens diária coincidir com possíveis momentos do dia em que o fazem, permite questionar a verdade da resposta dada pelas crianças com relação ao número de escovagens diárias.

## **V – Discussão**

A educação em saúde é um dos pilares da medicina dentária moderna, que se quer científica e que procura na integridade das acções a resolução, e no compromisso ético a eficácia social. As acções de saúde oral, tanto educativas como curativas, visam proporcionar à população um elevado nível de saúde, assim como promover uma melhor qualidade de vida (Petry, P., 2003).

### **Ida ao médico dentista**

Segundo a AAPD (2007), a primeira consulta ao médico dentista deve ocorrer entre os primeiros 6 a 12 meses de vida, permitindo avaliar o desenvolvimento da dentição e da oclusão de forma a garantir uma boa saúde oral, saúde geral, bem-estar e um bom rendimento escolar.

É importante consultar o médico dentista uma vez que nesta consulta são fornecidas instruções aos pais ou responsáveis sobre como realizar a higiene oral do seu filho, bem como avaliar o grau de risco e assim programar as consultas de controlo (Costa, A.; Paiva, E.; Ferreira, L., 2006).

Neste estudo, verificou-se que 73% dos inquiridos afirmou já ter ido a uma consulta de medicina dentária. Este valor não difere muito quando comparado com o estudo da Direcção Geral de Saúde realizado em 2008, em que se verifica que 60 % dos inquiridos em faixas etárias semelhantes, 6 e 12 anos, declaram já ter ido ao dentista.

Contudo, 27% das crianças declarou nunca ter frequentado uma consulta de medicina dentária, isto deve-se porque a maioria da população só se dirige ao médico dentista quando apresenta algum problema ou sintomatologia (Kay *et al.* 1999).

Esta percentagem é demasiado elevada. Espera-se que diminua o número de crianças em idade escolar que ainda não foram a uma consulta de medicina dentária, uma vez que, através da implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar, há maior informação e acessibilidade aos serviços de saúde oral.

### **Hábito de lavar os dentes**

Pode-se verificar que os meios de instrução e motivação de higiene oral estão a ter efeitos positivos no que concerne ao hábito de escovagem, visto que a grande maioria dos intervenientes neste estudo (80%) já adquiriu esse hábito, estes dados estão de acordo com os valores do estudo efectuado pela DGS (2008), em que cerca de 95% escovam os dentes. Os resultados estão, também, em concordância tanto com a investigação de Kasila K *et al.* (2006) e de Costa, C. *et al.* (2008), uma vez que nestes estudos cerca de 90% afirmam escovar os dentes diariamente. Contudo, ainda há alguns que não o fazem (20%) demonstrando a importância de acções de sensibilização, pois estas permitem melhorar a motivação da comunidade para a saúde oral e realizar a incrementação dos níveis de conhecimento acerca dos cuidados de higiene oral (Barata C, *et al.*, 2008).

Nos resultados do presente estudo levanta-se a possibilidade de o número de escovagens diárias não ser tão elevada quanto algumas crianças afirmam, já que apenas 59,2% parecem coincidir com o número de momentos do dia referidos.

### **Escova de dentes**

Quanto à partilha da escova de dentes, constatou-se que das 83 crianças inquiridas, 77 (93%) responderam que não partilham a escova com ninguém, sendo este aspecto benéfico para a diminuição da progressão de doenças, uma vez que os microrganismos presentes na cavidade oral podem ficar retidos nas escovas, fazendo com que estas possam actuar como meio de proliferação e de transmissão dos mesmos (Sanches, M. *et al.*, 2001).

Já no estudo realizado por Cortelli S. *et al* (2004), apurou-se que 85% das crianças declarou que a escova de dentes é só sua, enquanto que, 15% afirmou que partilha a escova com alguém da família. Isto poder-se-á dever ao facto de grande parte das crianças pertencer a famílias com baixas condições sócio-económicas e/ou à falta de informação.

### **Quem ensinou a criança a lavar os dentes**

O estudo mostrou que um igual número de crianças aprendeu a escovar os dentes sozinho e com a ajuda dos pais (49% e 48%, respectivamente), provando que ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento as crianças vão adquirindo conhecimentos e competências que as capacitam para o auto cuidado, sendo muito diversificadas as fontes de aprendizagem da escovagem dos dentes e as motivações para a sua prática regular (DGS, 2008). O número de crianças que afirma ter aprendido a escovar os dentes na escola é muito reduzido, e muito inferior ao reportado.

No estudo realizado em 2008 pela DGS, onde se verificou que cerca de 65% dos inquiridos aprendeu a escovar os dentes em casa, enquanto que 20% declarou que foi na escola que lhe ensinaram a escovar os dentes.

O estudo de Liyny A. (2008) refere que a maioria (89%) das crianças são orientadas nos cuidados de higiene oral pelos pais, só alguns referiram que começaram a preocuparem-se com a sua higiene oral depois de terem ido ao dentista, por vontade própria ou a nível escolar.

Assim, verifica-se que a aprendizagem de cuidados de saúde a nível escolar é baixa demonstrando mais uma vez a importância da promoção da saúde oral no âmbito curricular, ou do reforço e correcção de acções de auto aprendizagem.

### **Relação do número de vezes que lava os dentes diariamente com o género, ano de escolaridade e com quem ensinou a escovar os dentes**

Em relação ao número de vezes escova os dentes a maioria (75%) lava mais de uma vez por dia, sendo que 39 (48%) crianças assinalaram a opção 2 vezes e 22 (27%) escolheram a opção 3 vezes, tal como se observa na investigação realizada pela DGS em 2008 na qual cerca de 60% dos inquiridos afirmou lavar os dentes 2 ou mais vezes por dia.

Costa, C. *et al.* (2008) e Zusman SP.; *et al.* (2007), também averiguaram, que 68%, 84% respectivamente, das crianças afirmou escovar os dentes duas ou mais vezes por dia.

Quanto ao género não se observam diferenças estatisticamente significativas, tanto as meninas como os meninos escovam os dentes em média 2 vezes ao dia.

Contudo, nos estudos de Martens L.; *et al.* (2007) e de Zusman SP.; *et al.* (2007), apurou-se que as raparigas escovavam mais vezes os dentes relativamente aos rapazes, apresentando uma menor quantidade de placa bacteriana.

Constatou-se que as crianças que frequentam o 1º ano de escolaridade escovavam os dentes menos vezes do que as do 2º, 3º e 4ºano. São as crianças do 2º ano que escovam os dentes mais vezes e isto pode dever-se ao facto do seu programa curricular incluir a dentição e os cuidados de higiene oral.

De acordo com as investigações de Kasila K., *et al.* (2006), da DGS (2008), de Martens L.; *et al.* (2007) e de Zusman SP.; *et al.* (2007), observou-se que as crianças com grau de escolaridade maior, apresentam maior frequência de escovagem dentária.

Relativamente a quem ensina a escovar os dentes não se verificam alterações estatisticamente significativas no número de lavagens realizado diariamente, como se observou no estudo de Martens L.; *et al.* (2007).

### **Grau de autonomia com que as crianças lavam os dentes**

Em relação ao grau de autonomia com que as crianças lavam os dentes, 96% das crianças afirmou que escova os dentes sozinhas e cerca de 4% declara que lava os dentes com ajuda.

Já no estudo realizado em 2008, por Costa C. *et al.* constatou-se que o facto dos pais, enquanto supervisores, de lembrarem e assistirem à higiene oral da criança levou a uma escovagem mais adequada e uma diminuição da prevalência da cárie. Assim, até aos seis anos a higiene oral da criança deve ser supervisionada pelos pais, e posterior e gradualmente, a criança deverá ser responsabilizada pela própria higiene oral, de acordo com o desenvolvimento psicomotor (DGS, 2005).

### **Relação entre o número de vezes que a criança lava os dentes com o momento do dia em que diz lavar**

Das crianças inquiridas, 44% afirmou que escovavam os dentes de manhã e à noite, 17% após as refeições, 16% só à noite, 13% de manhã, às refeições e à noite e 10% só de manhã. Tal acontece, porque de manhã e à noite as crianças ao estar em casa é lhes mais fácil escovar os dentes e estão supervisionadas pelos pais. Considerando todas as opções em que aparece “à noite”, contabiliza-se que 73% afirma escovar à noite (e eventualmente noutros momentos).

Também, Costa C., *et al.* (2008), verificou que 73% das crianças examinadas escovavam os dentes ao deitar.

Ao comparar o número de vezes que a criança afirma escovar com o momento que o faz verifica-se que os resultados não são coincidentes, isso justifica-se pelo facto que algumas variáveis se relacionarem directamente com a percepção, características dos indivíduos investigados, tal como dependem da atenção prestada no momento do questionário (Giddens, A, 2000).

### **Gosto de lavar os dentes**

Averiguou que todas crianças (100%) gostam de lavar os dentes apresentando como motivo principal o facto de gostarem de ter os dentes limpos, o que representam um “*feed-back*” positivo ao programa nacional de saúde escolar iniciado no ano lectivo de 2007/2008, valorizando as melhorias a nível de qualidade de vida e bem-estar das crianças (Ide R., *et al.*, 2001).

Segundo Buischi Y., *et al.* (1994) e Macgregor ID., *et al.* (1997), os inquiridos gostam de lavar os dentes, apresentando como razões principais terem os dentes limpos e bonitos, um hálito fresco e como forma de prevenir o aparecimento de doenças.

## **Frequência e ingestão de doces**

Segundo Gambardella, A., *et al.* (1999), a família é a primeira instituição que tem acção sobre os hábitos do indivíduo. É responsável pela compra e preparação dos alimentos em casa, transmitindo os seus hábitos alimentares às crianças, isto justifica o facto de os resultados serem oscilantes sendo as opções mais seleccionadas o consumo de doces de 2 em 2 dias (30%) e raramente (22%).

Costa C. *et al.* (2008), defende também, que relativamente à alimentação, se verificou que os hábitos dos filhos traduzem os hábitos dos respectivos pais.

De acordo com o estudo de Vanobbergen J. *et al.* (2001), 60% das crianças afirmou que consome doces diariamente, o que, conjuntamente com maus hábitos de higiene oral, leva a uma maior probabilidade do aumento de cárie.

## **Quando é que consome doces**

Certificou-se que há maior ingestão de doces após as refeições, almoço e jantar (53%) porque estes podem ser vistos como forma de dar afecto ou premiar os filhos, ou até mesmo servir como substituto da impossibilidade de os pais estarem mais tempo com os filhos (DGS, 2005).

Tanto Costa, C. *et al.* (2008) Vanobbergen J. *et al.* (2001) verificaram que mais de metade das crianças (54% e 60% respectivamente) come doces a meio da manhã e/ou a meio da tarde, nomeadamente snacks e bebidas gaseificadas. Tal acontece, uma vez que as crianças passam muito tempo na escola e têm acesso a máquinas com este tipo de alimentos, proporcionando uma oferta alimentar desadequada.

É de salientar, que cabe à instituição educar e motivar as crianças sobre hábitos e de alimentação saudável o que se deve ao facto de nas escolas existirem máquinas com este tipo de alimentos (Palmer, 2005).

Assim, pode-se averiguar que hoje em dia ainda se verificam hábitos dietéticos inadequados, realçando a importância de investir na promoção de uma alimentação saudável.

### **Avaliação da aquisição de instruções de Higiene oral**

Segundo Barata, C., et al. (2008), deficiências ao nível da higiene oral demonstram a necessidade de existirem programas de promoção de saúde oral, entre a comunidade escolar, de modo a melhorá-la e obter resultados favoráveis a nível oral.

No momento inicial de medição de IGV, relativo à medição antes de qualquer intervenção de ensino da técnica de lavagem dos dentes, foi possível verificar que as crianças apresentaram valores entre zero, revelando um bom estado de higiene oral e o valor 3 que é encontrado na situação de higiene oral deficiente. 41% das crianças apresentaram valores de IGV acima de 2. Nesta mesma deslocação, e após a realização da sessão em que foram fornecidas instruções para correcta lavagem dos dentes, essa percentagem diminuiu para 4,8%. É ainda interessante constatar que este valor não aumenta muito 90 dias após, já que apenas se observa que 6% das crianças tem um IGV acima de 2.

Um estudo com o mesmo intuito que esta investigação, realizado no Brasil, por Silveira J. e colaboradores, em 2002, constatou que a variação entre as médias do índice de placa bacteriana iniciais e finais, após o programa de intervenção, demonstra uma redução satisfatória de 60%.

Outra investigação realizada no Brasil, na cidade de Porto Velho, mas com objectivo de avaliar a efectividade de um programa de saúde oral, apurou que entre a primeira (IPB=82%) e a última visita (IPB=57%) houve uma melhoria de 25%, isto é o índice de placa bacteriana diminuiu (Closs, P.; *et al.*,2009).

Livny, A. *et al.* (2008), evidencia a importância da promoção dos programas de saúde oral, afirmando que estas actividades devem ser reforçadas e direccionadas cada vez mais, para escalões etários mais baixos, uma vez que isto permite uma prevenção e aquisição de hábitos de higiene oral de forma antecipada.

Verificou-se que após as instruções sobre como escovar os dentes de forma correcta ocorreram progressos significativos, houve uma diminuição do índice de placa bacteriana não se observando nenhum valor superior a 2,5 e mais de metade (57%) apresentaram valores entre 0 e 1.

Estes valores demonstram que as instruções dadas foram assimiladas, uma vez que o processo de adaptação tem subjacente a assimilação, que permite reconhecer ou identificar os objectos ou acontecimentos novos aplicando-lhes esquemas já existentes sem alterações. Já quando se efectua a terceira medição, 90 dias depois, o valor do IGV aumenta, contudo é inferior ao primeiro, porque durante este tempo já ocorreu o processo de acomodação, no qual a criança modifica os seus esquemas à medida que continua a interagir com o meio (Piaget, 1979).

Relativamente à instrução/motivação com actividades lúdicas, não se verificou diferenças estatisticamente significativas, contudo, é importante mencionar que foi nítida a expressão facial e o grau de satisfação por parte das crianças ao receber os conteúdos necessários para a aquisição de mudanças comportamentais para uma eficiente higiene oral.

Os estudos de Makuch A. (2001) e de Ginsburg K. *et al.* (2007), demonstraram que a realização de jogos e actividades lúdicas como forma de promoção/motivação são mais eficazes no desenvolvimento da criança do que a apresentação didáctica por si só.

Segundo Giddens, A. (2000), a actividade lúdica propicia o desenvolvimento emocional, físico, intelectual e social da criança, motivando-a para a aquisição e manutenção de competências, nomeadamente nas boas práticas de higiene oral.

A importância da promoção para a educação da saúde oral e das medidas preventivas adoptadas precocemente são a base para a mudança do comportamento do indivíduo, tornando-o parte activa e fundamental no cuidado da sua saúde (Buischi, Y., 2003; Costa, C., *et al.*, 2008; DGS, 2008; Garcia P., *et al.* 2004; Kasila K., *et al.*, 2006; Livny, A., *et al.*, 2008; Silveira, J., *et al.*, 2002).

### **Relação do IGV medido no 1º momento com o número de vezes que escovam os dentes**

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas e isso pode-se dever ao facto da respostas das crianças não serem coincidentes, visto que estas dependem muita da sua percepção. Seria de esperar que as crianças que escovam os dentes menos vezes apresentariam um IGV alto, enquanto que, as crianças que escovam mais vezes apresentariam um IGV baixo, ou seja, uma boa higiene oral (Martens L.; *et al.*, 2007).

## **Conclusão**

Após a análise e reflexão dos questionários efectuados às crianças, que conduziu à percepção dos seus hábitos e práticas, é possível corrigir mais eficazmente os erros de conduta para práticas saudáveis.

Relativamente ao índice de placa bacteriana verificou-se a existência de melhorias significativas após a sensibilização. Ao fim de 90 dias, reavaliaram-se estas crianças e observou-se que o IGV foi significativamente inferior ao medido inicialmente.

Ao incluir as actividades lúdicas, factor de diferenciação na instrução/motivação das crianças, verificou-se que estas tiveram um impacto significativo na aquisição de conhecimento e mudança de comportamentos, já que a diferença significativa no IGV medido no 2º e no 3º momento permite observar que os valores finais de IGV são tendencialmente ainda mais baixos para o grupo que teve actividades lúdicas (Tabela 11).

Uma das mais valias desta investigação foi constatar que ocorreram mudanças de mentalidades e comportamentos e observando-se um interesse cada vez maior pela área da saúde oral, não só pelas crianças, como também pelos pais e pelo resto da população.

Com base nesta percepção, é importante desenvolver um maior número de acções de sensibilização, que divulguem a toda a comunidade os conhecimentos necessários no âmbito da higiene oral. É de realçar também a necessidade de intervir junto da família nuclear como forma de prevenção precoce, uma vez que é a partir destes que as crianças vão adquirir hábitos e estilos de vida que se pretendem saudáveis, e que não passam apenas pela higiene oral.

Enfatiza-se assim, a importância da promoção da saúde oral, de educar as crianças sobre estilos de vida saudáveis, permitindo o desenvolvimento de aptidões e hábitos correctos de higiene oral, uma vez que se verificam melhorias essenciais na qualidade de vida e bem-estar das crianças.

## Bibliografia

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (2003). *Policy on Mandatory School-entrance Oral Health Examinations*. Disponível em [http://www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/P\\_SchoolExms.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_SchoolExms.pdf) [Consultado em 06/01/09].

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (2008). *Policy on Dietary Recommendations for Infants, Children, and Adolescents*. Disponível em [http://www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/P\\_DietaryRec.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_DietaryRec.pdf) [Consultado em 05/04/09].

Alarção, M., (2002), *(des) Equilíbrios Familiares*, Coimbra, Edição quarteto, pp.14 a 232.

Barata, C. *et al.*,(2008). Avaliação de Saúde Oral numa População Rural. *Cadernos de Saúde*, 1, pp.28.

Bezerra, A.; Toledo, O. (2003). Nutrição, Dieta e Cárie. *In: Kriger, L. (Ed.). Promoção de Saúde Bucal*. 3ªedição. São Paulo, Artes Médicas. pp.43.

Boj, J.R.; Catalá, M.; García-Ballesta, C.; Mendoza, A. (2004). *Odontopediatria*. Barcelona Masson.

Brailsford, S. *et al.*, (2005). The microflora of the erupting first permanent molar, *Caries Research*, 39, pp.78-84.

Buischi, Y., (2003). *Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica*. São Paulo, Artes Médicas.

Buischi, Y. *et al* (1994). Effect of two preventive programs on oral health knowledge and habits among Brazilian schoolchildren. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 22, pp.41-46.

Carta de Ottawa. (1986) [em linha]. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> [Consultado em 20/04/2008].

Chaves, M. *et al.* (1986). *Odontologia Social*. 3ª Edição, São Paulo, Artes Médicas.

Closs, P., *et al.* (2009). Avaliação de um Programa de Saúde Bucal em Crianças de uma Escola Pública em um bairro periférico na cidade de Porto Velho-RO. [em linha]. Disponível em <http://www.saomateus.edu.br/revista/index.php/resc/article/view/29/ED211> [Consultado em 20/04/09].

Cordeiro, J., (1994), *A Saúde Mental e a Vida, Pessoas e Populações em Risco Psiquiátrico*, 3ª Edição, Lisboa, Edições Salamandra.

Cortelli S. *et al.* (2004), Factores de Risco a Cárie e CPOd em crianças em idade escolar. *Ciência Odontológica Brasileira*. 7 (2). pp.72-83.

Costa, A.; Paiva, E.; Ferreira, L. (2006). Saúde oral infantil: uma abordagem preventiva, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp.337-346.

Costa, C. *et al.* (2008). Higiene oral na criança - boca sã, família vigilante? *Acta Médica Portuguesa*. 21(5). pp. 467-474.

Dean, J., *et al.* (2001) *Odontopediatria*, 7ª Edição, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A, pp.178-196

Dimbarre, D. T.; Wambier, D. S. (1996). A influência da motivação e supervisão profissional na redução de placa bacteriana em escolares. *Revista Odontológica da Universidade de São Paulo*, 10 (3), pp.169 -173.

Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular – Ministério da Saúde [em linha]. Disponível em <http://sitio.dgidec.min-edu.pt/saude/Paginas/default.aspx> [Consultado em 06/01/09].

DGS (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*, Lisboa, Direcção Geral de Saúde. pp. 5.

DGS (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa, Direcção Geral de Saúde.

DGS (2008). Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais. [em linha] Disponível em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cr=12995> [Consultado em 24/04/2009].

Direcção Regional de Educação do Alentejo [em linha] Disponível em <http://www.drealentejo.pt/escolas/default.asp?action=projectoeducat&IDEscola=25>. [Consultado em 06/01/09].

Doran, R; Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa, Climepsi, pp.570-571.

Feliciano, E. (1994). *Alimentação Saudável*. Lisboa, Direcção Geral de Saúde.

Gambardella, A., *et al.* (1999). Prática Alimentar de Adolescentes. *Revista de Nutrição*, Campinas, 12 (1), pp. 5-19.

Garcia P., *et al.* (2004). Avaliação dos efeitos da educação e motivação sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal em adultos. *Ciência Odontológica Brasileira*, 7 (3), pp.30-9.

Giddens, A.(2000). *Sociologia*. 2ªEdição, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, pp.43-53 e 96-98.

Ginsburg R., *et al.* (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong Parent-Child. *American Academy of Pediatrics*. 119(1). pp.182-91.

Gleitman H.(1999). *Psicologia*. 4ªEdição, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, pp.135.

Gonzalez, O. (2000). Las Necesidades Educativas del niño hospitalizado, *Revista Inclusão*, 1, pp 53-66.

Honkala, E. *et al.* (2005). Effectiveness of children's habitual toothbrushing. *Journal of Clinical Periodontology*, 13 (1), pp 81-85.

Ide R, *et al.* (2001). Evaluation of oral health promotion in the workplace: the effects on dental care costs and frequency of dental visits. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 29, pp. 213-219.

Islam, B. *et al.* (2007). Dental Caries: From infection to prevention. [em linha] Disponível em [www.medscimonit.com/fulltxt.php?ICID=512939](http://www.medscimonit.com/fulltxt.php?ICID=512939), [Consultado em 06/01/09].

Kay *et al.* (1999). How often should we go to the dentist? [em linha] Disponível em <http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7219/1269/a> [Consultado em 20/04/09].

Kasila K *et al.* (2006). Oral health counselling in changing schoolchildren's oral hygiene habits: a qualitative study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34(6), pp. 419-428.

Kenneth R, *et al.* (2006). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. [Em linha]. Disponível em <http://www.pediatrics.org/cgi/dol/10.1542/peds.2006-2697>. [Consultado em 05/01/2009].

Kwan S. *et al.* (2005). Health - promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*. 83(9). pp.677-85.

Lang, N., *et al.* (1999). Placa e Cálculos Dentários, In: Lindhe, J *et al.* (Ed.). *Tratado de Periodontologia Clínica e Implantologia Oral*. 3ªEdição, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A., pp. 66-89.

Livny, A. *et al.* (2008). Oral Health Promotion for Schoolchildren – evaluation of a pragmatic approach with emphasis on improving brushing skills. [Em linha]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/8/4> [Consultado em 05/01/2009].

Macgregor, DM; Balding JW, Regis D. (1997). Motivation for dental hygiene in adolescents *International journal of paediatric dentistry*. 7(4). pp. 235-41.

Macgregor, DM; Rugg-Gunn, AJ. (2006). Survey of toothbrushing duration in 85 uninstructed English schoolchildren. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 7(5). pp.297-298.

Makuch, A.; Reschke, K. (2001). Playing games in promoting childhood dental health [em linha]. Disponível em <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0738-3991/PIIS0738399100001427.pdf> [Consultado em 25/09/08].

Martens L.; *et al.* (2007). Variables associated with longitudinally registered plaque accumulation in a cohort of Flemish schoolchildren. *Quintessence International*, 38(7). pp.555-64

Mayer MP, *et al.* (2003). Long-term effect of an oral hygiene training program on knowledge and reported behavior. *Oral Health and Preventive Dentistry*, 1 (1). pp:37-43.

Município de Sousel [em linha]. Disponível em [www.cm-sousel.pt](http://www.cm-sousel.pt) [Consultado em 26/12/2008].

Navarro, C. (1999). Métodos de Control de la Placa Bacteriana, *In: Sala, E. et al.* (Ed). *Odontología Preventiva y Comunitaria 2ª Edição*. Barcelona, Masson, pp. 69-75.

Neto, C., (1998), *O Desenvolvimento da Criança e a Perspectiva Ecológica do Jogo*, In Krebe, Rui; Colleti, Fernando e Beteau, Thais (Orgs.), *Discutindo o desenvolvimento infantil*, Brasil, Sociedade Internacional para o Estudo da Criança.

Oliver, C. (1976), *A Criança e os Tempos Livres*, Lisboa, Europa-América.

Ortiz, M. Z. U. (2004). Estudio comparativo de cuatro métodos para la enseñanza de la técnica de capillado dental en preescolares, comprendidos entre los 5 y 6 años de edad, de instituciones educativas de los municipios de Fraijanes, Retalhuleu y Guatemala, inscritos en el ciclo escolar 2004, Trabajo de Tesis, Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, pp. 1-146.

Palmer, A. (2005). Dental caries and obesity in children: different problems, related causes, *Quintessence International*,36(6). pp. 457-61.

Pereira, A. (1993). *Cáries Dentárias, Etiologia, Epidemiologia e Prevenção*. Porto, Medisa ed.

Petry, P., Pretto, S. (2003) Educação e Motivação em Saúde Bucal. In: Kriger, L. (Ed.). *Promoção de Saúde Bucal*. 3ª edição. São Paulo, Artes Médicas. pp.370.

Piaget, J.; Inhelder, B. (1979), *A psicologia da Criança, do Nascimento à Adolescência*, Lisboa, Moraes Editores.

Pinkhan, J. R. et al. (1996) *Odontopediatria: da infância à adolescência*. 2ª Edição. São Paulo: Artes Médicas. pp. 221-231.

Polit, D.; Hungler, B. (1992). *Investigacion Cientifica en Ciências de la Salud*, 3.ª Edição México, Interamericana. Mc-Graw-Hill.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 1.ª Edição, Lisboa, Gradiva Publicações.

Rodrigues CR, et al. (1990). Simplified oral hygiene index for ages 4 to 6 and 7 to 10 (deciduous and mixed dentition), *Revista de Odontologia da Universidade de Sao Paulo*, 4(1), pp. 20-24.

Russo. (2004). Cárie Dental: Tipos, Histologia e Tratamento. In: GARRONE NETTO et al. (Ed.), *Introdução à Dentística Restauradora*, São Paulo, Livraria Santos Editora Ltda. pp. 93-100.

Sala, E. (1999). *Odontología Preventiva y Comunitaria* 2ª Edição. Barcelona, Masson.

Sanches, M. *et al.* (2001). Descontaminação das Escovas Dentárias Por Imersão em Soluções Antissépticas. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 49 (3), pp.167-171.

Santos, B. (1999), Encontro Nacional de Intervenção e Promoção da Saúde e Meio Escolar, Lisboa.

Silla, J. (1999). Fundamentos y Concepto Actual de la Actuación Preventiva del Flúor. *In: Sala, E. et al. (Ed.). Odontología Preventiva y Comunitaria*. 2ª Edição. Barcelona, Masson. pp. 89-103.

Silveira, J. *et al.* (2002). Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. *Pesquisa Odontológica Brasileira*. 16(2). pp.169-174.

Toassi, R. *et al.* (2002). Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Revista de Saúde Pública*. 36(5). pp.634-7.

Vanobbergen, J. *et al.* (2001). Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 29. pp.424-34.

Zusman SP.; *et al.* (2007). National oral health knowledge, attitudes and behaviour survey of Israeli 12-year-olds, 2002. *Oral Health and Preventive Dentistry*. 5(4). pp.271-8.

## **Anexos**

## **Anexo 1: Pedido de Autorização à Escola**

Exmo. Sr. Dr. Luís Brito

Presidente do Conselho Executivo do Agrupamento de

Escolas com J.I de Sousel

Sara Redondeiro Marques, residente no Bairro Dr. Francisco Sá Carneiro n.45, 7470 Sousel, com o número de telemóvel 965213458 e e-mail [sararmarques@hotmail.com](mailto:sararmarques@hotmail.com), estudante da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, do curso de Medicina Dentária, do 6ºano, no Porto, que pretende realizar uma investigação-acção na Escola do 1º ciclo com Jardim de Infância de Sousel, no âmbito do trabalho de final de curso.

Vem por este meio solicitar a autorização para realização de uma acção de formação alusiva ao tema “Higiene Oral” aos alunos do 1ºciclo da freguesia de Sousel, proporcionando-lhes assim, oportunidade de virem a desenvolverem hábitos e estilos de vida saudáveis, nomeadamente a nível da higiene oral.

A acção de formação passa por 2 fases: na primeira iria ser dadas instruções às crianças sobre os cuidados que deve ter com a sua higiene oral, será avaliado o índice de placa bacteriana com um corante utilizado normalmente nas consultas de Medicina Dentária, sem qualquer contra-indicação; em seguida pretende-se ensinar a escovar os dentes individualmente a cada criança, fornecendo-lhe um kit com escova de dentes e pasta dentífrica. Na segunda fase será avaliado a aquisição de conhecimentos adquiridos na secção anterior através da avaliação do índice de placa.

Será enviado em anexo o plano de actividades discriminado o que se pretende efectuar.

Grata pela atenção,

Ao dispor para qualquer informação

---

(Sara Redondeiro Marques)

## **Anexo 2: Consentimento informado**

### **Declaração de Consentimento Informado para a realização de um estudo de avaliação entre cuidados com higiene oral antes da instrução/motivação vs cuidados com a higiene oral após a instrução/motivação.**

Sara Redondeiro Marques, aluna finalista do curso de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, requer o consentimento para efectuar um estudo da avaliação da remoção de placa bacteriana em crianças, dos 6 aos 10 anos da Escola do 1ºciclo com Jardim de Infância de Sousel.

Neste trabalho de investigação não será realizado qualquer tratamento dentário, apenas será realizada uma observação clínica. Será utilizado um corante de placa bacteriana, usado normalmente nas consultas de Medicina Dentária, sem qualquer contra-indicação. Todos os dados serão confidenciais.

Serão também dadas instruções de higiene oral.

Será fornecido um kit (escova + pasta dentífrica)

---

(Sara Redondeiro Marques)

tlm: 965213458, e-mail: sararmarques@hotmail.com

---

### **Autorização**



Eu, \_\_\_\_\_, encarregado/a de educação do/a aluno/a \_\_\_\_\_, autorizo o meu/ a minha educando/a participar na acção de formação alusiva ao tema “Higiene Oral”, que se realizar-se-á no dia \_\_ de Outubro de 2008 e dia \_\_ de Janeiro de 2009 na escola do 1º ciclo de Sousel.

Sousel, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

O/a Encarregado/a de Educação

---

### Anexo 3: Inquérito

	<b>UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA</b> Faculdade Ciências da Saúde	
---	--	---

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Nrº \_\_

### INQUÉRITO

Responde as seguintes questões e coloca um X na tua resposta.

Quantos anos tens? \_\_\_\_\_ (anos)

Ano de escolaridade: \_\_ 1ºano \_\_ 2ºano \_\_ 3ºano \_\_ 4ºano

És rapaz ou rapariga? \_\_Rapariga \_\_Rapaz

1. Já foste alguma vez ao Médico Dentista? \_\_ Sim \_\_ Não

2. Costumas lavar os dentes? \_\_ Sim \_\_ Não

3. A escova de dentes é só tua? \_\_ Sim \_\_ Não

4. Quem te ensinou a lavar os dentes? \_\_ Os pais \_\_ Na escola \_\_ O dentista \_\_ Aprendi sozinho

5. Quantas vezes lavas os dentes por dia? \_\_ zero \_\_ uma \_\_ duas \_\_ três  
(se respondeste “zero”, passa para a pergunta 8)

6. Costumas lavar os dentes sozinho ou com a ajuda de alguém? \_\_ Sozinho \_\_ Com ajuda

7. Quando é que lavas os dentes? \_\_ de manhã \_\_ a seguir as refeições \_\_ à noite  
(escolhe SÓ 1 opção) \_\_ de manhã e à noite \_\_ de manhã, a seguir às refeições e à noite

8. Gostas de lavar os dentes? \_\_ Sim \_\_ Não

8.1. Se respondeste **sim**, porque é que gostas de lavar os dentes? (escolhe SÓ 1 opção)  
\_\_ Gosto do sabor da pasta \_\_ Gosto de sentir a boca fresca \_\_ Gosto de ter os meus dentes limpos

8.2. Se respondeste **não**, porque é que não gostas de lavar os dentes? (escolhe SÓ 1 opção)  
\_\_ Sinto dificuldade \_\_ Tenho preguiça \_\_ Sabe-me mal a pasta \_\_ Demora muito tempo

9. Costumas comer muitos doces? \_\_ Nunca \_\_ Raramente \_\_ 1 a 2 vezes por semana  
(escolhe SÓ 1 opção) \_\_ De 2 em 2 dias \_\_ 1 vez por dia \_\_ Mais de 1 vez por dia

10. Quando é que comes doces? \_\_ de manhã \_\_ a seguir ao almoço e ao jantar  
(escolhe SÓ 1 opção) \_\_ entre as refeições \_\_ à noite

Obrigado.



## Anexo 4: Apresentação de PowerPoint (1º e 2ºano)

### Higiene Oral



Escola do 1º ciclo com Jardim de Infância da Sousel

Sousel, 6 de Outubro de 2008

### A TUA BOCA



A BOCA

- Lábio Superior
- Dentes
- Céu da boca ou palato
- Úvula ou campainha
- Língua
- Lábio Inferior

### PARA QUE SERVEM OS DENTES?



Falar

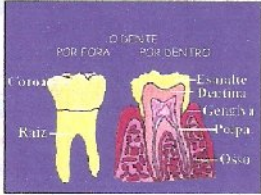


Comer



Sorrir

### O DENTE



O DENTE

POR FORA

- Coroa
- Raiz

POR DENTRO

- Esmalte
- Dentina
- Geneira
- Pulpá
- Osso

### Dentição decídua ou de leite

- 20 dentes



DENTIÇÃO DE LEITE



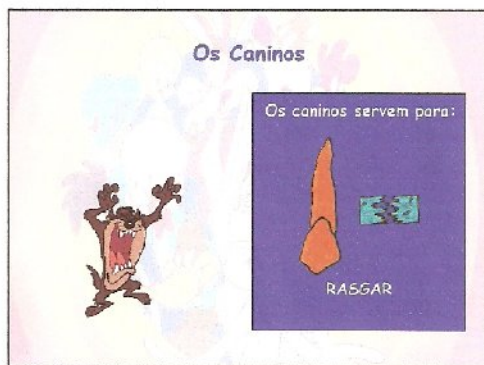
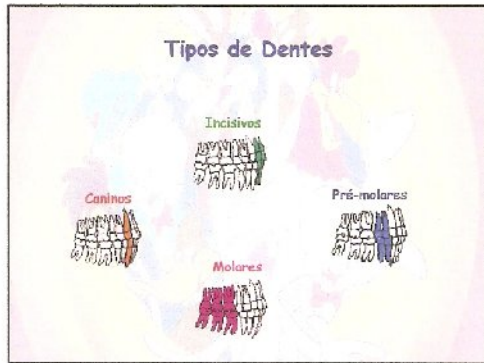
### Dentição permanente

- 28 ou 32 dentes




Dentição permanente











## A PREVENÇÃO



**Boa Higiene Oral:**


-  Escovagem
-  Fio dentário
-  Flúor
-  Dentista
-  Alimentação

## A Escovagem




**Deves lavar os teus dentes:**  
- Para manter os dentes e as gengivas saudáveis

**Quando é que deve ser feita?**  
- De manhã  
- Depois das refeições  
- Antes de dormir




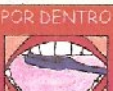


**A tua escova de dentes:**  
- Deve ser macia  
- Deve ser a tua



## A Escovagem

**Como deve ser feita?**



 POR FORA	 POR DENTRO
 PARTES QUE MASTIGAM	 LINGUA

## O Fio Dentário



1. Enrolar o fio dental nos dedos médios e utilizar os polegares e indicadores.
2. Passar o fio na superfície e nos intervalos dos dentes.

## O Flúor

**O que é?**

- É uma substância que contém fluoreto de sódio (0,2%), adequada para bechearos quotidianamente.  
- Pode ser com e sem gosto ou não.




## O Flúor

**Avisar as crianças para :**

- não comerem
- não beberem,
- não bochechem com água,

**pelo menos durante 30 minutos, após o bochecho fluoretado.**

## O Dentista

- Consultar o dentista com regularidade (pelo menos 2 vezes por ano).



## A Alimentação



- Não comer guloseimas nos intervalos das refeições.

- Evitar alimentos duros ou quentes, seguidos de outros muito frios.

- Comer alimentos que tornem os dentes saudáveis.



- Não usar os dentes para partir alimentos duros.

## Cuida dos teus dentinhos



• ganha um sorriso lindo!

## Bibliografia

- MTRANDA, Ana; CARMO, Isabel. (1999). *Campanha de Segurança Alimentar*. DECO. Lisboa, ISBN 972-8068-23-9;
- NUNES, Emília; BRENDA, João. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Direcção Geral de Saúde, Lisboa., ISBN 972-9425-94-9;
- SEELEY; STEPHENS; TATE - *Anatomia fisiologia*. Terceira Edição. Lusodidacta.

## Anexo 5: Apresentação de PowerPoint (3º e 4ºano)


# Higiene Oral



Escola do 1º ciclo com Jardim de Infância de Sousel

7 de Outubro de 2008

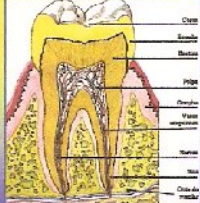
# A tua Boca



Lábio Superior  
Dentes  
Céu da boca ou palato  
Úvula ou campânula  
Língua  
Lábio Inferior

# Estrutura do Dente


Cada dente é formado por quatro componentes principais:



- ⇒ Esmalte
- ⇒ Dentina
- ⇒ Pulpa
- ⇒ Raiz

# Tipos de Dentição


## Dentição primária "dentes de leite"



- ⇒ Começa com o aparecimento do primeiro dente, que deverá ocorrer por volta dos 6 meses de idade.
- ⇒ Entre os 2 e os 3 anos, devem ter aparecido os 20 primeiros dentes.

# Tipos de Dentição


## Dentição Mista



- ⇒ Transição entre a dentição primária e a definitiva.
- ⇒ Começa por volta dos 6 anos de idade e continua até que tenha caído o último dos dentes primários, que sucede por volta dos 12 anos de idade.

# Tipos de Dentição

## Dentição Permanente



- ⇒ Inicia-se com a queda do último dente primário, por volta dos 10 a 12 anos de idade.
- ⇒ Existem 32 dentes permanentes. Cada um dos quatro quadrantes da boca contém 2 incisivos, 1 canino, 2 pré-molares e 3 molares.

## Função dos dentes

Os incisivos têm a função de cortar os alimentos

Os caninos têm a função de rasgar os alimentos


Os pré-molares têm a função de esmagar os alimentos

Os molares têm a função de moer os alimentos



## Uma higiene oral descuidada pode levar a:

- ⊗ Gengivite
- ⊗ Mau hálito
- ⊗ Tártaro
- ⊗ Cárie Dentária



## A GENGIVITE

Quando a placa bacteriana fica acumulada na tua gengiva, e a fica doente - tem gengivite - e começa a ficar vermelha, inchada, dói e pode sangrar.


GENGIVA SAUDÁVEL	GENGIVA COM GENGIVITE
	

## MAU HÁLITO

↳ "Mau hálito", cheiro desagradável que sai da boca.

São muitas as causas deste mal:

1. Higiene oral eficiente;
2. Gengivite;
3. Ingestão de certos alimentos ex.: cebola, alho;
4. Tabaco e produtos alcoólicos;
5. Boca seca;
6. Doenças sistémicas.




## TÁRTARO

- Tártaro é placa bacteriana que endurece na superfície dos dentes ou na gengiva irritando as tecidos gengivais.
- Aparece como uma mancha acastanhada ao redor dos dentes ao longo da gengiva.



## Cárie Dentária



## Cárie Dentária

Bactéria + Açúcar = Ácido + Dente

A repetição deste processo dará origem a uma lesão irreversível do dente, chamada:

**Cárie Dentária**

## Cárie Dentária

**A cárie começa a atacar**

## Cárie Dentária

**Fica a descoberto a dentina**

## Cárie Dentária

**Abertura da polpa**

## Cárie Dentária

**Abcesso**

**A infecção chega ao osso**

## Cárie Dentária

**Dentes doentes, o que acontece?**

- A mastigação torna-se deficiente
- Os alimentos mal triturados «cansam» o estômago
- O desaparecimento de certos dentes leva a perturbações na fala.

## Como CUIDAR dos teus DENTES?



- ☑ Boa escovagem
- ☑ Utilização de Fio dentário
- ☑ Flúor
- ☑ Dentista
- ☑ Alimentação

## Escovagem

POR FORA



POR DENTRO



PARTES QUE MASTIGAM



LINGUA



## Escovagem

Não esquecer:

- ☐ Colocar na escova, uma pequena bola, do tamanho de uma ervilha, de pasta dos dentes.
- ☐ Lavar os dentes da frente com movimentos circulares e os de trás com movimentos horizontais (para frente e para trás).
- ☐ Escovar a língua.



A tua Escova de Dentes:

- Deve ter o tamanho certo para a tua boca;
- Ser de tua;
- Ser guardada com os pelos para cima, ou para a mesma teatla limpa;
- Ser usada;
- Estar sempre limpa;
- Deve substituí-la de 3 em 3 meses.

Quando é que deves escovar os teus dentinhos?

- De manhã
- Depois da refeição
- Antes de dormir



Deves lavar os teus dentinhos? Para manter os dentinhos e as gengivas saudáveis.



## Utilização do Fio Dentário



Refina uma porção de fio, enrola-o todo no dedo de uma das mãos e uma pequena parte (2 ou 3 voltas) no dedo da outra mão.

Introduz o fio com cuidado entre dois dentes e faz movimentos de "vai-vem" para conseguires limpar o dente todo.



Repete estes procedimentos em todos os dentes sem esquecer os de trás e sem ferir as gengivas.

## Flúor



O que é?

É uma substância que contém flúorato de cálcio a 0,2%, pasta de dente para lactantes ou zélex tooth.

Pode ser com e sem cor-de-rosa.



## Dentista

- Consultar o dentista com regularidade (pelo menos 2 vezes por ano para ver se está tudo bem com os seus dentes)

- Não te esqueças de seguir sempre as suas indicações

## Alimentação Saudável

Pior inimigo dos dentes:

# Açúcar

Por isso deves:

- diminuir o consumo de açúcar
- diminuir o consumo de bebidas açucaradas fora das refeições principais.
- escolher, na medida do possível, alimentos adequados ( frutas, legumes, saladas, leite, queijo, iogurtes...)



## Alimentação Saudável



## Alimentação Saudável

Quais os alimentos açucarados mais perigosos?



R: São os sólidos e aderentes: caramelos, rebuçados e outras guloseimas.



Lavar sempre os dentes depois de consumir alimentos açucarados; se não for possível, fazer pelo menos um bochecho vigoroso com água.



1- Lavar os dentes pelo menos duas vezes ao dia (manhã e à noite);



2- Usar pasta de dentes com flúor e fio dentário;

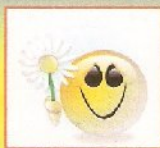




3- Ir pelo menos uma a duas vezes ao dentista num ano.

Uma vida saudável implica uma boca sã

## Cuida dos teus dentinhos



e ganhas um sorriso lindo!

Des. gráfico por: Sara Rodrigues Marques  
 A. Faria, M. Aires, D. Mendes  
 Faculdade de Medicina, Universidade Nova de Lisboa - Portugal

## Bibliografia

MIRANDA, Ana; CARMO, Isabel. (1999). *Campanha de Segurança Alimentar*. DECO. Lisbon. ISBN 972-8068-23-9;

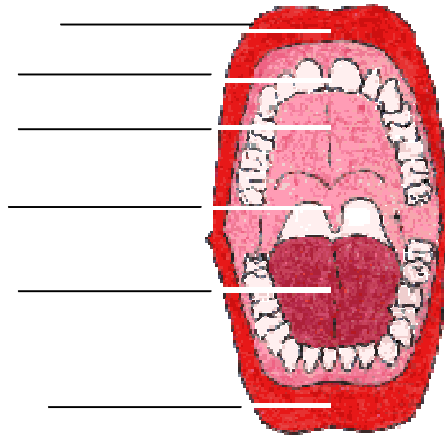
NUNES, Emília; BRENDA, João. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Direcção Geral de Saúde. Lisbon. ISBN 972-9425-94-9;

SEELEY; STEPHENS; TAIE. *Anatomia fisiologia*. Terceira Edição. Lusodidacta.

## Anexo 6: Ficha de Consolidação de Conhecimentos

Agora que já sabes um pouco mais sobre higiene oral, vê se acertas...

1. A tua boca é constituída por:



2. Os primeiros dentes que nascem na tua boca são os dentes \_\_\_\_\_, depois estes caem e aparecem os dentes \_\_\_\_\_, que ficam para toda a vida.

3. Quantos dentes terás quando fores grande e tiveres a tua dentição completa?

24;

40;

32;

20.

4. O que faz bem aos teus dentes? (Assinala com um x a opção correcta).

Restos de comida;

Bactérias;

Fio dentário;

Doces.



5.São 4 os tipos de dentes que existem na tua boca, cada um tem uma função. Faz a correspondência.



Incisivos

▪ Moer



Caninos

▪ Cortar



Pré-molares

▪ Triturar



Molares

▪ Rasgar

6.O que deves fazer para prevenir a cárie dentária? (Para te ajudar colocamos aqui as palavras que vais procurar na sopa de letras)

▪ Escovagem;

▪ Fio dentário

▪ Dentista.

A	D	E	T	F	Q	Q	N	S	D	M	A	K
R	E	D	H	I	R	L	D	R	N	J	S	J
G	S	R	I	O	G	T	C	Q	H	K	C	U
T	C	E	O	F	T	Ç	F	D	Y	O	R	I
U	O	G	P	D	E	N	T	I	S	T	A	O
K	V	N	D	E	H	N	R	G	X	L	F	P
N	A	W	V	N	J	T	A	T	S	P	V	L
V	G	A	B	T	R	Y	M	Y	E	Ç	G	M
C	E	C	N	A	L	R	U	U	A	E	T	E
S	M	L	Z	R	Ç	E	K	N	D	S	R	A
E	S	K	E	I	O	W	J	F	R	D	G	S
D	J	G	R	O	P	Q	G	E	G	R	B	Q
V	K	R	A	K	X	B	E	D	H	F	Y	W

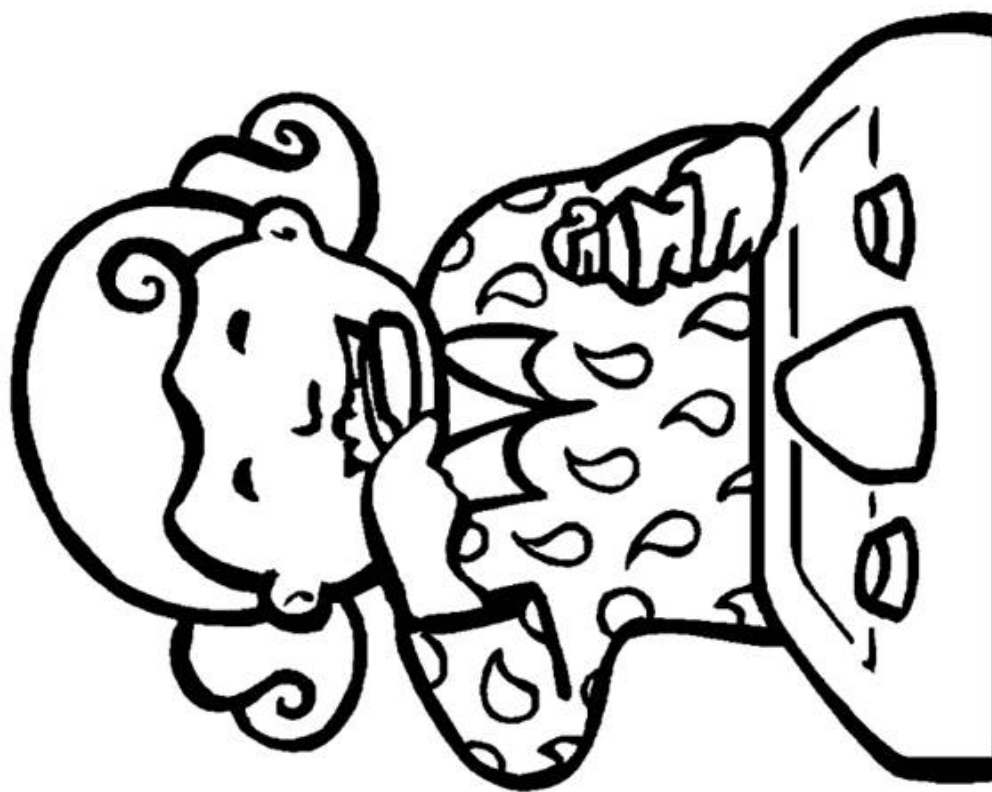
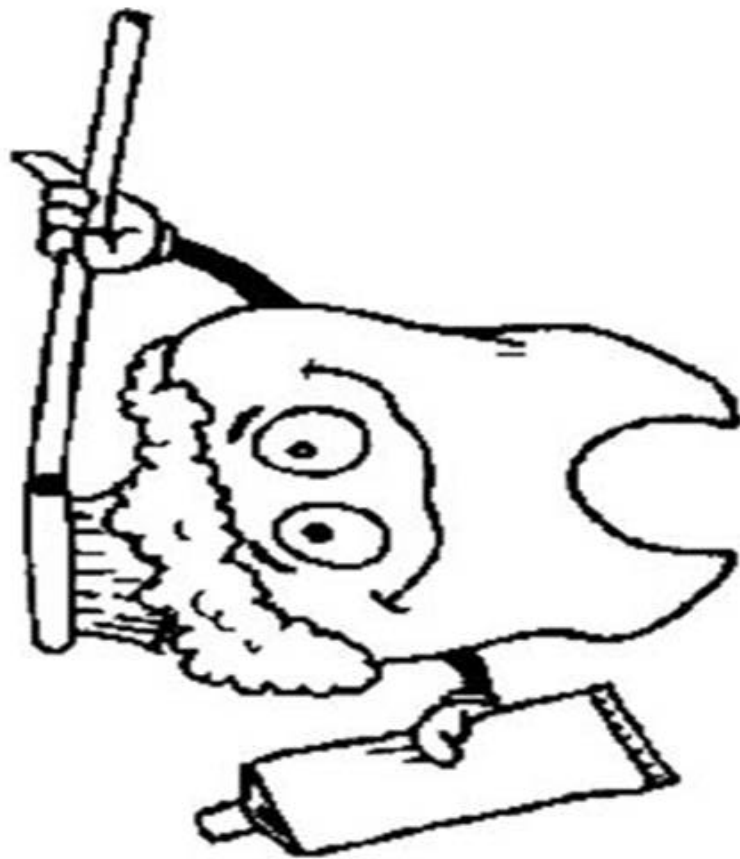


7.A tua escova de dentes é muito importante na tua higiene oral, ela deve: (assinala com V as respostas verdadeiras e com F as respostas falsas)

- Ter o tamanho certo para a tua boca; \_
- Partilhares a escova com os teus pais; \_
- Ser guardada com os pêlos para cima, para poder secar; \_
- Estar sempre limpa; \_
- Ser dura; \_
- Deves substitui-la de 6 em 6 meses. \_

**FIM**

Para pintares...



Nome: \_\_\_\_\_

Data: / / \_\_\_\_\_

# Contrato



Eu \_\_\_\_\_,  
prometo lavar os meus dentinhos todos os dias, de manhã e à noite e  
sempre que puder a seguir às refeições. Para ficar com um sorriso  
muito bonito.

Sousel, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

**Anexo 9: Vídeo: Viagem ao Mundo com o Drº Dentolas**



## **Anexo 10: Teatro de Fantoches do Batalhão da Higiene Oral**

### **(DENTES SUJOS)**

Era uma vez uns dentinhos que sofriam muito com o ataque das bactérias depois das refeições. Isso acontecia porque:

**MENINO:** Eu sou muito malandro e esqueço-me sempre de lavar os meus dentinhos. Então como ninguém os protegia, as bactérias atacavam-nos, faziam com que houvesse cáries.

Até que 1 dia...

**DENTES SUJOS:** Socooooorro!!!!

**Pasta e Escova:** Lá vamos nóóóóós... Calma dentinhos, nós vamos ajudar-vos!

**Fio Dentário:** O Fio dentário, ouviu os gritos e foi lá dar uma ajudinha...

**Escova e Boca:** Vamos então esfregar esses dentes para ficarem limpinhos.

**PASTA DE DENTE, ESCOVA, FIO DENTÁRIO:** esse é o batalhão da higiene oral, e estão numa missão diária muito importante...

**PASTA DE DENTE, ESCOVA, FIO DENTÁRIO:** Já fizemos o nosso trabalho, expulsamos as bactérias.

**DENTES LIMPOS:** Ah!!! Como estamos tão bonitos...

**MENINO:** Pois é, como tenho os meus dentes tão bonitos... Sabem, a partir de hoje, vou lavar sempre os meus dentinhos, vou utilizar o batalhão de limpeza:

- Pasta

- Escova

- Fio Dentário

Vou lavar os dentes de manhã, depois das refeições e antes de dormir...

**DESAPARECEM TODOS, E SÓ APARECE O MENINO**

- Nada sem a tua ajuda, tu é que tens que mandar no combate às cáries, para teres os dentinhos sempre limpinhos...

Por isso, não se esqueçam de lavar os dentes.

**DENTE LIMPO:** XAU... e portem-se bem!!!

**FIM**

**Personagens:**



**Dentes feios**



**Menino**



**Pasta de dentes**



**Dentes bonitos**



**Boca**



**Escova de dentes**



**Fio dentário**

## Anexo 11: Jogo do dente

### - Tabuleiro








### - Perguntas e Respostas

1. O que é a higiene oral? R: É a limpeza da boca
2. Quantas vezes por ano deves ir ao dentista? R: Pelo menos 2 vezes por ano.
3. Porque deves lavar os teus dentinhos? R: Para manter os dentinhos e as gengivas saudáveis.
4. Como deve ser a tua escova de dentes? R: Macia.
5. Quando é que deves lavar os teus dentinhos? R: Depois das refeições, antes de deitar e depois de comer doces.
6. Senão lavares também a tua língua o que acontece? R: A boca fica com mau hálito.
7. O que não deves comer principalmente à noite? R: Doces.
8. O que é a cárie dentária? R: É quando os dentes ficam estragados por causa dos bichinhos da boca.
9. Do que é que os bichinhos da boca gostam mais? R: De açúcar.
10. A quem podes emprestar a tua escova de dentes? R: A ninguém.

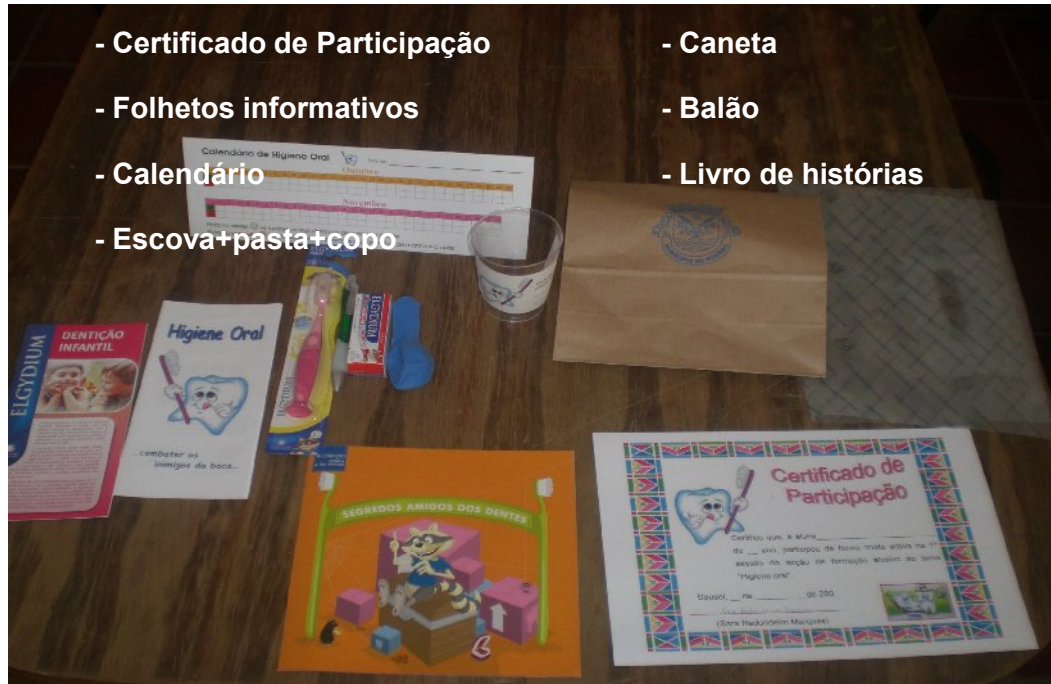
### - Regras

1. Cada jogador lança o dado, o que tiver mais pontos é o primeiro a jogar. Quando há empate joga-se novamente o dado até desempatar;
2. Ganha o jogador que chegar primeiro à casa 30.

Casas de sorte e azar	Casa da pergunta
Se caíres na casa 5 → Avanças 2 casas 	Sempre que estiveres na casa ?, ser-te-á feita uma pergunta.
Se caíres na casa 10 → Recua 1 casa 	Se responderes certo, avanças duas casas.
Se caíres na casa 14 → Avanças 1 casa 	Se responderes errado, recuas 1 casa.
Se caíres na casa 20 → Ficas sem jogar uma vez 	
Se caíres na casa 25 → Voltas ao início 	

## Anexo 12: Ofertas

### 1ª Sessão



### 2ª Sessão

- Diplomas

