



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

SUSANA MAIRLLA DE SOUSA MARTINS

**ACOMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM DISPOSITIVO DE
CONSCIENTIZAÇÃO E MOTIVAÇÃO DO AUTOCUIDADO ORAL EM CRIANÇAS**

**Araruna / PB
2019**

SUSANA MAIRLLA DE SOUSA MARTINS

**ACOMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM DISPOSITIVO DE
CONSCIENTIZAÇÃO E MOTIVAÇÃO DO AUTOCUIDADO ORAL EM
CRIANÇAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a coordenação do curso de odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã Dentista.

Área de concentração: Odontopediatria

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Marly Araújo Maia Amorim

**Araruna / PB
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M383a Martins, Susana Mairlla de Sousa.
Acompanhamento da implementação de um dispositivo de conscientização e motivação do autocuidado oral em crianças [manuscrito] / Susana Mairlla de Sousa Martins. - 2019.
26 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde , 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Ana Marly Araújo Maia Amorim , Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."
1. Odontopediatria. 2. Autocuidado. 3. Saúde Bucal. I.
Título

21. ed. CDD 617.645

SUSANA MAIRLLA DE SOUSA MARTINS

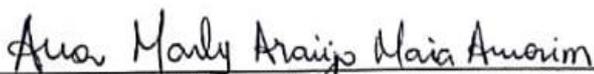
ACOMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM DISPOSITIVO DE
CONSCIENTIZAÇÃO E MOTIVAÇÃO DO AUTOCUIDADO ORAL EM
CRIANÇAS

Artigo apresentado a coordenação do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião Dentista

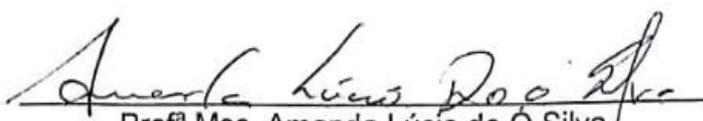
Área de concentração:
Odontopediatria

Aprovado em: 13/06/2019.

BANCA EXAMINADORA


Prof^a. Dra. Ana Marly Araújo Maia Amorim (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof^a Msc. Smyrna Luiza Ximenes de Sousa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof^a Msc. Amanda Lúcio do O Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho aos meus pais,
Sonia Maria Ferreira de Sousa e Marcos
Antonio Martins de Sousa, por todo amor
e esforço dedicado a mim ao longo da
vida. Essa conquista é nossa.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Cartão autoadesivo	13
Figura 2 – Adesivos utilizados	13
Figura 3 – Dispositivos de EVA	14
Figura 4 – Fantoques	14

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Condição inicial quantitativa média do odontograma lúdico em números totais e percentual.....	17
Tabela 2 – Percentual de adesivos por cor na primeira e última consulta.....	17

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
3	RELATO DE EXPERIÊNCIA	12
3.1	Local e Período da Experiência.....	12
3.2	Descrição do Método do Dispositivo.....	12
3.3	Implementação do Dispositivo Adaptada para a Clínica Escola.....	15
4	RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO E DISCUSSÃO	16
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
	REFERÊNCIAS	19
	APÊNDICE A – PARA SELEÇÃO DO ANIMAL AO QUAL A CRIANÇA SE IDENTIFICA	22
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	23
	APÊNDICE C –MATERIAL INFORMATIVO PARA DIVULGAÇÃO EM MÍDIA DIGITAL.....	25
	AGRADECIMENTOS	26

ACOMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM DISPOSITIVO DE CONSCIENTIZAÇÃO E MOTIVAÇÃO DO AUTOCUIDADO ORAL EM CRIANÇAS

FOLLOW-UP ON THE IMPLEMENTATION OF A CONSCIENTIZATION DEVICE AND MOTIVATION OF ORAL SELF-CARE IN CHILDREN

Susana Mairlla de Sousa Martins¹
Ana Marly Araújo Maia Amorim²

RESUMO

Este trabalho consiste na descrição da experiência de acompanhamento da implementação de um dispositivo de conscientização e motivação no autocuidado de higiene oral em crianças de 4 a 12 anos atendidas na Clínica Integrada da Infância I e II da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus VIII (Araruna-PB). O dispositivo consiste em cartão autoadesivo representativo do odontograma da criança com as informações da condição individual de cada dente. Como forma de facilitar a comunicação entre o dentista e a criança, o cartão simula um animal escolhido pela criança, e o odontograma representado por adesivos circulares de diferentes cores, sendo elas: verde para dentes hígidos e saudáveis, amarelo para condição de alerta; e vermelho em casos de lesões de cárie que necessitem de exodontia, endodontia ou restauração; branco para dentes ausentes ou não erupcionados. A cada nova consulta, com a realização do procedimento, e com a avaliação da escovação caseira, a criança poderia trocar a coloração do adesivo, o que visava incentivar a cooperação entre as consultas e o autocuidado com a higiene oral doméstica. Toda a comunicação foi realizada de forma lúdica, utilizando um fantoche do animal escolhido. Durante o período de dois meses, 12 crianças foram acompanhadas pelo projeto, avaliando-se a evolução nas cores dos adesivos e sua condição oral a cada nova consulta. Ao fim deste período de avaliação obtiveram-se resultados positivos acerca do autocuidado das crianças envolvidas, percebidos a partir da evolução das cores dos adesivos utilizados no odontograma lúdico e ainda na redução da média geral de IHO-S.

Palavras chave: Odontopediatria. Autocuidado. Saúde Bucal.

ABSTRACT

This work consists of a description of the experience of monitoring the implementation of an awareness and motivation device for oral hygiene self-care in children aged 4 to 12 years attending the Integrated Clinic of Childhood I and II of the State University of Paraíba (UEPB) - Campus VIII (Araruna- PB). The device consists of self-adhesive card representative of the child's odontogram with the information of the individual condition of each tooth. As a way to facilitate communication between the dentist and the child, the card

simulates an animal chosen by the child, and the odontogram represented by circular stickers of different colors, being: green for healthy and healthy teeth, yellow for alert condition; and red in cases of caries lesions that require exodontia, endodontia or restoration; white for missing or non-erupted teeth. With each new consultation, with the accomplishment of the procedure, and with the evaluation of the home brushing, the child could change the color of the adhesive, which was aimed at encouraging cooperation between consultations and self-care with domestic oral hygiene. All the communication was carried out in a playful way, using a puppet of the chosen animal. During the period of two months, 12 children were followed up by the project, evaluating the evolution in the colors of the patches and their oral condition at each new consultation. At the end of this evaluation, there were positive results regarding the self-care of the children involved perceived from the evolution of the colors of the adhesives used in the play odontogram and also the reduction of the general mean of IHO-S.

Keywords: Pediatricdentistry. Self-care. Oral Health.

¹ Graduanda em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba;

² Prof. Dra. Pela Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

Uma boa saúde bucal é dependente do estabelecimento dos comportamentos de escovação de dentes, uso de dentifrício fluoretado e controle de lanches açucarados (ADAIR, P. M.; BURNSIDE G.; PINE C.M.; 2013). Diante disso, cabe ao profissional de odontologia iniciar qualquer plano de tratamento, pelo ensino da escovação dos dentes, e motivar sempre o paciente a tê-la como hábito frequente, de forma a obter do indivíduo sua colaboração e uma boa performance em higiene bucal, abandonando hábitos inadequados. Por esse motivo, o estímulo a escovação deve ser iniciado o mais breve possível (MORAES, K.R.; ALDRIGUI, J.M.; OLIVEIRA, L.B.; RODRIGUES, C.M.D.; WANDERLEY, M.T.;2011). Geralmente, o profissional tende a orientar os pais e as crianças a respeito do consumo de açúcar e escovação apenas durante a primeira sessão de atendimento, sem um reforço futuro desses conselhos. Essa prática poderia tornar a abordagem ineficiente para a prevenção real da cárie dentária (JAIME, R.A.; CARVALHO, T.S.; BONINI, G.C.; IMPARATO, J.C.P.; MENDES, F.M.; 2015).

Sem dúvida o atendimento odontológico em crianças é permeado de desafios. Sabe-se que a criança em seu desenvolvimento reage de diversas formas frente à visita ao dentista devido a fatores como idade, medo e experiências odontológicas prévias ruins (SPANOGLO, M.; PEREIRA, J.T.; WERLE S.B.; SCATENA C.; RODRIGUES J.A.; OLIVEIRA, R.S.; 2016).

A especificidade do atendimento em odontopediatria necessita da conquista da colaboração da criança, o que faz da atividade lúdica algo essencial. Para as crianças, o lúdico tem finalidade pedagógica e através desse método é possível que a criança aprenda mais. A comunicação linguística envolve desde a entonação da voz, afetividade e afabilidade. São exemplos disso as técnicas do falar-mostrar-fazer, do controle da voz, da aplicação de reforço positivo e do uso de modelos. Sendo assim, diálogo e brincadeiras precisam ser a base do relacionamento entre o profissional e a criança. Tendo em vista a sensibilidade infantil à linguagem e à comunicação não verbal, o lúdico se mostra uma das formas mais eficazes de envolver o paciente infantil no processo preventivo em saúde bucal (OLIVEIRA, J.C.C.; 2014).

Através de atividades lúdicas é possível fazer uma associação entre a prática diária de higiene bucal e brinquedos, por exemplo, no intuito de educar e motivar a criança (MORAES, K.R.; ALDRIGUI, J.M.; OLIVEIRA, L.B.; RODRIGUES, C.M.D.; WANDERLEY, M.T.;2011). O contato do paciente com esse tipo de método incentiva e faz com que o inconsciente memorize informações sem dificuldades, contribuindo também no aprendizado dos demais integrantes da família, devido ao caráter coletivo dos jogos. As crianças podem vivenciar situações reais, tais como: dentes hígidos, lesões cáries, etc; o que potencializa o aprendizado. Estudos já demonstraram que utilizar jogos, objetivando o desenvolvimento de práticas efetivas em saúde bucal, quando apropriados à faixa etária do indivíduo, pode ser mais efetivo que os procedimentos convencionais (MIALHE, F.L.; CUNHAR, C.O.B.; MORANO JÚNIOR, 2009)

O profissional que irá trabalhar com esse paciente deve dispor de criatividade, meios, técnicas e materiais que despertem entusiasmo na criança,

o que também acaba dependendo muito de seu próprio entusiasmo, pois, se não há motivação, jamais se conseguirá obter bons resultados (MIALHE, F.L.; CUNHAR.C.O.B.; MORANO JÚNIOR, M.;2009).

Outro ponto importante a ser levantado é que ter a atenção a saúde incorporada ao contexto familiar é uma estratégia de incentivo de suma importância com relação ao paciente infantil, pois a família é exatamente o ambiente de formação de indivíduos conscientes de suas necessidades e que precisam da motivação de seus responsáveis para tal (MASSONI, A.C.L.T.; PAULO, S.F.; FORTE, F.D.S. FREITAS, C.H.S.M.; SAMPAIO, F.C.; 2010).

Diante do exposto, o presente trabalho consiste na descrição da implementação de um método de incentivo a saúde bucal com crianças de 4 a 12 anos atendidas na Clínica Integrada da Infância I e II da Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII (Araruna-PB), com o objetivo de incentivá-las em relação ao autocuidado em higiene oral de maneira individualizada e através de atividades lúdicas, como também abrangendo seus responsáveis, de forma que o meio ao qual estão inseridas participe do estímulo ao autocuidado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As doenças mais prevalentes na cavidade bucal são a cárie dentária e a doença periodontal, sendo que nas crianças a cárie é a doença mais comum. Sua etiologia é complexa e como fatores determinantes para sua ocorrência incluem-se microbiota, dieta e hospedeiro. A doença surge então como resultado de um processo dinâmico que ocorre nos depósitos bacterianos. A interrupção desse processo por meio da remoção do biofilme onde residem os microrganismos cariogênicos, impede que a lesão cáries se forme. Para remoção do biofilme é necessária a motivação pessoal quanto a escovação e cuidados básicos em saúde bucal (OLIVEIRA, M.F.; ZANCHETT, S.; BERNDT R.L.E.; MORAES, M.V.M.; 2012)

Grande parte da população infantil ainda é afetada pela cárie, que é a doença oral crônica mais comum em crianças e, devido à sua elevada prevalência e aos graves impactos na qualidade de vida e desenvolvimento, é considerada um problema de saúde pública (NUNES, V.H.; PEROSA, G.B.; 2017). De acordo com LOSSO, E.M.; TAVARES, M.C.R.; SILVA, J.Y.B.; URBAN, C.A.; (2009), na criança, hábitos como o uso irrestrito de mamadeira, dificuldade na higiene dental, manter líquidos na boca por período prolongado, principalmente durante o sono, e a utilização de bebidas açucaradas estão associados ao desenvolvimento de cárie na infância.

A cárie é a maior causa das perdas precoces dos dentes posteriores (ROSE, J.S. 1966). O método mais satisfatório para prevenir problemas de perda de espaço é manter os dentes em condições normais de saúde, usando todos os procedimentos educativos, clínicos e preventivos disponíveis (QUDEIMAT, M.A.; FAYLE, S.A. 1998).

Atualmente, promover a saúde bucal é uma prática comum no mundo todo, tanto a nível local como populacional. Além disso, numa visão global, as taxas de cárie entre crianças têm melhorado significativamente desde a introdução de dentífricos fluoretados, apesar de permanecer com valores altos de prevalência nas comunidades mais desfavorecidas. Intervenções com o objetivo de melhorar a saúde oral da criança têm a capacidade de disseminar

educação e informações para o desenvolvimento da habilidade na escovação e ainda no gerenciamento do consumo de alimentos e bebidas cariogênicas (ADAIR, P. M.; BURNSIDE G.; PINE C.M; 2013).

Existem diversos programas simples e eficazes de motivação e educação em relação à higiene bucal em que são utilizados métodos variados para a prevenção das doenças ocasionadas pelo biofilme. Esses métodos têm por finalidade desenvolver a consciência crítica a respeito das causas de seus problemas e despertar interesse pela manutenção da saúde (OLIVEIRA, M.F.; ZANCHETT, S.; BERNDT R.L.E.; MORAES, M.V.M.; 2012).

A escovação diária utilizando o creme dental com flúor é uma medida preventiva com evidência reconhecida e é apontada como uma das razões para o declínio da cárie em crianças no Brasil, juntamente com os programas de escovação supervisionada. Nesse tipo de ação são realizadas educação em saúde bucal, evidenciação de placa bacteriana seguida de escovação supervisionada. Na maioria das vezes, os esforços são direcionados para as primeiras séries do ensino fundamental, justamente por ser o período em que ocorre o irrompimento dos primeiros dentes permanentes (FRAZÃO, P. 2012).

De acordo com GAO, X.; LO. E.C.M.; MCGRATH C.; HO, S.M.Y.; (2013), a educação convencional em saúde, com foco na divulgação de informações e em conselhos normativos, muitas vezes não consegue mudanças comportamentais sustentadas. Diante disso, O'MALLEY, L.; ADAIR, P.; BURNSIDE, G.; ROBINSON, L.; COFFEY, M.; PINE, C.; (2016), propõem intervenções de promoção de saúde focadas na mudança de comportamento para melhorar a saúde oral em crianças e dizem que estas intervenções vêm tentando evoluir positivamente os resultados dos tratamentos dentários através de um maior conhecimento por parte dos pacientes. Segundo GAO, X.; LO. E.C.M.; MCGRATH C.; HO, S.M.Y.; (2013), é importante que o paciente comece a avaliar seus próprios comportamentos e que sejam apresentados argumentos para a mudança. O profissional deve habilmente ajudar a criar uma resolução aceitável para o problema através de gatilhos de mudança.

Nas diferentes idades da infância, os hábitos relacionados a escovação devem ser apresentados às crianças por seus responsáveis e devem ser praticados diariamente (CASTILHO, A. R. F.; MIALHE, F.L.; BARBOSA, T.S.; PUPPIN-RONTANI, R.M; 2013).

Segundo FERRAZ, E.G.; SILVA L.R.; SARMENTO V.A.; CAMPOS E.D.J.; OLIVEIRA T.F.L.D.; MAGALHÃES J.C.; BOA-SORTE N.; (2014), a higiene bucal deve começar ainda bebê, através de uma gaze ou fralda úmida, sendo essa uma estratégia para tornar esse bebê acostumado com manipulação da boca e com a rotina de limpeza. A escova de dentes é uma ferramenta simples de autocuidado com eficácia clínica incontestável para a prevenção de cárie e doença periodontal, e seu uso não deve ser adiado para além da erupção dos molares decíduos.

Durante o longo período de aprendizado da escovação, as crianças costumam apenas brincar com a escova em suas bocas, de forma que a limpeza não é satisfatória. Por isso é atribuído às mães e pais o papel de ajudar seus filhos, ensinando os hábitos de escovação mais favoráveis (CASTILHO, A. R. F.; MIALHE, F.L.; BARBOSA, T.S.; PUPPIN-RONTANI, R.M;2013) De acordo com FERRAZ, E.G.; SILVA L.R.; SARMENTO V.A.; CAMPOS E.D.J.; OLIVEIRA T.F.L.D.; MAGALHÃES J.C.; BOA-SORTE N.;(2014), apesar de a criança desejar tomar a iniciativa de realizar a

escovação sozinha, esta deve ser realizada pelos pais, duas vezes ao dia e principalmente a noite. A partir dos três anos de idade os pais já devem começar a ensinar e motivar a criança a escovar sozinha. Além disso, é necessária atenção à recomendação para crianças menores de três anos quanto a quantidade limitada ("um grão de arroz") de creme dental fluoretado, que precisa da supervisão rigorosa dos pais, uma vez que a ingestão prolongada de fluoretos durante a formação dos dentes pode ocasionar a fluorose dentária.

É importante ainda, salientar que os odontólogos devem procurar atuar juntamente aos professores e demais profissionais da área, de forma multidisciplinar, para a educação em saúde (SÁ, L.O.; VENDICIANO, M.M.; VASCONCELOS, B.; 2009). Pois, apesar de os pais desempenharem o papel mais importante na educação em saúde de suas crianças, os professores também devem estar envolvidos nessa educação. Isso porque as crianças passam uma quantidade considerável de seu tempo na escola e lá podem aprender hábitos saudáveis (CASTILHO, A. R. F.; MIALHE, F.L.; BARBOSA, T.S.; PUPPIN-RONTANI, R.M.;2013).

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

3.1 Local e período da experiência

A experiência a ser relatada foi vivenciada durante atividades de monitoria no ambiente da Clínica Integrada da Infância I, com alunos correspondentes ao oitavo período do Curso de Odontologia, do Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, Campus VIII, no município de Araruna.

Durante os períodos 2018.1 e 2019.1 foram realizadas as atividades de monitoria, que se deram através do acompanhamento dos procedimentos clínicos realizados pelos 24 alunos matriculados, variando entre orientação de higiene, profilaxia, endodontia, exodontias e restaurações. Durante todo o atendimento a presença dos monitores foi ativa, fornecendo apoio em caso de dificuldades na realização dos atendimentos, desde a orientação clínica básica ao manejo comportamental do paciente infantil.

Visando uma maior colaboração das crianças, no quesito autocuidado e motivação em higiene oral e melhor comportamento, no ambiente da clínica, foi implementado um método lúdico de conscientização da importância do autocuidado em conjunto com o acolhimento inicial da criança, que consiste em preenchimento do prontuário, apresentação de um álbum seriado de personagens variados e escovação supervisionada.

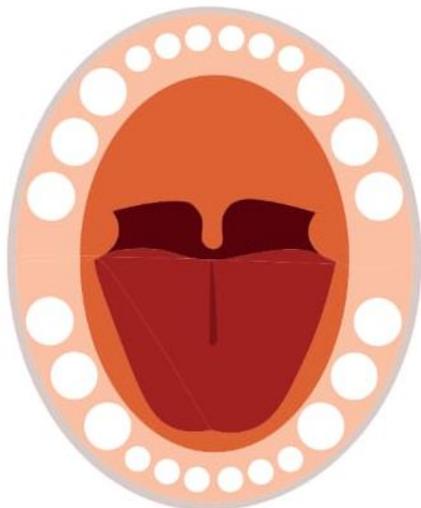
3.2 Descrição do método do dispositivo

O Dispositivo de Conscientização do Autocuidado consiste em uma alternativa lúdica para motivação de higiene oral e colaboração do atendimento clínico odontopediátrico, direcionado para crianças de 4 a 12 anos, a ser aplicada no início do tratamento odontológico, de forma a integralizar a criança e a família na necessidade e sequência de tratamento, bem como reforçar a importância dos cuidados caseiros nos intervalos das consultas.

O item principal consiste em um cartão autoadesivo que simula a cavidade oral da criança, com a língua e espaços circulares de 6 mm, que

representam os incisivos e caninos decíduos ou permanentes, e espaços esféricos com 12mm que representam os molares decíduos ou pré-molares, e os primeiro molares permanentes (Figura 1). Considerando a idade foco, o cartão que representa o odontograma lúdico não inclui a condição dos segundos e terceiros molares, dessa forma o quantitativo máximo de dentes é 24.

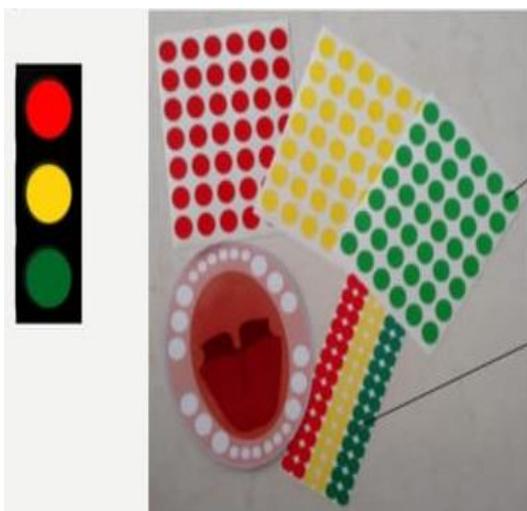
Figura 1: Cartão autoadesivo



Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

De forma a possibilitar a compreensão do odontograma pela criança, os espaços em branco são preenchidos com adesivos autocolantes circulares PRIMACO® de três diferentes cores: verde, amarelo e vermelho (Figura 2). Tais cores foram escolhidas com base na linguagem de semáforo para pedestres, no qual o verde representa siga, o amarelo representa atenção e o vermelho representa pare.

Figura 2: Adesivos utilizados



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

Do ponto de vista odontológico, as referidas cores foram adaptadas para o seguinte entendimento descrito no Quadro 01. Para dentes ausentes

optamos por manter o espaço em branco, para posterior preenchimento com os adesivos colorido a medida que houvesse a erupção do dente permanente.

Quadro 01: Descrição da interpretação visual das cores utilizadas, segundo linguagem universal, adaptação para odontograma lúdico e informação transferida para a criança.

COR	Linguagem universal	Interpretação adaptada para Odontograma lúdico	Informação para a criança
Verde	Siga	Dentes hígidos e saudáveis	O autocuidado está satisfatório, continue cuidando!
Amarelo	Atenção	Dentes com acúmulo de biofilme, cálculo, restaurados ou mancha branca não cavitada	O autocuidado está razoável. precisa aumentar os cuidados de higiene.
Vermelho	Pare	Dentes com lesão de cárie que necessitem de intervenção corretiva como restauração, endodontia ou mesmo exodontia.	O autocuidado foi insuficiente e apenas o dentista consegue resolver a condição dentária para que em seguida seja reforçado o autocuidado.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Para possibilitar o uso do cartão odontograma de forma lúdica, cada cartão pode ser adaptado a um molde de animal em EVA, bem como o respectivo fantoche, por meio de velcros. Os moldes de EVA e os fantoches dos animais foram produzidos manualmente pela aluna e artista plástica voluntária do projeto. Dentre as opções de animais a serem escolhidos pela criança, foram manufaturados cachorro, gato, coelho e porco. O molde de EVA (Figura 3) pode ser levado para casa, para que a criança use o cartão odontograma para lembrar quais dentes precisam de maiores cuidados, em contrapartida o respectivo fantoche (Figura 4) deve ser utilizado pelo profissional durante a consulta para conversa motivacional e colagem dos adesivos em conjunto.

Figura 3: Dispositivo de EVA



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

Figura 4: Fantoches



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

A criança e os pais/responsáveis devem ser orientados a sempre levar o cartão odontograma para cada nova consulta, de forma a acompanhar ativamente as modificações decorrentes das intervenções corretivas, bem como do autocuidado de higiene oral. Sugere-se a utilização de escalas de avaliação de higiene oral como o IHOS, bem como de comportamento, como a escala de Frankl para a avaliação do método e seus efeitos. Esses parâmetros são observados na ficha de avaliação disponível no Apêndice B.

Após a realização de cada procedimento, bem como a avaliação da escovação caseira, o profissional deve dispor dos adesivos para convidar a criança a realizar a troca da coloração do adesivo, o que visa incentivar a cooperação entre as consultas e o autocuidado com a higiene oral doméstica.

3.3 Implementação do dispositivo adaptada para a clínica escola

Para a implementação do método descrito na Clínica Escola, inicialmente foi necessária a elaboração de um material informativo para divulgação em mídia digital, disponível no Apêndice C. Visando incentivar a disponibilidade voluntária dos alunos em participar, bem como esclarecer métodos, a mídia digital foi compartilhada em grupo de Whatsapp® da turma, e dúvidas foram esclarecidas. A implementação ocorreu de maneira teste no semestre 2018.1 com um mínimo de alunos, a fim de verificar possíveis dificuldades. Um total de 50 alunos foram convidados a participar em ambas as clínicas integradas da infância.

No semestre 2019.1, dos 50 convidados, um total de 24 alunos matriculados na Clínica Integrada da Infância I voluntariamente optaram por participar dessa iniciativa. Previamente a implementação, os pais das crianças com idade entre 4 e 12 anos, bem como as mesmas foram consultadas quanto ao interesse em participar voluntariamente do método.

Após a consulta inicial e preenchimento do prontuário clínico padrão de acompanhamento, que dispõe de odontograma e IHO-S, a monitora auxiliou as duplas voluntárias no registro do odontograma em ficha paralela, bem como na colagem dos adesivos circulares no cartão do animal escolhido pela criança.

Após a orientação de higiene oral tradicional e profilaxia prévia, foram preenchidos os odontogramas de cada paciente, tomando nota de todas as informações a respeito de sua cavidade oral, além disso, o comportamento da criança foi classificado de acordo com a Escala de Classificação do Comportamento de Frankl (Apêndice B). Todos os procedimentos clínicos realizados no paciente participante também foram descritos no Apêndice B. Em seguida, o aluno responsável pelo atendimento da criança realizava o exame de IHO-S, transferindo os resultados para a tabela presente no Apêndice B.

Cada criança recebeu a orientação de higiene oral através de entrevista motivacional e escovação supervisionada, sendo também, apresentada ao método de incentivo através de um dispositivo individualizado. Essas crianças foram consultadas para a escolha de um animal dentre as opções apresentadas no Apêndice A, sendo elas: cachorro, gato, porco e coelho. Essa entrevista teve como objetivo selecionar o animal preferido pela criança para a seleção de seu dispositivo de conscientização sendo este um fantoche de feltro que se apresentava como o animal escolhido, utilizado dentro do ambiente da clínica.

Cada criança também recebeu uma versão do animal feita de EVA, a qual poderia levar para casa e deveria retornar com o mesmo a cada nova visita. Na boca do personagem, um cartão servia de “espelho” da condição bucal da criança. Estando marcados com adesivos nas cores verde, amarelo e vermelho todos os dentes presentes na boca da criança, sendo a escolha de cores de acordo com as áreas que precisavam de maior atenção no momento da higiene oral, previamente observadas através do exame clínico. Para os dentes ausentes, sejam eles perdidos ou não erupcionados manteve-se a cor branca.

Os alunos responsáveis pelo atendimento e orientação de cada paciente, deveriam deixar claro para a criança e para os responsáveis quais as áreas que precisavam de um maior cuidado, demonstrando isso também na boca do animal. A cada nova visita as orientações eram reforçadas e os cartões eram atualizados.

Durante a implementação alguns pontos interessantes com relação ao comportamento das crianças em frente ao método, um deles é o sentimento de apego que algumas crianças criaram com seus fantoches, onde colocaram nomes nos mesmos, brincavam simulando a escovação nos bonecos e os apresentavam aos colegas e demais pessoas presentes no ambiente da clínica. Outro detalhe a ser ressaltado está no quesito da identificação dos mesmos com seus respectivos odontogramas, no sentido de entenderem a correspondência dos adesivos com seus próprios dentes, onde foi possível identificar que os pacientes com mais idade tinham facilidade nessa tarefa, enquanto que os mais jovens apresentavam maior dificuldade, porém conseguiam assimilar quando havia um maior esforço em ensiná-los.

4 RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO E DISCUSSÃO

A implementação relatada aconteceu durante o período 2019.1, com o convite voluntário dos alunos matriculados nas Clínicas Integrada da Infância I e II, no Campus VIII da UEPB. No entanto, nem todas as duplas que realizavam os atendimentos durante este período se disponibilizaram a participar e inserir seus respectivos pacientes. Resultando na inclusão inicial de 22 crianças, referente a 60% do total de crianças atendidas no período.

Durante o processo de implementação, fatores externos atrapalharam a consolidação, como a paralisação dos atendimentos por cerca de 30 dias, devido à falta de materiais de uso clínico. Essa longa pausa nos atendimentos acarretou problemas, como a evasão de algumas crianças para o atendimento em outros serviços e a perda dos animais de EVA entregues a essas crianças, resultando em um número reduzido de crianças na participação desta iniciativa. Outro problema associado foi o preenchimento incompleto das fichas de acompanhamento (Apêndice B) por parte dos alunos responsáveis pelo atendimento, impedindo a coleta de dados.

Com base no odontograma lúdico, observa-se na Tabela 1 que as 22 crianças examinadas apresentavam uma média de 32% de condição dentária em alerta (adesivos vermelhos e amarelos) e necessitavam de intervenção por meio de raspagem periodontal, endodontia, exodontia ou restauração. Essas condições estão representadas pelos adesivos vermelhos e amarelos na Tabela 1, sendo respectivamente (18,4%) e (14,2%), enquanto que os dentes

saudáveis estão representados pelos adesivos verdes (67,3%) e os ausentes por espaços brancos (9,6%).

Tabela 1: Condição inicial quantitativa média do odontograma lúdico em números totais e percentual.

Dados quantitativos	Médio	Percentual
Número de dentes	21,7	90,3%
Adesivos verdes	14,6	67,3%
Adesivos amarelos	3,1	14,2%
Adesivos vermelhos	4	18,4%
Espaços brancos/ausentes	2,4	9,6%

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Apenas um total de 12 crianças (55% do total inicial), sendo 5 do sexo masculino e 7 do sexo feminino, com idade média de 7,7 (+-2,5) anos, se mantiveram no projeto até o momento de recolhimento dos dados. Com os dados das 12 crianças que se mantiveram no projeto, foi feito um levantamento da quantidade de adesivos de cada cor, presentes na primeira e última consulta acompanhada, assim como as médias gerais de IHO-S na primeira e última consulta, observando a evolução dos números e avaliando a diferença entre eles no intuito de descrever se esta iniciativa foi capaz de colaborar com o autocuidado desses pacientes.

A cada visita clínica, havia o reforço da orientação realizada e avaliação para confirmar se a criança estava tendo a devida atenção com as áreas marcadas. Caso houvesse mudança nas condições de uma determinada área, esta receberia uma nova cor de adesivo, de acordo com sua condição atual. O interesse era que a criança fosse estimulada de maneira lúdica a ter um maior autocuidado em sua higiene oral, na tentativa de evoluir positivamente nas cores dos adesivos de seu animal. O percentual de adesivos por cor na primeira e última consulta está disponível na Tabela 2.

Tabela 2: Percentual de adesivos por cor na primeira e última consulta.

	Média (%)	Média (%)	Diferença (%)
Número de verdes	13,7 (57,5%)	14,9 (62,3%)	+4,8%
Número de amarelo	3,6 (15,3%)	4 (16,7%)	+1,4%
Número de vermelho	4,1 (17,1%)	2,3 (9,7%)	-7,4%
Número de brancos/ ausentes	2,4 (10,1%)	2,75 (11,5%)	+1,4%

Fonte: Elaborada pelo autor, 2019.

Com relação aos resultados das médias gerais de IHO-S, levando em consideração apenas as 12 crianças mantidas no projeto, a primeira consulta apresentou uma média geral de 1,95 ao exame de IHO-S, enquanto a última consulta revelou uma média de 1,44. Pode-se observar uma diferença de 0,51 no quadro geral, o que representa uma evolução positiva nas condições de higiene observadas através desse exame.

Essa redução se assemelha aos resultados encontrados por OLIVEIRA, M.F.; ZANCHETT, S.; BERNDT R.L.E.; MORAES, M.V.M.; (2012) que realizaram uma pesquisa avaliando o índice de higiene oral e o nível de conhecimento de saúde bucal de crianças no ensino fundamental. Essas crianças participaram de seis sessões de motivação para o autocuidado em saúde bucal através de palestras, desenhos, teatros e escovações. Os autores

concluíram que a estratégia conseguiu aumentar o conhecimento de questões específicas em saúde bucal e reduzir o índice de placa das crianças avaliadas.

Outro estudo que apresenta resultados semelhantes é o de MORAES, K.R.; ALDRIGUI, J.M.; OLIVEIRA, L.B.; RODRIGUES, C.M.D.; WANDERLEY, M.T.;(2011), que realizaram uma pesquisa utilizando brinquedos com temas odontológicos para incentivo a saúde bucal em crianças. Foram comparados dois grupos, onde o grupo experimental recebeu orientação com macro-modelo, escova e motivação com brinquedos, enquanto o grupo controle recebeu apenas orientação com macro-modelo e escova. Ao fim do estudo e com a comparação dos dois grupos chegou-se à conclusão que a utilização desses brinquedos teve uma repercussão positiva nas crianças avaliadas, com significativa diminuição no índice de placa. Isso porque os brinquedos despertam a imaginação da criança, repassam informações relacionadas a cuidados em uma linguagem ao alcance da criança, permitindo a sua participação.

Através da Tabela 2 podemos observar a redução de 7,4% na quantidade de adesivos vermelhos, grande parte devido ao atendimento clínico dessas crianças, removendo os agravos mais preocupantes. Vemos ainda o aumento nos adesivos das demais cores, o que poderia significar a eficácia do tratamento odontológico em associação ao incentivo ao autocuidado em higiene oral das crianças envolvidas.

Podemos ainda observar que adesivos vermelhos foram trocados por amarelos após a intervenção clínica, justificando o aumento de 1,4% na porcentagem de amarelos. Enquanto que dentes decíduos sofreram processo de esfoliação e dentes com necessidade de exodontia foram removidos, tornando-se espaços brancos e conseqüentemente elevando essa porcentagem em 1,4%. Um ponto bastante positivo é o aumento de 4,8% nos adesivos verdes, o que caracteriza de maneira mais efetiva a evolução no autocuidado dessas crianças, visto que áreas que possuíam adesivos de variadas cores passaram ao status de saudáveis, recebendo o adesivo verde.

ADAIR, P. M.; BURNSIDE G.; PINE C.M; (2013) realizaram uma revisão sistemática Cochrane onde foram selecionados ensaios controlados aleatórios de intervenções nas escolas primárias (crianças de 4 a 12 anos), incluindo intervenções que abordassem a escovação e o consumo de alimentos ou bebidas cariogênicas ou que tinham a escola primária como foco de entrega da intervenção. Esses autores concluíram que não existem evidências suficientes da eficácia dessas intervenções na redução da cárie, havendo apenas uma limitada evidência de resultados sobre o índice de placa e a aquisição de conhecimento em saúde bucal por parte das crianças avaliadas. De acordo com MASSONI, A.C.L.T.; PAULO, S.F.; FORTE, F.D.S. FREITAS, C.H.S.M.; SAMPAIO, F.C.; (2010) isso provavelmente se dá pois as crianças geralmente têm maior facilidade em colocar o que aprendem em prática se houver incentivo por parte daqueles indivíduos que tem um significado para elas. Desse modo, pais e responsáveis são para essas crianças as suas referências de práticas relacionadas à saúde. Em especial para a saúde bucal, é fundamental motivar os pais e torná-los conscientes disso.

GUARIENTI, C.A.; BARRETO, V.C.; FIGUEIREDO, M.; (2009) realizaram um estudo transversal e observacional com 250 pais e/ou responsáveis de pré-escolares de quatro creches comunitárias do município de

Porto Alegre-RS, com o objetivo de avaliar seus conhecimentos em saúde bucal na primeira infância. Através desse estudo descobriu-se que 19% dos pais já haviam recebido informações sobre o tema em consultórios médicos ou odontológicos particulares e somente 18% obtiveram informações em postos de saúde, o que reflete grande falta de conhecimento da população com relação a saúde bucal em crianças.

Dessa forma, o ideal é que os profissionais informem os pais sobre a influência que seus comportamentos e atitudes podem ter sobre a saúde bucal de seus filhos, de forma que os pais consigam assimilar as informações e entender as instruções fornecidas e implementá-las como parte da rotina preventiva de saúde bucal dos filhos (CASTILHO, A. R. F.; MIALHE, F.L.; BARBOSA, T.S.; PUPPIN-RONTANI, R.M;2013).

Essas informações a respeito do conhecimento e da colaboração dos pais ou responsáveis na motivação e conscientização no autocuidado em saúde bucal das crianças corroboram a iniciativa deste projeto de manter o contato direto com os responsáveis, apresentando aos mesmos o dispositivo e explicando as necessidades de cada criança, o que foi de fundamental importância para os resultados positivos encontrados com a utilização deste método.

Além disso, pode-se observar que existem melhores resultados em ações de promoção da saúde que se utilizam das estratégias convencionais somadas às atividades lúdicas de incentivo ao autocuidado quando se trata da higiene oral de crianças, promovendo saúde bucal através da distribuição de conhecimento e prevenção de doenças de maneira lúdica e prazerosa.

Os impedimentos encontrados durante a implementação deste projeto tornaram o tempo de aplicação reduzido, o que dificultou que houvesse uma consolidação da metodologia de utilização do dispositivo e uma coleta de dados mais eficiente, com um período maior de aplicação e uma amostra mais ampla, garantindo resultados mais fidedignos acerca da eficácia deste método. No entanto, vale salientar que iniciativas como essa podem ser aprimoradas em ocasiões posteriores, certificando-se a respeito da efetividade desse método.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oportunidade de desenvolver o projeto aqui descrito se mostrou especialmente válida, no sentido de que favoreceu a interação entre pacientes e alunos, o que fortalece o estabelecimento do vínculo de confiança entre a criança e o futuro profissional, trazendo de maneira lúdica e interativa a importância da saúde bucal e do autocuidado para o universo da criança.

Além disso, contribuiu positivamente para a comunicação entre responsáveis e dentista, visto que favoreceu a visualização da condição oral da criança de modo a deixá-los mais atentos a esta questão.

REFERÊNCIAS

ADAIR, P. M.; BURNSIDE G.; PINE C.M.; Analysis of Health Behaviour Change Interventions for Preventing Dental Caries Delivered in Primary Schools. **Caries Research**, [s.l.], v. 47, n. 1, p.2-12, 2013. S. Karger AG.

CASTILHO, A. R. F.; MIALHE, F.L.; BARBOSA, T.S.; PUPPIN-RONTANI, R.M.; Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **J Pediatr (rio J)**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 89, p.116-123, nov. 2013.

FERRAZ, E.G.; SILVA L.R.; SARMENTO V.A.; CAMPOS E.D.J.; OLIVEIRA T.F.L.D.; MAGALHÃES J.C.; BOA-SORTE N.; Avaliação dos hábitos de higiene bucal em pacientes pediátricos obesos. **Grupo Editorial Moreira Junior**, Salvador-BA, v. 2, n. 50, p.69-74, fev. 2014.

FRAZÃO, P.; Custo-efetividade da escovação dental supervisionada convencional e modifi cada na prevenção da cárie em molares permanentes de crianças de 5 anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro - Rj, v. 2, n. 28, p.281-290, fev. 2012.

GAO, X.; LO. E.C.M.; MCGRATH C.; HO, S.M.Y.; Face-to-face individual counseling and online group motivational interviewing in improving oral health: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, [s.l.], v. 16, n. 1, 18 set. 2015. Springer Nature.

GAO, X.; LO. E.C.M.; MCGRATH C.; HO, S.M.Y.; Innovative interventions to promote positive dental health behaviors and prevent dental caries in preschool children: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, Hong Kong, v. 118, n. 14, p.1-8, jan. 2013.

GUARIENTI, C.A.; BARRETO, V.C.; FIGUEIREDO, M.; Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica e Integrada**, vol.9, n.3, setembro-dezembro, 2009, p321,325.

JAIME, R.A.; CARVALHO, T.S.; BONINI, G.C.; IMPARATO, J.C.P.; MENDES, F.M.; Oral Health Education Program on Dental Caries Incidence for School Children. **The JournalOfClinicalPediatricDentistry**, São Paulo – Sp, v. 39, n. 3, p.277-283, mar. 2015.

LOSSO, E.M.; TAVARES, M.C.R.; SILVA, J.Y.B.; URBAN, C.A.; Severe early childhood caries: an integral approach. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], p.295-300, 4 ago. 2009. Jornal de Pediatria.

MASSONI, A.C.L.T.; PAULO, S.F.; FORTE, F.D.S. FREITAS, C.H.S.M.; SAMPAIO, F.C.; Saúde Bucal Infantil: Conhecimento e Interesse de Pais e Responsáveis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.257-264, 1 ago. 2010. APESB (Associação de Apoio a Pesquisa em Saúde Bucal).

MIALHE, F.L.; CUNHAR.C.O.B.; MORANO JÚNIOR, M.; Avaliação dos Jogos e Brinquedos com Temas Odontológicos Disponibilizados no Mercado Nacional, **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada** [enlinea] 2009, 9 (set – dez)

MORAES, K.R.; ALDRIGUI, J.M.; OLIVEIRA, L.B.; RODRIGUES, C.M.D.; WANDERLEY, M.T.; Motivação de higiene dental utilizando brinquedos com temas odontológicos. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 723-728, 2011

NUNES, V.H.; PEROSA, G.B.; Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.191-200, jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

OLIVEIRA, J.C.C. Atividades lúdicas na Odontopediatria: uma breve revisão da literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p.103-107, jun. 2014.

OLIVEIRA, M.F.; ZANCHETT, S.; BERNDT R.L.E.; MORAES, M.V.M.; Motivação no controle do biofilme dental e o aprendizado em relação à saúde bucal em escolares. **PublicatioUepg: Ciências Biológicas e da Saúde**, Ponta Grossa, v. 18, n. 2, p.115-120, dez. 2012.

O'MALLEY, L.; ADAIR, P.; BURNSIDE, G.; ROBINSON, L.; COFFEY, M.; PINE, C.; An Evaluation of a Storybook Targeting Parental Attitudes, Intention, and Self-Efficacy to Change Their Child's Oral Health Behavior. **Health Psychology**, Nov. 2016.

QUDEIMAT, M.A.; FAYLE, S.A. The longevity of space maintainers: a retrospective study. **Pediatr Dent**, Chicago, v.20, n.4, p.267-272, July/Aug. 1998.

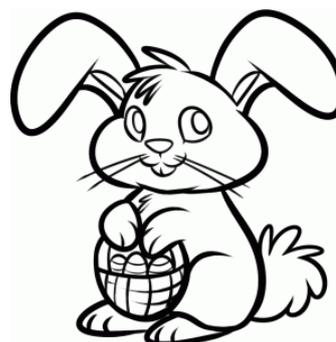
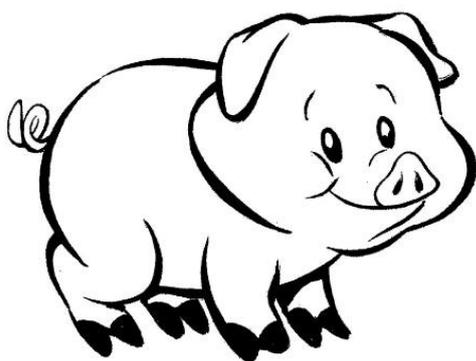
ROSE, J.S. Early loss of teeth in children. **BrDent J**, Londres, v.120, n.6, p.275-280, Mar., 1966.

SÁ, L.O.; VENDICIANO, M.M.; VASCONCELOS, B.; A Importância da educação em saúde bucal nas escolas de Ensino Fundamental - Revisão de literatura. **Odontologia Clínico-científica**, Recife-PE, v. 4, n. 8, p.299-303, dez. 2009.

SPANOGLO, M.; PEREIRA, J.T.; WERLE S.B.; SCATENA C.; RODRIGUES J.A.; OLIVEIRA, R.S.; Manejo de crianças de difícil comportamento nas faculdades de odontologia brasileiras. **R. Perspect. Ci. e Saúde** 2016;1(1): 03-11.

APÊNDICE A: PARA SELEÇÃO DO ANIMAL AO QUAL A CRIANÇA SE IDENTIFICA

QUAL ANIMAL VOCÊ PREFERE?



APÊNDICE B: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

AValiação DA INFLUÊNCIA DE UM DISPOSITIVO DE REFORÇO POSITIVO NO AUTOCUIDADO EM HIGIENE ORAL DE CRIANÇAS

Acadêmico: Susana Mairlla de Sousa Martins Orientador: Ana Marly Araújo Maia

UEPB CAMPUS VIII – Araruna

Instrumento para coleta de dados

Paciente: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Série escolar: _____

Responsável:

1. _____

Endereço: _____

() Zona rural () Zona Urbana

Telefone para contato: () _____

Renda familiar: () Até dois salários mínimos () Três salários mínimos ou mais

Considerações do paciente (Ex.: Doenças sistêmicas, necessidades especiais, etc.):

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S)

Superfícies coradas e classificadas de acordo com a quantidade de terços envolvidos

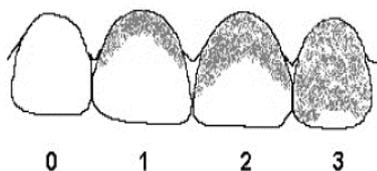
Score:

GRAU 0: Ausência de Biofilme

GRAU 1: Presença de Biofilme em até 1/3 da superfície vestibular

GRAU 2: Presença de Biofilme em até 2/3 da superfície vestibular

GRAU 3: Presença de Biofilme em mais de 2/3 da superfície vestibular



IHOS Consulta inicial Data: ___/___/___

Dente índice	SCORE
Vestibular do 1º molar superior direito	
Vestibular do 1º molar superior esquerdo	
Vestibular do incisivo central superior direito	
Lingual do 1º molar inferior esquerdo	
Lingual do 1º molar inferior direito	
Vestibular do incisivo central inferior esquerdo	

Tabela: Marcação do score de acordo com a quantidade de terços corados pelo evidenciador de placa.

IHOS Consulta final Data: ___/___/___

Dente índice	SCORE
Vestibular do 1º molar superior direito	
Vestibular do 1º molar superior esquerdo	
Vestibular do incisivo central superior direito	
Lingual do 1º molar inferior esquerdo	
Lingual do 1º molar inferior direito	
Vestibular do incisivo central inferior esquerdo	

Tabela: Marcação do score de acordo com a quantidade de terços corados pelo evidenciador de placa.

APÊNDICE C: MATERIAL INFORMATIVO PARA DIVULGAÇÃO EM MÍDIA DIGITAL

DISPOSITIVO DE REFORÇO POSITIVO NO AUTOCUIDADO DE HIGIENE ORAL EM CRIANÇAS



UEPB CAMPUS VIII - ARARUNA PB

O QUE É?

- O dispositivo de reforço positivo consiste em um odontograma lúdico!

COMO ASSIM?

- Condição dentária traduzida em cores simbólicas!

QUAL FUNÇÃO?

- Motivar e conscientizar crianças com idade entre 4 e 12 anos por meio do auto-reconhecimento de sua condição oral;

COMO FUNCIONA?

- Após o diagnóstico clínico e preenchimento do odontograma, no mesmo será traduzido para a criança por meio de adesivos e da seguinte legenda de cores:

<p>Vermelho: Casos que necessitem intervenção clínica odontológica. Ex: Exodontia ou restauração;</p> <p>Amarelo: Casos que podem ser monitorados e dependem do cuidado domiciliar; Ex: acúmulo de biofilme/cálculo, restauração recém realizada ou mancha branca não cavitada;</p> <p>Verde: Condição de dentes hígidos e limpos, com bom padrão de higiene;</p>		<p>Vermelho: Significa que a criança não consegue fazer auto-cuidado, e precisa de mais consultas;</p> <p>Amarelo: Significa alerta para a escovação e uso de fio dental!</p> <p>Verde: Significa que o dente está saudável e a criança tem realizado um bom auto-cuidado</p>
--	--	--

EXEMPLOS

Cartão representativo já com os adesivos representando a condição bucal da criança.

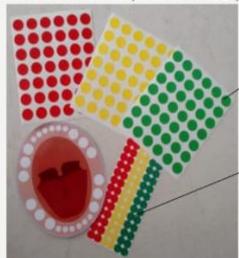




Os espaços em branco são dentes não erupcionados.

MATERIAL DISPONÍVEL

Cartão oval em formato de boca;
Etiquetas adesivas nas cores vermelha, amarelo e verde;

Os adesivos de diâmetro maior representam os molares permanentes ou decíduos, bem como pré-molares;

Os adesivos de diâmetro menor representam incisivos e caninos, decíduos ou permanentes;

MATERIAL DISPONÍVEL

Para uma comunicação lúdica...



Opções de fantoche de animal a ser escolhido pela criança!



Boneco EVA para guardar o cartão odontograma e levar para casa!

O animal representa a condição da criança, devendo a mesma colaborar e se auto-cuidar para que o animal também melhore a condição oral!

COMO UTILIZAR?




- 1 - Solicite que a criança escolha o animal;
- 2 - Explique o significado das cores vermelho, amarelo e verde, do ponto de vista lúdico;
- 3 - Cole os adesivos explicando e motivando, inclusive a criança pode ajudar a colar.
- 4 - Após preenchido e no final da consulta, destaque o cartão do velcro e coloque no cartão de EVA para que a criança leve para casa.
- 5 - Solicite que a criança traga na próxima consulta!

E NA PRÓXIMA CONSULTA?

Ao marcar cada nova consulta, é essencial lembrar o responsável de trazer o cartão para o atendimento.

- Com a realização de procedimento, e/ou avaliação da escovação caseira, o referido dente pode mudar de cor, de forma a motivar ou alertar a criança!
- Lembre de parabenizar a cada verde, e reforçar o alerta no amarelo, bem como explicar que o vermelho apenas você pode ajudar!



AGRADECIMENTOS

“Dando graças constantemente a Deus por todas as coisas, em nome de nosso Senhor Jesus Cristo.” Efésios 5:20

Graças te dou Senhor, por sua misericórdia para conosco em todas as situações. Sem Ti, de nada valeria qualquer esforço, e nenhuma glória nesta terra se compara a glória de estar na presença do Senhor. A ti toda a minha gratidão pelo encerramento deste ciclo e pelo futuro ao qual tens preparado para mim desde o ventre da minha mãe. Todo louvor seja dado ao Seu nome.

Aos meus pais, Sonia Maria e Marcos Antonio, e a minha irmã Stefannie, o meu agradecimento por tamanha dedicação e imensurável amor por mim. Vocês são o motivo pelo qual eu busco ser melhor a cada dia e a motivação para cada escolha. Vocês são guia no caminho e o porto seguro para o qual posso retornar. Amo vocês mais de que eu possa definir em palavras.

Aos meus amados avós, tios, tias, primos e demais familiares que se fizeram torcida por mim ao longo desses cinco anos, muito obrigada! Vocês são alicerce!

As minhas irmãs de coração e companheiras de vida, Flavia e Karol, o meu mais sincero sentimento de gratidão por tudo que representaram para mim nessa caminhada. Por todas as vezes que foram minha família longe de casa, que me ouviram em meio ao desalento e vibraram comigo nos momentos de euforia. Sem vocês essa caminhada teria sido mais dolorosa e o ponto de chegada menos alegre.

A minha dupla Manu, agradeço por toda cumplicidade, paciência e auxílio em cada procedimento, atividade ou mesmo quando não era de ajuda acadêmica que eu precisava, mas que a sua maneira você se fez o cuidado necessário.

A minha eterna companheira de estudos Maria Helena (*in memoriam*) por ter sido um exemplo para todos nós enquanto esteve fisicamente presente aqui e mais ainda após sua partida. Gratidão e saudade eternas, minha amiga!

Aos meus amigos, Sara Rocha, Maria Andreia, Sabrina, Rayane, Ramon e Ivo, por se fazerem válvula de escape nos momentos mais difíceis e serem pessoas que eu quero levar por toda a vida.

A minha querida orientadora Ana Marly, por não ter desistido de mim e deste trabalho mesmo após tantas dificuldades enfrentadas. Muito obrigada!

Por fim, agradeço a cada mestre que fez parte da minha formação ao longo desses anos e construíram a profissional que estou me tornando. Vocês são exemplos! Muito obrigada!