



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Suse Paula Pereira Morais

RELATÓRIO FINAL DE PRÁTICA DE ENSINO SUPERVISIONADA

Mestrado em Educação Pré-Escolar

Sorrisos brilhantes: práticas de saúde e higiene oral com crianças dos
5/6 anos num Jardim-de-Infância

Trabalho efetuado sob orientação da
Doutora: Ana Maria Coelho de Almeida Peixoto

Dezembro de 2015

AGRADECIMENTOS

Durante o meu percurso académico contactei com pessoas que contribuíram significativamente para o trabalho desenvolvido, permitindo a sua exequibilidade. Assim, dirijo os meus agradecimentos:

- à Professora Doutora Ana Peixoto, pelo apoio, pela disponibilidade, pelos rigor, pelos momentos de partilha e de crescimento na orientação deste trabalho.

- a todos os docentes envolvidos pelos conhecimentos partilhados.

- ao meu par pedagógico Cláudia Moreira, pelo seu apoio, pelo companheirismo e por todos os bons momentos que passamos ao longo deste percurso.

- a ti minha amiga Cláudia Dias por tudo o que passamos juntas e por seres o Ser que és.
Obrigada!

- à minha família, pelo tempo e atenção que não lhes dediquei, para poder concretizar este trabalho, em especial aos meus pais.

- à minha avó que sempre acreditou no meu esforço e no meu trabalho.

- ao meu namorado Tiago Silva, pela compreensão, pela paciência, pelas palavras de coragem, pelo apoio nos momentos mais difíceis, por acreditar que tudo seria possível e sobretudo por estar presente nos momentos mais importantes da minha vida.

- um grande obrigada a todas as crianças que participaram no meu percurso académico, com quem tive oportunidade de trabalhar, sonhar, aprender e ser educadora. Agradeço os sorrisos, os abraços, os beijos, o carinho.

A todos um grande e sincero obrigado, cheio de gratidão e reconhecimento!

RESUMO

O relatório que se apresenta enquadra-se no âmbito da unidade curricular de Prática de Ensino Supervisionada II (PES II), do Mestrado em Educação Pré-Escolar, da escola Superior de Educação de Viana do Castelo. A sua organização em três partes distintas corresponde à caracterização do contexto educativo, a um estudo com enfoque no desenvolvimento de práticas de higiene e saúde oral em contexto pré-escolar, tendo-se criado, na sala de atividades, o cantinho da saúde oral. Pretendia-se que as crianças, com autonomia, pudessem aplicar todos os procedimentos na realização da sua higiene oral diária. A última parte contempla uma reflexão final da PES II desenvolvida em contexto pré-escolar. O estudo referido desenvolveu-se em torno da questão de investigação: “Como promover em crianças de 5/6 anos hábitos de saúde e higiene oral?”. Apoiada numa metodologia qualitativa recorreu-se a diversos instrumentos de recolhas de dados como registos de áudio e vídeo gravados e registos fotográficos, quadro de registo de higiene oral, observação naturalista, inquérito por entrevista e o diário do investigador, os quais foram sujeitos a uma análise de conteúdo. A recolha de dados foi realizada num jardim-de-infância do concelho de Viana do Castelo e envolveu as 19 crianças da sala de atividade onde decorreu a PES II. Na abordagem a esta temática realizaram-se diferentes atividades focadas em diferentes áreas e domínios do saber. As atividades planeadas e implementadas decorreram de forma bastante dinâmica e organizada, as aprendizagens das crianças foram significativas bem como promotoras de novos hábitos de saúde oral e permitiram uma aquisição de novos conhecimentos e novas e melhores práticas. Os resultados do estudo evidenciam que através de atividades e de uma nova rotina diária criada para o efeito foi possível constatar a evolução das crianças relativamente aos hábitos de higiene oral, denotando-se maior autonomia das crianças perante a escovagem dos dentes bem como uma consciencialização das crianças e dos seus pais da necessidade dessa prática.

Palavras-chave: educação pré-escolar; escovagem; higiene oral; saúde oral.

ABSTRACT

This report is part of the Supervised Teaching Practice II course unit, of the Pre-school Education Master, in Education School of Viana do Castelo. The three parts of it, correspond to the characterization of the educational context, with a study focused on the development of hygiene practices and oral health in pre-school environment, having been created, in the activity room, the oral health place. It was intended that children could implement all procedures in fulfilling their daily oral hygiene, with autonomy. The last part includes a final reflection of the course unit developed in pre-school context. The study was developed around the research question: "How to promote oral health habits in children aged between 5 and 6 years?" Supported by a qualitative methodology, it was used different tools of data collection, like audio, video and photographic records, an oral hygiene registration table, naturalistic observation, interviews survey and the researcher diary's which were subjected to a content analysis. The collection of data was carried out in a kindergarten of Viana do Castelo and involved the 19 children of the activity room where the course unit took place. This issue involved making different activities, in different areas and knowledge fields. The scheduled and implemented activities were conducted in a very dynamic and organized way, the learning of children was significant as well as promoters of new oral health habits and have allowed an acquisition of new knowledge and new and enhanced practices. The study results show that through activities and a new daily routine created for this purpose it was possible to see the evolution of children, relatively, to oral hygiene habits, showing a greater autonomy of children before brushing the teeth as well as an awareness of children and their parents of this practise necessity.

Keywords: pre-school education; brushing; oral hygiene; oral health.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO.....	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE.....	v
LISTA DE FIGURAS.....	viii
LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE QUADROS	xii
LISTA DE GRÁFICOS	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xiv
PARTE I	xv
1. INTRODUÇÃO	1
2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO EDUCATIVO.....	2
2.1 Caracterização do meio.....	2
2.2 Caracterização do Jardim-de-Infância.....	3
2.3 Caraterização da sala de atividades	6
2.4 Caraterização do grupo	12
2.5 Implicações e limitações do contexto educativa	17
PARTE II	19
1. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO	20
1.1 Contextualização e pertinência do estudo.....	20
1.2 Problemática do estudo	22
1.3 Questão de investigação	23
1.4 Objetivos de investigação	23
1.5 Organização do estudo.....	23
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO.....	24
2.1 Promoção da saúde e higiene oral.....	24
2.2 Dentição em idade pré-escolar	29
2.3 A importância do desenvolvimento de práticas de higiene oral no jardim-de-infância.....	34
3. METODOLOGIA ADOTADA	38
3.1 Fundamentação da metodologia adotada.....	38
3.2 O desenho do estudo: investigação-ação	40
3.3 Caraterização dos participantes no estudo.....	43

3.4 Os instrumentos de recolha de dados	44
3.4.1 Registos de áudio e vídeo gravados e registos fotográficos	45
3.4.2 Quadro de registo de higiene oral	46
3.4.3 Observação naturalista	46
3.4.4 Inquérito por entrevista	48
3.4.5 Diário do investigador	52
3.5 Plano de tratamento de dados.....	53
3.6 Tarefas a desenvolver	54
3.6.1 Vamos conhecer “O menino que detestava escovas de dentes.”	55
3.6.2 Vamos às compras!	56
3.6.3 Vamos escovar os dentes!.....	56
3.6.4 Vamos viajar até ao reino dos dentes!.....	58
3.6.5 Vamos ter um amiguinho novo. O Dino chegou!.....	59
3.6.6 Vamos ficar com um sorriso brilhante!.....	60
3.6.7 Vamos ajudar o Kiko - o dentinho de leite!.....	60
3.6.8 Vamos conhecer os alimentos!	61
3.6.9 Vamos aprender coisas novas com “O rei leão e a higiene oral”!	62
3.6.10 As palavras que apreendemos!.....	63
3.6.11 Vamos jogar e aprender!.....	63
3.6.12 Vamos construir um puzzle e observar a imagem!.....	65
3.6.13 Vamos recordar em família! “Os meus primeiros dentes”	66
3.7 Plano de ação	66
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	68
4.1 Entrevistas efetuadas às crianças.....	68
4.2 Primeira entrevista efetuada aos encarregados de educação.....	77
4.3 Tarefas desenvolvidas	83
4.3.1 Vamos conhecer - O menino que detestava escovas de dentes!	84
4.3.2 Vamos às compras!	85
4.3.3 Vamos escovar os dentes!.....	86
4.3.4 Vamos viajar até ao reino dos dentes!.....	93
4.3.5 Vamos ter um amiguinho novo. O Dino chegou!.....	95
4.3.6 Vamos ficar com um sorriso brilhante!.....	97
4.3.7 Vamos ajudar o Kiko - o dentinho de leite!.....	98
4.3.8 Vamos conhecer os alimentos!	100

4.3.9 Vamos aprender coisas novas com “O rei leão e a higiene oral”!	102
4.3.10 As palavras que aprendemos!.....	103
4.3.11 Vamos jogar e aprender!.....	104
4.3.12 Vamos construir um puzzle e observar a imagem!.....	106
4.3.13 Vamos recordar! “Os meus primeiros dentes”	107
4.4 Segunda entrevista efetuada aos encarregados de educação.....	109
5. CONCLUSÕES.....	115
5.1 Conclusões do estudo	115
5.2 Limitações do estudo	122
5.3 Recomendações para futuras investigações	122
PARTE III	124
REFLEXÃO FINAL SOBRE A PES	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXOS	132

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Espaço exterior	4
Figura 2. Sala 1	4
Figura 3. Sala 2	4
Figura 4. Sala de prolongamento	5
Figura 5. Polivalente.....	5
Figura 6. Biblioteca	5
Figura 7. Instalações sanitárias	5
Figura 8. Refeitório	6
Figura 9. Área da biblioteca	6
Figura 10. Área da casinha	6
Figura 11. Área da construção	8
Figura 12. Área dos jogos de mesa	8
Figura 13. Área da expressão plástica	8
Figura 14. Área do quadro	9
Figura 15. Planta da sala	10
Figura 16. Quantidade de dentífrico a usar	16
Figura 17. Dentição decídua	30
Figura 18. Esmalte, dentina e polpa	31
Figura 19. Cárie dentária	32
Figura 20. Recomendações de fluoretos.....	37
Figura 21. Espiral de investigação-ação	42
Figura 22. Quadro de registo de higiene oral “Eu escovo os dentes...”	46
Figura 23. O menino que detestava escovas de dentes!	55
Figura 24. Material da atividade “Vamos escovar os dentes!”	57
Figura 25. Imagem do filme “O Reino dos nossos dentes!”	58
Figura 26. Material da atividade “Vamos ter um amiguinho novo. O Dino chegou!”	59
Figura 27. Material da atividade “Vamos ficar com um sorriso brilhante!”	60
Figura 28. Material da atividade “Vamos ajudar o Kiko o dentinho de leite!”	60
Figura 29. Material da atividade “Vamos conhecer os alimentos!”	61
Figura 30. Imagem do Power Point “O Rei Leão e a Higiene Oral!”.....	62
Figura 31. Material da atividade “As palavras que aprendemos!.....	63

Figura 32. Material da atividade “Vamos jogar e aprender!”	64
Figura 33. Material da atividade “Vamos construir um puzzle e observar a imagem!”	65
Figura 34. Atividade em família “Os meus primeiros dentes”	66
Figura 35. Exploração do livro – “O menino que detestava escovas de dentes”	84
Figura 36. Gráfico de barras “Qual a cor da minha escova de dentes que tenho em casa”	85
Figura 37. Viagem ao supermercado!	85
Figura 38. Escovagem dos dentes/registo	86
Figura 39. Canção “O hino dos nossos dentes!”	93
Figura 40. Desenho “O Reino dos dentes”	94
Figura 41. Desenho “O Reino dos dentes”	94
Figura 42. Desenho “O Reino dos dentes”	95
Figura 43. Desenho “O Reino dos dentes”	95
Figura 44. Visita sa higienista oral.....	96
Figura 45. Aplicação do líquido para evidenciar a placa bacteriana	96
Figura 46. Exploração da narrativa “Kiko o dentinho de leite”	98
Figura 47. Recontagem da história “Kiko o dentinho de leite”	100
Figura 48. Reconhecimento dos alimentos saudáveis e prejudiciais para os dentes	101
Figura 49. Placard alimentar	101
Figura 50. Os alimentos que os dentes mais/menos gostam	102
Figura 51. Placard – as novas palavras que aprendi	104
Figura 52. Diálogo antes da atividade	105
Figura 53. Atividade “Jogo da glória”	105
Figura 54. Final da atividade – distribuição das medalhas.....	106
Figura 55. Construção do puzzle	106
Figura 56. Desenhos em família	107
Figura 57. Desenhos em família	107
Figura 58. Desenhos em família	108
Figura 59. Desenhos em família	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Rotina diária.....	11
Tabela 2. Caracterização do grupo de crianças em estudo (N=19).....	43
Tabela 3. Guião de entrevista às crianças.....	49
Tabela 4. Guião de entrevista aos encarregados de educação no início do estudo.....	50
Tabela 5. Guião de entrevista aos encarregados de educação no fim do estudo.....	52
Tabela 6. Calendarização das atividades.....	67
Tabela 7. Questão 1. O que temos dentro da boca (N= 19)?.....	69
Tabela 8. Questão 2. E para que servem os dentes (N=19)?.....	69
Tabela 9. Questão 3. E costumavas lavar os dentes (N=19)?.....	70
Tabela 10. Questão 4. E quando é que lavas os dentes? Antes ou depois de comer (N=19)?.....	71
Tabela 11. Questão 5. E lavas de manhã, à tarde, ao jantar (N=19)?.....	71
Tabela 12. Questão 6. Costumas lavar os dentes sozinho (a) ou alguém te ajuda (N=19)?.....	72
Tabela 13. Questão 7. E és tu que te lembras da lavar os dentes ou os teus pais lembram-te (N=19)?.....	72
Tabela 14. Questão 8. E tu achas importante lavar os dentes (N=19)?.....	73
Tabela 15. Questão 9. E sabes quem nos trata dos dentes (N=19)?.....	73
Tabela 16. Questão 10. E alguma vez te doeu algum dente (N=19)?.....	74
Tabela 17. Questão 11. E já foste ao dentista (N=19)?.....	74
Tabela 18. Questão 12. Sabes o que é uma cárie dentária (N=19)?.....	75
Tabela 19. Questão 13. Sabes o que pode acontecer aos dentinhos dos meninos que não lavam os dentes (N=19)?.....	76
Tabela 20. Questão 1. Concorda que sejam desenvolvidas práticas de higiene oral durante o tempo em que os meninos estão no JI (N=19)?.....	77
Tabela 21. Questão 2. Costuma pedir ao seu filho para lavar os dentes (N=19)?.....	78
Tabela 22. Questão 3. Em que momentos (N=19)?.....	79
Tabela 23. Questão 4. E ele(a) gosta de lavar os dentes? Tem que lhe lembrar (N=19)?.....	80
Tabela 24. Questão 5. Alguma vez demonstrou oposição em lavar os dentes (N=19)?.....	80
Tabela 25. Questão 6. O seu filho costuma pedir ajuda para lavar os dentes (N=19)?.....	81
Tabela 26. Questão 7. Alguma vez levou o seu filho ao dentista? Porquê (N=19)?.....	81
Tabela 27. Questão 8. E já lha caiu algum dente (N=19)?.....	82
Tabela 28. Questão 1. Tem conhecimento do projeto que tenho vindo a desenvolver, no âmbito da higiene oral (N=19)?.....	109

Tabela 29. Questão 2. O seu filho partilhou consigo alguma das atividades que tem vindo a desenvolver neste âmbito (N=19)?	110
Tabela 30. Questão 3. Nos últimos tempos, notou alguma diferença do seu filho em relação a esta prática? Tem iniciativa para escovar os dentes ou é necessário alguém lhe lembrar (N=19)?	111
Tabela 31. Questão 4. E escova sozinho(a) ou pede ajuda (N=19)?	112
Tabela 32. Questão 5. E se dorme fora de casa o seu filho lembra-lhe que tem de levar a escova dele (N=19)?	112
Tabela 33. Questão 6. Em que momentos o seu filho escova os dentes (N=19)?	113
Tabela 34. Questão 7. Tem conhecimento que o seu filho tem realizado o bochecho fluoretado de 15 em 15 dias (N=19)?	114
Tabela 35. Questão 8. Na sua opinião, acha que a prática ao nível da higiene oral teve algum contributo para a formação do seu filho neste âmbito (N=19)?	114

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Análise por criança – autonomia na escovagem de dentes.....	92
Quadro 2. Evolução das crianças da rotina inicial para a rotina no final do estudo	121

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Registo da lavagem dos dentes de 14 a 17 de abril	87
Gráfico 2. Registo da lavagem dos dentes de 20 a 24 de abril.....	87
Gráfico 3. Registo da lavagem dos dentes de 27 a 30 de abril	88
Gráfico 4. Registo da lavagem dos dentes de 4 a 8 de maio.....	89
Gráfico 5. Registo da lavagem dos dentes de 11 a 15 de maio.....	89
Gráfico 6. Registo da lavagem dos dentes de 18 a 22 de maio.....	90
Gráfico 7. Registo da lavagem dos dentes de 25 a 29 de maio.....	90
Gráfico 8. Registo da lavagem dos dentes de 1 a 5 de junho	91
Gráfico 9. Registo da lavagem dos dentes de 8 e 9 de junho	91

LISTA DE ABREVIATURAS

1º Ciclo do Ensino Básico (1º CEB)
Cárie Precoce da Infância (CPI)
Direção Geral da Saúde (DGS)
Encarregados de Educação (EE)
European Food Information Council (EUFIC)
Jardim de Infância (JI)
Ordem dos Médicos Dentistas (OMD)
Prática de Ensino Supervisionada (PES)
Prática de Ensino Supervisionada I (PES I)
Prática de Ensino Supervisionada II (PES II)
Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO)
Saúde Oral Bibliotecas Escolares (SOBE)

PARTE I

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito da Prática de Ensino Supervisionada II (PES II) desenvolvida em contexto Pré-Escolar num Jardim-de-Infância do concelho de Viana do Castelo. Para uma melhor organização optou-se por estruturar o relatório em três partes fundamentais.

Nesse sentido, a primeira parte do relatório refere-se à caracterização do contexto educativo onde decorreu a PES, na qual são focados aspetos como: a caracterização do meio; a caracterização do jardim-de-infância; a caracterização da sala de atividades; a caracterização do grupo de crianças e as implicações e limitações do contexto educativo.

A segunda parte do relatório encontra-se estruturada em cinco secções. A primeira secção apresenta o enquadramento do estudo desenvolvido em torno do tema saúde e higiene oral em crianças dos 5/6 anos, fazendo referência à contextualização e pertinência do estudo, apresentando a problemática, a questão de investigação em torno da qual se desenvolveu o estudo, os objetivos e a organização do referido estudo. A segunda secção apresenta a fundamentação teórica que sustentou o referido estudo. Esta encontra-se dividida em três subsecções, designadamente, a promoção da saúde oral e higiene oral, a dentição em idade pré-escolar e as cáries dentárias e por último práticas de saúde oral no jardim-de-infância. No que se refere à terceira secção, esta encontra-se dividida em sete subsecções, nomeadamente, a fundamentação metodológica, o desenho do estudo e a opção pela investigação-ação, a caracterização dos participantes no estudo, os instrumentos de recolha de dados, o processo de tratamento de dados que se pretende adotar, a descrição das tarefas propostas e, por último, o plano de ação definidos para o estudo. No que respeita à quarta secção, desta segunda parte, apresenta a análise e interpretação dos dados recolhidos. Na quinta e última secção são apresentadas as conclusões do estudo encontrando-se organizada em três subsecções, onde são apresentadas as conclusões do estudo, as suas limitações e recomendações para futuras investigações.

Na terceira parte do relatório é a reflexão final de Prática de Ensino Supervisionada (PES), terminando com a bibliografia e os anexos.

2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO EDUCATIVO

Nesta primeira secção será apresentada a caracterização do meio e o jardim-de-infância onde decorreu a Prática de Ensino Supervisionadas (PES). Neste âmbito é apresentada a caracterização do jardim-de-infância e da sala de atividades. Procede-se também a uma caracterização global das crianças e seu desenvolvimento em foco nas várias áreas e domínios contempladas nas orientações curriculares para a educação pré-escolar (Ministério de Educação, 1997).

2.1 Caracterização do meio

O jardim-de-infância onde decorreu a PES, foco de análise neste relatório, encontra-se situado no concelho de Viana do Castelo no agrupamento de escolas de Monte da Ola, que engloba estabelecimentos de ensino público de quatro freguesias do referido concelho, ocupando uma área geográfica de aproximadamente 28,51 km² com as freguesias dispostas a sul do rio Lima.

A cidade de Viana do Castelo situa-se na região do Minho-Lima sendo a cidade Atlântica mais a Norte de Portugal. Este município ocupa uma área de 314 km². De acordo com os Censos (2011) habitam nesta cidade 88 725 habitantes, dos quais 41 889 habitantes são do género masculino e 46 836 habitantes são do género feminino.

Viana do Castelo evidencia-se pela vasta riqueza patrimonial natural, monumental e histórica que detém. A existência do mar, do rio e do monte concedem a esta cidade contextos paisagísticas de excelência. Estas condições são fatores positivos no nível de economia da cidade destacando-se o setor secundário e o setor terciário, tendo maior evidência as atividades de comércio e de indústria. Para além, de ser conhecida como a capital do folclore, esta cidade destaca-se pelo artesanato, dos quais se evidenciam a louça e os bordados típicos.

A freguesia onde se situa o Jardim-de-infância onde decorreu a PES, encontra-se localizada na margem esquerda do rio Lima e segundo os Censos (2011) detém uma população residente de 1343 habitantes, correspondendo a perto de 2% da população total do concelho, sendo que 1295 são referentes à população presente.

Segundo a mesma fonte (Censos, 2011), nesta freguesia há 451 famílias clássicas residentes e possui 583 edifícios número mais elevado do que as famílias residentes.

A freguesia encontra-se situada na zona industrial de Viana do Castelo e é considerada uma freguesia rural embora a agricultura existente seja apenas para sustento das famílias, visto que a maioria da população ativa se encontra a trabalhar no setor comercial e industrial. Nesta freguesia a pesca tem caráter sazonal e ocupacional, dado o posicionamento da freguesia muito perto do mar.

No que se refere à população emigrante, os destinos que predominam são Espanha, França, Inglaterra e Brasil. Em relação aos imigrantes são predominantes de África, América do norte, América do sul (Brasil), Ásia (China), Europa (Espanha, Reino Unido) (Censos, 2011).

2.2 Caracterização do Jardim-de-Infância

O jardim-de-infância onde decorreu a PES encontra-se situado num edifício que integra o 1º Ciclo do Ensino Básico (CEB). Este edifício contempla dois pisos, o superior está destinado exclusivamente ao 1º CEB e o rés-do-chão está disponível para o pré-escolar, apresentando determinadas áreas comuns para às duas etapas educativas (biblioteca, polivalente, refeitório e espaços exteriores).

Durante o ano letivo de 2014/2015 a instituição (jardim-de-infância) acolheu na totalidade 34 crianças, com idades compreendidas entre os três e os seis anos.

O jardim-de-infância acolhia as crianças a partir das 8 horas da manhã no polivalente da instituição, sempre acompanhados por uma assistente operacional. Por volta das 9 horas as crianças dirigiam-se para a sala de atividades. A maior parte das crianças permanecia no jardim-de-infância até as 15 horas e 30 minutos, as restantes mantinham-se no ATL (Atendimento Tempos Livres) até às 18 horas.

A nível de recursos humanos do Jardim-de-infância a instituição contava com duas educadoras, duas assistentes operacionais, duas colaboradoras na cantina e uma professora de música que, duas vezes por semana, desenvolvia com as crianças atividades relacionadas com a música e a motricidade nas duas salas do JI.

No que se refere às infraestruturas o jardim-de-infância dispõe de espaços interiores e exteriores. O espaço exterior (fig. 1) do edifício do jardim-de-infância é amplo e dispõe de uma zona com vasto espaço verde onde as crianças podem conviver, brincar e usufruir de momentos de partilha. Conta, ainda, com uma horta e um pátio amplo para as crianças brincarem juntamente com os alunos do 1º CEB. Possui ainda jogos ao longo de todo o recinto do recreio permitindo as crianças realizarem atividades lúdicas.



Figura 1. Espaço exterior

O espaço interior do jardim-de-infância é composto por duas salas de atividades, uma sala destinada ao prolongamento de horário, um polivalente, um gabinete para as educadoras de infância, um espaço destinado às assistentes operacionais, dois compartimentos de arrumos, uma biblioteca, instalações sanitárias para crianças, adultos e pessoas com incapacidades motoras. Possui, ainda, uma cozinha e um refeitório com capacidade para albergar toda a comunidade educativa.

As salas de atividades destinam-se a dois grupos de crianças repartindo-se por idades (sala 1 e sala 2). Esta instituição optou por colocar as crianças com 5/6 anos que transitam para o 1º CEB na sala 1 (fig. 2), e as crianças mais novas na sala 2 (fig. 3).



Figura 2. Sala 1



Figura 3. Sala 2



Figura 4. Sala de prolongamento

A instituição possuía, também, uma sala de prolongamento (fig. 4) destinada às crianças que permaneciam no jardim-de-infância no final das atividades de componente letiva.

Apesar deste relatório se referir ao ano de 2014/2015 alguns espaços e práticas mantêm-se ao longo deste tempo com as mesmas funcionalidades. A receção das crianças, na parte da manhã, é efetuada no polivalente (fig. 5) onde as crianças permanecem até às 9 horas. O polivalente também é destinado às seções de motricidade e neste espaço encontram-se vários materiais pedagógicos e recursos audiovisuais.



Figura 5. Polivalente

O gabinete das educadoras-de-infância é usado como apoio às famílias.

A biblioteca (fig. 6) contempla uma vasta área de livros que servem de apoio ao jardim-de-infância e ao 1º Ciclo do Ensino Básico (1º CEB). As instalações sanitárias para crianças são próprias para as idades do pré-escolar (fig. 7).



Figura 6. Biblioteca



Figura 7. Instalações sanitárias



Figura 8. Refeitório

A cozinha está equipada com as infraestruturas que respondem às necessidades da comunidade educativa, no mesmo espaço o refeitório (fig. 8) é partilhado pelas crianças do pré-escolar bem como pelas crianças do 1º CEB.

No corredor do jardim-de-infância as crianças colocam os seus pertences (mochilas e casacos), respetivamente organizados e cada criança tem um local identificado com o seu nome. Além disso existe também um placard reservado à colocação das atividades realizadas pelas crianças para que os pais possam visualizar o que cada criança realiza ao longo do ano.

2.3 Caracterização da sala de atividades

Neste contexto existem duas salas de atividades e como referi anteriormente, a sala onde recaiu a minha intervenção foi a sala das crianças finalistas 5/6 anos (sala 1). Na observação efetuada ao espaço pôde-se constatar que esta se encontra bastante iluminada, devido a uma lateral em vidro que permite a entrada de luz natural. A organização da sala de atividades segue o modelo High Scope, encontrando-se dividida por áreas: área da biblioteca, área da casinha, área da construção, área dos jogos de mesa, área de expressão plástica e a área do quadro.

A sala de atividades permanece dividida com uma mesa central, destinada à realização de todo o tipo de trabalhos, rotinas e momentos de convívio em grande grupo, uma mesa redonda para trabalhos individualizados e um conjunto de mesas retangulares para a realização de trabalhos em pequenos grupos.

Ao longo do ano foram expostos os trabalhos elaborados pelas crianças, em vários placares espalhados pela sala.



Figura 9. Área da biblioteca

Uma das áreas existentes é a área da biblioteca (fig. 9). Neste espaço as crianças têm à sua disposição vários livros infantis, que podem folhear e manipular, ouvir histórias e fantasiar as suas próprias histórias à medida que interpretam as ilustrações de determinado livro. De acordo com as OCEPE

(Ministério da Educação, 1997), a intencionalidade desta área é permitir à criança “O contacto com a escrita (...). É através dos livros, que as crianças descobrem o prazer da leitura e desenvolvem a sensibilidade estética.” (p. 70). Os livros apresentavam-se numa estante, e de modo a permitir que as crianças se sentissem mais confortáveis existiam algumas almofadas no chão. Nesta área podiam permanecer três crianças.



Figura 10. Área da casinha

Na área da casinha (fig. 10) é valorizada a expressão dramática onde a criança dá largas à sua imaginação e introduz o jogo faz de conta. Segundo as OCEPE (Ministério da Educação, 1997). “Na interação com outra ou outras crianças, em atividades de jogo simbólico,

os diferentes parceiros tomam consciência das suas reações, do seu poder sobre a realidade, criando situações de comunicação verbal e não-verbal” (p.59), deste modo as crianças trabalham em conjunto, exprimindo sentimentos e ideias. Este era um espaço em que as crianças representavam tudo aquilo que vivenciavam, transportando para o faz-de-conta situações do seu dia-a-dia. Esta área procurava representar a estrutura real de uma casa. Dividida em duas partes, a cozinha e o quarto, favorecia a construção de narrativas próximas do quotidiano das crianças. Localizava-se junto à lateral de vidro, permitindo às crianças associarem esta casa de fantasia a uma real. Na secção da cozinha, encontrava-se um armário com alguma loiça de faz de conta (pratos, copos, talheres, panelas, entre outros). Havia, ainda, uma banca, um fogão e uma mesa com cadeiras. A secção do quarto dispunha de uma cama, uma cómoda, dois bonecos e um espelho de pé. Nesta área ficavam no máximo cinco crianças.



Figura 11. Área das construções

que implicam comparações, seriações, sequências, alternâncias, tamanhos, peso, forma e cor. As crianças podem construir estruturas, lidar com noções espaciais, semelhanças, diferenças e experimentar materiais que promovam noções de lateralidade. Esta área possibilita importantes experiências de ordem cognitiva e social. Na área das construções existiam caixas de arrumação, bem como uma manta disposta no chão que serviria para demarcar a zona das construções e ainda para as crianças poderem concretizar os seus projetos. Esta área permitia o acesso a quatro crianças em simultâneo.



Figura 12. Área dos jogos de mesa

encontravam nesta área trabalhavam as formas geométricas, as relações espaciais, as letras, os números e o desenvolvimento da motricidade fina e da destreza manual. Esta área pretendia alicerçar as aprendizagens das crianças, desenvolver a sua autonomia, agilidade, perícia e destreza de cada criança. Nesta área poderiam permanecer quatro crianças.



Figura 13. Área da expressão plástica

A área de expressão plástica (fig. 13) permanecia dotada com diversos materiais: tintas, cola, revistas, tesouras, lápis, papel, plasticina. Nesta área a criança dá largas à sua imaginação cria/realiza desenhos, colagens e formas, a criança desenvolve a motricidade fina, a criatividade, aperfeiçoa os desenhos e desenvolve a linguagem no sentido artístico. Esta área encontrava-se

localizada junto ao lavatório de forma a que as crianças pudessem lavar os seus materiais de modo a conservar o seu estado de limpeza. Segundo as OCEPE (Ministério da Educação, 1997) “a expressão plástica implica um controlo da motricidade fina que a relaciona com a expressão motora, mas recorre a materiais e instrumentos específicos e a códigos próprios que são mediadores desta forma de expressão” (p.61). Podiam estar nesta área quatro crianças.



Figura 14. Área do quadro

Na área do quadro (fig. 14) a criança é livre para desenhar/escrever o que desejar, estimulando a motricidade fina e aperfeiçoando a preensão do “lápiz”. Nesta área podia permanecer apenas uma criança.

É relevante mencionar que a disposição do espaço da sala de atividades não foi unicamente organizada pela educadora desta sala, foi também de acordo com os interesses e opiniões das crianças, tornando assim um ambiente mais acolhedor e familiar à criança, identificando a sala como um espaço seu. Ao organizar a sala houve a preocupação de “quando uma criança estiver de pé, possa observar os seus colegas em atividade noutras áreas e também que os adultos possam rapidamente localizar cada criança.” (Hohmann & Weikart, 2004, p.170).

As áreas foram inicialmente identificadas com auxílio das crianças desta sala de atividades. Todavia considera-se que, para se proporcionar às crianças um crescimento global, é necessário uma reorganização constante das áreas de aprendizagem. Como referem Hohmann e Weikart (2004), “ao organizar as áreas de interesse, a flexibilidade deve ser uma regra essencial. Os adultos fazem mudanças na organização do espaço e do equipamento ao longo do ano para acomodar o desenvolvimento e evolução dos interesses das crianças” (p.171).

Analisando os diversos modelos pedagógicos da educação de infância constata-se que a educadora desta sala de atividades centrou-se no modelo pedagógico High/Scope. Segundo este modelo pedagógico e de acordo com Hohmann e Weikart (2004) dá-se bastante relevância às áreas de atividade, às rotinas diárias e à promoção da autonomia da criança.

A educadora desta sala de atividades colocava em prática o processo, planejar - fazer – rever que também está definido no modelo High/Scope (Hohmann e Weikart, 2004). Assim, as crianças podiam escolher e planejar a atividade que iriam executar (elevando deste modo o seu interesse), executam o que decidem fazer e falam sobre o que fizeram. Sempre que necessário, tinham o apoio da educadora para refletir sobre as escolhas que foram feitas. Este processo ajudava as crianças a desenvolver a sua confiança, o seu poder de decisão, e conseqüentemente reforçar a sua autonomia.

O educador ao eleger uma pedagogia participativa, promove o desenvolvimento de todos aqueles que se envolvem no processo de aprendizagem. A criança é sujeito ativo do processo educativo, na medida em que aprende através da descoberta e da investigação. Desta forma é importante partir dos interesses das crianças como forma de motivar novas aprendizagens, sendo imprescindível o seu envolvimento para que possa dar significado às experiências vivenciadas ao longo de todo o processo educativo e deste modo, a criança aprende a aprender.

Em seguida é apresentada a planta da sala (fig. 15) de atividades onde decorreu a PES, dividida pelas respetivas áreas.

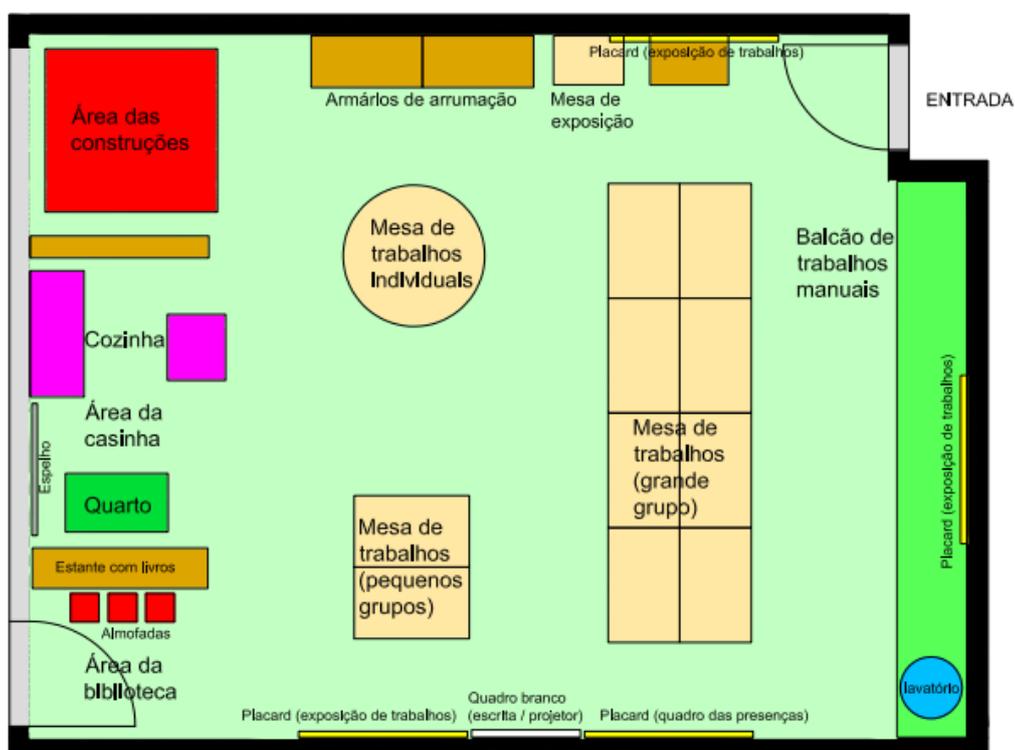


Figura 15. Planta da sala

Relativamente à rotina diária esta decorria da seguinte forma (tabela 1):

Tabela 1.

Rotina diária

ROTINA DIÁRIA		
Momentos da rotina	Descrição das atividades	
MANHÃ (9:00) 12:00	Acolhimento	As crianças dirigiam-se para a sala de atividades e conversavam sobre novidades ou assuntos do seu interesse vividos em casa ou no jardim-de-infância.
	Grande grupo (canção dos bons dias)	Após esse momento cantavam todos juntos (crianças e adultos) a canção dos bons dias.
	Marcação dos registos no quadro de presenças e no quadro do tempo	Momento em que o chefe faz os registos, das presenças, assim como o registo do tempo.
	Atividades planeadas	Implementação das atividades planeadas.
	Lanche/recreio	Cerca das 10h:30m momento em que as crianças fazem uma paragem para lanchar, comer o que trouxeram de casa (pão e fruta). Quando as condições atmosféricas o permitem, as crianças vão brincar para o exterior. Este tempo permite às crianças brincarem juntas, inventando os seus próprios jogos e regras.
	Atividades planeadas	11h retorno às atividades planeadas.
	Hábitos de higiene	Não há um momento específico para as idas à casa de banho devido ao ritmo e às necessidades pessoais de cada criança; no entanto, no fim da manhã as crianças são incentivadas a lavar as mãos antes de irem almoçar.
TARDE (13:30) 15:30	Almoço	Cantina
	Recreio	No exterior ou no polivalente caso as condições atmosféricas não sejam as melhores.
	Relaxamento	No início da tarde por volta das 14h as criança regressavam à sala de atividades para relaxar, escutando uma música em silêncio.
	Atividades planeadas	Retorno às atividades planeadas.
	Arrumação da sala de atividade/ lanche	No final da tarde as crianças organizam-se e arrumam a sala de atividades e o chefe do dia distribui o lanche (leite e uma bolacha).

Além desta rotina diária, existem rotinas semanais como: motricidade e educação musical que são lecionadas por um professor das Atividades Extra Curriculares (AEC). Não querendo retirar a importância das AEC, importa notar que, por vezes, a sua realização quebrava o ritmo das atividades planeadas no decorrer normal do dia.

2.4 Caraterização do grupo

O grupo de crianças envolvidas na PES II tinham idades compreendidas entre os 5 e os 6 anos, e assim, no que respeita à faixa etária trata-se de um grupo heterogéneo composto na sua maioria por crianças com 5 anos de idade, constituído no total por 19 crianças, 12 do género masculino e 7 do género feminino.

Como referem as OCEPE (Ministério da Educação, 1997) é necessário observar cada criança para conhecer as suas qualidades e dificuldades, entender qual o seu contexto familiar e o meio em que vive. Todas estas práticas são essenciais para compreender as valências de cada criança e proporcionar aprendizagens de acordo com as suas necessidades.

Este grupo era constituído por crianças com diferentes caraterísticas e distintos níveis de desenvolvimento. Neste grupo existia uma criança que frequentou pela primeira vez a educação pré-escolar, duas crianças frequentaram pelo segundo ano consecutivo e dezasseis crianças que frequentaram o terceiro ano consecutivo desta etapa educativa. O grupo possuía como características relevantes a participação, a motivação, e o interesse em aprender. Esta análise foi fruto de um diagnóstico sobre as capacidades das crianças nas diferentes áreas de conhecimento, efetuado por observação com o intuito de adaptar o trabalho a propor às crianças às suas reais necessidades.

Relativamente à área de formação pessoal e social esta representa uma grande importância nesta etapa educativa. As OCEPE (Ministério da Educação, 1997) referem que se devem proporcionar vivências de forma a “promover nos alunos atitudes e valores que lhes permitam tornarem-se cidadãos conscientes e solidários, capacitando-os para a resolução dos problemas da vida” (p.51). Para tal, pretende-se que o educador desenvolva competências na criança, de identidade, autonomia, cooperação, cidadania e solidariedade, para que desta forma o seu desenvolvimento não seja comprometido.

Em relação ao grupo em causa, era visível o domínio de diversas competências, nomeadamente na autonomia das tarefas que tinham de concretizar, sendo capazes de tomar as suas decisões, (como a higiene pessoal) na utilização dos diferentes materiais ao executar as rotinas diárias. Relativamente à sua identidade, todas as crianças eram capazes de reconhecer as suas principais caraterísticas, bem como a dos colegas,

principalmente no que diz respeito ao seu nome, idade, gênero e preferências pessoais. No que se refere ao comportamento do grupo este evidencia-se pela positiva, uma vez que a maioria das crianças não manifestava dificuldades em respeitar as regras, em saber ouvir e esperar pela sua vez de intervir. A maioria das crianças demonstrava ser bastante comunicativa, no entanto, existiam ainda algumas que apenas participavam quando solicitadas. Este grupo de crianças revelava grande facilidade em trabalhar em grande e em pequeno grupo, respeitando a opinião dos colegas e cooperando uns com os outros.

A área de expressão e comunicação compreende diferentes domínios: expressão motora; expressão dramática; expressão plástica; expressão musical, domínio da linguagem oral e abordagem à escrita e, por último, o domínio da matemática. Tal como referem as OCEPE (Ministério da Educação, 1997) “engloba as aprendizagens relacionadas com o desenvolvimento psicomotor e simbólico que determinam a compreensão e o progressivo domínio de diferentes formas de linguagem” (p. 56).

Segundo as OCEPE (Ministério da Educação, 1997) relativamente ao domínio da expressão motora, é referido que ao iniciar esta etapa educativa a criança já detém determinadas aquisições motoras básicas, tais como andar, transpor obstáculos, e manipular objetos de forma mais ou menos definida. Desta forma, é necessário avaliar o desenvolvimento motor de cada criança, e por sua vez, proporcionar-lhe situações de motricidade global e de motricidade fina, para que cada criança em particular seja capaz de utilizar as capacidades do seu próprio corpo. Nesta ótica e de acordo com as metas de aprendizagem para a educação pré-escolar (ME-DGIDC, 2010), no final desta etapa educativa devem ser proporcionados às crianças exercícios variados de modo a desenvolver várias competências em três subdomínios: deslocamentos e equilíbrios (rastejar, movimentar-se com o apoio das mãos e pés, rolar sobre si próprio, fazer cambalhotas, saltar sobre obstáculos de alturas e saltar de planos superiores); perícias e manipulações (lançar, agarrar, pontapear e receber) e por último através da realização de jogos (posições de equilíbrio, deslocamentos em corrida, lançamentos de precisão e pontapés de precisão). Relativamente a este grupo de crianças e no que se refere a este domínio constatou-se que, em geral, revelavam destreza de expressão corporal livre. A maioria das crianças não manifestava dificuldades relacionadas com a locomoção e em

relação a algumas habilidades manipulativas verificou-se que algumas crianças evidenciam, ainda, algumas dificuldades em agarrar a bola. Relativamente à motricidade fina o grupo foi bastante estimulado recorrendo a diverso material existente no jardim-de-infância para esse fim, o que proporcionou o desenvolvimento desta competência. No entanto, é de referir que uma ou outra criança manifestava ainda dificuldades no recorte.

A expressão dramática, segundo as OCEPE (Ministério da Educação, 1997), “é um meio de descoberta de si e do outro, de afirmação de si próprio na relação com o(s) outro(s) que corresponde a uma forma de se apropriar de situações sociais” (p. 59). De acordo com as metas de aprendizagem para a educação pré-escolar (ME-DGIDC, 2010), no final desta etapa educativa, as crianças devem vivenciar situações de faz-de-conta, que lhes permitam contar, recontar, inventar e recriar histórias ou situações da vida quotidiana. Este grupo de crianças teve contacto com várias atividades neste sentido ao longo da PES. Deste modo era-lhes mais espontâneo, recriar, imaginar histórias e situações do dia-a-dia, recorrendo a diversos objetos e atribuindo-lhes significados. Na área da casinha observava-se com regularidade estas situações, sendo possível visualizar a interação entre as crianças e na interpretação de diferentes “papéis”.

A expressão plástica é um domínio muito significativo para o desenvolvimento da criança, pois permite-lhe expressar sentimentos, emoções, conceções e vivências do seu meio. Através deste domínio a criança desenvolve competências transversais às várias áreas e domínios bem como descobre-se a si e ao mundo a que a rodeia. De acordo com as metas de aprendizagem do pré-escolar (ME-DGIDC, 2010), as crianças no final desta etapa educativa deve atingir várias competências, como representar vivências individuais utilizando diferentes métodos de expressão como a pintura, o desenho, a colagem e a modelagem. Segundo as OCEPE (Ministério da Educação, 1997) “a expressão plástica implica um controlo da motricidade fina que relaciona com a expressão motora, mas recorre a materiais e instrumentos específicos e a códigos próprios que são mediadores desta forma de expressão.” (p.61). Relativamente ao grupo, este tinha ao seu dispor diariamente várias técnicas de expressão plástica, o desenho, a pintura, o recorte, a colagem, e a modelagem. Foi possível, também verificar que todas as crianças reconhecia as cores, como a sua tonalidade, o mais escuro e o mais claro.

Relativamente ao domínio da expressão musical, que se desenvolve em torno de cinco eixos fundamentais: escutar, cantar, dançar, tocar e criar e segundo as metas de aprendizagem (ME-DGIDC, 2010), as crianças devem: reproduzir motivos rítmicos e construir alguns instrumentos de percussão; interpretar elementos expressivos de intensidade e de andamento; sincronizar o movimento do corpo com a intensidade (dinâmicas forte e fraco) e reconhecer sons vocais, corporais, sons da natureza e sons instrumentais relativamente a este domínio. As OCEPE (Ministério da Educação, 1997) referem que “a expressão musical assenta num trabalho de exploração de sons e ritmos, que a criança produz e explora espontaneamente e que vai aprendendo a identificar e a produzir.” (p.63). Verificou-se que as crianças deste grupo revelaram algumas competências a este nível pois conseguiam manusear diferentes instrumentos, produzindo ritmos e sons diferentes, explorando distintas capacidades com timbre (modo de produção), intensidade (sons fortes e fracos) altura (sons graves e agudos) e duração (sons longos e curtos).

O domínio da linguagem oral e abordagem à escrita encontra-se dividido em duas vertentes, a linguagem oral e a linguagem escrita. Em relação à linguagem oral durante a educação pré-escolar as crianças devem adquirir e alargar o seu vocabulário. Neste sentido é essencial criar um clima de comunicação, tendo o educador um papel fundamental na criação de ambientes de comunicação que permitam à criança exprimir-se de maneira adequada, sendo ele próprio um modelo para a interação e a aprendizagem das crianças. Deste modo as crianças irão construindo frases mais coerentes e complexas e, por sua vez, um maior domínio da expressão e comunicação (OCEPE, 1997). Relativamente à linguagem escrita a criança deve ser envolvida num ambiente em que tenha contacto com o código escrito, para assim se familiarizar e lhe dar importância. Segundo as OCEPE (Ministério da Educação, 1997) “as tentativas de escrita, deverão ser valorizadas e incentivadas” (p.69). De acordo com as metas de aprendizagem (ME-DGIDC, 2010), no final da educação pré-escolar as crianças devem ser capazes de produzir rimas, segmentar palavras, identificar palavras que começam e acabam com a mesma sílaba, reconhecer palavras escritas do seu quotidiano, conhecer algumas letras, escrever o seu nome, produzir escrita silábica, distinguir letras de

números, saber que as letras correspondem a sons, conhecer o sentido direcional da escrita e partilhar informações oralmente através de frases coerentes. Neste grupo pôde-se verificar que a maioria das crianças demonstrava facilidade em comunicar, apresentando e explicando as suas ideias ou desejos. Contudo e como já foi referido, algumas crianças sentiam essa dificuldade, e só participavam quando solicitadas. A maioria era capaz de narrar acontecimentos, reproduzir, inventar histórias e conversar acerca de qualquer tema, recorrendo à linguagem oral revelando um discurso articulado e compreensível. No que respeita à linguagem escrita, o grupo conseguia escrever o seu nome sem ajuda e também reconheciam o nome dos colegas. As crianças do grupo conseguiam ler histórias através das ilustrações, pictogramas, o mapa das presenças e o mapa do tempo com facilidade. A maioria das crianças reconhecia as letras do alfabeto, conseguindo identificar e reproduzir as letras que constituem determinada palavra e por sua vez já começavam a escrever palavras ligadas ao seu dia-a-dia. Todas as crianças conseguiam diferenciar o código escrito do código numérico. O grupo manifestava muito interesse em ouvir histórias.

No domínio da matemática as crianças vão naturalmente adquirindo conceitos matemáticos a partir das vivências do quotidiano (OCEPE, 1997). Neste sentido e segundo as OCEPE (Ministério da Educação, 1997) e as metas de aprendizagem (ME-DGIDC, 2010), as crianças, no final da educação pré-escolar, devem: ser capazes de classificar objetos agrupando-os seguindo uma determinada propriedade (seriação, triagem e ordenação); ter a noção assertiva dos conceitos topológicos (longe/perto, aberto/fechado, cima/baixo); reconhecer, nomear e representar diferentes formas; reconhecer sem contagem o número de um conjunto de objetos; utilizar a linguagem “mais” e “menos” para comparar dois números; reconhecer os números de 1 a 10; resolver problemas do dia-a-dia; reconhecer e explicar padrões simples; interpretar tabelas e pictogramas; compreender que os objetos possuem determinados atributos medíveis (comprimentos, volume, massa). A maioria das crianças do grupo faz contagens simples, reproduz padrões, tem a noção espacial (cima, baixo, esquerda, direita, frente, atrás), sentido do número, ordinalidade, cardinalidade e interpreta uma tabela dupla entrada. Todas as

crianças têm presentes as noções de quantidade e peso. A maioria reconhece um número através do subitizing e consegue resolver problemas simples do cotidiano.

Relativamente à área do conhecimento do mundo esta atrai naturalmente a curiosidade da criança e a sua vontade de saber o porquê das coisas acontecerem. Este interesse é desenvolvido e estimulado no jardim-de-infância através de situações de descoberta e de exploração do mundo (OCEPE, 1997). Esta área abrange o conhecimento do meio próximo à criança, a sensibilização para as ciências e outros conhecimentos, como a educação para a saúde e a educação ambiental. Segundo as metas de aprendizagem (ME-DGIDC, 2010), é na educação pré-escolar que as crianças começam a manifestar aptidões para a estruturação do pensamento científico. Neste sentido, a criança começa a assimilar, a dar sentido e a integrar-se no mundo que a rodeia. As crianças em idade pré-escolar, segundo as metas de aprendizagem (ME-DGIDC, 2010), devem: descrever itinerários diários e não diários; distinguir unidades de tempo básicas (dia e noite, manhã e tarde, semana, estações do ano, ano); identificar elementos do ambiente natural (como o estado do tempo); reconhecer comportamentos dos materiais (atração/não atração dos objetos); identificar o nome completo, idade, localidade, diferentes partes do corpo; reconhecer a sua identidade sexual; justificar algumas razões de práticas de higiene (lavar as mãos, lavar os dentes, lavar os alimentos). A maior parte das crianças deste grupo conseguia identificar corretamente as estações do ano, bem como os fenómenos ocorridos em cada uma delas, identificava os dias da semana e todo o grupo sabia o seu nome e idade e sabia também a terminologia com intervalos de tempo (hoje, amanhã e ontem). Verificava-se neste grupo curiosidade e motivação para realização de atividades de natureza experimental, como forma interativa para compreender diferentes conceitos.

2.5 Implicações e limitações do contexto educativo

Relativamente às limitações existentes no jardim-de-infância onde decorreu a PES constata-se que esta instituição não possui um espaço apropriado e suficiente para abarcar o pré-escolar e o 1º CEB durante os intervalos chuvosos. O polivalente existente é extremamente pequeno para todas as crianças que integram a comunidade escolar,

sendo cansativo permanecer, principalmente durante o inverno, neste espaço uma vez que o exterior não possui um abrigo coberto. O referido polivalente também apresenta uma acústica pouco adequada, dado que o barulho das crianças a correr, a falar, ou até mesmo a manipular objetos, dificulta a interação entre as crianças e a suas normais interações.

PARTE II

1. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

Esta secção apresenta o enquadramento do estudo realizado. Para o efeito encontra-se subdividido em cinco subsecções que referem: a contextualização e pertinência do estudo (1.1); a problemática inerente ao estudo (1.2); a questão de investigação formulada (1.3); os objetivos definidos de modo a dar resposta à questão de investigação formulada (1.4) e, por fim, a organização geral do estudo (1.5).

1.1 Contextualização e pertinência do estudo

A contextualização deste estudo desenvolve-se em torno de dois temas, a promoção da saúde oral, em contexto de educação pré-escolar, e o desenvolvimento de práticas de saúde oral em crianças dos 5 e 6 anos.

Em contexto de jardim-de-infância as crianças sentem-se rodeadas de elementos diferentes, sentem-se num novo mundo, sendo importante criar um clima de bem-estar, dirigido para aprendizagens ativas, abundante em novos conhecimentos, valores e práticas (Hohmann & Weikart, 2003). Este espaço educativo é claramente um local privilegiado para proporcionar novas experiências às crianças, sendo fundamental promover novos hábitos de forma a incutir nelas boas práticas.

Segundo Gil e Diniz (2008, citado por Esteves, 2010) para se alcançar este equilíbrio entre novos hábitos e novas práticas nesta etapa educativa, é importante valorizar e incentivar atividades que promovam a saúde. Por norma estas práticas são desenvolvidas num ambiente lúdico e criativo dando asas a novas aprendizagens que, por sua vez, promovem comportamentos e atitudes saudáveis.

Para autores como Hohmann e Weikart (2003) é fundamental inserir nesta etapa, a higiene, visto esta ser essencial para a saúde individual e coletiva das crianças.

O dia-a-dia do jardim-de-infância envolve inevitavelmente uma rotina, alternando momentos de atividade com momentos de transição, que auxilia a criança a sentir-se segura e integrada (Hohmann & Weikart, 2003). Segundo os mesmos autores Hohmann e Weikart (2004) “os elementos de uma rotina diária são como marcas de pegadas num caminho” (p. 227). A rotina favorece as atividades de carácter flexível mas também

momentos que se relacionam com a saúde e higiene das crianças. Desta forma, a criança tem oportunidade de cuidar da sua higiene e saúde criando hábitos diários que, adquiridos desde cedo, serão mais facilmente preservadas durante a vida (DGS, 2005).

A preservação de uma boa higiene oral apresenta-se como um elemento fundamental no combate às doenças orais que aparecem como um dos principais problemas de saúde, afetando, numerosamente, a faixa infantil (DGS, 2005). Neste sentido, e como destaca a Organização Geral de Saúde (DGS, 2005, citado por Esteves, 2010) é importante “integrar a educação para a saúde e a higiene no projeto educativo e efetuar uma escovagem de dentes no jardim-de-infância” (p. 1151). É essencial inserir desde cedo a higiene, visto esta ser essencial para a saúde individual e coletiva das crianças em qualquer contexto de vida. Deste modo, as crianças adquirem um conjunto de aprendizagens, iniciam padrões de comportamento, estabelecem hábitos para fundamentar escolhas mais saudáveis e crescem com uma vida com qualidade (Gil & Diniz, 2008, citado por Esteves, 2010). Segundo Esteves e Anastácio (2010) “os Educadores de Infância deverão, nesta temática, adotar a aplicação de programas para sensibilização e aquisição/melhoria de conhecimentos, valores e atitudes/práticas das crianças.” (p. 1151). O mesmo autor refere que será necessário interagir com os encarregados de educação, percebendo quais as suas necessidades relativamente à melhor forma de promover estas novas práticas. Posto isto, e reconhecida a importância na promoção da higiene oral desde muito cedo, compete aos educadores de infância sensibilizar todos os atores para a promoção de saúde oral.

A este respeito Cunha (2011) refere que “a higiene oral e outros problemas que afetam a saúde oral são assuntos que devem ser trabalhados desde os primeiros anos de vida e de forma constante” (p. 2).

No mesmo sentido Corte (2005, citado por Cunha, 2011) refere que o contexto familiar/escolar são os principais alicerces em que a criança se apoia para aprender e por sua vez desenvolver atitudes e comportamentos que contribuam para os cuidados a ter com a boca. Estes dois contextos levam as crianças a compreenderem a importância de manter comportamentos saudáveis com os dentes, a língua e as gengivas, e compreenderem de que deste cuidado dependerá o seu bem-estar. A família e a escola

têm assim um papel fundamental neste compromisso e no seu cumprimento, pois disso dependerá o sucesso na educação de indivíduos aptos para prevenir e tratar, a tempo, as doenças orais.

Para Duarte (2002, citado por Cunha, 2011) “educar para a saúde é fazer da escola um meio facilitador do desenvolvimento de uma atitude reflexiva e crítica, e fomentar nas nossas crianças a adoção de hábitos saudáveis” (p. 5). O mesmo autor refere que, no que respeita a este assunto, são cruciais os hábitos que as crianças incrementam na sua própria casa. Desta forma, os profissionais educativos devem estar atentos e procurar dar bons exemplos que possam assegurar bons hábitos e transpor maus os hábitos. Portanto, é necessário criar hábitos em que as crianças se tornem responsáveis e autónomas para tomar as suas próprias decisões e adquirir normas de comportamento saudável no seu quotidiano.

Com base neste entendimento, emergiu o estudo que se apresenta com o objetivo de alargar e melhorar hábitos de saúde e higiene oral de um grupo específico de crianças. Após uma observação e reflexão sobre estas práticas no espaço educativo onde se pretende desenvolver este estudo, constatou-se que estes hábitos não eram estimulados, não se tendo observado práticas de higiene oral nas crianças deste contexto.

1.2 Problemática do estudo

Como anteriormente foi referido, pretende-se com o presente estudo desenvolver práticas de saúde e higiene oral em crianças de 5 e 6 anos de idade, partindo dos seus hábitos e práticas familiares, para o desenvolvimento destas práticas em contexto de jardim-de-infância dado que não foram observadas estas vivências neste contexto. Devido à necessidade de promover desde cedo aprendizagens, hábitos e autonomia de saúde oral, este estudo terá como ponto fundamental a criação de um cantinho da saúde oral, de forma a promover uma nova rotina diária depois do almoço.

Como se afirma no programa de 2005 da Direção Geral da Saúde (DGS) é necessário combater as doenças orais desde cedo pois este problema afeta em grande número a faixa infantil, sendo necessário para isso preservar/promover uma boa higiene

oral. Para atingir este resultado a DGS (2005) incentiva a escovagem dos dentes em contexto de jardim-de-infância.

1.3 Questão de investigação

Tendo em conta a problemática acima descrita foi formulada a seguinte questão de investigação:

Como promover em crianças de 5/6 anos hábitos de saúde e higiene oral?

1.4 Objetivos de investigação

De modo a dar resposta à questão de investigação formulada foram delineados os seguintes objetivos:

1. Diagnosticar hábitos de saúde e higiene oral num grupo de crianças de 5/6 anos.
2. Sensibilizar as crianças para hábitos de saúde e higiene oral.
3. Promover hábitos de saúde e higiene oral em crianças de 5/6 anos.
4. Analisar a influência da alimentação saudável na saúde oral.
5. Avaliar a alteração de práticas de higiene oral num grupo de crianças de 5 e 6 anos.

1.5 Organização do estudo

A parte II do presente relatório encontra-se dividida em 5 secções que se complementam entre si e onde estão desenvolvidos os seguintes tópicos: o enquadramento do estudo (secção 1); a fundamentação teórica do estudo (secção 2); a metodologia adotada (secção 3); a análise e interpretação de dados (secção 4); e por fim, as conclusões do estudo (secção 5).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO

Nesta secção são fundamentadas as temáticas abordadas neste estudo. Deste modo, começa-se por evidenciar a promoção da saúde e higiene oral (2.1); de seguida apresenta-se a dentição em idade pré-escolar (2.2); evidenciando, a cárie dentária (2.2.1); e, por fim, aborda-se a importância do desenvolvimento de práticas de higiene oral no jardim-de-infância (2.3).

2.1 Promoção da saúde e higiene oral

A higiene oral, a prevenção de cáries e os problemas que afetam a saúde oral devem ser trabalhados desde os primeiros anos de vida, de forma constante e sistemática (Corsépius, 1989, citado por Cunha, 2011).

Segundo Corte (2005, citado por Cunha 2011), no que se refere à higiene oral, o principal objetivo desta abordagem é promover a mudança de atitudes nas crianças e nos seus educadores, mas também criar a necessidade de hábitos que fortaleçam o cuidado constante a ter com a saúde dos dentes e gengivas. Esta pertinência sustenta-se na existência comprovada na investigação nesta especialidade de um elevado predomínio de doenças desenvolvidas nas crianças pela ausência de uma higiene e cuidado oral logo a partir dos primeiros anos de vida. Assim, um dos principais cuidados a ter com as crianças desta faixa etária, deverá ser a prevenção das cáries e das doenças periodontais, dado que se prevenidas e tratadas atempadamente os custos associados ao seu tratamento serão minorados com vantagens visíveis na saúde das crianças.

Desta investigação na especialidade destacam-se autores como Cunha (2011) quando afirmam que:

Nestas idades, as crianças já são capazes de desempenhar, sozinhos, várias tarefas. Assim sendo, o educador, deve estimular as crianças a serem mais responsáveis, dando-lhes indicações acerca da forma como devem tratar esta preocupação para um melhor bem-estar pessoal (p.6).

Também Kwan (2005, citado por Lira 2012) refere que as crianças e adolescentes podem ser educados e motivados para serem capazes de tomar decisões saudáveis, lidar

com conflitos, adotando um estilo de vida melhor, tendo em vista que, os hábitos e estilos de vida adquiridos desde cedo e enraizados, enquanto criança/jovem, se tornam mais sustentáveis ao longo da vida.

Para Almeida (2005) a saúde oral é um componente integrante da saúde em geral. Para este autor um indivíduo que não tenha uma boa saúde oral não tem saúde de uma forma geral. Só na sua ausência é que se toma consciência da sua necessidade e da importância na promoção do nosso bem-estar global.

Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas Portuguesa (OMD) as vantagens de uma higiene oral diária para a saúde em geral estão principalmente ligadas aos cuidados com os dentes e gengivas para com isso se evitar a maior parte das doenças da boca. Estas práticas não se limitam ao aspeto exterior dos dentes, mas vão mais longe, dado que, dentes saudáveis ajudam a mastigar todos os alimentos, a pronunciar todas as palavras corretamente e mantem um sorriso cheio de vitalidade. Para além disso, uma boca saudável facilita a comunicação e a interação com os outros. Segundo a mesma Ordem (OMD), os nossos dentes tem várias funcionalidades, servem para sorrir, mastigar, falar, para brincar, para trabalhar e para conversar, entre outras (OMD, 2015).

Uma boa saúde oral torna-se indispensável na qualidade de vida e bem-estar. Permite ao ser humano todos os benefícios, enumerados anteriormente, dado que sem saúde oral não há saúde em geral o que, desta forma, condiciona o dia-a-dia da criança e dos educadores e por sua vez vai debilitar os momentos de prazer de cada um. Por outro lado, se o indivíduo não tiver uma boa saúde oral, este pode sofrer de várias patologias, nomeadamente, infeções variadas, causando dor, desconforto, que por sua vez irão modificar hábitos básicos de bem-estar, como alimentação e o sono. Deste modo, todo este processo causará uma quebra na saúde em geral (OMD, 2015).

Segundo o Programa Nacional Português de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) as doenças orais, como a cárie dentária e as doenças periodontais, são um sério problema de saúde pública, dado que afeta, como já foi referido, grande parte da população e influenciam os seus níveis de saúde, bem-estar, qualidade de vida, tornando os indivíduos vulneráveis, obrigando à aplicação de estratégias de intervenção conhecidas e comprovadamente eficientes (DGS, 2005).

O PNPSO beneficia de uma orientação curricular que propõe incutir, no dia-a-dia da criança, a educação para a saúde, higiene oral e educação alimentar. As crianças terão a oportunidade de cuidar da sua própria higiene oral, de maneira supervisionada, e de perceber as razões pelas quais não devem abusar de certos alimentos. As mensagens sobre promoção da saúde transmitidas pela escola devem ser coincidentes com as práticas realizadas neste ambiente educativo incluindo práticas alimentares saudáveis (DGS, 2005).

É fundamental que os indivíduos tenham acesso a informação, que lhes permita uma mudança de práticas comportamentais, optando pelas mais saudáveis de modo a melhorar a sua saúde (Ordem dos Médicos Dentistas, 2015).

De acordo com Eusébio (2009) o médico de família/pediatra é frequentemente o primeiro e único profissional de saúde a observar e acompanhar o desenvolvimento das crianças, encontrando-se, por isso, numa posição única para atuar ativamente na prevenção dos Cuidados de Saúde Primário (CPI) pela prestação de cuidados antecipatórios, avaliação do risco, diagnóstico precoce e orientação adequada.

De acordo com Areias (2010) “a escovagem deve ser supervisionada pelos encarregados de educação, até ao momento em que a criança adquire o controlo dos movimentos finos, o que coincide com o domínio da escrita” (p. 219).

Para Eusébio (2009) as medidas preventivas de higiene oral são:

- a escovagem dos dentes com dentífrico fluoretado, desde a erupção dos primeiros dentes;
- os dentes devem ser escovados todos os dias, duas vezes ao dia, uma delas necessariamente à noite, dado que, durante o sono, o fluxo salivar é menor, permitindo uma maior ação tópica do fluor ou das bactérias, caso os dentes não sejam escovados;
- o dentífrico usado deve ter uma concentração de flúor de 1000ppm (10%). Em idades pré-escolar a quantidade de dentífrico não deve ser maior do que uma ervilha (fig. 16);
- a escova deve ser adequada ao tamanho da boca da criança, com cerdas de dureza média, ou macia, podendo ser manual ou elétrica;

- as crianças devem ser encorajadas a cuspir o excesso de dentífrico e a não enxaguar com água posteriormente de forma a permitir uma maior ação tópica do fluor;
- a escovagem dos dentes deve ser realizada pelos pais ou supervisionada por eles de forma a controlar a quantidade de dentífrico aplicado.



Figura 16. Quantidade de dentífrico a usar

Após a escolha correta da escova, do dentífrico e da sua quantidade é indispensável atender ao processo de escovagem. Para tal, a DGS (2005) aconselha várias etapas:

- Colocar o dentífrico na escova;
- Inclinar a escova em direção à gengiva e escovar com pequenos movimentos horizontais ou circulares, sem fazer muita pressão;
- Escovar 2 dentes de cada vez, fazendo aproximadamente 5 movimentos no caso de crianças até aos 6 anos;
- Escovar com uma sequência: começar pela superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto;
- Escovar as superfícies do lado da língua com a mesma sequência;
- Proceder do mesmo modo no outro maxilar;
- Escovar as superfícies mastigatórias dos dentes com movimentos de vaivém;
- Por fim, pode escovar-se a língua e cuspir o excesso de dentífrico, sem bochechar com água. Assim, os fluoretos do dentífrico atuam mais tempo sobre os dentes (folheto informativo).

Após todas estas etapas executadas, que vão seguramente contribuir para que as crianças sejam promotoras/autónomas da sua própria saúde oral, também será necessário consultar o dentista ou higienista oral periodicamente (cabendo ao adulto o

papel de promotor desta decisão). Todas estas práticas irão contribuir para uma criança mais saudável, e posteriormente, um adulto com um estilo de vida com mais saúde (DGS, 2005).

Rodrigues (2008) refere que, de acordo com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), é importante investir na informação e orientação dos pais, cabendo aos profissionais de saúde e educadores um papel de destaque nesta área, de forma a tentar reduzir significativamente a morbilidade que este tipo de patologias apresenta, bem como, os custos significativos que acarreta numa fase tardia do seu tratamento.

De acordo com a DGS (2005) deve-se “Integrar a educação para a saúde e a higiene no projeto educativo e efetuar uma escovagem de dentes no jardim-de-infância” (p. 12).

Segundo Esteves e Anastácio (2010) os educadores de infância devem adotar estratégias e práticas para a sensibilização e aquisição de conhecimentos, valores e práticas das crianças, como também privilegiar a interação com os encarregados de educação agindo em conformidade com as suas necessidades, atendendo ao meio em que cada família se encontra. Considera-se assim importante que os educadores se interessem por esta área, permitindo a criação de uma ponte entre os encarregados de educação e técnicos de saúde.

O mesmo autor Esteves e Anastácio (2010) refere que apesar da indicação do desenvolvimento de práticas de higiene oral em contexto de jardim-de-infância se encontrar referenciada e aconselhada no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, essas práticas não se encontram disseminadas, considerando ser ainda uma área onde existem opiniões divergentes que levam a diferentes tomadas de posição relativamente a esta temática. Alguns autores salientam os êxitos destas práticas, no entanto, em determinadas circunstâncias, detetam falhas que colocam em risco todo o processo de promoção da saúde primária. Neste contexto, torna-se necessário avaliar as condições existentes em cada jardim-de-infância, no sentido de garantir a segurança e eficácia da implementação deste tipo de práticas.

A necessidade na análise das melhores condições e práticas, em contexto de jardim-de-infância associada à investigação na área da saúde oral deve procurar alcançar

respostas que possibilitem promover hábitos de higiene oral em crianças em idade pré-escolar.

De acordo com Areias (2009) deve-se “educar para manter sempre saúde oral em todos os grupos etários, pois as crianças de hoje serão os adultos saudáveis de amanhã” (pág. 132). Também Rodrigues, et al. (2008) refere que só com “conhecimento é que se consegue mudar comportamentos” (p. 105).

2.2 Dentição em idade pré-escolar

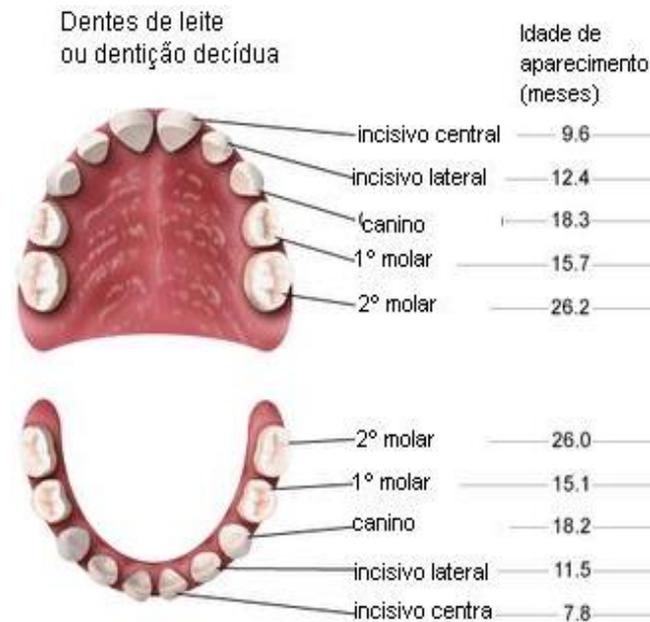
A boca define-se por ser o órgão onde inicia o sistema digestivo, envolvida pelos lábios e limitada, em cima, pelo palato, conhecido pelo céu-da-boca, lateralmente, pelas bochechas e, em baixo, pelo pavimento da boca. No interior, está a língua e os dentes, suportados pelas gengivas (Esteves, 2010).

Os dentes e as gengivas têm uma grande importância não apenas esteticamente, como também na saúde, uma vez que, como já foi referido anteriormente, os problemas dentários mais frequentes nas crianças são as cáries dentárias. Os encarregados de educação devem conhecer as principais características destas alterações, bem como as medidas higiénicas que podem preveni-las. Devem ajudar e mostrar aos filhos como se efetua o cuidado com os dentes e como se realiza uma higiene oral correta. Estes aspetos foram referenciados por Corte (2005, citado por Cunha, 2011) nas conclusões de um estudo que o autor desenvolveu sobre esta temática.

Segundo o referido autor (Corte, 2005) o aparecimento dos primeiros dentes de leite representa um grande marco na família dado que constitui mais um passo no desenvolvimento da criança. Esta primeira dentição culmina entre os seis meses e os dois anos, momento propício para as crianças começarem a realizar as consultas periódicas no dentista.

Esta opinião não é unânime pois segundo Trigo (2001, citado por Esteves, 2010) os dentes de leite ou decíduos começam a “rebentar” geralmente por volta dos 7 meses e terminam normalmente o seu crescimento entre os dois e três anos tal como se pode constatar por análise da figura 17. Estes valores apresentam-se apenas como indicadores de referência, considerando que cada criança terá o seu próprio desenvolvimento. O final

desta fase a dentição decídua (fig. 17) estará completa quando as crianças tiverem 20 dentes.



A Direção Geral de Saúde (1994) caracteriza as formas dos dentes, de acordo com as respetivas funções:

- Oito incisivos quatro em cima e quatro e baixo, têm um gume afiado, que serve para morder e cortar os alimentos.
- Quatro caninos dois em cima e dois em baixo, têm uma ponta aguda, que serve para furar e rasgar os alimentos.
- Oito molares quatro em cima e quatro em baixo, possuem uma superfície superior mais larga para esmagar e triturar os alimentos.

2.2.1 Cárie dentária

A cárie dentária geralmente começa por lesionar o esmalte e de seguida a dentina (fig. 18).



Figura 18. Morfologia do dente

Os dentes encontram-se revestidos por uma camada protetora denominada por esmalte e com uma espessura de 2 mm (Chang & Goldsby, 2013). Esta camada é composta por um mineral, a hidroxiapatite, bastante solúvel em meio ácido.

A cárie dentária, a mais comum das patologias que afetam os dentes, constitui uma infeção transmissível na qual os ácidos produzidos pelas bactérias dissolvem os dentes, levando à sua perfuração. Estas bactérias, designadas cariogénicas, formam uma placa à superfície dos dentes, conhecida por “placa bacteriana”, responsável pela fermentação de hidratos de carbono que leva à produção de ácidos orgânicos (EUFIC, 2015). Esta produção de ácidos é máxima nos alimentos que contêm açúcares (Chang & Goldsby, 2013). Uma má higiene oral pode promover estas reações químicas podendo provocar cáries.

Os sintomas só aparecem mais tarde, sempre que a cárie já atingiu a dentina e provavelmente também a polpa do dente. Quando isto acontece, poder-se-á sentir dores e à medida que a cárie se agrava, o dente sofre um profundo desgaste. Quando a cárie afeta apenas o esmalte, tenta-se a remineralização com mudanças nas práticas alimentares bem como higiénicas com o uso de flúor. Caso contrário, opta-se por retirar a área cariada e em certos casos, pela extração do dente (Sharp & Dohme, 2006, citados por Cunha, 2011).

A cárie dentária (fig. 19) em crianças em idade pré-escolar denomina-se por CPI (cárie precoce da infância). Como já foi referido anteriormente, o CPI influencia a saúde global da criança (DGS, 2005).



Figura 19. Cárie dentária

De acordo com Eusébio (2009) “a cárie dentária é uma doença de etiologia bacteriana e caráter multifuncional. O processo cariogénico implica a conjugação simultânea de três fatores: bactérias, açúcares e dentes” (p. 430). Esta doença infecciosa é transmissível, mas pode ser prevenida, se se intervir precocemente, bastando, para isso, atuar simultaneamente nos três fatores anteriormente referidos, as bactérias, açúcares e dentes.

Segundo o mesmo autor (Eusébio, 2009), existem inúmeros fatores para a cárie dentária se desenvolva, sendo necessário impor às crianças, desde cedo, algumas estratégias para que esta doença oral não se instale na sua cavidade bucal. A alimentação saudável representa um papel fundamental em conjunto com outras práticas, a higiene oral e medidas preventivas como o uso de flúor e o controle da alimentação, atenuando determinados componentes, como os açúcares. Os principais fatores para melhorar a saúde oral são principalmente as mudanças comportamentais, influências do meio, medidas de precaução e terapêuticas próprias.

Segundo Melo (2015) “a incidência de cáries dentárias tem vindo a diminuir nos últimos anos, mas há ainda um caminho a percorrer, para se atingirem as metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde para 2020, na dentição temporária” (p.11). Estes objetivos vão sendo alcançados gradualmente resultantes de um trabalho conjunto entre a OMD, os Ministérios de Saúde e da Educação, com a rede de escolas a desempenhar um papel muito importante no atingirem destes objetivos (Melo, 2015).

Segundo o mesmo autor, as conclusões do estudo referido anteriormente, revelam que entre 2000 e 2013, o número de cáries dentárias diminuiu 21% nas crianças de seis anos. No ano 2000, apenas 33% das crianças, nesta faixa etária, estavam livres de cáries, e em 2013 verificou-se uma subida para 54%.

De acordo com Areias (2009) a estratégia europeia e as metas definidas para a saúde oral pela OMS (Organização Mundial de Saúde) apontam para que, no ano 2020, pelo menos 80% das crianças com seis anos estejam livres de cáries.

Nesta perspetiva Melo (2015) defende que:

Esta aposta na prevenção e no tratamento precoce trará enormes ganhos no futuro. Ainda temos um caminho a percorrer, mas seguramente que não vamos ter daqui a 30 ou 40 anos um número de idosos desdentados tão elevado como temos agora. Menos doenças orais também significa mais saúde, porque a saúde significa mais saúde oral não pode ser dissociada da saúde em geral (p. 13).

Estas práticas não afetam apenas a higiene oral dado que, de acordo com Branca (2015), Diretor do Departamento da OMS de Nutrição para a Saúde e Desenvolvimento “há prova evidente que manter o consumo de açúcar em menos de 10% do consumo diário de energia reduz o risco de excesso de peso, obesidade e cáries dentárias” (p. 42). Esta medida iria trazer benefícios adicionais para a saúde.

Segundo Areias (2010) o controlo da alimentação é fundamental na prevenção da cárie uma vez que é um dos fatores de risco. Deste modo se a ingestão de alimentos açucarados for pouco frequente provavelmente a criança terá um baixo risco de cárie, no entanto, se esta for frequente e particularmente entre as refeições, o risco vai ser elevado.

Num estudo realizado na Austrália, envolvendo crianças em idade escolar, foi verificado que o desenvolvimento de cáries estava bastante associado ao consumo de alimentos e bebidas ricas em açúcares, bem como ao um baixo nível de exposição ao flúor e um atendimento médico-dentário irregular (Steyn, 2012, citado por Lira, 2012).

As crianças devem ser estimuladas a diminuir o consumo de alimentos que contenham hidratos de carbono de elevado grau de adesividade aos dentes, principalmente a sacarose (EUFIC, 2015).

Num outro estudo realizado na Finlândia por Mattila (2000, citado por Rodrigues 2008) foram analisadas as relações entre comportamentos e a existência de cáries em crianças com 5 anos de idade, residentes em zonas rurais. Neste estudo os dados foram recolhidos por aplicação de um inquérito por questionários a pais e pela observação da cavidade oral de crianças com 5 anos de idade. Nos resultados deste estudo constatou-se haver maior experiência de cáries nas crianças cujas mães eram mais jovens, as próprias mães não escovavam os dentes regularmente e o pai desenvolvia cáries todos os anos. Constatou-se, ainda, que as crianças apresentavam consumos diários de açúcar aos 18 meses de idade. Depois deste estudo os autores sugeriram que deveria ser prestada mais atenção não só à saúde oral das crianças, mas também de toda a família.

2.3 A importância do desenvolvimento de práticas de higiene oral no jardim-de-infância

Por tudo o que foi referido anteriormente, escovar os dentes com um dentífrico fluoretado é considerado, hoje em dia, um dos meios mais eficazes na prevenção da cárie dentária. Se esta prática for efetuada no jardim-de-infância estaremos a contribuir para alterar os hábitos de centenas de crianças e a contribuir para que tenham dentes saudáveis a vida inteira (SOBE, 2014).

Autores como Pereira (2010) referem que “a educação é o primeiro passo para que a mudança de comportamentos aconteça efetivamente” (p. 51). Já Almeida (2005) apela ao desenvolvimento de atitudes como motivar a criança à aquisição de novos hábitos ou alterações de hábitos anteriores.

As Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (Ministério da Educação, 1997) estabelecem para esta etapa educativa objetivos gerais pedagógicos, dos quais se destaca: proporcionar à criança ocasiões de bem-estar e segurança nomeadamente no âmbito da saúde individual e coletiva e incentivar a participação das famílias no processo educativo e estabelecer relações de efetiva colaboração com a comunidade. Ainda de acordo com o mesmo documento (Ministério da Educação, 1997) a educação para a saúde e higiene devem fazer parte do dia a dia do jardim-de-infância, devendo proporcionar às crianças oportunidades de cuidar da sua higiene, saúde, fazendo-as

entender as razões porque o fazem: “porque lavam os dentes?” e “porque não devem abusar de determinados alimentos?”. Estas questões podem levar à mobilização de determinados conhecimentos sobre o corpo, os cuidados a ter com ele, sobre funcionalidades dos diferentes órgãos, as características que distinguem os alimentos, atividades que permitem à criança desenvolver conceitos, seguidas do desenvolvimento de atitudes e comportamentos adequados, incluindo assim a saúde oral.

Brazelton e Sparrow (2009) aconselham um caminho para inserir práticas de higiene oral no jardim-de-infância. O primeiro passo deverá consistir em estabelecer uma relação de confiança com as crianças baseada no diálogo, o segundo passo deverá consistir em fornecer às crianças explicações que as ajudem na compreensão da necessidade de levar a efeito estas práticas, considerando que só assim as crianças serão capazes de cumprir as regras/normas que se estabelecerem.

Deste modo torna-se necessário a cooperação das crianças para que a escovagem e todo o processo a ele associado decorra com eficácia, quer nos cuidados a ter no armazenamento da escova, o copo e pasta dentífrica, garantindo que estes materiais não se encontrem em contacto com o das outras crianças, quer ao nível de recursos humanos, garantindo que todo o processo seja acompanhado de modo a não potenciar riscos de contágio.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2005) é fundamental analisar cada situação para procurar a forma mais adequada de atuar. Considerando e analisando os riscos e as possibilidades de cada jardim-de-infância, e depois desta análise aprovada, é essencial olhar para os benefícios desta mudança de conhecimentos, valores e atitudes de cada criança, encaminhando-as para as boas práticas e por sua vez uma melhor saúde oral.

A educação pré-escolar e os jardins-de-infância deverão ser os locais privilegiados para potenciar tais aprendizagens, tanto a nível de saberes, como de atitudes e valores das crianças, pretendendo abranger o meio familiar, para desta forma serem atingidos objetivos de saúde oral e, por conseguinte, de saúde em geral, dando origem a uma vida com qualidade. Em família ou no jardim-de-infância, os incentivos de prevenção das doenças orais devem ser incutidos nos comportamentos do dia-a-dia. Integrar a educação

para a saúde e a higiene oral no processo educativo do estabelecimento de educação já será uma mais-valia.

Rodrigues (2008), num estudo realizado com crianças entre os 6 meses e 6 anos de idade a frequentarem o jardim-de-infância no conselho de Viana do Castelo constatou que existe bastante desconhecimento da população em relação a hábitos de higiene oral, o que se pode refletir numa diminuição da saúde e bem-estar das crianças. Neste estudo, pouco mais de metade dos inquiridos (encarregados de educação) reconheceu que é ao deitar a altura do dia mais importante para lavar os dentes. Apenas 1,6% dos inquiridos souberam responder corretamente à quantidade de dentífrico necessário por escovagem, e apenas quase dois terços dos encarregados de educação consideravam que os seus educandos deviam ir ao dentista apenas quando tivessem os dentes definitivos ou quando tivessem a primeira cárie o que se revelou como o aspeto mais preocupante deste estudo.

Um estudo realizado na Universidade Fernando Pessoa por Lira (2012) identifica várias práticas que contribuem para uma prevenção primária, das quais se destaca:

- a utilização da pasta dentífrica como uma das formas mais coerentes de se utilizar o flúor (Cury, 2010 e Ricomini, 2012, citados por Lira, 2012).
- a utilização de soluções de bochecho apresentam-se como opção adicional para o controlo da placa bacteriana. Esta afirmação apoia-se em resultados de um trabalho realizado por Moreira (2009, citado por Lira, 2012).
- o debate sobre o controlo alimentar, quando se quer promover uma boa saúde oral, mostra-se como fundamental em todos os projetos que visam a promoção da saúde, inevitavelmente a saúde oral, (Costa, 1999, citado por Lira, 2012).

Rodrigues (2008) afirma que os estabelecimentos de educação devem assegurar uma estratégia nutricional que promova uma alimentação saudável, evitando assim o consumo de alimentos açucarados, devendo ser transmitidos esses conhecimentos dentro e fora da sala de atividades, incentivados através da influência dos pares e dos profissionais de educação. Esta interação também deverá assegurar a participação das famílias num esforço conjunto para a elaboração e concretização de programas de

promoção de saúde oral (Petersen & Esheng, 1998; Watson, 1999; Mattila, 2000; Ostberg, 2002, citados por Rodrigues, 2008).

Uma outra estratégia que Rodrigues (2008) defende, como práticas a desenvolver no jardim-de-infância, deverá consistir em trazer as equipas de saúde escolar para apoiar e ajudar a melhorar as competências dos educadores e pais sobre a saúde oral.

No entanto, segundo o mesmo autor (Rodrigues, 2008) “é de extrema importância estimular a auto responsabilização da criança pela sua higiene oral de manhã e à noite.” (p.65).

Segundo Areias (2009) as soluções fluoretadas para bochecho são recomendadas a partir dos 6 anos de idade e têm sido utilizadas em programas escolares para prevenção da cárie dentária, em vários países, incluindo Portugal. As soluções fluoretadas de uso diário têm habitualmente uma concentração de fluoreto de sódio a 0,05% e as de uso semanal ou quinzenal têm uma concentração de 0,2%. Conforme o perfil da família o pediatra poderá escolher o método que lhe parecer mais fácil de implementar. Recomenda-se a administração de flúor sistémico, em gotas e comprimidos, a utilização de pastas dentífricas fluoretadas na higiene oral e o bochecho fluoretado, conforme a orientação técnico-normativa do Programa de Promoção da Saúde Oral nas crianças e adolescentes (fig. 20).

	Frequência da escovagem	Material utilizado	Execução da escovagem	Dentífrico fluoretado	Suplemento sistémico de fluoretos
0-3 Anos	<u>2 x dia</u> Uma antes de deitar	<u>Gaze</u> <u>Dedeira</u> <u>Escova macia</u>	<u>Pais</u>	<u>1000-1500 ppm</u> (tamanho da unha do 5º dedo)	<u>Não recomendado</u>
3-6 Anos	<u>2 x dia</u> Uma antes de deitar	<u>Escova macia</u>	<u>Pais e/ou Criança</u>	<u>1000-1500 ppm</u> (tamanho da unha do 5º dedo)	<u>Não recomendado</u> <u>Excepção</u> alto risco à cárie dentária 0,25 mg diário
> de 6 Anos	<u>2 x dia</u> Uma antes de deitar	<u>Escova macia</u> <u>ou em alternativa</u> <u>média</u>	<u>Criança e/ou Pais</u>	<u>1000-1500 ppm</u> quantidade aproximada de 1 centímetro	<u>Não recomendado</u> <u>Excepção</u> alto risco à cárie dentária 0,25 mg diário

Figura 20. Recomendações de Fluoretos conforme a orientação técnico-normativa do Programa de Promoção da Saúde Oral nas crianças e adolescentes (Aires, 2009, p. 130).

3. METODOLOGIA ADOTADA

Esta secção contempla a metodologia adotada ao longo deste estudo. Para uma melhor compreensão da sua organização optou-se por dividi-la em sete subsecções, nas quais se apresenta: a fundamentação metodológica (3.1); o desenho do estudo: a investigação-ação (3.2); a caracterização dos participantes no estudo (3.3); os instrumentos de recolha de dados (3.4); o processo de tratamento de dados que se adotou (3.5); a descrição das tarefas propostas (3.6) e, por último, o plano de ação definidos para este estudo (3.7).

3.1 Fundamentação da metodologia adotada

Dada a natureza deste estudo a opção metodológica apoiou-se em métodos com base na natureza interpretativa dos dados considerando-se que o paradigma mais adequado para este estudo é o paradigma qualitativo. Esta escolha fundamentou-se no facto de que, segundo Freire (2000), o paradigma qualitativo procura abarcar uma maior abrangência da sua análise, ou seja, um enfoque de análise de cariz indutivo, holístico e ideográfico, estudando a realidade sem a descontextualizar e, portanto, dos próprios dados e não de teorias prévias.

Segundo Bell (2002) os investigadores qualitativos estão mais interessados em compreender as perceções individuais dos sujeitos do que recorrer à análise estatística. Por outro lado, os investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a relação entre eles, realizam medições que conduzem a conclusões quantificadas e generalizáveis. No entanto, há momentos em que os investigadores qualitativos recorrem a técnicas quantitativas e vice-versa, não deixando, no entanto, os estudos de manterem o seu cariz qualitativo.

Nos casos anteriores, cada abordagem apresenta pontos fortes e fracos, sendo que, segundo vários autores, cada uma delas será especificamente apropriada a um determinado contexto. A abordagem selecionada e os métodos de recolha de informação eleitos dependerão da natureza do estudo e do tipo de informação que se pretende alcançar.

Para Bogdan e Biklen (1994) a investigação qualitativa tem como base cinco características essenciais: (1) a fonte direta de dados é o ambiente natural, sendo o investigador o instrumento principal nessa recolha; (2) os dados recolhidos devem ser de carácter descritivo e não de carácter numérico podendo o investigador recorrer a diferentes instrumentos, como transcrições de entrevistas, notas de campo, fotografias, vídeos, memorandos e outros registos. Os mesmos autores defendem que “ao recolher dados descritivos, os investigadores qualitativos abordam o mundo de forma minuciosa” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 49); (3) os investigadores centraram-se no processo de investigação e não nos resultados, existindo uma maior preocupação com a compreensão e interpretação de como os factos se manifestam; (4) os investigadores analisam os dados de forma indutiva; (5) os investigadores dão significado às diferentes perspetivas dos participantes, recorrendo ao seu questionamento com o objetivo de entender as suas linhas de pensamento.

Autores como Mertens (2010) e Bogdan e Biklen (1994) referem que os investigadores que optem por esta metodologia devem seguir técnicas e utilizar instrumentos de recolha de dados diferenciados, como entrevistas, questionários, fotografias, registos audiovisuais, notas de campo, e outras técnicas que se mostrem importantes para uma melhor análise dos dados recolhidos, tornando assim os dados mais consistentes.

Na elaboração de estudos de caso e investigação ação qualitativos é fundamental que os dados sejam obtidos de múltiplas fontes de evidência (Yin, 2010). Atendendo à natureza do estudo, os métodos de recolha de dados devem assegurar a obtenção de dados com um forte carácter descritivo e suscetíveis de proporcionar informação diversificada (Mertens, 1998).

De seguida apresenta-se mais detalhadamente o desenho de investigação de investigação-ação.

3.2 O desenho do estudo: investigação-ação

Na metodologia qualitativa pode-se optar por vários desenhos que permitem desenvolver este tipo de metodologia. Dois dos desenhos possíveis são a investigação-ação e o estudo de caso.

Perante a problemática em análise para a elaboração deste estudo, optou-se pela realização de uma investigação-ação, pois como refere Bogdan e Biklen, (1994) “a investigação-ação consiste na recolha de informação sistemática com o objetivo de promover mudanças sociais” (p. 292).

Tal como Elliot (1991) refere, esta investigação pode ser definida como o estudo de uma situação social no sentido de melhorar a qualidade da ação que nela decorre. O mesmo autor refere, ainda, que o objetivo fundamental desta investigação reside em melhorar a prática em vez de gerar conhecimento. Este objetivo mostra-se fundamental neste estudo e está condicionado por ele.

Segundo Esteves (2008) pode definir-se investigação-ação, como um processo dinâmico, interativo e aberto aos emergentes e necessários reajustes, provenientes da análise das circunstâncias e dos fenómenos em estudo (p. 82). Assim, o processo tem como finalidade o envolvimento dos profissionais na descoberta das situações que os rodeiam, tendo em vista a melhoria do seu desempenho profissional e, conseqüentemente, a qualidade das aprendizagens das crianças.

A investigação-ação procura analisar a realidade educativa específica e estimular a tomada de decisão dos seus agentes para a mudança educativa. Esta mudança implica a tomada de consciência de cada um dos atores, individualmente, e do grupo, do qual emerge a construção de conhecimento através do confronto e contraste dos significados produzidos na reflexão. Constitui-se como um processo intencionalmente situado uma vez que se orienta pelos propósitos do desenvolvimento do ensino e dos professores enquanto profissionais. Mas esta intencionalidade necessita de suportes conceptuais e metodológicos, envolvendo por isso a necessária sistematicidade do processo investigacional, que fomenta atitudes de rigor, organização e persistência que ajudam os professores a apurar o olhar observador, o planeamento e a análise dos dados que vão emergindo (Esteves, 2008).

Por outro lado Bell (1997) refere que o desenho de estudo de caso é como outra investigação qualquer, é necessário recolher dados sistematicamente, é essencial estudar a relação entre as variáveis e é fundamental que o estudo seja planeado metodicamente. A vantagem deste desenho consiste no facto de permitir ao investigador a possibilidade de se focar num caso específico e de identificar, ou tentar identificar, os diversos processos interativos em estudo. Para Stake (2009) “o estudo de caso é o estudo da particularidade e complexidade de um único caso” (p. 11).

Segundo Ponte (2006) um estudo de caso é uma investigação de natureza empírica. Apoia-se em trabalho de campo ou em análise documental, não é experimental, e é utilizada sempre que o investigador não pretende alterar a situação, mas compreendê-la tal como ela é. Os resultados deste estudo podem ser dados a conhecer em textos escritos, comunicações orais ou registos em vídeo. No entanto, o seu relato assume com frequência a forma de uma narrativa cujo objetivo é contar uma história que acrescente algo de significativo ao conhecimento. O seu objetivo fundamental é facultar uma melhor perceção de um caso específico e ajudar a formular hipóteses de trabalho sobre o grupo ou a situação em causa.

Diversos autores definem o procedimento da investigação-ação como um ciclo em espiral. Segundo Grundy e Kemmis (1988, citado por Esteves, 2008) a investigação-ação é uma metodologia colaborativa, que se desenvolve num ciclo em espiral de planificação, ação e observação avaliação, e reflexão, desenvolvidas de uma forma contínua, dinâmica e articulada, em que as atividades “têm em comum a identificação de estratégias de ação planeada, as quais são implementadas e depois sistematicamente submetidas a mais ciclos de observação, reflexão com vista à mudança” (p. 21). Para Santos, Morais e Paiva (2004, citados por Fernandes, 2006), ao analisar a espiral auto reflexiva lewiniana (fig. 21), podem-se analisar as várias fases da investigação-ação. Ao analisar a figura 21, verifica-se que depois de cumprido o ciclo correspondente à primeira fase torna-se necessário fazer uma reflexão inicial, para desta forma chegar ao problema no contexto em que sucede. Posteriormente segue-se o planeamento da ação. Depois da ação e respetiva observação efetua-se uma avaliação que leva a tomadas de decisão. A análise

detalhada de cada uma destas fases leva a uma nova repetição constituindo-se, assim, um ciclo.

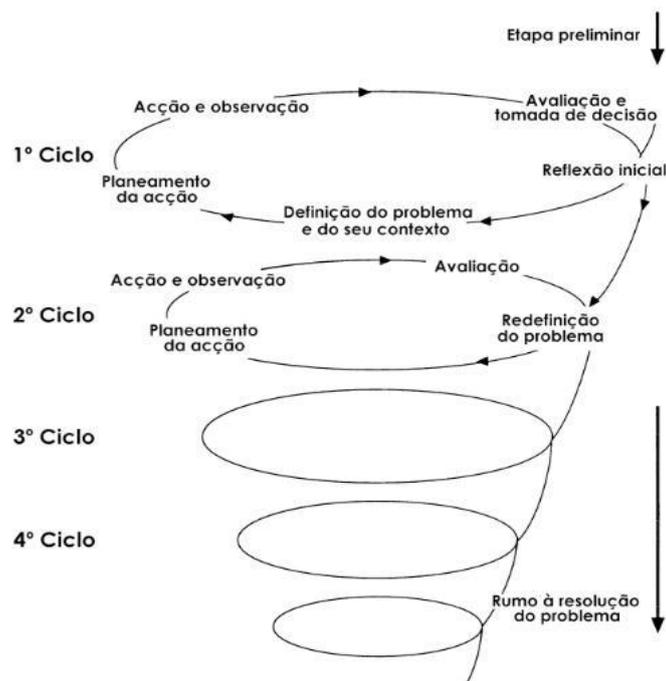


Figura 21. Espiral de investigação-ação (Morais Paiva & Santos, 2004, citado por Fernandes, 2006, p. 75)

Matos (citado por Fernandes, 2006) apresenta a investigação-ação como uma metodologia dinâmica, na medida em que segue “uma espiral de planeamento e ação e busca de factos sobre os resultados das ações tomadas, um ciclo de análise e reconceptualização do problema, planeando a intervenção, implementando o plano, avaliando a eficácia da intervenção” (p. 75).

Segundo McKernan (1998, citado por Esteves, 2008) a investigação-ação é um “processo reflexivo que caracteriza uma investigação numa determinada área problemática cuja prática se deseja aperfeiçoar ou aumentar a sua compreensão pessoal” (p. 20). É uma metodologia que tem o duplo objetivo de ação, no sentido de obter mudanças numa comunidade, no sentido de aumentar a compreensão por parte do investigador e da própria comunidade. A investigação-ação é, para Cohen e Manion (1989, citado por Bell, 2002), uma metodologia executada no contexto, com vista a lidar com um problema concreto localizado numa situação imediata. Isto significa que o

processo, por ser controlado passo a passo, deve recorrer a diversos instrumentos de recolha de dados, de modo a que os resultados posteriores possam levar a modificações, ajustamentos, redefinições, de acordo com as necessidades, de modo a trazer vantagens duradouras ao problema inicial definido.

Também segundo Esteves (2008) pode definir-se investigação-ação, como “um processo dinâmico, interativo e aberto aos emergentes e necessários reajustes, provenientes da análise das circunstâncias e dos fenómenos em estudo” (pág. 82).

Dadas as várias perspetivas apresentadas, fundamentadas em diferentes autores, considerou-se este desenho o mais adequado para este estudo uma vez que se definiu como questão de investigação para este estudo “Como promover em crianças de 5/6 anos hábitos de saúde e higiene oral?”. Pretende-se assim melhorar os hábitos de saúde e higiene oral de crianças com idades compreendidas entre os cinco e seis anos levando-as à alteração das suas práticas.

3.3 Caraterização dos participantes no estudo

Este estudo foi desenvolvido com um grupo de 19 crianças de um jardim-de-infância do Agrupamento. A caracterização pessoal destas crianças foi estruturada numa tabela (tabela 2) que evidencia o género, as idades e a codificação atribuída a cada uma das crianças. Esta codificação teve como propósito garantir a sigilo e anonimato das crianças, tendo sido criado um código para cada criança, atribuindo-se a primeira e segunda letra do seu nome próprio. Quando se constatou a existência dessas duas letras num código atribuído a uma criança acrescentou-se a primeira letra do apelido à outra criança a ser codificada.

Tabela 2.

Caracterização do grupo de crianças em estudo (N=19)

Idade	Género	Nº de crianças	Código das crianças
5	Masculino	8	AF; DU; GU; LU; SA; SIM; TOV; TOM
	Feminino	5	FA; LE; MAD; FR; MAM;
6	Masculino	4	SE; SIP; TIM; TIS
	Feminino	2	AN; SAM

De acordo com a informação apresentada na tabela 2, verifica-se que no grupo de crianças predomina o género masculino (12 crianças), existindo uma minoria do género feminino (sete crianças). Relativamente às idades, o grupo caracteriza-se como heterogéneo, apresentando 13 crianças com cinco anos de idade e seis crianças com seis anos de idade.

Neste grupo de crianças não existia nenhuma criança com necessidades educativas especiais.

O grupo de forma geral era assíduo, só se assinalando grandes ausências quando as crianças se encontravam doentes. O grupo de crianças era empenhado, comunicativo, dinâmico, mostrando-se aplicado nas tarefas que lhe eram propostas.

Os encarregados de educação das referidas crianças foram também participantes diretos neste estudo, estando apenas envolvido, na recolha de dados para este estudo um dos Encarregados de Educação. Para a sua codificação acrescentou-se, como prefixo, as iniciais EE ao código da criança.

Foram também envolvidos, neste estudo, de forma indireta, o par pedagógico, a educadora cooperante e a auxiliar de ação educativa.

3.4 Os instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados, segundo Bogdan e Biklen (1994), “refere-se aos materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar; são os elementos que formam a base da análise” (p. 149).

Para Tuckman (2005) o objetivo da recolha é obter conhecimento que permita vir a dar resposta às questões de investigação.

A recolha de dados neste estudo foi realizada pelo investigador e pelos participantes indiretos no contexto educativo, apoiando-se essencialmente: (3.4.1) nos registos de áudio e vídeo gravados e registos fotográficos; (3.4.2) quadro de registo de higiene oral; (3.4.3) na observação naturalista; (3.4.4) em inquéritos por entrevistas; (3.4.5) e no diário do investigador.

3.4.1 Registos de áudio e vídeo gravados e registos fotográficos

Durante a realização deste estudo serão utilizados registos audiovisuais de modo a captar momentos importantes decorrentes do estudo. Deste modo, as atividades serão registadas fotograficamente e em alguns momentos serão vídeo-gravadas. Os inquiridos por entrevista serão gravados em áudio para posteriormente se proceder à sua transcrição. As gravações áudio e vídeo vão permitir efetuar uma análise de conteúdo mais detalhada como também vão permitir, registar alguns pormenores que passariam despercebidos numa observação naturalista dada a impossibilidade de registar tudo o que ocorre na ação.

Os registos fotográficos serão usados para captar momentos relevantes das sessões e para ilustrar determinadas interpretações, aquando da análise de dados. Para Bogdan e Biklen (1994) os artefactos tecnológicos, como câmaras de filmar, câmaras fotográficas, ou mesmo os gravadores áudio, podem influenciar as ações do sujeito. No entanto, considera-se que a reação a estes meios será encarada espontaneamente pelo grupo pois já estão familiarizados com este tipo de recursos em contexto da PES I.

Por sua vez, o uso destes recursos foi previamente autorizado pelos encarregados de educação dado que foi pedido antecipadamente para efetuar estes registos.

Para Bogdan e Biklen (1994) as gravações áudio, vídeo e os registos fotográficos permitem captar situações que outros métodos não seriam capaz de captar, contendo informação do comportamento dos participantes e das suas interações. Os mesmos autores referem também que “as fotografias dão-nos fortes dados descritivos, são muitas vezes utilizadas para compreender o subjetivo e são frequentemente analisadas indutivamente” (p.183). Esteves (2008) revela que o registo audiovisual é muito proficiente, uma vez que assegura a gravação de conversas, comportamentos e atitudes que mais tarde o investigador pode analisar e refletir sobre a informação que têm em sua posse.

3.4.2 Quadro de registo de higiene oral

Como instrumento de recolha de dados será construído um quadro de registo a utilizar no cantinho da saúde oral. O preenchimento de este quadro efetuar-se-á durante a escovagem dos dentes, de modo a permitir a análise com base em três categorias de análise - quais as crianças que escovam os dentes com ajuda, quais as crianças que escovam os dentes sozinhas e quais as crianças que não escovam os dentes (encontrando-se ausentes). Pretende-se desta forma identificar o grau de autonomia de cada criança tentando desta forma incentivar as crianças menos autónomas. Com a análise dos dados de observação focada, e também, da estimulação das crianças menos autónomas, pretende-se despertar uma prática diária de higiene oral em todas as crianças, para que assim se possam promover hábitos de higiene oral.

O quadro de registo de higiene oral (fig. 22) em questão foi construído tendo por base Sungrañes (2012). Nele está contemplado o nome das crianças, o dia da semana, se a criança é, ou não, autónoma na seleção da bolinha correspondente à sua escovagem, ou se pede ajuda a um adulto.

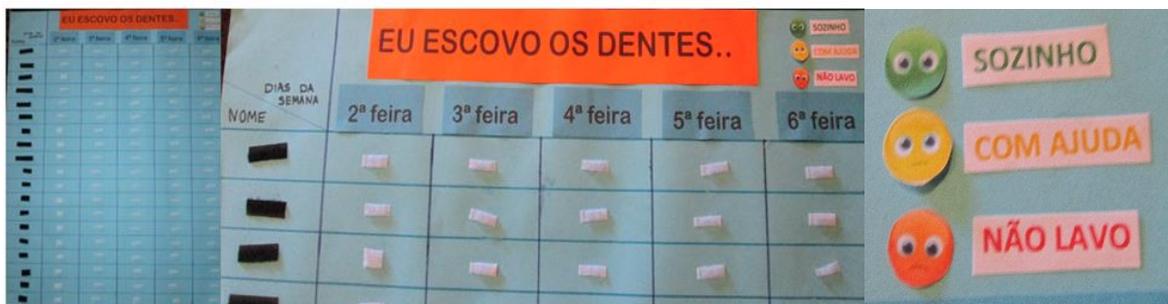


Figura 22. Quadro de registo de higiene oral "Eu escovo os dentes..."

3.4.3 Observação naturalista

Relativamente à ação naturalista Estrela (1994) define-a como uma observação realizada de forma organizada num meio natural, com descrição e quantificação de comportamento do ser humano e outros seres vivos em contextos da sua vida quotidiana. O autor afirma que esta observação pretende compreender o porquê e o para quê, através do como. Para Henry (1961, citado por Estrela, 1994) a observação naturalista permite o estudo de um fenómeno no seu meio natural, mencionando que esta

observação faculta “dossiers” mais completos, mas com um grau de análise mais complexo.

Esteves (2008) refere que a observação possibilita o conhecimento direto de fenómenos tal como eles acontecem no contexto.

“A regra de ouro para evitar a dispersão é a concentração da atenção nas questões formuladas. Definido o sujeito a observar, é necessário decidir de imediato como efetuar o seu registo. As notas de campo e os diários são os instrumentos metodológicos que as professores utilizam com mais frequência para registar os dados de observação.” (Máximo-Esteves, 2008, p. 88).

Perante Reis (2011) “A observação desempenha um papel fundamental na melhoria da qualidade do ensino e da aprendizagem, constituindo uma fonte de inspiração e motivação e um forte catalisador de mudança social.” (p. 11). O mesmo autor (Reis, 2011) refere que a observação pode ser utilizada em diferentes situações e com fins distintos, designadamente: apresentar uma competência; diagnosticar uma dificuldade; testar possíveis soluções para um problema; estudar opções para alcançar objetivos curriculares; avaliar o desempenho; determinar metas de progresso; avaliar o desenvolvimento.

Para Tuckman (1994) observar consiste em analisar a partir de um esquema geral, para orientar, caso o produto final da observação sejam os registos de situações em contexto. Para este autor as observações fazem-se sobre um acontecimento em ação.

Segundo Aires (2011) esta técnica tem um carácter intencional, ou seja, é através da sua aplicação que se passa a ter uma visão mais completa da realidade a investigar, uma vez que o investigador tem um papel ativo diretamente com os investigados. A observação é dirigida para atitudes, comportamentos e ações das crianças durante as atividades programadas, e estas são registadas no diário do investigador para complementar com os outros resultados.

De acordo com Reis (2011) a observação pode ser apoiada por diferentes tipos de instrumentos, nomeadamente, grelhas de observação de fim aberto, grelhas de observação focada, listas de verificação, escalas de classificação, mapas de registo.

De acordo com estas perspetivas e para uma melhor perceção será organizada uma tabela com três categorias de análises “lava; lava com ajuda e não lava” (fig. 21) com o objetivo de analisar uma eventual evolução/autonomia.

3.4.4 Inquérito por entrevista

Para Bogdan e Biklen, (1994) as entrevistas qualitativas variam segundo o grau de estruturação, classificando-as em entrevistas estruturadas, não estruturadas e semiestruturadas. Nas entrevistas estruturadas o investigador utiliza um guião, seguindo assim um questionário fechado, condicionado por esse conjunto de questões pré-determinado. As não estruturadas são entrevistas abertas, o investigador tem o papel de encorajar o sujeito a falar mas neste caso o sujeito é que conduz a entrevista, já que as questões são formuladas pelo investigador de acordo com o que o sujeito responde de modo a aprofundar o assunto em estudo. Nas entrevistas semiestruturadas, existe um guião prévio com algumas questões de aprofundamento, e assim pode haver uma grande flexibilidade quanto à sequência e ao conteúdo da conversa, desta forma são mais livres e exploratórias.

Segundo Merriam (1998) as entrevistas semiestruturadas são caracterizadas por um conjunto de questões base e perguntas a serem exploradas de modo a que se consiga obter dados comparáveis entre os vários sujeitos. No entanto, e apesar de serem semiestruturadas, Stake (2009) salienta que o entrevistador qualitativo deverá chegar com uma pequena lista de perguntas orientadoras para os problemas.

A entrevista semiestruturada para Esteves (2008) decorre com intervenção mútua. “O investigador coloca uma série de questões amplas, na procura de um significado partilhado por ambos” (p. 96). Este tipo de entrevista decorre numa única sessão, com um conjunto de questões orientadas e preparadas antecipadamente pelo investigador, questões essas que originam respostas amplas e repletas de pormenor (Esteves, 2008).

Para autores como Ramos e Naranjo (2014) “a entrevista é uma técnica que pode ser aplicada a todo tipo de pessoas, mesmo em crianças” (p. 144). Como neste estudo se pretende identificar as práticas das crianças referentes à higiene oral, as entrevistas às crianças (tabela 3) serão efetuadas no início do estudo.

Desta forma pretende-se saber quais as percepções e conceções de cada criança acerca da temática - saúde/higiene oral, nomeadamente sobre a “constituição da cavidade bucal”, “para que servem os dentes”, “o que é uma cárie dentária” e “o que pode acontecer se não lavar os dentes”. Esta entrevista semiestruturada tem como objetivo obter resultados sobre a frequência e envolvimento de cada criança nesta prática – a escovagem dos dentes, “em que momentos o faz” bem como “se é autónomo ou necessita de ajuda” e se alguma vez “frequentou o dentista”.

Esta entrevista foi construída recorrendo a perguntas simples de resposta curta e de cariz heurístico.

Tabela 3.

Guião de entrevista às crianças

Guião de entrevista às crianças			
Parte	Objetivos específicos	Informações e formulário de questões	Observações
I	1.1 Legitimar a entrevista e motivar a criança entrevistada.	Eu vou fazer um projeto sobre a higiene oral de todos os meninos da nossa sala e para isso vamos ter de conversar um bocadinho. Então vamos falar um bocado de higiene oral.	- Dar a conhecer à criança qual o assunto da conversa.
II	1.2 Identificar os hábitos de higiene oral. 1.3 Recolher evidências sobre as práticas das crianças relativas à higiene oral.	1. O que temos dentro da boca? Se a criança responder dentes. 2. E para que servem os dentes? 3. E costumavas lavar os dentes? 4. E quando é que lavas os dentes? Antes ou depois de comer? 5. E lavas de manhã, à tarde, ao jantar? 6. Costumas lavar os dentes sozinho/a ou alguém te ajuda? 7. E és tu que te lembras de lavar os dentes ou os teus pais lembram-te? 8. E tu achas importante lavar os dentes? 9. E sabes quem nos trata dos dentes? 10. E alguma vez te doeu- algum dente? 11. E já foste ao dentista? 12. Sabes o que é uma cárie dentária? 13. Sabes o que é que pode acontecer aos dentinhos dos meninos, que não lavam os dentes?	2. Esta questão é colocada independentemente se a criança identificar a resposta da primeira questão ou não. 5. Esta questão só é colocada se a crianças não identificar os diferentes momentos.

No entanto, também serão efetuadas entrevistas aos encarregados de educação em diferentes momentos (início e final) (tabela 4 e tabela 5) e para o efeito serão selecionados ambientes informais, descontraídos e sem influências, procurando sempre deixar os entrevistados responder à vontade. Para Biggs (1986, citado por Bogdan &

Biklen, 1994) “as boas entrevistas caracterizam-se pelo facto de os indivíduos estarem à vontade e falarem livremente sobre os seus pontos de vista” (p. 136).

Para Van der Maren (citado por Héberet, Goyette, & Boutin, 1990) o investigador pode optar por dois tipos de entrevistas, a entrevista individual ou de grupo. Nesta investigação serão efetuadas as entrevistas individuais, usando o investigador a técnica de escuta ativa encorajando o sujeito entrevistado, como aconselha o referido autor.

A entrevista inicial (tabela 4) terá como ponto de partida, informar os encarregados de educação sobre o projeto que pretende promover práticas e hábitos de higiene oral nos seus educandos. Posteriormente, serão realizadas questões onde se pretende apurar quais as práticas e hábitos de higiene oral que os seu educando segue.

Tabela 4.

Guião de entrevista aos encarregados de educação no início do estudo

1º Guião de entrevista aos encarregados de educação			
Parte	Objetivos específicos	Informações e formulário de questões	Observações
I	1.1 Legitimar a entrevista e motivar o encarregado de educação à entrevista.	Eu gostaria de lhe colocar algumas questões para o projeto que vou desenvolver com os meninos desta sala. O projeto pretende promover práticas de hábitos de higiene oral na sala 1. Queria-lhe pedir consentimento para gravar a entrevista, assim, ajudará não só na recolha de informação como contribuirá para a preservação da qualidade da mesma. Agradeço a sua disponibilidade, pois a sua participação será essencial para o meu estudo, bem como para a melhoria dos hábitos de higiene oral da sala 1. A entrevista tem apenas a duração e 10 minutos.	- Pedido de autorização para gravar a entrevista em registo áudio. - Garantia do anonimato da informação recebida.
II	1.2 Identificar práticas de higiene oral numa sala de pré-escolar, promovidas pelos encarregados de educação.	1. Concorda que sejam desenvolvidas práticas de higiene oral durante o tempo em que os meninos estão no JI? 2. Costuma pedir ao seu filho para lavar os dentes? 2.1 Em que momentos? 3. Quantas vezes é que o seu filho escova os dentes por dia? 3.1 Em que momentos? 4. E ele gosta de lavar os dentes ou tem que lhe lembrar? 4.1 Alguma vez demonstrou oposição em lavar os dentes? 5. O seu filho costuma pedir ajuda para lavar os dentes? 6. Alguma vez levou o seu filho ao dentista? Porquê? 7. E já lhe caiu algum dente?	2.1 Esta questão só será colocada no caso do encarregado de educação não ter respondido anteriormente. 3.1. Esta questão só será colocada no caso do encarregado de educação não ter respondido anteriormente.

Os dados resultantes desta primeira entrevista aos encarregados de educação, serão posteriormente triangulados com as entrevistas realizadas inicialmente às crianças, para desta forma poder apurar e constatar a veracidade das mesmas.

Para Yin (2010) a triangulação dos dados é uma mais-valia, pois, as múltiplas fontes de evidência proporcionam, essencialmente, várias avaliações do mesmo fenómeno.

Também para Günther (2006, citado por Figaro, 2014) a triangulação é a utilização de diferentes abordagens metodológicas do objeto empírico para prevenir possíveis distorções relativas tanto à aplicação de um único método quanto a uma única teoria. Para Denzin e Lincoln (2006, citado por Figaro, 2014) o uso de vários instrumentos e a triangulação dos dados, reflete uma tentativa de garantir uma compreensão em profundidade do fenómeno em questão. Para estes autores, a triangulação é um caminho viável para a validação da investigação. É a opção para se delinear múltiplas práticas metodológicas e perspetivas numa mesma pesquisa, o que garante rigor, riqueza e complexidade ao trabalho.

A entrevista final (tabela 5) a efetuar aos encarregados de educação, terá como principal objetivo a consumação da importância que todo o processo teve nas novas práticas diárias em família, ou seja, se houve alterações positivas ou negativas em torno da higiene/saúde oral do seu educando.

Neste momento serão realizadas questões semi-estruturadas direcionadas para as práticas atuais dos seus educandos, para desta forma comparar os resultados iniciais com os resultados final a fim de constatar se existiram alterações positivas.

Para finalizar a entrevista será colocada uma questão de opinião pessoal sobre esse estudo “Na sua opinião, acha que a prática ao nível da higiene oral teve algum contributo para a formação do seu filho/a neste âmbito?”.

Tabela 5.

Guião de entrevista aos encarregados de educação no fim do estudo

2º Guião de entrevista aos encarregados de educação			
Parte	Objetivos específicos	Informações e formulário de questões	Observações
I	1.1 Legitimar a entrevista e motivar o encarregado de educação à entrevistada.	Como sabe tenho estado a realizar o meu projeto sobre as práticas de hábitos de higiene oral na sala 1. Queria-lhe pedir consentimento para gravar a entrevista, assim, ajudará não só na recolha de informação como contribuirá para a preservação da qualidade da mesma. Agradeço a sua disponibilidade, pois a sua participação será essencial para o meu estudo.	- Pedido de autorização para gravar a entrevista em registo áudio. - Garantia do anonimato da informação recebida.
II	1.2 Identificar a alteração de práticas de higiene oral promovidas pelos encarregados de educação.	1. Tem conhecimento do projeto que tenho vindo a desenvolver, no âmbito da higiene oral? 2. O seu filho partilhou consigo alguma das atividades que tem vindo a ser desenvolvidas neste âmbito? 2.1 Se sim: Qual foi a atividade? 3. Nos últimos tempos, notou alguma diferença do seu filho em relação a esta prática? Tem iniciativa para escovar os dentes ou é necessário alguém lhe lembrar? 4. E escova sozinho ou pede ajuda? 5. E se dorme fora de casa o seu filho lembra-lhe que tem que levar a escova de dentes dele? 6. Em que momentos é que o seu filho escova os dentes? 7. Tem conhecimento que o seu filho tem realizado o bochecho fluoretado de 15 em 15 dias? 8. Na sua opinião, acha que a prática ao nível da higiene oral teve algum contributo para a formação do seu filho neste âmbito?	2.1 Esta questão só será colocada no caso do encarregado de educação não ter respondido anteriormente.

3.4.5 Diário do investigador

Durante a realização deste estudo será utilizado o instrumento aberto diário do investigador de modo a permitir registar momentos importantes durante o decorrer da investigação. Deste modo, as informações que o investigador considerar relevantes serão registadas diariamente ao concluir as atividades planeadas.

Os diários do investigado segundo (Bell, 1997) são uma forma de recolher informação “podem facultar informação valiosa sobre modelos de trabalho e atividades” (p. 131). Já para Coutinho (2009) o diário do investigador é uma técnica narrativa bastante usual, que auxilia a recolha de informação através das observações, reflexões, interpretações, hipóteses e explicações de situações, ajudando, deste modo, o investigador a desenvolver o seu pensamento crítico e a melhorar a sua conduta.

Segundo Bogdan e Biklen (1994) o diário do investigador tem como objetivo ser um instrumento em que o investigador vai registrando as notas que vai retirando das suas observações em contexto natural. Estes autores referem que essas notas são “o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo” (p. 150).

Para Esteves (2008), os diários são registos descritivos acerca do que ocorre, sendo que os registos devem procurar reproduzir com a maior exatidão possível o que acontece. Estes registos podem conter sequências descritivas ou sequências interpretativas (Altrichter et al., 1996, citado por Esteves, 2008). Relativamente às sequências descritivas realça-se o detalhe, o particular, o relato, e não a opinião do investigador. Por outro lado, as sequências interpretativas incluem interpretações pessoais, sentimentos especulações, notas pessoais. “As notas podem ser de natureza teórica (relações, padrões, discrepância) metodológica (o que falhou, onde falhou e como pode ser melhorado), ou de natureza prática (ideias a pôr em prática)” (p. 89).

Este instrumento mostra o lado mais pessoal do trabalho de campo, uma vez que inclui os sentimentos, as emoções e as reações a tudo o que o rodeia (Spradley, 1980, citado por Esteves, (2008). É a partir deste instrumento que o professor analisa, avalia, constrói e reconstrói as suas perspetivas para posteriormente melhorar.

Este é um dos recursos metodológicos mais recomendado, pela sua riqueza descritiva, interpretativa e reflexiva (McNiff & Whitehead, 2003, citado por Esteves 2008).

3.5 Plano de tratamento de dados

Posteriormente segue-se a previsão de tratamento de dados, aplicada aos instrumentos selecionados para a recolha desses dados.

Turner (1981, citado por Tukman, 1994) evidencia oito fases para desenvolver a análise e tratamento de dados:

- 1) Utilização dos dados recolhidos para categorizar;
- 2) Identificação dos exemplos para cada categoria;
- 3) Criação de definições abstratas de categorias, com respetivos critérios de classificação;

- 4) Utilização das definições abstratas como guia para a recolha de dados e para a reflexão teórica;
- 5) Procura de categorias adicionais;
- 6) Procura das relações existentes entre as diferentes categorias, construindo hipóteses acerca dessas ligações e dar-lhes continuidades;
- 7) Determinação de condições sob as quais decorrem as relações entre categorias;
- 8) Estabelecimento de conexões entre os dados categorizados e as suas teorias existentes.

Atendendo a estas fases, pretende-se efetuar uma análise de todos os dados recolhidos e seu respetivo tratamento. Deste modo, será aplicada uma análise de conteúdo aos dados recolhidos durante o estudo, a partir dos quais se definirão categorias de análise emergentes, criando-se tabelas sempre que exequível, de modo a permitir uma melhor contabilização dos dados a partir de frequências relativa e absolutas, obtidas pela aplicação dos diferentes instrumentos aos dados por eles recolhidos.

Este processo será efetuado por triangulação dos dados de modo a possibilitar o aprofundamento de informação recolhida. Segundo Cohen e Manion (1990) pode definir-se por triangulação de dados o “uso de dois ou mais métodos de recolha de dados, no estudo de algum aspeto do comportamento humano” (p. 233). Deste modo, toda a informação resultante da recolha de dados, realizada ao longo das diferentes fases do processo, irá permitir a sua triangulação, no momento da apresentação, análise e interpretação dos dados, permitindo a sua comparação e relacionamento entre si, de forma a assegurar a redução da subjetividade e melhorar a compreensão dos dados do estudo.

3.6 Tarefas a desenvolver

As tarefas a realizar têm como foco predominante, promover hábitos de saúde e higiene oral nas crianças, bem como, sensibilizar e demonstrar a sua importância.

Posteriormente apresentam-se todas as tarefas, destacando os objetivos, os materiais, a organização e a descrição de cada atividade, assim como, o tempo previsto para a sua realização.

3.6.1 Vamos conhecer “O menino que detestava escovas de dentes.”

Objetivos:

- Despertar interesse para o tema.
- Ativar conhecimentos prévios sobre o tema.
- Identificar qual a cor da escova de dentes que tem em casa.

Materiais:

- Livro “O menino que detestava escovas de dentes” (fig. 23);
- Gráfico de barras;
- Cartões com uma escova por colorir.

Organização: Grande grupo.

Descrição: Inicialmente, com as crianças organizadas em roda no chão, serão elaboradas atividades de pré-leitura. Em primeiro lugar são mostrados os elementos para-textuais ao



Figura 23. "O menino que detestava escovas de dentes"

grupo e questiona-se: O que vêem na capa e contracapa deste livro? O que acham que fala esta história? Após o diálogo para a introdução do tema, começa-se a leitura da história. Posteriormente serão efetuadas atividade pós-leitura, colocando aleatoriamente questões ao grupo, acerca do que acabaram de ouvir: O que é que o Martim detestava? Mas um dia o Martim sentiu, o quê abanar? E o que é que ele fez? Quando acordou o que é que viu? E o que dizia? E o Martim continuou a detestar escovas de dentes?

Depois da interação das crianças será colocado um novo desafio. Cada criança tem de identificar qual a cor da escova que tem em casa. Serão distribuídos cartões com uma escova por colorir, para posteriormente a criança a pintar. Após a concretização da pintura será elaborado um gráfico de barras com a cor da escova de cada criança. Aleatoriamente cada criança colocará o cartão referente à cor da sua escova na barra definida para a cor em questão. No final de todos os cartões colocados, as crianças serão

questionadas: Qual a barra que tem mais escovas? Qual a barra que tem menos escovas?
Quantas escovas tem a cor amarela? Quantas cores de escovas existem?

Tempo Previsto: 2 horas.

3.6.2 Vamos às compras!

Objetivos:

- Identificar o material necessário para a escovagem dos dentes.
- Despertar interesse para a nova prática diária.

Materiais:

- Dinheiro para a compra das escovas e pastas dentífricas.

Organização: Grande grupo.

Descrição: As crianças serão questionadas sobre o que será necessário comprar para a nova prática diária (escovagem dos dentes), bem como o que será necessário para realizar essa compra. Depois de todos esclarecidos, organizam-se as crianças em pares para se realizar a viagem ao supermercado. Chegando ao supermercado o chefe do dia lidera o grupo, levando o cesto para colocar as compras. Posteriormente as crianças, em grupo, devem chegar à conclusão de quantas escovas é necessário comprar e quais as mais indicadas, e com auxílio e esclarecimento verificam qual a pasta dentífrica mais apropriada para elas. De seguida o grupo é questionado para onde tem que se dirigir, o chefe dirige o grupo para a caixa para deste modo efetuar o pagamento. Uma vez realizado todo o processo inicia-se a viagem de regresso.

Tempo previsto: 1 hora

3.6.3 Vamos escovar os dentes!

Objetivos:

- Desenvolver hábitos de higiene oral.
- Escovar os dentes de forma autónoma.
- Executar o registo na tabela de escovagem de forma autónoma.
- Entender o significado da canção.

- Cantar executando os gestos referentes à canção.

Materiais:

- Copo / escova de dentes / pasta dentífrica;
- Mapa de registo;
- Pictograma com a canção “hino dos nossos dentes”.

Organização: Pequeno /grande grupo.



Figura 24. Material da atividade "vamos escovar os dentes!"

Descrição:

Inicialmente será realizado um diálogo com as crianças sobre a nova rotina a realizar “escovagem dos dentes”, explicando as regras e procedimentos.

No primeiro dia de escovagem dos dentes será apresentada a tabela de registo. Cada criança deve escrever o seu nome numa tira de papel, para ser colocada na mesma tabela para a sua identificação. Após a explicação exemplifica-se com uma ou duas crianças de modo a permitir confirmar se todos compreenderam a tarefa. De seguida, em grupos de cinco crianças, cada criança pegará no seu copo e na sua escova que se encontram na sala, e acompanhados dirigem-se à casa de banho para proceder à escovagem dos dentes, onde serão supervisionados por um adulto de modo a garantir que a escovagem será realizada adequadamente. Chegando à sala cada criança marca na tabela de escovagem qual a “carinha” que corresponde à sua escovagem (lava os dentes sozinho, lava os dentes com ajuda, não lava os dentes). Por último, será apresentado o pictograma com a canção “hino dos nossos dentes” (anexo 1) que faz parte da mesma rotina, escolhendo uma das seguintes opções:

- A estagiária começa a cantar a primeira frase acompanhando com os respetivos gestos, de seguida as crianças repetem. Efetua-se este processo até finalizar a canção (à vez - educadora - crianças), esta opção é a mais indicada para as crianças decorarem inicialmente a letra.
- A educadora divide a turma em dois grupos, explicando que um grupo canta a canção e outro grupo só faz os gestos.

- A educadora canta e gesticula a canção com as crianças ao mesmo tempo.
- A educadora canta uma vez a canção, mas desta vez explica que no momento de fazer os gestos não cantamos (exemplifica primeiro).

Tempo previsto: 30 minutos.

3.6.4 Vamos viajar até ao reino dos dentes!

Objetivos:

- Demonstrar curiosidade pelo tema.
- Conhecer a constituição da boca.

Materiais:

- Filme “O reino dos dentes” (fig.25);
- Computador;
- Projetor.

Organização: Grande grupo.

Descrição: Inicialmente organizam-se as crianças de modo a que todos consigam ver o filme. As crianças serão informadas que estão no cinema e que não podem fazer barulho nem colocar questões, tem de estar muito atentos mas no final quem quiser pode fazer perguntas. Desligam-se a luzes e inicia-se a viagem ao reino dos dentes - vídeo SOBE (Saúde Oral Bibliotecas Escolares) - “A lenda do reino dos dentes” (fig. 25). Depois da visualização do filme, será promovido um momento de diálogo conduzido por questões colocadas pela estagiária: O que deve conter a pasta dos dentes? Sabem o que é a placa bacteriana? Quais os alimentos que provocam placa bacteriana? O que precisamos para remover a placa bacteriana? O que são cáries? O que precisamos de fazer para ter os dentes saudáveis? Podemos partilhar a escova de dentes? Quando devemos lavar os dentes? Para além dos dentes o que devemos de lavar mais? (língua).

Tempo previsto: 40 minutos.



Figura 25. Imagem do filme "O reino dos dentes!"

3.6.5 Vamos ter um amiguinho novo. O Dino chegou!

Objetivos:

- Entender a mensagem do dente cariado.
- Demonstrar interesse.
- Demonstrar curiosidade por saber mais.

Materiais:

- Dente cariado.
- Líquido cor-de-rosa (evidenciar a placa bacteriana).
- Dino.
- Ampulheta.



Figura 26. Material da atividade "Vamos ter um amiguinho novo. O Dino chegou!"

Organização: Grande grupo.

Descrição: Inicialmente aparece uma caixa fechada com um dente gigante (fig.26) e neste momento o dente será apresentado pois na mesma caixa vem uma carta. (Bom dia. Eu sou o vosso novo amigo! E vou ficar aqui na vossa sala. Sabem eu detesto escovas de dentes. E adoro doces e chocolates. Eu soube que foram comprar escovas para lavar os dentes mas eu queria que vocês fossem meus amigos que fossem como eu. Vamos fazer uma coisa, vamos deitar estas escovas todas ao lixo?). Neste momento bate à porta alguém que virá em auxílio do dente com cáries, uma higienista oral que traz o Dino - (um dinossauro com dentes verdadeiros, uma prótese) (fig. 26) para salvar o dente que chegou à sala e ajudar todas as crianças a não ficarem como aquele dente cheio de cáries. A higienista oral depois de se apresentar, exemplifica e dá conselhos de como lavar os dentes e os cuidados a ter com eles. De seguida as crianças vão escovar os dentes mas desta vez o tempo será controlado com a ampulheta que a higienista irá levar, depois de todos escovarem os dentes a higienista coloca individualmente um líquido cor-de-rosa (evidenciar de placa bacteriana) na boca de todas as crianças para desta forma se certificar quem lavou bem e quem lavou mal os dentes.

Tempo previsto: 1hora.

3.6.6 Vamos ficar com um sorriso brilhante!

Objetivos:

- Desenvolver hábitos de higiene.

Materiais:

- Copo / líquido fluoretado.

Organização: Pequeno grupo.

Descrição: No final de cada grupo efetuar a escovagem dos dentes, realiza-se o bochecho fluoretado. (Este é aplicado de 15 em 15 dias depois da escovagem dos dentes) (fig.27).

Tempo previsto: 15 minutos.

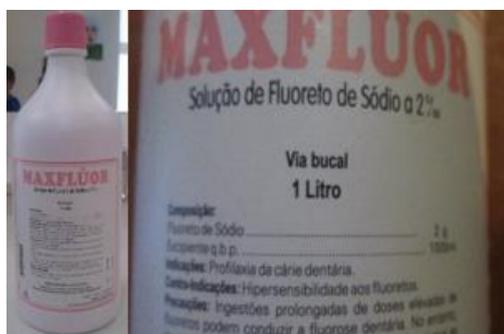


Figura 27. Material da atividade "Vamos ficar com um sorriso brilhante!"

3.6.7 Vamos ajudar o Kiko - o dentinho de leite!

Objetivos:

- Despertar interesse pelo tema.
- Ativar conhecimento prévios sobre o tema.
- Identificar os cuidados a ter com os dentes.
- Identificar as implicações de uma não lavagem dos dentes.

Materiais:

- Cartaz "Kiko o dentinho de leite"
- Dinossauro "Dino"

Organização: Grande grupo.

Descrição: A atividade inicia com uma história "Kiko o dentinho de leite" dramatizada pelo dinossauro Dino. Esta dramatização é realizada com o apoio de um placard com as imagens da narrativa e



Figura 28. Material da atividade "Vamos ajudar o Kiko - o dentinho de leite!"

(fig. 28) à medida que a história é dramatizada, a imagem correspondente será desvendada. As crianças serão organizadas de modo a visualizarem a dramatização.

Inicialmente será desvendada a primeira imagem que corresponde à capa do livro efetuam-se atividades pré-leitura: mostra-se os elementos para-textuais ao grupo e questiona-se: O que está presente nesta imagem? O que acham de que trata esta história? Após o diálogo e a introdução do tema, a estagiária inicia a dramatização da história com o auxílio do “Dino” e do placard com as imagens da história. De seguida serão efetuadas atividade pós-leitura: aleatoriamente serão colocadas questões: de que fala esta história? Quem era o Kiko? Onde é que vivia o Kiko? Quando é que o Kiko ficava triste? E quando é que ele ficava contente? Quem era o Tomás? Qual foi o médico a que o Tomás foi? Por que é que o Tomás ficou com dores? E o Tomás aprendeu a lição?

Por fim será recontada a história com ajuda de o grupo, colocando as imagens por ordem.

Tempo previsto: 1hora

3.6.8 Vamos conhecer os alimentos!

Objetivos:

- Distinguir o dente saudável do dente com cárie.
- Identificar os alimentos prejudiciais aos dentes.

Materiais:

- Dente saudável.
- Dente estragado.
- Imagens de alimentos.
- Placard alimentar.

Organização: Grande grupo.

Descrição: Inicialmente serão apresentadas

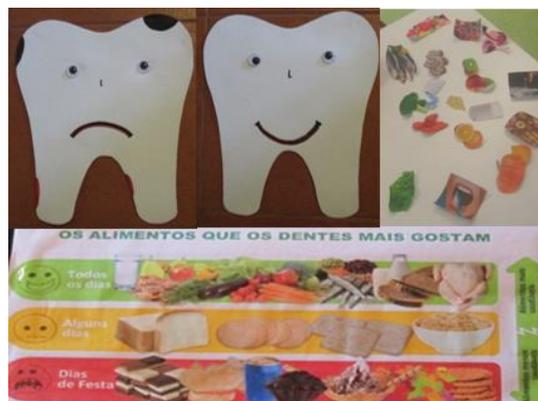


Figura 29. Material da atividade "Vamos conhecer os alimentos!"

às crianças dois dentes, um saudável e outro em mau estado, com cáries (fig.29), ou seja, um está feliz e o outro está triste. Depois de uma breve abordagem da diferença entre os dentes, será colocada a questão: O que será que aconteceu ao dente que está triste? Posteriormente são apresentadas algumas imagens de alimentos, alimentos saudáveis e

alimentos que prejudicam os dentes. Deste modo cada criança aleatoriamente escolherá uma imagem e fará a correspondência correta, explicando a sua opção.

Será ainda apresentado um placard (fig. 29) onde estarão definidos os alimentos que são consumidos regularmente, os que são consumidos em alguns dias e os que são consumidos só em dias de festa. Nesta ocasião as crianças falam do seu quotidiano alimentar.

Tempo previsto: 1hora

3.6.9 Vamos aprender coisas novas com “O rei leão e a higiene oral”!

Objetivos:

- Despertar o interesse pelo tema.
- Desenvolver conhecimentos de “Saúde oral”.
- Adquirir novo léxico.

Materiais:

- PowerPoint “O Rei leão e a higiene oral”.
- Projetor.
- Computador.

Organização: Grande grupo.

Descrição: Para cativar o interesse do grupo serão apresentadas as personagens, em formato de Microsoft Office PowerPoint “O Rei leão e a higiene oral” (fig.30). Este PowerPoint (anexo 2) será apresentado pelas personagens do filme do rei leão - o Simba o Tímon e o Pumba, e à medida que os slides vão passando estas personagens vão falando (vozes gravadas antecipadamente). Posteriormente serão colocadas questões sobre apresentação em PowerPoint: Quais as personagens que nos estiveram a ensinar coisas sobre a higiene oral? Estas personagens disseram-nos coisas muito importante. Sobre o que é que eles nos falaram? O que é que o Simba disse que temos dentro da boca? O que é que eles disseram sobre os nossos dentes, e para que servem? Quais os tipos de dentes que temos? Quais os alimentos que fazem mal aos dentes? O Timon disse como se forma uma cárie dentária, quem sabe o que ele disse? O que quer dizer a palavra prevenir? E o que devemos fazer para prevenir as cáries?



Figura 30. Imagem do PowerPoint "O Rei leão e a higiene oral"

Tempo previsto: 1 hora

3.6.10 As palavras que aprendemos!

Objetivos:

- Relembrar conhecimentos adquiridos anteriormente.
- Ampliar o campo lexical.
- Verbalizar o novo léxico apreendido (fluor, cáries, placa bacteriana, bactérias).
- Explicar o significado de palavras.

Materiais:

- Cartões.
- Lápis de cor.
- Cartolina.

Organização: Grande grupo.

Descrição: Será proposto às crianças

construírem um cartaz com o novo vocabulário que têm aprendido sobre a saúde oral (fig.31). Inicialmente, à vez, as crianças vão proferindo as novas palavras e o seu significado e por sua vez a estagiária escreve-as no quadro. De seguida são distribuídos cartões para desenharem o que proferiram anteriormente bem como reescreverem a palavra no cartão (a palavra será escrita para a criança copiar letra a letra). Posteriormente cada criança cola o seu cartão na cartolina e a educadora escreve o significado da palavra com indicações da criança em questão e se necessário com ajuda do grupo.

Tempo previsto: 40 minutos.

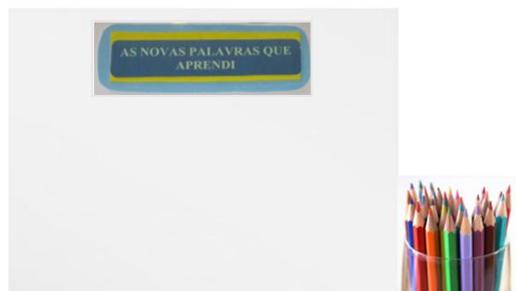


Figura 31. Material da atividade "As palavras que aprendemos!"

3.6.11 Vamos jogar e aprender!

Objetivos:

- Recordar conhecimentos adquiridos anteriormente sobre a temática "Saúde oral".
- Cantar a canção "hino dos nossos dentes".

Materiais:

- Jogo da glória (dente gigante construído em esferovite).
- Dado.
- Música.
- Medalhas.

Organização: Grande grupo.

Descrição: As crianças serão dirigidas para um local amplo, o polivalente, de seguida



Figura 32. Material da atividade "Vamos jogar e aprender!"

organizam-se em roda para ouvirem as explicações da atividade - o jogo da glória - Higiene oral (fig. 32). Em primeiro lugar serão formadas quatro equipas (três equipas de cinco elementos e uma equipa de quatro). O jogo inicia-se com as quatro equipas a lançarem o dado. Quem tiver mais pontuação é quem inicia o jogo, entrando as restantes equipas por ordem decrescente. O jogo inicia no número um e termina no número vinte e seis. As casas vão avançando conforme a sequência numérica de um a 26.

Regras do jogo:

- A quarta casa tem a imagem de um reбуçado. Se a equipa responder à questão corretamente avança duas casas. Se não recua duas casas.
- A casa número cinco tem a imagem de um dente. A equipa que calhou nesta casa avança uma casa.
- A casa número sete tem a imagem de um ponto de interrogação, ou seja, a equipa tem que responder a uma questão sobre saúde oral.
- A casa número oito, nove e dez é a casa de azar ou de sorte. A primeira equipa a formar uma forma geométrica com o corpo avança uma casa. Todas as equipas participam.
- Na casa número doze surge a imagem de uma bactéria a equipa terá de recuar uma casa.
- Casa número treze todas as equipas entram em ação terão de cantar a música o "hino dos nossos dentes" com os gestos corretos.
- Na casa número catorze terá a imagem de uma fruta a equipa terá de avançar uma casa.
- Na casa número dezasseis todas as equipas entram em ação pois é hora de dança.

- Casa número dezassete, nesta casa surge um chocolate e a equipa tem de recuar duas casas para trás a pé-coxinho.
- Casa número dezanove, todas as equipas formam um comboio para deste modo passarem uma bola, só com uma mão sem deixar cair, o elemento da equipa que deixar cair recua uma casa.
- Na casa número vinte e um tem a imagem de uma boca saudável, aqui a equipa terá de avançar até encontrar uma escova de dentes (casa número vinte e três).
- Casa número vinte e quatro nesta casa surge a imagem com muitos alimentos. Está na hora do desporto para todas as equipas. Será colocada uma música e realizam-se vários movimentos à volta do espaço (saltos, rastejar, correr, ao pé coxinho). Todas as crianças terão de imitar esses movimentos, posteriormente o chefe do dia continua os movimentos como o jogo o rei manda.
- Casa número vinte e cinco a equipa terá de voltar para a casa número quinze.
- Casa número vinte e seis a equipa conseguiu passar todos os obstáculos e chegou sem cáries à meta.

No final de todos os grupos chegarem à meta as equipas serão premiadas com medalhas.

Tempo previsto: 1 hora.

3.6.12 Vamos construir um puzzle e observar a imagem!

Objetivos:

- Identificar imagens sobre a higiene oral.
- Ordenar imagens referentes à higiene oral.
- Explicar o observado.

Materiais:

- Puzzle.
- Problemas/ questões.

Organização: Grande grupo.

Descrição: Esta atividade consiste em construir um puzzle sobre a higiene oral (fig. 33).



Figura 33. Material da atividade "Vamos construir um puzzle e observar a imagem!"

Cada peça do puzzle contém questões matemáticas e à medida que são

respondidas, as crianças ganham a peça correspondente à questão. Deste modo a criança que responde vai colocar a peça no puzzle. O puzzle é constituído por vinte peças dando oportunidade a todos de participar.

Tempo previsto: 40 minutos.

3.6.13 Vamos recordar em família! “Os meus primeiros dentes”.

Objetivos:

- Ouvir com atenção a atividade a desenvolver com os seus familiares.
- Explicar de forma coerente a atividade a desenvolver em família.

Materiais:

- Cartolina A4;
- Vários materiais de desenho e colagem.
- Cartões previamente delineados.

Atividade em família:

Pedimos a vossa colaboração para esta atividade com as vossas queridas crianças.

Esta atividade será intitulado como “OS MEUS PRIMEIROS DENTES”, a cartolina poderá conter fotografias, desenhos, histórias acerca do crescimento dos primeiros dentes bem como uma frase sobre a saúde oral.

Figura 34. Atividade em família "Os meus primeiros dentes"

Organização: Individual.

Descrição: Esta atividade consiste em envolver as famílias na atividade, as crianças levam para casa um cartão A4 (fig.34). Este será intitulado: “os meus primeiros dentes”, e poderá conter fotografias, desenhos, histórias acerca do crescimento dos primeiros dentes bem como frases/desenhos sobre a saúde oral.

Tempo previsto: 40 minutos.

3.7 Plano de ação

Para a implementação das atividades estarão previstos vários momentos destinados à realização de diferentes atividades, tanto em grande grupo como em pequeno grupo e individualmente.

A calendarização das diferentes tarefas encontra-se na tabela 6.

Tabela 6.

Calendarização das atividades

Atividades	Data de Implementação
Vamos conhecer “O menino que detestava escovas de dentes.”	13 de abril de 2015
Vamos às compras!	13 de abril de 2015
Vamos escovar os dentes!	Diariamente (de 14 de abril a 9 de junho)
Vamos viajar até ao reino dos dentes!	14 de abril de 2015
Vamos ter um amiguinho novo. O Dino chegou!	14 de abril de 2015
Vamos ficar com um sorriso brilhante!	Quinzenalmente (de 28 de abril a 9 de junho)
Vamos ajudar o Kiko - o dentinho de leite!	25 de maio de 2015
Vamos conhecer os alimentos!	25 de maio de 2015
Vamos aprender coisas novas com “O rei leão e a higiene oral”!	26 de maio de 2015
As palavras que apreendemos!	26 de maio de 2015
Vamos jogar e aprender	26 de maio de 2015
Vamos construir um puzzle e observar a imagem!	27 de maio de 2015
Vamos recordar em família! “Os meus primeiros dentes”.	27 de maio de 2015

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Nesta secção são apresentados, analisados e interpretados os dados recolhidos durante o decorrer do estudo. Para o efeito a referida secção encontra-se dividida em quatro subsecções, algumas delas subdivididas, organizadas e apresentadas em função da sequência de implementação, das entrevistas e das atividades exploradas com as crianças. São assim analisados e interpretados os dados resultantes da aplicação das entrevistas efetuadas às crianças (4.1); das primeiras entrevistas realizadas aos encarregados de educação (4.2); das tarefas desenvolvidas com as crianças (4.3) e, por fim, das segundas entrevistas aos encarregados de educação (4.4).

4.1 Entrevistas efetuadas às crianças

Como já foi referido as entrevistas realizadas neste estudo foram fundamentais na recolha de dados, dado que se pretendia identificar hábitos de saúde oral das crianças. Como também já foi referido foram realizadas entrevistas individuais às 19 crianças envolvidas no estudo.

A primeira questão efetuada foi: “O que temos dentro da boca?” (tabela 7).

Como se pode constatar a partir da análise da tabela 7, a esta questão as crianças deram respostas distintas. Quase metade do grupo (46,9%) respondeu que o que temos dentro da boca é a “língua”, e só um quarto das crianças (25%) respondeu os “dentes”, e apenas uma minoria (6.3%) respondeu “gengivas” e (3.1%) a “saliva”. Algumas crianças (TOM; TIM) apresentaram diferentes respostas consideradas sem coerência. Destas respostas pode-se inferir que a criança TIM pode não ter entendido muito bem a questão colocada e a criança TOM que numa primeira resposta respondeu com coerência “língua e saliva” e posteriormente dispersou na sua resposta.

Tabela 7

Questão 1: O que temos dentro da boca (N=19)?

EVIDÊNCIAS		f*	%	RESULTADOS
		Código das crianças		
Identifica os constituintes da boca	dentes	8	25	AF; FA; SA; SAM; SIP; TIS; MAD; TOV
	língua	15	46,9	AN; FA; FR; GU; LE; LU; DU; SA; TIM; TIS; MAM; MAD; SE; SIM; TOM
	gengivas	2	6,3	SA; TIS
	som	1	3,1	TOM
	comida	1	3,1	TIM
	pescoço	1	3,1	TIM
	voz	1	3,1	SIM
	saliva	1	3,1	TOM
	lábios	1	3,1	TOM
	boca	1	3,1	TOM
Total		32	100	

*as crianças identificaram mais do que um constituinte

É interessante constatar que, comparando estas respostas com os resultados do estudo de Esteves (2010) efetuado com crianças dos três aos seis anos, verifica-se uma concordância de resultados onde, nesse estudo, 26,2% das crianças também identificam os “dentes” como um dos constituintes da boca.

Relativamente à segunda questão “E para que servem os dentes?” (tabela 8) de todas as respostas das crianças destaca-se a resposta “trincar” (31,8%), logo seguida por “mastigar” (27,2%). Também se evidencia a resposta “comer” (22,7%). Com menos percentagem verificou-se a resposta “lavá-los” (13,6%) e apenas uma criança (DU) respondeu “falar” (4,6%).

Tabela 8

Questão 2: E para que servem os dentes (N=19)?

EVIDÊNCIAS		f*	%	RESULTADOS
		Código das crianças		
Reconhece para que servem os dentes.	mastigar	6	27,3	AF; FR; GU; LE; MAM; SAM
	trincar	7	31,8	AN; DU; SA; TIS; MAD; SIM; SIP
	comer	5	22,7	FA; LU; TIS; SE; TOM
	falar	1	4,6	DU
	lavá-los	3	13,6	TIM; TOM; TOV
Total		22	100	

*as crianças identificaram mais do que uma utilidade

Analisando as respostas das crianças constata-se que 11 das crianças (AN; DU; GU; LE; LU; MAM; FR; SE; SIM; TIM; TOM) não identificaram os dentes como um constituinte da boca mas, por sua vez, referem que estes são úteis para “mastigar”, “trincar”, “comer”, “falar” e “lavá-los”.

Ao comparar as respostas destas crianças com as do estudo de Esteves, (2010) pode-se constatar que a mesma questão “Para que servem os dentes?” gerou respostas equivalentes por parte das crianças (lavar, comer, mastigar e falar).

Já na terceira questão “E costumava lavar os dentes?” (tabela 9), observa-se que as respostas também foram unânimes, ou seja, todas as crianças (100%) responderam afirmativamente sem hesitações.

Tabela 9

Questão 3: E costumava lavar os dentes (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
	f	%	Código das crianças	
Refere se lava os dentes.	sim	19	100	AF; AN; DU; FA; GU; LE; LU; MAD; MAM; FR; SA; SAM; SE; SIM; SIP; TIM; TIS; TOV; TOM
	não	0	0	
Total		19	100	

Analisando esta frequência de resposta constata-se que apesar da totalidade das crianças não identificarem os dentes como um dos constituintes da boca todas referem que lavam os dentes. Salienta-se que numa resposta anterior só três crianças (TIM; TOM; TOV) tinham referido que os dentes serviam para lavar.

Dada a unanimidade de respostas à questão anterior, tornou-se necessário identificar os momentos em que as crianças lavavam os dentes.

A quarta questão foi: “E quando é que lavas os dentes? Antes ou depois de comer?” (tabela 10). A esta questão mais de três quartos (84,2%) das crianças respondeu “depois de comer”. Nestas respostas foi notório o seu à-vontade, acrescentando exemplos do seu dia-a-dia.

“Depois de comer a sopa” (TOV, 5 anos, 7-04-2015)

“Depois de comer os cereais” (MAD, 5 anos, 8-04-2015)

Só uma criança (SE) (5,3%) respondeu antes de comer e duas crianças (AF; FR) responderam sem coerência 10,5%.

Tabela 10

Questão 4: E quando é que lavas os dentes? Antes ou depois de comer (N=19)?

EVIDÊNCIAS		RESULTADOS		
		F	%	Código das crianças
Identifica em que situações lava os dentes.	antes de comer	1	5,3	SE
	depois de comer	16	84,2	AN; DU; FA; GU; LE; LU; MAD; MAM; SA; SAM; SIM; SIP; TIM; TIS; TOV; TOM
	sem coerência	2	10,5	AF; FR
Total		19	100	

Tornou-se assim necessário colocar uma quinta questão “E lavas de manhã, à tarde, ao jantar?”. As respostas a esta questão apresentam-se na tabela 11. Analisando esta tabela verifica-se que mais de metade das crianças respondeu que escova os dentes à “noite” (60,7%), por sua vez sete crianças responderam que lavam os dentes de “manhã” (25%) e à “tarde” responderam apenas três crianças (10,7%). A criança (MAM) não conseguiu responder a esta questão por não conseguir identificar os momentos do dia.

Tabela 11

Questão 5: E lavas de manhã, à tarde, ao jantar (N=19)?

EVIDÊNCIAS		RESULTADOS		
		f*	%	Código das crianças
Momentos da escovagem dos dentes	manhã	7	25	AF; FR; GU; LU; MAD; SA; SAM
	tarde	3	10,7	AF; LU; SIP
	noite/jantar	17	60,7	AF; AN; FA; GU; LE; LU; DU; MAD; SA; SE; SAM; SIM; SIP; TIM; TIS; TOM; TOV
	não responde	1	3,6	MAM
Total		28	100	

*as crianças identificaram mais do que uma resposta

Analisando a frequência com que as crianças referem lavar os dentes verifica-se que há 11 crianças a lavar apenas uma vez os dentes por dia (AN; DU; FA; LE; FR; SE; SIM; TIM; TIS; TOM; TOV), cinco a lavar em dois momentos do dia (GU; MAD; SA; SAM; SIP) e apenas duas crianças a lavar em três momentos do dia (AF; LU). Apenas uma criança não respondeu (MAM) não se podendo identificar os seus hábitos de higiene oral.

Comparando estes resultados com os do estudo de Esteves (2010) não se encontra similaridade pois, na sua maioria, as crianças responderam ao “acordar e ao deitar”, ou seja de manhã e à noite, obtendo uma percentagem de 76,2%. No presente estudo ao

somar o momento “manhã” com o momento “noite” obtêm-se uma percentagem superior (85,7%).

Torna-se assim importante identificar as práticas das crianças colocando-se a sexta questão “Costumas lavar os dentes sozinho/a ou alguém te ajuda?”. A tabela 12 apresenta as respostas das crianças.

Analisando a tabela 12 constata-se que oito das crianças (42,1%) refere que o faz “sozinha(o)”, por sua vez mais oito das crianças (42,1%) respondeu “com ajuda” e duas das crianças (15,8%) respondeu “às vezes”.

Pela análise das respostas constata-se ainda que a criança (MAM) não respondeu à questão anterior apurou-se o facto referindo que lavava os dentes com ajuda.

Tabela 12

Questão 6: Costumas lavar os dentes sozinho/a ou alguém te ajuda (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS		
	f	%	Código das crianças
Menciona como Sozinha(o)	8	42,1	AN; GU; DU; MAD; SA; SIM; SIP; TOV
lava os dentes. com ajuda	8	42,1	FA; LE; LU; MAM; TIM; TIS; SE; TOM
às vezes	3	15,8	AF; FR; SAM
Total	19	100	

Com o intuito de identificar a importância que as crianças atribuíam a esta prática colocou-se a questão “E és tu que te lembras de lavar os dentes ou os teus pais lembram-te?” (tabela 13).

Tabela 13

Questão 7: E és tu que te lembras de lavar os dentes ou os teus pais lembram-te (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS		
	f*	%	Código das crianças
Indica quem o/a Eu	11	47,8	AN; FR; GU; LE; LU; DU; MAD; SAM; SIP; SIM; TOV; TIS
lembra para lavar os dentes. os pais lembram	12	52,2	AF; FA; LE; MAM; SE; SA; TIM; TIS; TOM; SAM; SIP; SIM
Total	23	100	

*as crianças identificaram mais do que uma resposta

Analisando a tabela 13 constata-se que mais de metade das crianças (52,2%) responderam “os pais lembram” e cerca de metade (47,8%) das crianças respondeu “eu”.

No entanto, há crianças (LE; SAM; SIP; SIM; TIS) que responderam as duas coisas levando a inferir que, por vezes, os pais têm que lhes lembrar da tarefa.

Na oitava questão “E tu achas importante lavar os dentes?” verifica-se que existe uma unanimidade nas respostas dadas pelas crianças (tabela 14). Confirma-se que as crianças tem conhecimento de que lavar os dentes é importante obtendo uma percentagem de 100% nas respostas “sim”.

Tabela 14

Questão 8: E tu achas importante lavar os dentes (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
		f	%	Código das crianças
Identifica se é importante lavar os dentes.	sim	19	100	AF; AN; DU; FA; GU; LE; LU; MAD; MAM; FR; SA; SAM; SE; SIM; SIP; TIM; TIS; TOV; TOM
	não	0	0	
Total		19	100	

Passando da higiene oral para a saúde oral colocou-se a questão “E sabes quem nos trata dos dentes?” (tabela 15).

Analisando as respostas das crianças (tabela 15) constata-se uma diversidade de respostas. Contudo quase metade das crianças (47,4%) sabia que o dentista é quem trata dos dentes, mais de um quinto (21%) das crianças respondeu “não sei”, cerca de um sexto (15,8%) respondeu “médico”, cerca de um décimo (10,5%) respondeu “nós” e apenas uma criança (SE) (5,3%) respondeu “pai”.

Tabela 15

Questão 9: E sabes quem nos trata dos dentes (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
		f	%	Código das crianças
Refere quem trata dos dentes.	dentista	9	47,4	AF; DU; FA; GU; FR; SAM; SIM; SIP; TOV
	médico	3	15,8	AN; SA; TOM
	pai	1	5,3	SE
	nós	2	10,5	MAM; TIM
	não sei	4	21	LE; LU; TIS; MAD
Total		19	100	

A décima questão colocada às crianças foi: “E alguma vez te doeu algum dente?” (tabela 16).

Analisando a tabela 16 constata-se que 11 crianças (57,9%) recordam-se que já tiveram dores, por outro lado, oito crianças (42,1%) referem nunca ter tido dores de dentes.

De notar que ao cruzar os dados da tabela 15 com os da tabela 16 pode-se verificar que seis crianças (FA; FR; SA; SIM; TOM; TOV) que referem que tiveram dores de dentes sabem quem os tratou “dentista ou o médico” e, por outro lado, outras seis crianças (AF; NA; GU; DU; SAM; SIP) que referem nunca ter tido dores de dentes também referem que quem trata os dentes é “o dentista ou o médico”.

Tabela 16

Questão 10: E alguma vez te doeu algum dente (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
	f	%	Código das crianças	
Recorda se teve dores nos dentes.	sim	11	57,9	FA; FR; LU; MAD; MAM; SA; SE; SIM; TIS; TOV; TOM
	não	8	42,1	AF; AN; GU; LE; DU; SAM; SIP; TIM
Total		19	100	

A décima primeira questão colocada foi: “E já foste ao dentista?” (tabela 17).

Analisando as respostas verifica-se que 63,2% das crianças referem que “sim” e 36,8% das crianças dizem que “não”.

Ao cruzar os dados da tabela 16 com os da tabela 17 verifica-se que das 12 crianças (63,2%) que referem que foram ao dentista, nove referiram, anteriormente, já ter tido dores de dentes (FA; FR; LU; MAD; DA; SE; TIS; TOM; TOV). Pode-se assim inferir que a maioria das crianças já frequentou o dentista apenas porque já sentiram dores de dentes.

Tabela 17

Questão 11: E já foste ao dentista (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
	f	%	Código das crianças	
Foi ao dentista?	sim	12	63,2	FA; FR; LU; MAD; SA; SAM; SE; SIP; TIM; TIS; TOV; TOM
	não	7	36,8	AF; AN; GU; LE; DU; MAM; SIM
Total		19	100	

Ao comparar estes resultados com os do estudo de Esteves (2010) constata-se uma semelhança nos resultados onde a resposta “sim” relativa à ida ao dentista lidera tal como no presente estudo, obtendo 52,4% e a resposta “não” com (47,6%).

Em resposta à questão “Sabes o que é uma cárie dentária?” (tabela 18) obteve-se uma resposta negativa por parte de quase a totalidade das crianças (94,7%), por outro lado, só uma criança (SA) respondeu “sim” (5,3%), salientando:

“São bichinhos que andam nos dentes. (SA, 5 anos, 7-04-2015)

Revendo o percurso de respostas desta criança (SA) pode-se inferir que a criança deu esta resposta porque já frequentou o dentista e já teve dores de dentes, podendo nesta resposta haver alguma relação com a justificação dada à criança pelo adulto.

Tabela 18

Questão 12: Sabes o que é uma cárie dentária (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
		f	%	Código das crianças
Menciona se sabe o que é uma cárie dentária.	sim	1	5,3	SA
	não	18	94,7	AF; AN; DU; FA; FR; GU; LE; LU; MAM; MAD; SAM; SE; SIM; SIP; TIM; TIS; TOM; TOV
Total		19	100	

E, por fim, quanto à questão “Sabes o que é que pode acontecer aos dentinhos dos meninos, que não lavam os dentes?” obteve-se as respostas apresentadas na tabela 19.

Ao analisar esta tabela verifica-se que 10 crianças responderam “sim” (52,6%) e nove crianças responderam “não” (47,4%). Porém as crianças que responderam “sim” foram bastante explícitas comentando o que pode acontecer.

“Podem cair e ficar podres!” (SA, 5 anos, 6-04-2015)

“Ficam sujos!” (LE, 5 anos, 6-04-2015)

“Ficam podres!” (GU, 5 anos, 7-04-2015); (FR, 5 anos, 6-04-2015)

“Ficam com coisas nos dentes, ficam com bichos!” (FA, 5 anos, 7-04-2015)

“As bactérias fazem buraquinhos nos dentes!” (MAD, 5 anos, 7-04-2015)

“Ganham caries!” (SAM, 6 anos, 7-04-2015)

“Os micróbios vão para os dentes!” (SE, 6 anos, 7-04-2015)

“Vão ao dentista!” (SIM, 5 anos, 8-04-2015)

“Ficam sujos e cheira mal!” (TOM, 5 anos, 8-04-2015)

Tabela 19

Questão 13: Sabes o que é que pode acontecer aos dentinhos dos meninos, que não lavam os dentes (N=19)?

EVIDÊNCIAS		RESULTADOS		
		f	%	Código das crianças
Refere se sabe o que pode acontecer se não lavar os dentes.	sim	10	52,6	FA; FR; GU; LE; MAD; SA; SAM; SE; SIM; TOM
	não	9	47,4	AF; AN; LU; DU; MAM; SIP; TIM; TIS; TOV
Total		19	100	

Na tabela anterior só apenas uma criança (SA) soube responder à questão “Sabes o que é uma cárie dentária?”, por sua vez nesta questão podem-se verificar respostas nesse sentido. Pode-se assim inferir que a questão formulada foi mais perceptível obtendo respostas mais coesas por parte de algumas crianças.

Em síntese constata-se que oito crianças identificaram os constituintes da boca, as restantes não identificaram mas, por sua vez, referiram que estes são úteis para “mastigar”, “trincar”, “comer”, “falar” e “lavá-los”.

Verifica-se que todas as crianças referiram lavar os dentes, umas com mais frequência do que outras, destacando-se duas crianças (AF; LU) que o fazem em três momentos. Apenas cinco crianças escovam os dentes em dois momentos e 11 crianças em apenas um momento. Referindo a importância de escovar os dentes antes de deitar revela-se que quase todo o grupo o faz. Apenas a criança (FR) refere que só o faz de manhã e para a criança MAM não foi possível identificar quando faz a sua higiene oral pois não conseguiu referir os momentos do dia.

Todas as crianças acham importante lavar os dentes, sendo que metade refere que faz a sua higiene oral com ajuda e mais de metade refere que os pais é que lembram da tarefa.

A maioria das crianças sabe quem trata dos dentes, e igualmente a maioria teve dor de dentes e já foi ao dentista.

4.2 Primeira entrevista efetuada aos encarregados de educação

Como foi referido anteriormente foram realizadas entrevistas a diferentes atores (crianças e encarregados de educação).

Foram assim, realizadas entrevistas individuais a todos os encarregados de educação (19 encarregados de educação) das crianças participantes no estudo.

Relembra-se que a codificação atribuída a cada um dos encarregados de educação (EE) teve como propósito garantir a sigilo e anonimato dos mesmos e foi criado um código para cada um de acordo com o código que foi atribuído a cada criança (a primeira e segunda letra do seu nome próprio. Quando se constatou a existência dessas duas letras atribuíam-se a primeira letra do seu apelido) diferenciando as iniciais EE de (Encarregado de Educação).

Pela análise das respostas à questão “Concorda que sejam desenvolvidas práticas de higiene oral durante o tempo em que os meninos estão no JI?” (tabela 20), constata-se que todos os encarregados de educação (EE) concordam com as práticas de higiene oral no jardim-de-infância.

Tabela 20

Questão 1: Concorda que sejam desenvolvidas práticas de higiene oral durante o tempo em que os meninos estão no JI (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
		f	%	Código dos encarregados de educação das crianças
Concorda com as práticas de higiene oral?	sim	19	100	EEAF; EEAN; EEDU; EEFA; EEGU; EELE; EELU; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM
	não	0	0,0	
Total		19	100	

Como resposta a esta questão os EE afirmam que estas práticas já deveriam ter iniciado mais precocemente, desde a entrada das crianças para o jardim-de-infância, dado que muitas destas crianças são finalistas.

Tornou-se assim necessário questionar os EE sobre a promoção destas práticas em casa colocando a questão “Costuma pedir ao seu filho para lavar os dentes?” (tabela 21).

De acordo com a análise da tabela 21 constata-se que 16 (84,2%) dos EE referem que “sim” o seu educando escova os dentes, e por outro lado, só três (15,8 %) dos EE refere pedir “às vezes” para o seu educando escovar os dentes.

Tabela 21

Questão 2: Costuma pedir ao seu filho para lavar os dentes (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
	f	%	Código dos encarregados de educação das crianças	
Pede-lhe para lavar os dentes?	sim	16	84,2	EEAN; EEDU; EEFA; EELE; EELU; EEMAD; EEMAM; EESA; EESAM; EESE; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM
	não	0	0,0	
	às vezes	3	15,8	EEAF; EEFR; EEGU;
Total	19	100		

Fazendo o cruzamento de dados com as entrevistas efetuadas às crianças, verifica-se uma incongruência nas respostas dadas por ambos os inquiridos, pois como se pode verificar pela análise dos resultados da tabela 13, 47,8% das crianças (AN; FR; GU; LE; LU; DU; MAD; SAM; SIP; SIM TOV; TIS) referem que são elas que se lembram de escovar os dentes, enquanto 52,2% (AF; FA; LE; MAM; SE; SA; TIM; TIS; TOM; SAM; SIP; SIM) das crianças referiu que são os pais a lembrar da necessidade de realizar esta tarefa.

No sentido de identificar os momentos em que estas práticas ocorrem colocou-se a questão “Em que momentos?” (tabela 22) podendo-se constatar que a totalidade dos EE crianças referiu que os seus educandos fazem a sua higiene oral à “noite”, 12 crianças (35,9%) escovam os dentes de “manhã”, ao almoço apenas 2 crianças (EELU; EETOV) lavam os dentes (5,9%). Os EE que referiram este momento esclareceram que só efetuam esta escovagem quando os educandos se encontram em casa, ou seja, ao fim de semana e em tempo de férias. O EELU mencionou que o seu educando escova os dentes à “tarde” ao chegar da escola depois do lanche (2,9%).

Fazendo o cruzamento de dados com as entrevistas realizadas às crianças (tabela 11), verifica-se que não há uma correspondência de respostas, pois como se pode verificar por análise dessa tabela à questão “E lavas de manhã, à tarde, ao jantar?” 25% das crianças (AF; FR; GU; LU; MAD; SA; SAM) responderam de “manhã”; 10,7% (AF; LU; SIP)

responderam à “tarde”; 60,7% (AF; AN; FA; GU; LE; LU; DU; MAD; SA; SE; SAM; SIM; SIP; TIM; TIS; TOM; TOV) responderam à “noite” e 3,6% (MAM) não respondeu. Ou seja, 11 crianças responderam que escovavam os dentes apenas num momento, cinco crianças responderam que escovavam os dentes em dois momentos, duas crianças em três momentos e uma criança não respondeu.

Tabela 22

Questão 3: Em que momentos (N=19)?

EVIDÊNCIAS		RESULTADOS		
	f*	%	Código encarregados de educação das crianças	
Momentos referidos	manhã	12	35,9	EEAF; EEDU; EEFA; EELU; EEMAD; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EETIS; EETOV; EETOM
	tarde	1	2,9	EELU
	noite/jantar	19	55,8	EEAF; EEAN; EEDU; EEFA; EEGU; EELE; EELU; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM
	almoço	2	5,9	EELU; EETOV
Total	34	100		

*os encarregados de educação identificaram mais do que um momento

Analisando as respostas dos EE constata-se a frequência com que referiram que as crianças lavavam os dentes é de sete crianças a lavar apenas uma vez os dentes (EEAN; EEGU; EELE; EEMAM; EESIM; EESIP; EETIM), 10 crianças a lavar em dois momentos (EEAF; EEDU; EEFA; EEMAD; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EETIS; EETOM), apenas uma criança a lavar em três momentos (EETOV) e uma outra criança a lavar em quatro momentos (EELU).

À quarta questão “E ele/a gosta de lavar os dentes? Tem que lhe lembrar?” obteve-se diferentes respostas apresentadas na tabela 23. Analisando essa tabela as respostas dos EE dividiram-se de igual forma: metade dos EE (50%) responderam “tenho que lhe lembrar” e outra metade (50%) responderam “gosta”.

Alguns dos EE (EEAF; EEAN; EEDU; EEMAD; EEMAM; EESIP) deram as duas respostas, argumentando que:

“Depende das alturas às vezes gostas, outras vezes tenho que lembrar!” (EEAF)

“Eu tenho que a lembrar mas ela gosta!” (EEAN);

“Ele gosta mas eu tenho que o lembrar sempre!” (EEDU);

“Gosta, é assim tenho que a lembrar, ela sabe que tem de lavar os dentes mas tenho que a lembrar!” (EEMAD);
 “Ela gosta, mas tenho que lhe lembrar!” (EEMAM)
 “Ele gostar até gosta, mas se não fosse eu a lembrar, julgo que esquecia, na idade dele é normal!” (EETIS);
 “Ele gosta de lavar os dentes, mas é um bocado esquecido!” (EESIP).

Tabela 23

Questão 4: E ele/a gosta de lavar os dentes? Tem que lhe lembrar (N=19)?

EVIDÊNCIAS		RESULTADOS		
		f*	%	Código encarregados de educação das crianças
O seu filho gosta de lavar os dentes? É necessário lembrar?	tenho que lhe lembrar	13	50%	EEAF; EEAN; EEDU; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESE; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM
	gosta	13	50%	EEAF; EEAN; EEDU; EEFA; EEGU; EELE; EELU; EEMAD; EEMAM; EESA; EESAM; EESIP; EETIS;
Total		26	100	

*os encarregados de educação identificaram mais do que uma resposta

A quinta questão colocada foi: “Alguma vez demonstrou oposição em lavar os dentes?” (tabela 24). Da análise da tabela 24 constata-se que mais de metade dos EE (52,7%) responderam “não, mais de um quarto (26,3%) responderam “sim” e 21% responderam “às vezes”.

Tabela 24

Questão 5: Alguma vez demonstrou oposição em lavar os dentes (N=19)?

EVIDÊNCIAS		RESULTADOS		
		f	%	Código encarregados de educação das crianças
Demonstra oposição?	sim	5	26,3	EEAF; EEFA; EESA; EESAM; EESE
	não	10	52,7	EEAN; EEDU; EEGU; EELE; EEMAD; EEMAM; EESIP; EETIS; EETOV; EETOM
	às vezes	4	21	EEFR; EELU; EETIM; EESIM;
Total		19	100	

Foi necessário questionar os EE relativamente “O seu filho costuma pedir ajuda para lavar os dentes?”. Em função das respostas dos EE (tabela 25), pode-se constatar que 36,9% das crianças, nesta primeira fase, pede ajuda para escovar os dentes, 10,5% das

crianças pede ajuda “às vezes” e 52,6% das crianças “não” pede ajuda para lavar os dentes.

Tabela 25

Questão 6: O seu filho costuma pedir ajuda para lavar os dentes (N=19)?

EVIDÊNCIAS		RESULTADOS		
		f	%	Código encarregados de educação das crianças
Pede ajudar para lavar os dentes?	com ajuda	7	36,9	EEAN; EEFA; EEFR; EELE; EETIS; EETOM; EESE
	sozinho	10	52,6	EEGU; EELU; EEMAD; EEMAM; EESA; EESAM; EESIM; EESIP; EETIM; EETOV
	às vezes	2	10,5	EAAF; EEDU;
Total		19	100	

Analisando algumas das respostas “sim” mais pormenorizadamente, constata-se que, os EE referiram:

“No final ela gosta que eu veja se estão bem lavados.” (EEAN);

“Um bocadinho para não se molhar.” (EELE);

“Lava sozinho mas depois eu vou lá e dou uns retoques.” (EEDU).

Comparativamente às respostas dadas pelas crianças (tabela 12), não existe concordância entre as respostas das crianças LU, MAM e TIM e os seus EE, pois as crianças referiram que fazem a tarefa “com ajuda”, e por outro lado os EE referiram que o fazem “sozinho”. Por sua vez, a criança AN referiu que o faz “sozinho” e o seu EE referiu que o faz “com ajuda”. Já a criança DU referiu que o faz sozinho enquanto o EE referiu que o faz “às vezes”. Relativamente às crianças FR e SAM referiram que o fazem às vezes e os EE referiram que FR o faz “com ajuda” e SAM o faz “sozinho”. As restantes respostas são equivalentes.

Relativamente à ida ao dentista os EE foram questionados acerca se “Alguma vez levou o seu filho ao dentista? Porquê?”. A tabela 26 apresenta as respostas dos EE.

Tabela 26

Questão 7: Alguma vez levou o seu filho ao dentista? Porquê (N=19)?

EVIDÊNCIAS		RESULTADOS		
		f	%	Código encarregados de educação das crianças
Frequência no dentista	sim	16	84,2	EAAF; EEDU; EEFA; EELU; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM
	não	3	15,8	EEAN; EEGU; EELE
Total		19	100	

Como se pode observar através da análise dessa tabela 26, 84,2% do grupo já foi ao dentista e só três crianças (15,8%) (AN; GU; LE) ainda não o fizeram. Estas respostas não são congruentes com as respostas de algumas das crianças. Enquanto as crianças AF, DU, MAM e SIM referiram que nunca foram ao dentista, os EE destas crianças referiram que sim. As outras respostas são equivalentes.

Alguns dos EE referiram que os seus educandos foram ao dentista apenas como consulta de rotina, por precaução, mas por outro lado também mencionam que já visitaram o dentista porque os seus educandos já tinham cáries. Pode-se inferir que a ida ao dentista teve algum impacto pela ocorrência de problemas dentários, como as cáries, como foi o caso das crianças MAD, SE, TIM, TIS, TOM, TOV.

A oitava questão colocada foi “E já lhe caiu algum dente?”. As respostas a esta questão encontram-se na tabela 27.

Pelas respostas dos inquiridos e pela análise a tabela 27 pode-se concluir que apenas 26,3% das crianças já possui a sua dentição permanente e 73,9% ainda possui todos os dentes de leite.

Tabela 27

Questão 8: E já lhe caiu algum dente (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
		f	%	Código encarregados de educação das crianças
Já lhe caiu algum dente de leite?	sim	5	26,3	EEMAM; EESA; EESAM; EESE; EETIS
	não	14	73,9	EEAN; EEGU; EELE EEAF; EEDU; EEFA; EELU; EEMAD; EEFR; EESIM; EESIP; EETIM; EETOV; EETOM
Total		19	100	

Em síntese, todos os EE referem esta prática como sendo positiva e manifestam o seu apoio na totalidade. No que se refere aos hábitos familiares os EE referem que quase sempre têm que pedir aos seus educandos para realizarem a sua higiene oral. Por outro lado, quase metade do grupo refere que se lembra de realizar esta tarefa.

Ainda dentro dos hábitos de higiene oral os EE referem que os seus educandos escovam os dentes em mais momentos e por sua vez as crianças referem que o fazem com menos frequência.

No que respeita à autonomia das crianças os EE referem que os seus educandos são mais autónomos, por sua vez quando são as próprias crianças a responderem a esta questão encontra-se uma incongruência em alguns casos, pois três dos EE referem que os seus educandos não necessitam de ajuda e nas respostas das crianças constata-se que pedem ajuda para realizar esta tarefa.

Por outro lado, ao passarmos para a saúde oral, os EE referem quase na totalidade a ida ao dentista o que não se verifica nas respostas das crianças. Quatro das crianças referem que ainda não tinham ido ao dentista.

4.3 Tarefas desenvolvidas

De modo a promover a alteração das práticas de higiene oral das crianças, foram desenvolvidas várias atividades. Pretendeu-se, com estas atividades, privilegiar o carácter lúdico de modo a motivar as crianças para a realização das tarefas e que, por sua vez, fossem dotadas de uma intencionalidade educativa, para dessa forma possibilitar a evolução dessas práticas. Estas atividades abarcaram todas as áreas presentes na Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar, garantindo assim uma transversalidade do tema que se pretendia focar, a Saúde Oral, com outras áreas e domínios do saber.

Com já foi referido anteriormente as atividades desenvolvidas foram: “Vamos conhecer o menino que detestava escovas de dentes.” (4.3.1); vamos às compras! (4.3.2); vamos escovar os dentes! (4.3.3); vamos viajar até ao reino dos dentes! (4.3.4); vamos ter um amiguinho novo. O Dino chegou! (4.3.5); vamos ficar com um sorriso brilhante! (4.3.6); vamos ajudar o Kiko - o dentinho de leite! (4.3.7); vamos conhecer os alimentos! (4.3.8); vamos aprender coisas novas com “O rei leão e a higiene oral!” (4.3.9); vamos ver as palavras que apreendemos! (4.3.10); vamos jogar e aprender (4.3.11); vamos construir um puzzle e observar a imagem! (4.3.12); vamos recordar em família! “Os meus primeiros dentes” (4.3.13).

As atividades tinham como objetivo promover a aquisição e melhorar os conhecimentos, valores e atitudes das crianças sobre a saúde/higiene oral.

4.3.1 Vamos conhecer - O menino que detestava escovas de dentes!

Como já foi referido, no dia 13 de abril de 2015 (anexo 1: CD), iniciaram-se as atividades relativas à promoção dos hábitos de higiene e saúde oral. Nesta atividade participaram 18 das 19 crianças que compõem o grupo, encontrando-se ausente a criança SIM. O principal objetivo desta atividade foi contextualizar a temática, desta forma criou-se um pequeno diálogo:

- “O que vêm na capa e contracapa deste livro?”. (E, Educadora)

As crianças SA, TIS, DU e SIP referiram:

“Um menino zangado!” (SA, 5 anos, 13-04-2015)

“Uma escova!” (TIS, 5 anos, 13-04-2015)

“Um copo com duas escovas e pasta de dentes!” (DU, 5 anos, 13-04-2015)

“As torneiras da casa de banho” (SIP, 5 anos, 13-04-2015)

Pela análise das respostas constata-se que estas crianças identificaram elementos fundamentais presentes na capa e contracapa do livro.



Figura 35. Exploração do livro - O menino detestava escovas de dentes.

- “O que acham que fala esta história?”. (E, Educadora)

As crianças MAD, SE e AN referiram que:

“É de um menino despenteado!” (MAD, 5 anos, 13-04-2015)

“Um menino triste” (SE, 5 anos, 13-04-2015)

“Um menino que deu um pontapé a uma escova” (AN, 5 anos, 13-04-2015)

Na segunda atividade as crianças sugeriram que os adultos da sala também colorissem uma escova de dentes e a colocassem junto das escovas no mesmo gráfico de barras, deste modo o gráfico de barras (fig. 36) obter mais do que dezanove escovas de dentes.



Figura 36. Gráfico de barras “Qual a cor da minha escova de dentes que tenho em casa?”

As crianças também sugeriram que fossem colocados os números referentes a cada barra. Através deste diálogo constatou-se que as crianças tinham presente qual a cor da sua escova, pois todas conseguiram realizar esta tarefa. A criança (SIM) que não esteve presente e não realizou estas atividades, foi acompanhada individualmente no dia a seguir finalizando assim o gráfico de barras.

4.3.2 Vamos às compras!

Como foi referido na metodologia no dia 13 de abril de 2015, da parte da tarde, (anexo 1: CD) foi realizada a segunda atividade denominada como “vamos às compras!”.



Figura 37. Viagem ao supermercado

Participaram, nesta atividade, as mesmas crianças que participaram na atividade da parte da manhã, ou seja, as 18 das 19 crianças que compõem o grupo, mantendo-se ausente a criança SIM.

Esta atividade foi muito bem recebida pelas crianças pela euforia de sair do seu local habitual, a sala de atividades.

A distribuição dos materiais a comprar pelas crianças para a higiene oral de cada criança foi aleatória para não se criarem discórdias na escolha dos mesmos (fig. 37). Como se pode observar pela análise da figura 37 todas as crianças estiveram muito envolvidas nesta tarefa.

4.3.3 Vamos escovar os dentes!

Também como já foi referido, o dia 14 de abril de 2015 (anexo 1: CD), iniciou-se a atividade denominada “vamos escovar os dentes!”. Esta atividade teve início a 14 de abril de 2015, tendo terminado no dia 15 de junho de 2015, sendo efetuada diariamente.



Figura 38. Escovagem dos dentes/registro

Como também já foi referido foi construído uma tabela (fig. 38 - última imagem) cuja função era permitir registar como as crianças realizavam a tarefa recorrendo à informação (verde – lava sozinho, amarelo lava com ajuda e vermelho – não lava).

Semanalmente foram recolhidos os registos efetuados pelas crianças na tabela e a partir desses registos foram construídos gráficos de modo a facilitarem análise dos dados recolhidos referentes às semanas desta prática.

O gráfico 1 corresponde apresentação dos dados da primeira semana de realização desta tarefa. Pode-se verificar pela análise do gráfico 1 existe a existência de um registo de quatro dias pois o primeiro dia foi quando se efetuou a compra dos materiais e não se executou a tarefa de escovagem. Por sua vez o gráfico 3 também resulta em quatro registos, pois houve um feriado nessa semana por outro lado o último gráfico houve registo de dois dias, pois coincidiu com o culminar deste estudo.

Destaca-se, ainda, que a cor vermelha (não lava), quando presente nos gráficos se deve ao facto das crianças se encontrarem ausentes, e não pelo motivo de não quererem fazer a escovagem. No momento em que se iniciou esta nova prática apenas cinco crianças (DU, FA, MAD, MAM e SIP) não necessitaram de ajuda, notando-se que manifestavam à-vontade durante a realização da escovagem. Estas crianças apenas necessitaram de algumas indicações, como o tempo de escovagem e a colocação da pasta dentífrica. Por outro lado, foi notório que as crianças TIM e TOV sentiam mais dificuldade em realizar esta prática, pelo que deste modo foram auxiliados com mais rigor. Em geral notou-se que as crianças se esqueciam de escovar os dentes atrás na parte superior.

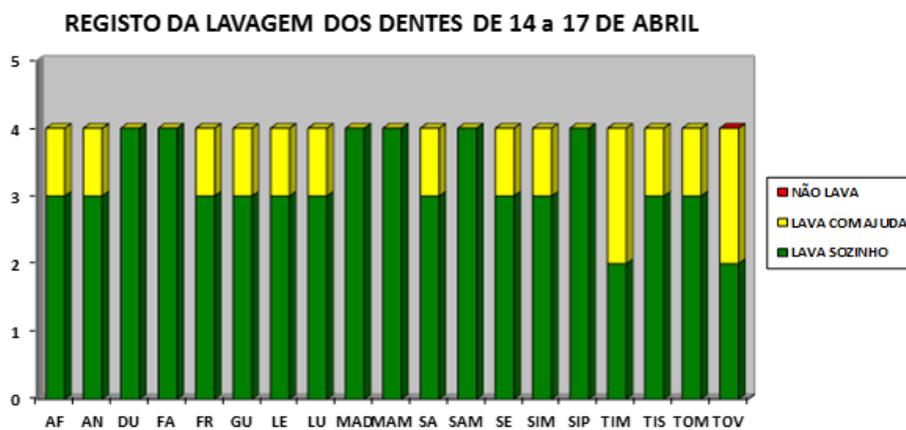


Gráfico 1. Registo da lavagem dos dentes de 14 a 17 de abril

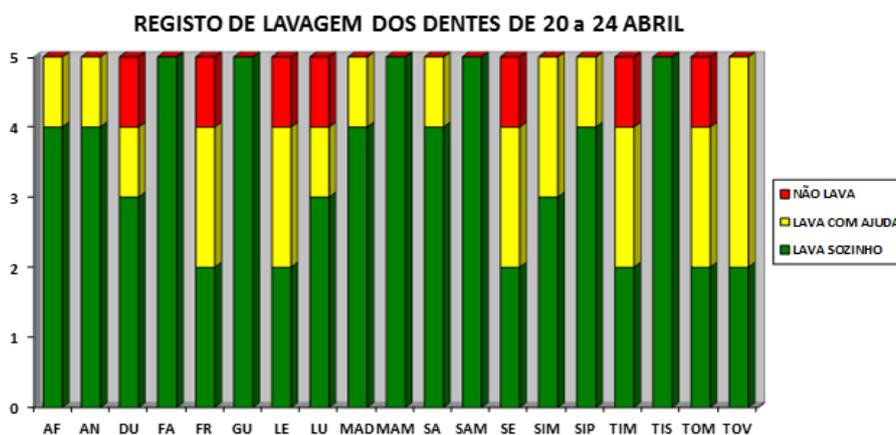


Gráfico 2. Registo da lavagem dos dentes de 20 a 24 de abril

Ao analisar o gráfico 2 constata-se que a cor amarela (escova com ajuda) aumentou por comparação com o gráfico 1 dado que as crianças manifestaram mais

espontaneidade em pedir auxílio do que na semana anterior, uma vez que já conseguiram ver esta nova prática como uma rotina diária.

As crianças DU, FR, LE, LU, SE, TIM e TOM não escovaram os dentes um dia desta semana por se encontrarem ausentes.

O gráfico 3 diz respeito ao registo da semana de 27 a 30 de abril. Ao observar o gráfico 3 constata-se uma evolução em relação às duas semanas anteriores, exceto para as crianças FA e TIS que solicitaram mais ajuda do que o habitual. Nestes dois casos houve uma maior preocupação em estarem a escovar da melhor maneira e deste modo solicitarem auxílio para averiguar se estavam a escovar convenientemente.

- “Estou a lavar bem? Já não tenho nenhuma cárie?” (FA, 5 anos, 28-04-2015)

Constata-se que nesta fase a maioria das crianças queria escovar os dentes sozinha.

- “Já não preciso de ajuda!” (TOM, 5 anos, 27-04-2015)

- “Já não preciso de ajuda!” (TOV, 5 anos 27-04-2015)

Apenas a criança MAD não escovou no JI os dentes durante dois dias desta semana pois por se encontrar ausente.

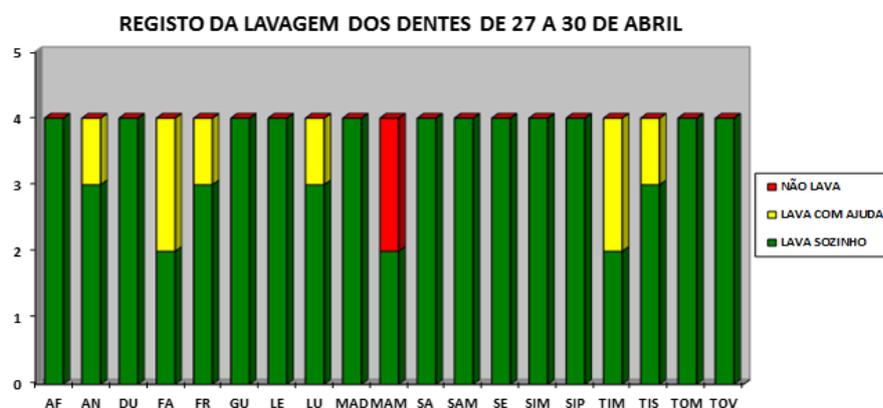


Gráfico 3. Registo da lavagem dos dentes de 27 a 30 de abril

Relativamente à quarta semana (gráfico 4) pela análise do referido gráfico constata-se que existem ainda crianças com mais autonomia em relação a outras. Nesta fase as crianças já quase não solicitavam ajuda, sendo necessário, por vezes, intervir tendo-se verificando que as crianças GU, LE, SE e TIM ainda revelavam algumas dificuldades, por vezes, em escovar determinadas zonas da cavidade bucal.

Durante este período de observação a criança FR não fez a escovagem durante toda a semana e algumas das crianças não realizaram esta prática durante alguns dias desta semana, dado que se encontravam ausentes.

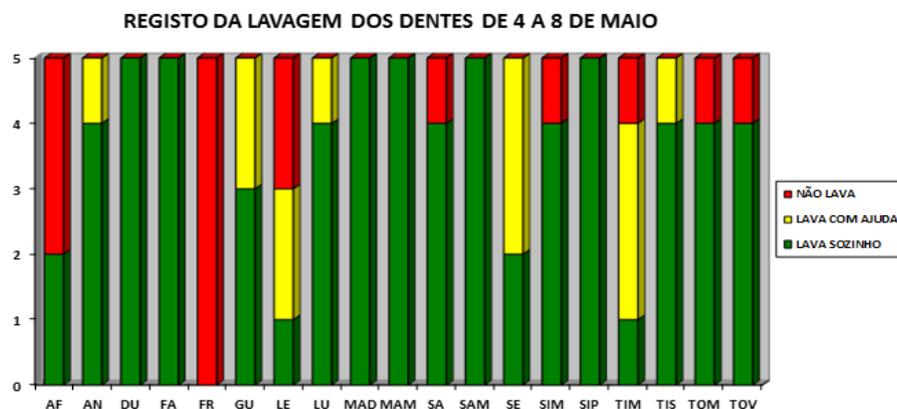


Gráfico 4. Registo da lavagem dos dentes de 4 a 8 de maio

Relativamente à semana de 11 a 15 de maio (gráfico 5 - quinta semana) é possível verificar que apenas duas crianças precisaram de auxílio (TOM e TOV) pelas mesmas razões da semana anterior (ainda tinham algumas dificuldades em escovar determinadas zonas da cavidade bucal).

Algumas das crianças (GU, MAM, SAM, SIM, TIM E TOV) não escovaram os dentes durante um, dois ou três dias desta semana pois encontraram-se ausentes.

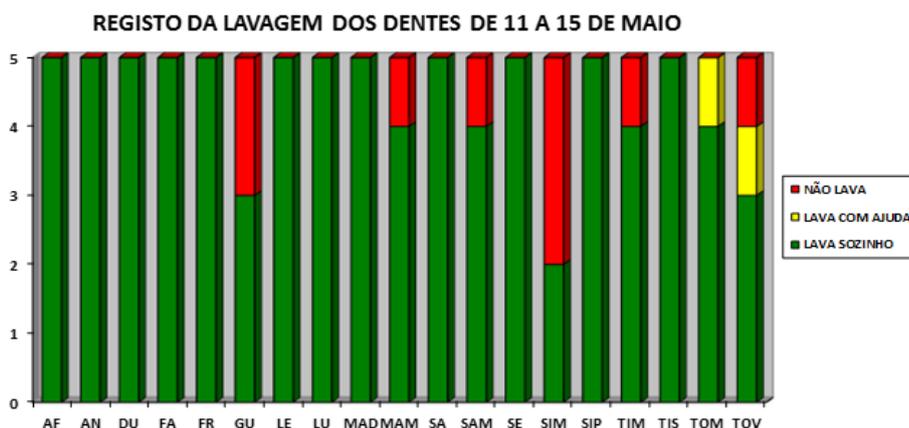


Gráfico 5. Registo da lavagem dos dentes de 11 a 15 de maio

Relativamente aos resultados do quadro de registo da sexta semana (gráfico 6) verificou-se que houve alterações negativas em relação à semana anterior. Este facto pode estar relacionado com a alteração da pasta dentífrica tendo as crianças LE e LU

referido que não gostavam daquela pasta dentífrica. Por outro lado, as crianças SE, TIM e TOV mostravam-se um pouco preguiçosas em escovar os dentes corretamente.

Já as crianças DU, GU e SE não realizaram a escovagem dos dentes durante um dia desta semana por se encontrarem ausentes.

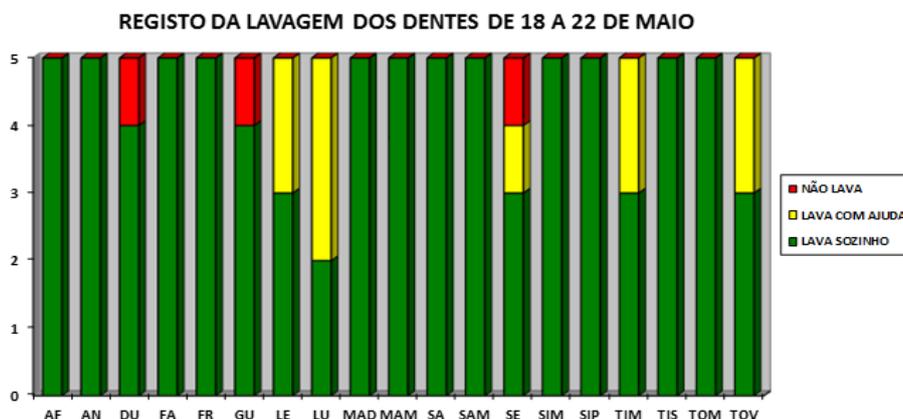


Gráfico 6. Registo da lavagem dos dentes de 18 a 22 de maio

Nas restantes semanas relativas às datas de 25 de maio a 9 de junho (gráfico 7, 8 e 9) constatou-se que todas as crianças realizaram a sua higiene oral autonomamente.

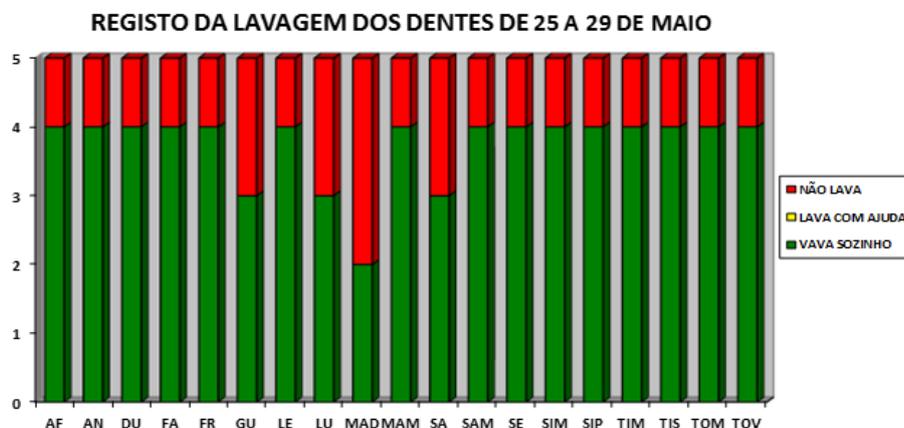


Gráfico 7. Registo da lavagem dos dentes de 25 a 29 de maio

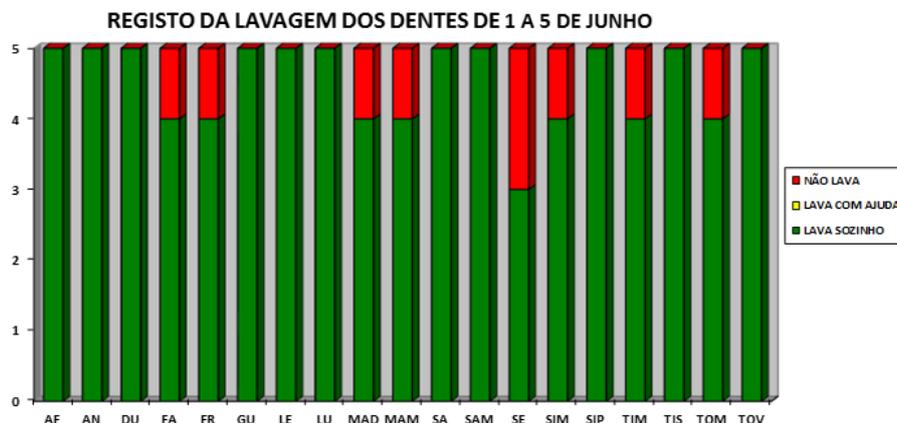


Gráfico 8. Registo da lavagem dos dentes de 1 a 5 de junho

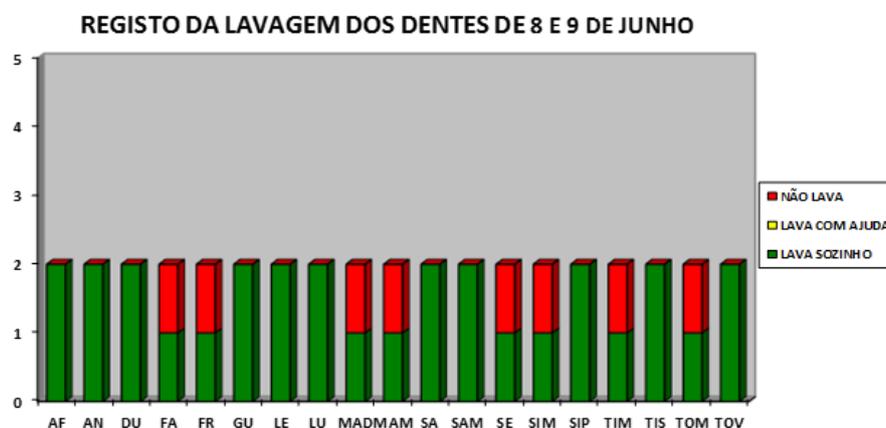


Gráfico 9. Registo da lavagem dos dentes de 8 e 9 de junho

Ao terminar esta análise pôde-se constatar que esta prática trouxe um grande progresso às práticas da higiene oral das crianças. Todas as crianças manifestaram uma grande evolução, até mesmo aquelas crianças que, na maioria das vezes, não necessitavam de ajuda, tendo-se denotado uma maior agilidade e eficácia no realizar da sua higiene oral. Por outro lado, as crianças que necessitavam constantemente de ajuda tornaram-se autónomas e realizavam, por fim, a sua higiene oral com bastante eficiência.

Segue-se uma análise, por criança, relativamente aos registos diários de escovagem dos dentes, comparativamente ao número de vezes que lava sozinha, o número de vezes que lava com ajuda e, por último, o número de vezes que não lava, por se encontrar ausente (quadro 2).

Pela análise do quadro 2 constata-se que das crianças com mais autonomia se destacam as crianças AF, DU, FA, MAD, MAM, SA, SAM e SIP. Por sua vez, as crianças com

menos autonomia são as crianças LE, LU, SE, TIM e TOV. As crianças que variam quanto à sua autonomia na realização da tarefa são as crianças AN, FR, GU, SIM, TIS e TOM.

Quadro 1.

Análise por criança – autonomia na escovagem de dentes

Código da criança	Nº de vezes que lava sozinho	Nº de vezes que lava com ajuda	Nº de vezes que não lava (encontra-se ausente)
AF	34	2	4
AN	35	4	1
DU	36	1	3
FA	35	2	3
FR	27	4	9
GU	32	3	5
LE	29	7	4
LU	30	7	3
MAD	34	1	5
MAM	34	0	6
SA	35	2	3
SAM	38	0	2
SE	27	7	6
SIM	30	3	7
SIP	37	1	2
TIM	23	11	6
TIS	36	3	1
TOM	31	4	5
TOV	29	8	3

Comparando os dados obtidos com os dados recolhidos através das entrevistas realizadas aos EE constata-se existir uma concordância em determinados aspetos e por outro lado incoerência relativamente a outros.

Verificou-se que a criança MAM tinha uma grande autonomia em realizar a sua higiene oral e por sua vez o seu encarregado de educação referiu que o seu educando lava os dentes sozinho porque já tinha esse hábito no anterior jardim-de-infância.

Por outro lado os EE referiram que os seus educandos escovavam os dentes habitualmente sem ajuda e várias vezes ao dia. Com esta prática diária pôde-se constatar que as crianças não possuíam determinadas características que os seus EE lhes atribuíram. As crianças LU, TOV e TIM pediam constantemente ajuda para escovar os dentes e os seus EE referiram que estas crianças nunca pediam ajuda para a realização desta tarefa.

Observou-se, ainda que, a criança SE também tinha muitas dificuldades em realizar a sua escovagem quando, por outro lado, o seu EE referiu que esta criança realizava duas escovagens diárias.

O segundo momento (hino dos nossos dentes) também fez parte da nova rotina diária (fig. 39).



Figura 39. Canção “O hino dos nossos dentes”

A canção “O hino dos nossos dentes” (anexo 1) foi uma atividade que despertou à vontade em todo o grupo mas destacou algumas crianças (TIM, TOM, MAM) que por vezes eram mais pacatas e não mostravam muito interesse (fig.39).

4.3.4 Vamos viajar até ao reino dos dentes!

Como foi já referido, no dia 14 de abril de 2015 (anexo 1: CD) foi explorada a quarta atividade denominada como “vamos viajar até ao reino dos dentes!”.

Depois de visualizado o filme as crianças pediram para o ver novamente. Dada a sua motivação foi-lhes dito que teriam de responder a umas perguntas e depois poderiam ver outra vez o filme. Para se compreender se as crianças entenderam todos os conceitos utilizados no filme, as crianças respondem às seguintes questões:

- “O que deve conter a pasta dos dentes?” (E, Educadora)
 - “Flora!” (SA, 5 anos, 14-04-2015)
 - “Flúor!” (AN, 5 anos, 14-04-2015)
- “Sabem o que é a placa bacteriana?” (E, Educadora)

A esta questão ninguém soube responder, apenas a criança SIP respondeu:

- “É uma coisa amarela que cola aos dentes!” (SIP, 5 anos, 14-04-2015)
- “Quais os alimentos que provocam placa bacteriana?” (E, Educadora)

A maioria do grupo não conseguiu responder a esta questão, só depois da resposta da criança FR se obteve mais respostas.

- “Gomas!” (FR, 5 anos, 14-04-2015)
- “O que precisamos para remover a placa bacteriana?” (E, Educadora)
 - “Lavar bem os dentes!” (SIP, 5 anos, 14-04-2015)
 - “O que são cáries?” (E, Educadora)
- “São bactérias, que fazem buracos nos dentes!” (SA, 5 anos, 14-04-2015)
- “São monstros que atacam os dentes, quando se come doces!” (TIM, 5 anos, 14-04-2015)
- “O que precisamos de fazer para ter os dentes saudáveis?” (E, Educadora)
 - “Lavar os dentes!” (AF, 5 anos, 14-04-2015)
 - “E só comer poucos doces!” (SAM, 5 anos, 14-04-2015)
 - “Podemos partilhar a escova de dentes?” (E, Educadora)
 - “Não!” (TOV, 5 anos, 14-04-2015)
- “Não, porque a mãe tem a dela e eu tenho a minha!” (FA, 5 anos, 14-04-2015)
 - “Quando devemos de lavar os dentes?” (E, Educadora)
 - “De manhã e à noite!” (LE, 5 anos, 14-04-2015)
 - “De manhã, depois do almoço e ao ir para a cama!” (LU, 5 anos, 14-04-2015)
 - “Para além dos dentes o que devemos de lavar mais?” (E, Educadora)
 - “A língua!” (GU, 5 anos, 14-04-2015)

À medida que as questões eram colocadas e respondidas as crianças eram esclarecidas quando surgiam dúvidas. No final das atividades as crianças pediram para fazer um desenho acerca do filme que se apresenta nas figuras (40, 41, 42, 43).

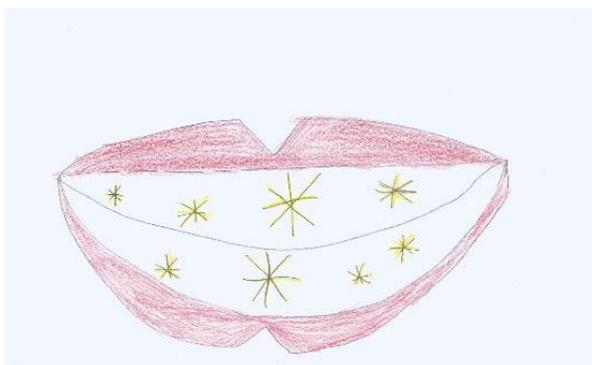


Figura 40. Desenho do filme “O reino dos nossos dentes” (MAD)



Figura 41. Desenho do filme “O reino dos nossos dentes” (SE)

O primeiro desenho (fig. 40) ilustra um sorriso brilhante, elaborado pela criança MAD.

O segundo desenho (fig. 41), segundo a criança SE, ilustra o castelo das cáries onde os dentes vão a caminho do castelo com as escovas de dentes e a pasta dentífrica para eliminarem todas as bactérias.



Figura 42. Desenho do filme “O reino dos nossos dentes” (AN)



Figura 43. Desenho do filme “O reino dos dentes” (SAM)

Já o terceiro desenho (fig. 42) ilustra uma boca e como refere a criança AN:

- “As meninas a eliminarem as bactérias” (AN)

O quarto desenho (fig. 43) ilustra uma boca com dentes amarelos e bactérias e como refere a criança SAM:

- “Os meninos que estão a lavar os dentes” (SAM)

4.3.5 Vamos ter um amiguinho novo. O Dino chegou!

No dia 14 de abril de 2015 (anexo 1: CD) foi explorada a quinta atividade denominada como “vamos ter um amiguinho novo. O Dino chegou!”.

Esta atividade iniciou com alguém a bater à porta, todos ficaram em silêncio e a educadora foi abrir a porta, não estava ninguém, mas ao olhar para o chão, alguém disse:

- “Está ali uma caixa no chão”. (AF, 5 anos, 14-04-2015)

- “Se calhar foi o carteiro que deixou aqui, e como estava com pressa foi-se embora!” (E, Educadora)

- “O que acham que é isto?” (E, Educadora)

- “É um dente!” (SA, 5 anos, 14-04-2015)

- “O que tem este dente?” (E, Educadora)

- “Uma cárie!” (SIM, 5anos, 14-04-2015)

- “Duas!” (FA, 5 anos, 14-04-2015)

- “Vamos escová-lo!” (SIM, 5 anos, 14-04-2015)

- “Vamos tirar as bactérias!” (SA, 5 anos, 14-04-2015)

- “Vamos pôr ai listerine que já morreu!” (SA, 5 anos, 14-04-2015)

Neste momento batem à porta. Alguém vem em auxílio do dente com cáries - uma higienista oral que trouxe o Dino - (um dinossauro com dentes verdadeiros, uma prótese)

para salvar o dente que chegou à sala para ajudar todas as crianças a não ficarem como aquele dente cheio de cáries (fig. 44). A higienista oral depois de se apresentar exemplifica e dá conselhos de como lavar os dentes e os cuidados a ter com eles.



Figura 44. Visita da higienista oral

No decorrer do diálogo com a higienista oral (fig. 44) as crianças referem:

- “Eu acho que tenho aqui uma cárie, porque me esta a doer muito!” (TIS, 6 anos, 14-04-2015)
- “Eu tinha uma cárie mas o dentista tirou-me!” (SIM, 5 anos, 14-04-2015)
- “Eu tenho aqui um dente abanar!” (AN, 6 anos, 14-04-2015)

De seguida as crianças foram escovar os dentes mas desta vez o tempo foi controlado (2 minutos) com a ampulheta que a higienista trouxe. Depois de todos escovarem os dentes a higienista colocou um líquido cor-de-rosa para evidenciar a placa bacteriana na boca de todas as crianças para desta forma se verificar quem lavou bem e quem lavou mal os dentes. Antes de colocar o líquido a higienista pergunta: - “Quem escovou bem os dentes?”. Todos responderam que sim, e a criança TOV disse:

- “Eu escovei a língua!” (TOV, 5 anos, 14-04-2015)



Figura 45. Aplicação do líquido para evidenciar a placa bacteriana

Os resultados foram diferenciados (fig.45). Houve crianças onde se verificou uma lavagem mais perfeita (FA, LU e MAM). A criança FA e LU solicitaram ajuda enquanto escovavam os dentes e assim se verificou uma melhor escovagem. A criança MAM, que

segundo a entrevista realizada ao seu EE já detinha esta prática no anterior jardim-de-infância manifestou-se uma criança mais autónoma e eficaz nesta prática. No restante grupo verificou-se que as crianças apresentavam placa bacteriana junto às gengivas.

4.3.6 Vamos ficar com um sorriso brilhante!

No dia 28 de abril de 2015 (anexo 2: CD) foi explorada a sexta atividade denominada como “vamos ficar com um sorriso brilhante!”. Esta atividade teve uma periodicidade quinzenal até ao dia 9 de junho de 2015.

Inicialmente estava programado que a higienista oral regressasse ao jardim-de-infância para ceder o líquido fluoretado, mas por questões profissionais tal não foi possível. No entanto o líquido fluoretado chegou no dia previsto por outros meios.

A atividade iniciou antes da escovagem diária, foi assim apresentado o líquido fluoretado, antes da explicação as crianças já questionavam:

“O que é isso?” (SE, 6 anos, 28-04-2015)

- “Para que serve?” (FA, 5 anos, 28-04-2015)

- “Porque é que temos por isso na boca?” (FR, 5 anos, 28-04-2015)

As crianças foram esclarecidas expondo os benefícios e explicando as regras e procedimentos que iriam ter de seguir. Logo depois, fez-se o procedimento habitual da escovagem dos dentes e no final da escovagem os grupos realizaram o bochecho com as indicações corretas. No final de todos os grupos concretizarem esta nova atividade, desenvolveu-se um pequeno diálogo, para desta forma esclarecer algumas dúvidas e ouvir novamente as regras, mas desta vez pelas crianças:

- “Temos que pôr na boca todos ao mesmo tempo!” (DU, 5 anos 28-04-2015)

- “60... Segundos!” (TIS, 5 anos, 28-04-2015)

- “E não podemos engolir!” (SIM, 5 anos, 28-04-2015)

- “Vamos ficar com os dentes brilhantes” (FA, 5 anos, 28-04-2015)

- “Depois de pôr o líquido na boca não podemos comer nem beber!” (SA, 6 anos, 28-04-2015)

Ao longo das semanas verificou-se que todas as crianças realizavam sem hesitação esta atividade, excetuando a criança LE que referia não querer fazer o bochecho fluoretado, porque não gostava do sabor. Desta forma houve necessidade de incentivar esta criança que posteriormente efetuou o bochecho com alguma dificuldade.

Durante a realização da escovagem dos dentes as crianças iam efetuando várias observações:

- “Hoje não temos o líquido para bochechar?” (AF, 5 anos, 05-05-2015)
- “Quando é?” (DU, 5 anos, 05-05-2015)
- “É só para a outra semana” (SP, 6 anos, 5-05-2015)

Ao longo das semanas ao realizar o bochecho com o flúor as crianças teciam alguns comentários:

- “O líquido cheira a morango.” (MAM, 5 anos, 13-05-2015)
- “Tempos que bochechar durante 60...” (SIP, 6 anos, 13-05-2015)
- “E não podemos engolir” (TOM, 5 anos, 13-05-2015)
- “O que acontece se engolirmos?” (AF, 5 anos, 13-05-2015)
- “E se engolirmos morremos?” (GU, 5 anos, 13-05-2015)
- “Não gosto de pôr o líquido na boca”. (LE, 5 anos, 27-05-2015)

4.3.7 Vamos ajudar o Kiko - o dentinho de leite!

No dia 25 de maio de 2015 (anexo 3: CD) foi explorada a sétima atividade denominada como “vamos ajudar o Kiko – o dentinho de leite!”. As crianças LU e MAD encontravam-se ausentes.

Esta atividade iniciou com um pequeno diálogo:

- “O que está presente nesta imagem?” (E, Educadora)
- “Um dente bicudinho a ser escovado!” (FA, 5 anos, 25-05-2015)
- “Um dente contente!” (AF, 5 anos, 25-05-2015)
- “O que acham de que trata esta história?” (E, Educadora)
- “Dentes!” (TIM, 6 anos, 25-05-2015)
- “Lavar os dentes!” (SIM, 25-05-2015)



Figura 46 - Exploração da narrativa “Kiko o dentinho de leite”

Como já referido após o diálogo e a introdução do tema, iniciou-se a dramatização da história com o auxílio do “Dino” e do placard com as imagens da história (fig. 46). De seguida foram colocadas questões:

- “De que fala esta história?” (E, Educadora)
- “Não sei, de um dente!” (MAM, 5 anos, 25-05-2015)
 - “Do kiko!” (TOV, 5 anos, 25-05-2015)
 - “Quem era o Kiko?” (E, Educadora)
 - “Um dente!” (DU, 5 anos, 25-05-2015)
 - “Onde é que vivia o Kiko?” (E, Educadora)
 - “Na boca!” (SIM, 5 anos, 25-05-2015)
 - “O Tomás!” (AN, 6 anos, 25-05-2015)
- “Quando é que o Kiko ficava triste?” (E, Educadora)
 - “Quando cheirava mal!” (FR, 5 anos, 25-05-2015)
- “Quando o menino se esquecia de lavar!” (LE, 5 anos, 25-05-2015)
- “O kiko dizia que parecia o balde do lixo!” (SE, 6 anos, 25-05-2015)
 - “E quando é que ele ficava contente?” (E, Educadora)
- “Quando o Tomás se esquecia de lavar os dentes!” (SIP, 6 anos, 25-05-2015)
 - “Quando ele comia muitos chocolates!” (GU, 5 anos, 25-05-2015)
 - “Quem era o Tomás?” (E, Educadora)
 - “Não sei!” (MAM, 5 anos, 25-05-2015)
 - “O dente!” (TOV, 5 anos, 25-05-2015)
 - “O menino que comia doces!” (SIP, 6 anos, 25-05-2015)
 - “Qual foi o médico que o Tomás foi?” (E, Educadora)
 - “Ao doutor!” (SE, 6 anos, 25-05-2015)
 - “Ao dentista!” (DU, 6 anos, 25-05-2015)
 - “Porque e que o Tomás ficou com dores?” (E, Educadora)
 - “Foram as bactérias!” (SAM, 6 anos, 25-05-2015)
 - “As bactérias fizeram um buraco no dente!” (SA, 5 anos, 25-05-2015)
 - “E o Tomás aprendeu a lição?” (E, Educadora)
 - “Sim!” (TOM, 5 anos, 25-05-2015)
 - “Sim, ele lavava os dentes sempre!” (TIS, 6 anos, 25-05-2015)

Pela análise dos diálogos, constatou-se que maioria do grupo entendeu a história, com exceção das crianças MAM, TOM e TOV que tiveram alguma dificuldade em explicar alguns momentos da narrativa, pois eram crianças constantemente distraídas com pouca capacidade de concentração.

Nesta fase foi possível observar que as crianças usavam novo vocabulário acerca da temática higiene/saúde oral.

Por fim a história foi recontada com ajuda de todo o grupo, colocando as imagens por ordem (fig. 47). Foi possível proporcionar uma maior atenção às crianças que tiveram mais dificuldades inicialmente (MAM, TOV e TOM).



Figura 47. Recontagem da história “Kiko o dentinho de leite”

4.3.8 Vamos conhecer os alimentos!

No dia 25 de maio de 2015 (anexo 3: CD) foi explorada a oitava atividade denominada como “vamos conhecer os alimentos!”. As crianças LU e MAD encontravam-se ausentes.

Como já foi referido esta atividade foi dividida em dois momentos. O primeiro momento consistiu numa pequena dramatização entre dois dentes, um dente saudável sem cáries e outro estragado com cáries, ou seja, um estava contente e outro triste. Depois de uma breve abordagem da diferença entre os dois dentes, foi lançada a questão:

- “O que será que aconteceu ao dente triste?” (E, Educadora)

- “Tem cáries!” (SA, 5 anos, 25-05-2015)

- “Não lava os dentes!” (TIS, 6 anos, 25-05-2015)

- “Comeu doces!” (FA, 5 anos, 25-05-2015)

Posteriormente foram apresentadas algumas imagens de alimentos/comportamentos saudáveis e que prejudicam os dentes. Deste modo cada criança, aleatoriamente, escolheu uma imagem e estabeleceu a correspondência correta, entre as imagens, explicando o porquê de tal opção (fig. 48):

- “A água não estraga os dentes!” (SIP, 6 anos, 25-05-2015)

- “As gomas estragam porque tem açúcar!” (FA, 5 anos, 25-05-2015)
- “O leite é bom!” (MAM, 5 anos, 25-05-2015)
- “Fumar faz mal!” (LE, 5 anos, 25-05-2015)
- “Lavar os dentes, claro, faz bem!” (AF, 5 anos, 25-05-2015)



Figura 48. Reconhecimento dos alimentos saudáveis e prejudiciais para os dentes

O segundo momento consistiu na apresentação de um placard (fig. 49) onde estavam contidos alguns dos alimentos que são consumidos regularmente, os que são consumidos em alguns dias e os que são consumidos só em dias de festa. Nesta ocasião as crianças falam do seu quotidiano alimentar.



Figura 49. Placard alimentar

- “Eu estou de dieta, não posso comer bolos!” (SAM, 6 anos, 25-05-2015)
- “Eu só bebo sumo ao fim de semana!” (TIS, 6 anos, 25-05-2015)

Posteriormente para completar a atividade foi proposto às crianças para, numa folha A4 com dois dentes delineados, desenharem um dente triste e outro contente e da mesma forma mostrassem o que aprenderam quais os alimentos que os dentes mais gostam e por outro lado quais os alimentos que os dentes menos gostam (fig. 50).



Figura 50. Os alimentos que os dentes mais/menos gostam

Da análise dos desenhos das crianças destaca-se que na sua maioria houve uma apreensão de conhecimentos abordados na atividade anterior, conciliando com os conhecimentos que já possuíam. Esta atividade ficou exposta no corredor da sala de atividades o que se tornou bastante apelativo para que todos os EE observassem os trabalhos dos seus educando.

4.3.9 Vamos aprender coisas novas com “O rei leão e a higiene oral”!

No dia 26 de maio de 2015 (anexo 3: CD) foi explorada a nona atividade denominada como “vamos aprender coisas novas com o rei leão e a higiene oral!”.

Inicialmente foi realizado um pequeno diálogo com o grupo para contextualizar a atividade. De seguida, e para cativar o interesse do grupo, foram apresentadas as personagens com uma apresentação em formato de Microsoft Office PowerPoint “O Rei leão e a higiene oral”. Este PowerPoint foi apresentado pelas personagens do filme do rei leão - o Simba o Tímon e o Pumba, e à medida que os slides iam passando as personagens iam falando.

Posteriormente foram colocadas questões sobre apresentação em PowerPoint:

- “Quais as personagens que nos estiveram a ensinar coisas sobre a higiene oral?” (E, Educadora)
 - “É o Timon!” (SAM, 6 anos, 25-05-2015)
 - “O Simba e o Pumba!” (MAD, 6 anos, 25-05-2015)
- “Estas personagens disseram-nos coisas muito importante. Sobre o que é que nos falaram?” (E, Educadora)
 - “Muitas coisas!” (AF, 5 anos, 25-05-2015)
 - “Lavar os dentes!” (TOV, 6 anos, 25-05-2015)
 - “Ir ao dentista!” (SAM, 6 anos, 25-05-2015)
- “O que é que o Simba disse que temos dentro da boca?” (E, Educadora)

Esta questão foi ao encontro da entrevista que inicialmente se realizou às crianças (tabela 7), no qual a maioria das respostas das crianças salientaram que na boca existia “língua” (46,9%) nesta atividade as crianças ficaram com a noção mais precisa do que temos dentro da boca referindo:

- “Dentes!” (TOM, 6 anos, 25-05-2015)
- “Gengivas!” (SA, 6 anos, 25-05-2015)
- “Língua!” (GU, 5 anos, 25-05-2015)
- “Saliva!” (DU, 5 anos, 25-05-2015)
- “Céu-da-boca!” (TIS, 6 anos, 25-05-2015)
- “O que é que eles disseram sobre os nossos dentes para que servem?” (E, Educadora)
 - “Comer!” (MAM, 5 anos, 25-05-2015)
 - “Sorrir!” (SIP, 6 anos, 25-05-2015)
 - “Falar!” (SIM, 5 anos, 25-05-2015)
- “Quais os tipos de dentes que temos?” (E, Educadora)
- “Os caninos, que são parecidos com os cães!” (SIP, 6 anos, 25-05-2015)
 - “Os da frente!” (TIS, 6 anos, 25-05-2015)
 - “Não me lembro!” (AN, 6 anos, 25-05-2015)
- “Os que servem para moer, como um moinho!” (FA, 5 anos, 25-05-2015)
 - “Quais os alimentos que fazem mal aos dentes?” (E, Educadora)
 - “Os sumos!” (AF, 5 anos, 25-05-2015)
 - “Bolos!” (SE, 6 anos, 25-05-2015)
 - “Todos que têm açúcar!” (LU, 5 anos, 25-05-2015)
- “E o que devemos fazer para as cáries não aparecerem?” (E, Educadora)
 - “Lavar sempre os dentes!” (LE, 5 anos, 25-05-2015)
 - “Usar listerine!” (SA, 5 anos, 25-05-2015)
 - “Comer só às vezes doces!” (FR, 5 anos, 25-05-2015)

4.3.10 Vamos ver as palavras que aprendi!

No dia 26 de maio de 2015 (anexo 3: CD) foi explorada a décima atividade denominada como “vamos ver as palavras que aprendi!”, sendo que as crianças GU, MAD e SA encontravam-se ausentes.

Inicialmente, foi proposto às crianças que construíssem um cartaz com as novas palavras que tinham aprendido sobre a saúde/higiene oral, para isso, e uma criança de cada vez ia proferindo as novas palavras e o seu significado, e ao mesmo tempo, a estagiária ia anotando no quadro o que iam dizendo.

(Flúor) - “A pasta de dentes tem flúor.” (SIP, 6 anos, 26-05-2015)

- (Flúor) - “O líquido com que bochechamos tem flúor.” (AF, 5 anos, 26-05-2015)
 (Higiene oral) - “Lavar os dentes.” (FR, 5 anos, 26-05-2015)
 (Cáries) - “Primeiro vem as bactérias e depois vem as cáries.” (AN, 6 anos, 26-05-2015)
 (Bactérias) - “É um bichinho que faz mal aos dentes.” (LE, 5 anos, 26-05-2015)
 (Bactérias) - “É um bichinho que faz buracos nos dentes.” (LU, 5 anos, 26-05-2015)
 (Bactérias) - “É um bichinho que fura os dentes.” (FA, 5 anos, 26-05-2015)
 (Placa bacteriana) - “A comida junta-se à saliva e depois transforma-se a placa bacteriana.” (SIP, 6 anos, 26-05-2015)
 (dentes incisivos) - “São 8 dentes, 4 em cima e 4 em baixo, servem para cortar.” (TIS, 5 anos, 26-05-2015)
 (Dentes caninos) - “São 4 dentes 2 em cima e 2 em baixo.” (SAM, 6 anos, 26-05-2015)
 (Dentes caninos) - “São bicudinhos, afilhadinhos.” (SE, 5 anos, 26-05-2015)
 (Dentes caninos) - “Servem para rasgar a carne e a comida.” (LU, 5 anos, 26-05-2015)
 (Dentes molares) - “Servem para mastigar.” (TOM, 5 anos, 26-05-2015)
 (Dentes molares) - “Servem para esmagar e moer os alimentos” (DU, 5 anos, 26-05-2015)

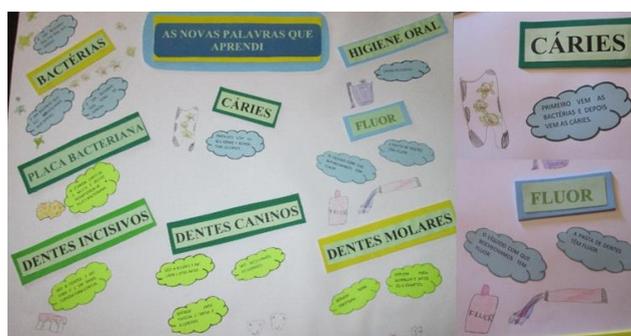


Figura 51. Placard – As palavras que aprendi

Dada a escassez de tempo as crianças só desenharam, na cartolina e não reescreveram as palavras, pelo que o cartaz foi concluído posteriormente e afixado no corredor (fig. 51).

4.3.11 Vamos jogar e aprender!

No dia 26 de maio de 2015 (anexo 3: CD) foi explorada a décima primeira atividade denominada como “vamos jogar e aprender!” encontrando-se ausente a criança MAD.

Esta atividade tinha como principal objetivo recordar conceitos e hábitos sobre a temática em questão a saúde/higiene oral.

Esta atividade foi realizada num contexto diferente do habitual, no polivalente.



Figura 52. Diálogo antes da atividade

Para contextualizar a atividade foi efetuado um pequeno diálogo com o grupo organizado em roda. Posteriormente foi apresentado o jogo (fig.52) e foram formadas quatro equipas.

A atividade decorreu de forma bastante dinâmica (fig. 53), as respostas quando foram realizadas foram respondidas acertadamente, a canção “o hino dos nossos dentes” (anexo 1) foi já nesta fase cantada e gesticulada por todo o grupo, com grande entusiasmo.



Figura 53. Atividade “Jogo da glória”

O jogo não foi terminado dada a aproximação da hora de almoço. Deste modo, verificou-se qual a equipa que ia mais à frente, premiando-a com uma medalha de primeiro lugar, posteriormente o segundo lugar e assim sucessivamente até ao quarto lugar. Todas as equipas ganharam medalhas e estas foram coladas nas camisolas. Verificou-se assim um grande entusiasmo, pois todos receberam um prémio de participação.



Figura 54. Final da atividade - distribuição das medalhas

4.3.12 Vamos construir um puzzle e observar a imagem!

No dia 27 de maio de 2015 (anexo 3: CD) foi explorada a décima segunda atividade denominada como “vamos construir um puzzle e observar a imagem!” contando com a presença de todas as crianças.

Esta atividade foi desenvolvida em grande grupo em volta da área da matemática. Inicialmente com as peças do puzzle distribuídas numa mesa, as crianças identificaram à partida do que se tratava “um puzzle”. Logo de seguida foram explicadas as regras do jogo. Foi explicado que para ganharem cada uma das peças do puzzle tinham que responder corretamente a questões/problemas de matemática. O grupo ficou bastante motivado pois todos gostam particularmente desta área a matemática. Deste modo, e para que todo o grupo participasse, o puzzle foi construído com vinte peças, assim as questões/problemas foram suficientes para que todos participassem (fig. 55).

No final da atividade todos foram observar a imagem e explicaram o que viram.



Figura 55. Construção do Puzzle

- “Um menino a lavar os dentes!” (MAD, 6 anos, 27-05-2015)
- “Uma pasta dos dentes e um copo com água!” (TOM, 5 anos, 27-05-2015)
- “Uma casa de banho!” (MAM, 5 anos, 27-05-2015)

4.3.13 Vamos recordar! “Os meus primeiros dentes”

No dia 27 de maio de 2015 (anexo 3: CD) foi explorada a décima terceira atividade denominada como “vamos recordar! Os meus primeiros dentes!”, contando com a presença de todas as crianças.

Como conclusão de todas as atividades programadas foi necessário contar com a colaboração dos EE. Esta atividade teve como principal objetivo envolver as famílias nesta temática. Inicialmente foi comunicado ao grupo. Em que consistia esta atividade. No final do dia as crianças levaram para casa o cartão A4 com o recado (fig. 32).

À medida que as crianças entregavam os trabalhos realizados com a família (fig. 56, fig. 57, fig. 58, fig. 59) no início da manhã explicavam ao grupo o que fizeram e como fizeram.

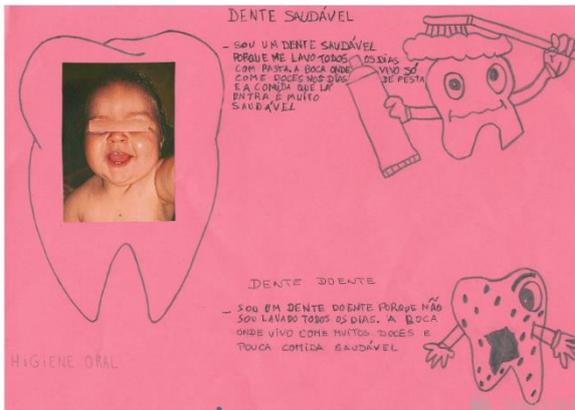


Figura 56. Trabalho elaborado (LE; EELE)



Figura 57. Trabalho elaborado (TIS; EETIS)

O trabalho (figura 56) ilustra um dente saudável e um dente doente, onde cada um expõe uma mensagem:

- “Sou um dente saudável porque me lavo todos os dias com pasta. A boca onde vivo só come doces nos dias de festa e a comida que lá entre é muito saudável. Sou um dente doente porque não sou lavado todos os dias. A boca onde vivo come muitos doces e pouca comida saudável.” (LE e EELE)

Este trabalho também contém uma fotografia da criança (LE) quando iniciou a sua dentição.

O segundo trabalho (figura 57) tal como referiu o EETIS ilustra uma família:

- “O dentista Zézé diz: a toda a família o que fazer para um bonito sorriso ter! O senhor doutor está sempre a dizer que para bons dentes ter é preciso saber comer... os meus dentes com cuidado vou agora escovar. E depois a minha escova no meu copo vou

guardar. Para cima e para baixo, para um lado e para o outro, a minha língua não esquecer- escova sempre os teus dentinhos, esse é o meu aviso. Para teres toda a vida um maravilhoso sorriso. Ass: Dentista Zézé... Para ter uns bons dentes vou comer destes alimentos! (fruta, legumes, peixe, iogurtes). Para não estragar os meus dentes vou comer muito pouco estes alimentos! (bolos, sumo, rebuçados). (TIS e EETIS)



Figura 58. Trabalho (MAM; EEMAM)



Figura 59. Trabalho elaborado (AN; EEAN)

O trabalho (fig. 58) ilustra os materiais necessários para realizar a escovagem de dentes (um copo com água, um escova de dentes e a pasta dentífrica), apresenta também dentes saudáveis e duas frases:

- "Boca saudável sorriso feliz! Escova os dentinhos diariamente!" (MAM e EEMAM)

O trabalho (fig. 59) ilustra uma fotografia da criança AN quando inicia a sua dentição. Este trabalho também conta um pouco da sua história, desde o crescimento da sua dentição até à realização da sua higiene oral:

- Olá eu sou a AN e esta sou eu no dia 16-11-2009 tinha 10 meses quando me cresceram os meus primeiros dentes. Eu lavo os dentes todos os dias de manhã e à noite e no fim-de-semana bochecho com elixir "aquafresh" para a boca ficar a cheirar bem. Por coincidência os primeiros dentes que me cresceram também foram os primeiros que me caíram." (AN e EEAN)

Neste trabalho também havia o primeiro dente (colado com fita-cola, visível na imagem) que caiu à criança AN onde no dia da apresentação (dia da entrega do trabalho) a criança fez questão de mostrar a todos os colegas.

A realização deste trabalho em família foi bastante importante para as envolver nesta temática e perceber a dedicação para executar estas simples tarefas que no fundo mostram disponibilidade para com os seus educandos.

4.4 Segunda entrevista efetuada aos encarregados de educação

Como já foi referido no final do estudo foi necessário compreender se os hábitos de higiene oral em ambiente familiar das crianças se mantinham, ou se, de alguma forma, foram modificados, pelo que foi necessário entrevistar novamente os EE.

Igualmente as entrevistas foram gravadas com autorização dos EE, para uma posterior análise. Foram, assim, efetuadas entrevistas individuais a todos os encarregados de educação (19 encarregados de educação).

A primeira questão colocada foi “Tem conhecimento do projeto que tenho vindo a desenvolver, no âmbito da higiene oral?”. Os resultados encontram-se na tabela 28. Analisando essa tabela pode-se constatar que todos os EE tiveram conhecimento do projeto realizado no âmbito da higiene oral.

Tabela 28

Questão 1: Tem conhecimento do projeto que tenho vindo a desenvolver, no âmbito da higiene oral (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
		f	%	Código dos encarregados de educação das crianças
Tem conhecimento do projeto realizado no âmbito da higiene oral.	sim	19	100	EEAF; EEAN; EEDU; EEFA; EEGU; EELE; EELU; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM
	não	0	0	
Total		19	100	

Passando para a segunda questão “O seu filho partilhou consigo alguma das atividades?” (tabela 29). Observando a tabela 29 constata-se que a maioria do grupo de crianças (89,5%) partilhou com os seus EE as várias atividades realizadas ao longo das sessões. Apenas dois dos encarregados de educação (EEDU e EEGU) referiram que não tiveram conhecimento de nenhuma atividade realizada neste âmbito.

Tabela 29

Questão 2: O seu filho partilhou consigo alguma das atividades que tem vindo a ser desenvolvidas neste âmbito (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
		f	%	Código dos encarregados de educação das crianças
O seu educando partilhou consigo alguma atividade deste projeto.	sim	17	89,5	EEAF; EEAN; EEFA; EELE; EELU; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM
	não	2	10,5	EEDU; EEGU
Total		19	100	

Analisando mais detalhadamente as respostas dos EE, a atividade mais partilhada pelos seus educandos foi a atividade “vamos escovar os dentes!” e “vamos ficar com um sorriso brilhante!”. Foram também referidas as atividades “vamos às compras!” e “vamos ter um amiguinho novo. O Dino chegou!”.

No decorrer das entrevistas foi notório que as crianças, no seu dia-a-dia, não contavam na totalidade as atividades realizadas no jardim-de-infância, mas por sua vez, manifestavam atitudes que evidenciavam os conhecimentos adquiridos, mencionando que um ou outro alimento fazia mal aos dentes, e usando vocabulário novo sobre esta temática. Os EE referiram, ainda, que os seus educandos demonstraram ter desenvolvido novas atitudes e comportamentos relativamente aos hábitos de higiene e saúde oral revelados em casa.

Passando para a terceira questão “Nos últimos tempos, notou alguma diferença do seu filho em relação a esta prática? Tem iniciativa para escovar os dentes ou é necessário alguém lhe lembrar?” (tabela 30). As respostas dos EE foram na sua maioria positivas, referindo situações de grande evolução. A maioria dos EE (89,5%) referiu que os seus educandos se revelam mais autónomos “têm mais iniciativa” para realizar a escovagem dos dentes, relatando diferentes situações:

“Ao fim de semana lembra-se que tem de escovar os dentes também depois do almoço, uma vez que também o faz na escola diz que o deve fazer ao fim de semana também” (EESA, 3-06-2015).
 “Sim, sem dúvida alguma. Ele está realmente muito mais empenhado. O cuidado que tem de lavar de um lado e do outro, muito muito importante.” (EETIS, 3-06-2015).

“Está sempre a pedir para lavar os dentes. Ultimamente não quer a minha ajuda de maneira nenhuma.” (EEGU, 8-06-2015).

“Sim, quer escovar os dentes quando se levanta e depois de tomar o pequeno-almoço” (EEMAD, 8-06-2015).

“Sim, ele come qualquer doce e vai para a casa de banho lavar os dentes” (EESIP, 9-06-2105).

“Tem-se mostrado muito empenhado, é verdade e além de escovar os dentes mostra-se muito interessado em escovar a língua. Porque disseram que era importante.” (EEAF, 9-06-2015).

Dois dos EE que reponderam “sem alterações” (10,5%), justificando que já tinham este hábito noutra jardim-de-infância e os hábitos não se alteraram (EELU) e que já havia este hábito criado desde casa, e que a criança gosta de realizar toda a sua higiene sozinha (EESAM).

Tabela 30

Questão 3: Nos últimos tempos, notou alguma diferença do seu filho em relação a esta prática? Tem iniciativa para escovar os dentes ou é necessário alguém lhe lembrar (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
	f	%	Código dos encarregados de educação das crianças	
Que diferença notou no seu educando nesta prática.	tem iniciativa	17	89,5	EEAF; EEAN; EEDU; EEFA; EEGU; EELE; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESA; EESE; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM
	é necessário lembrar	0	0	
	sem alterações	2	10,5	EELU; EESAM
Total		19	100	

A quarta questão colocada foi “E escova sozinho/a ou pede ajuda?”. Ao analisar a tabela 31 verifica-se que esta questão foi de resposta unânime, tendo os EE afirmado que as crianças já escovam os dentes sozinhos, tendo-se verificado uma evolução significativa. Pois comparando os resultados das primeiras entrevistas (tabela 25) na questão “O seu filho costuma pedir ajuda para lavar os dentes?” (36,9% das crianças pedia ajuda para escovar os dentes e 10,5% pedia ajuda “às vezes”).

Tabela 31

Questão 4: E escova sozinho/a ou pede ajuda (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
		f	%	Código dos encarregados de educação das crianças
O seu educando executa a escovagem sozinho ou com ajuda.	sozinho	19	100	EEAF; EEAN; EEDU; EEFA; EEGU; EELE; EELU; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM
	pede ajuda	0	0	
Total		19	100	

A quinta questão colocada foi “E se dorme fora de casa o seu filho lembra-lhe que tem que levar a escova de dentes dele?”

Ao analisar a tabela 32 verifica-se que através desta resposta pode-se observar que a maioria das crianças em investigação (73,7%) “não se aplica” esta questão pois, os EE referiram que não tem por hábito dormir fora de casa e quando o fazem é em casa de familiares e já têm a escova e a pasta dentífrica no local.

Cerca de um décimo (10,5%) dos inquiridos referiu que “não”, pois os seus educandos não tinham essa preocupação. Por outro lado 15,8% refere que “sim” pois verificam que o seu educando tem uma maior preocupação em levar a escova mesmo quando vão de férias.

Tabela 32

Questão 5: E se dorme fora de casa o seu filho lembra-lhe que tem que levar a escova de dentes dele (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
		f	%	Código dos encarregados de educação das crianças
Quando dorme fora o seu educando lembra-lhe que tem de levar a escova de dentes.	Sim	3	15,8	EEAF; EETIS; EESIP
	Não	2	10,5	EEDU; EELU
	não se aplica	14	73,7	EEAN; EEFA; EEGU; EELE; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EESIM; EETIM; EETOV; EETOM
Total		19	100	

A sexta questão colocada foi “Em que momentos é que o seu filho escova os dentes?” (tabela 33). Analisando a tabela, verifica-se que todas as crianças passaram a

escovar os “dentes depois do almoço” bem como “à noite”. “De manhã” apenas quatro crianças não tinham por hábito escovar os dentes (EELE, EESIP, EETIM, EETOV), como alegam os EE por falta de tempo.

Tabela 33

Questão 6: Em que momentos é que o seu filho escova os dentes* (N=19)?

EVIDÊNCIAS		RESULTADOS			
		f	%	Código dos encarregados de educação das crianças	
Em que momentos do dia o seu educando escova os dentes.	de manhã	15	28,2	EEAF; EEAN; EEDU; EEFA; EEGU; EELU; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EESIM; EETIS; EETOM	
	depois do almoço	19	35,9	EEAF; EEAN; EEDU; EEFA; EEGU; EELE; EELU; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM	
	à noite	19	35,9	EEAF; EEAN; EEDU; EEFA; EEGU; EELE; EELU; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM	
Total		52	100		

*os pais identificaram mais do que um momento

Ao comparar os resultados das duas tabelas (tabela 22 e tabela 33) verifica-se uma alteração nos hábitos de higiene oral, revelando ter sido uma mais-valia nas rotinas diárias da higiene oral deste grupo de crianças, pois, houve um maior cuidado por parte das crianças bem como dos EE adotar uma prática mais adequada neste âmbito pois, adotando segundo os inquiridos as crianças para além da escovagem diária no jardim-de-infância, aumentaram a frequência de escovagens diárias, realizando na sua maioria entre duas a três escovagens por dia.

Passando para a sétima questão “Tem conhecimento que o seu filho tem realizado o bochecho fluoretado de 15 em 15 dias?”. Como podemos observar através da análise da tabela 34, 79% das crianças partilhou com os EE a atividade realizada “vamos ficar com um sorriso brilhante!”, por outro lado, 21% das crianças não relatou esta prática em casa.

Alguns dos inquiridos referiram que o seu educando explicou ao pormenor os passos que seguiam para executar o bochecho fluoretado. Referiram, ainda, que algumas das crianças passaram a ter em casa um líquido com flúor.

Tabela 34

Questão 7: Tem conhecimento que o seu filho tem realizado o bochecho fluoretado de 15 em 15 dias (N=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
		f	%	Código dos encarregados de educação das crianças
O seu educando partilhou consigo que realiza o bochecho fluoretado de 15 em 15 dias.	sim	15	79	EEAF; EEAN; EEDU; EEFA; EELE; EELU; EEMAM; EESA; EESAM; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM
	não	4	21	EEFR; EEGU; EEMAD; EESE
Total		19	100	

A última questão colocada foi “Na sua opinião, acha que a prática ao nível da higiene oral teve algum contributo para a formação do seu filho neste âmbito?” (tabela 35).

Tabela 35

Questão 8: Na sua opinião, acha que a prática ao nível da higiene oral teve algum contributo para a formação do seu filho neste âmbito (n=19)?

EVIDÊNCIAS	RESULTADOS			
		f	%	Código dos encarregados de educação das crianças
Concorda que esta prática teve algum contributo na formação do seu educando.	Sim	19	100	EEAF; EEAN; EEDU; EEFA; EEGU; EELE; EELU; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM
	Não	0	0	
Total		19	100	

Todos os EE inquiridos (100%) apreciaram esta iniciativa, reconheceram a importância em abordar esta temática, referindo que já podia ter existido há mais tempo e questionando se se iria manter esta prática. A sua participação foi bastante necessária para a conclusão dos resultados deste estudo.

5. CONCLUSÕES

As conclusões que a seguir se apresentam visam, por um lado, uma síntese dos resultados obtidos e, por outro, pretendem dar resposta às questões de investigação que foram delineadas e que orientaram o trabalho desenvolvido. Para o efeito, encontram-se organizadas em três subsecções, onde são apresentadas as conclusões do estudo (5.1); as suas limitações (5.2) e recomendações para futuras investigações (5.3).

5.1 Conclusões do estudo

As conclusões deste estudo, realizado em contexto de jardim-de-infância, vão ser apresentadas tendo por base os resultados apresentados, analisados e interpretados na secção anterior, tendo sempre como horizonte a questão de investigação formulada:

- **“Como promover em crianças de 5/6 anos hábitos de saúde e higiene oral?”.**

De modo a dar resposta à questão de investigação formulada, foram delineados os seguintes objetivos:

- Diagnosticar hábitos de saúde oral num grupo de crianças de 5/6 anos.
- Sensibilizar as crianças para hábitos de saúde oral.
- Promover hábitos de saúde oral em crianças de 5/6 anos.
- Analisar a influência da alimentação saudável na saúde oral.
- Avaliar a alteração de práticas de higiene oral num grupo de crianças de 5 e 6 anos.

De seguida apresentam-se as conclusões obedecendo à sequência de objetivos formulados.

1. Diagnosticar hábitos de saúde oral num grupo de crianças de 5/6 anos.

Para identificar os hábitos de saúde oral do grupo de crianças participantes no estudo foi necessário recorrer a instrumentos de recolhas de dados “entrevistas”. Desta forma, os resultados destas entrevistas realizadas às crianças e aos EE, permitiram constatar que todas as crianças realizavam a sua higiene oral, muitas vezes com auxílio do seu EE que, na maioria das vezes, necessitava de chamar atenção das crianças para a realização da referida tarefa. A frequência e os diversos momentos em que a escovagem de dentes se

realizava foi, em alguns casos, inconclusiva dado não se ter verificado consonância entre as respostas das crianças e dos seus EE. De todas as crianças questionadas a criança LU é a que escova os dentes com mais frequência tendo-se verificado uma concordância entre as respostas desta criança e do seu EE. Por outro lado, os dados mostraram que as crianças que referem escovar os dentes com menos frequência são as crianças AN, LE, SIM e TIM. Denotou-se existir uma concordância entre as respostas destas crianças e dos seus EE, nomeadamente no que concerne ao momento em que a escovagem ocorria (apenas à noite). As respostas das crianças SAM, SA, MAD também vão ao encontro das respostas dos seus EE afirmando que escovam os dentes duas vezes por dia (manhã e à noite). As respostas das restantes crianças (AF; DU; FA; GU; MAN; FR; SE; SIP; TIS; TOM; TOV) não foram conformes podendo-se assim afirmar que foram inconclusivas relativamente aos momentos em que escovagem dos dentes se efetuava.

Relativamente à ida ao dentista os EE (EEAF; EEDU; EEFA; EELU; EEMAD; EEMAM; EEFR; EESA; EESAM; EESE; EESIM; EESIP; EETIM; EETIS; EETOV; EETOM) referem que os seus educandos já frequentaram o dentista pelo menos uma vez, resposta não concordante com a das crianças AF, DU, MAM, SIM que referem que ainda não tinham ido, em nenhum momento, ao dentista. Pode-se inferir que a ida ao dentista teve algum impacto pela ocorrência de problemas dentários, como as cáries, como foi o caso das crianças MAD, SE, TIM, TIS, TOM, TOV e, por outro lado, pelo aparecimento dos primeiros dentes definitivos como foi o caso das crianças MAM, SA, SAM, SE, e TIS.

Na atividade “Vamos conhecer - O menino detestava escovas de dentes!” também foi possível apurar que todas as crianças possuíam a sua escova de dentes em casa, podendo-se inferir que, em algum momento, escovavam os dentes.

Foi importante diagnosticar estes hábitos de saúde oral no grupo de crianças, para desta forma poder atuar de forma mais precisa em alguns casos mais particulares, e criar assim novos hábitos e melhores práticas a nível de saúde/higiene oral.

2. Sensibilizar as crianças para hábitos de saúde oral.

Algumas das atividades realizadas ao longo deste estudo mostraram-se muito adequadas na concretização do objetivo inicialmente traçado.

As atividades “vamos conhecer - O menino detestava escovas de dentes!”; “vamos viajar até ao reino dos dentes!”; “vamos ter um amiguinho novo o Dino chegou!”; “Vamos ajudar o Kiko - O dentinho de leite!”; “vamos conhecer os alimentos!”, ao se apresentarem como atividades lúdicas, pretendiam sensibilizar as crianças para os cuidados a ter com a higiene oral mantendo, simultaneamente, uma alimentação adequada.

No decorrer do estudo as crianças e os EE iam referindo frases que mostraram que se sentiam motivadas na realização da sua higiene oral, salientando em diferentes momentos situações, acontecimentos ou mesmo referindo a frequência com que efetuavam a escovagem dos dentes. Neste sentido, a sensibilização para a necessidade de uma boa higiene oral apresenta-se, pelos resultados deste estudo como um objetivo atingido.

3. Promover hábitos de saúde oral em crianças de 5/6 anos.

As atividades realizadas ao longo deste estudo foram realizadas com o intuito de promover hábitos de saúde oral no grupo de crianças em questão.

A primeira atividade “vamos conhecer - O menino detestava escovas de dentes” foi projetada de forma a incentivar as crianças para gostarem de escovar os dentes ao contrário do protagonista do livro que inicialmente não apreciava esta tarefa.

A atividade “vamos às compras!” foi desenvolvida para desta forma introduzir os instrumentos necessários para a nova rotina diária a escovagem dos dentes. Esta rotina mostrou-se do agrado de todas as crianças pois sentia-se um grande entusiasmo durante a sua concretização. Inicialmente, ao longo do dia, as crianças perguntavam acerca dos momentos de escovagem dos dentes uma vez que ainda não sentiam esta prática como uma rotina, posteriormente já sabiam que decorria depois do almoço. Esta constatação contraria um pouco aquilo que foi referido durante a entrevista aos EE onde todos afirmavam que em casa essa prática era já uma realidade.

A atividade “vamos viajar até ao reino dos dentes!” foi uma atividade bastante enriquecedora dado ter envolvido as crianças numa história que, para além de promover os hábitos de saúde oral, também desenvolveu o vocabulário relacionado com esta

temática. O desenvolvimento desta atividade permitiu constatar que algumas crianças já apresentavam algumas ideias acerca dos procedimentos corretos a ter durante a escovagem dos dentes.

A atividade “vamos ter um amiguinho novo o Dino chegou!” apresentou-se como bastante lúdica e apreciada pelas crianças dado que, para além de ganharem um novo “amiguinho” com bons hábitos de saúde oral, também privilegiou a importância da escovagem dos dentes e as consequências da não escovagem. Também a visita da higienista oral revelou-se uma mais-valia para este estudo, pois as crianças ficaram a conhecer com mais pormenor as técnicas utilizadas na escovagem dos dentes e por sua vez foi-lhes facultado pela mesma o líquido fluoretado para uma melhor higiene oral.

A atividade “vamos ajudar o kiko o dentinho de leite!” que procurou promover os hábitos saudáveis que deveremos ter para que não fiquemos com dores de dentes, ao contrário do kiko o dentinho de leite que ficou com cáries, mostrou-se como uma atividade muito adequada sendo referida várias vezes e em vários momentos pelas crianças.

4. Analisar a influência da alimentação saudável na saúde oral.

Foram desenvolvidas atividades para demonstrar a importância da alimentação saudável na saúde oral.

A atividade “vamos viajar até ao reino dos dentes” teve como intuito despertar a influência de uma alimentação inadequada, que se poderá apresentar como prejudicial para a saúde oral. Durante esta atividade incentivou-se à redução do consumo de doces referindo-se a sua ação depois de os ingerir e quais as consequências de não realizarem, posteriormente, uma higiene oral adequada.

A atividade “vamos conhecer os alimentos!” permitiu um debate alargado a todo o grupo de crianças acerca dos alimentos que “os dentes mais gostam” e os alimentos “os dentes menos gostam”. O desenvolvimento desta atividade permitiu constatar que algumas crianças já apresentavam algumas ideias acerca deste tema. Na mesma atividade foi apresentado um placard alimentar onde estavam contidos os alimentos que são consumidos regularmente, em alguns dias e em dias de festa, tendo as crianças

identificado algumas das suas práticas, referindo que só bebiam sumo ao fim-de-semana, bolos só em dias de festa, que comiam cereais ao pequeno-almoço e que comiam fruta todos os dias.

Neste contexto educativo a alimentação era bastante regrada, tendo-se constatado, que na rotina alimentar, lanches da manhã, da tarde e almoço, a existência de regras definidas para todas as crianças. Esta implementação desta rotina resultou de uma informação, logo no início do ano, aos EE dos alimentos que os seus educando não deveriam trazer para o jardim-de-infância como sumos, bolos, alimentos açucarados, os quais deveriam ser substituídos por uma peça de fruta, pão com manteiga, fiambre ou doce de fruta. Estas eram as regras para os lanches da manhã, pois para os lanches da tarde era fornecido o leite escolar e uma bolacha maria a cada criança. No entanto, pôde-se observar que a criança SE nunca consumia fruta e por sua vez consumia pão com chocolate. Esta criança apresentava sérios problemas de cáries. A ementa do almoço era elaborada por uma nutricionista, que era fornecida a todo o agrupamento. O consumo de sopa, legumes e fruta era regular.

Pode-se assim afirmar que ter saúde oral é muito mais do que ter dentes sãos. Torna-se necessário ter práticas de higiene oral adequadas, comportamentos alimentares saudáveis, para se ter qualidade de vida.

5. Avaliar a alteração de práticas de higiene oral num grupo de crianças de 5 e 6 anos.

Para chegar a esta avaliação foi necessário fazer uma análise com a triangulação dos vários instrumentos utilizados nesta investigação (inquéritos por entrevista, quadro de registo de higiene oral, observação naturalista, diário do investigador e os registos de áudio e vídeo gravados e registos fotográficos).

Inicialmente este grupo de crianças tinha práticas de higiene oral mais elementares, a maioria do grupo não era autónomo durante a realização da escovagem de dentes, solicitando sempre a ajuda de um adulto.

Por sua vez, no final deste estudo verificaram-se algumas mudanças de práticas nas crianças bastante positivas. Em relação à higiene oral, em seio familiar, os seus EE revelaram que os seus educandos já não pediam ajuda para realizar esta tarefa, ou seja,

tornaram-se autônomos na realização da mesma. Referiram, ainda, que as crianças não precisavam de ajuda, e por sua vez os EE também referiram que as crianças agora tinham mais iniciativa e que não era necessário lembrar as crianças para a necessidade de realizarem esta tarefa.

As práticas de higiene oral, em seio escolar, alteraram-se significativamente sendo nulas antes da realização deste estudo e no decorrer do estudo implementou-se uma rotina diária apreciada por todas as crianças, a escovagem dos dentes. Esta rotina foi avaliada segundo o quadro de registo de higiene oral, onde se constatou uma evolução significativa em relação à autonomia inicial de algumas das crianças. Verificou-se que as crianças LE, LU, SE, TIM, TOV tinham menos autonomia em realizar esta tarefa, requeriam assim com mais frequência auxílio na realização da sua higiene oral (no total do estudo requereram individualmente entre sete a nove vezes auxílio). Por sua vez as crianças AF, DU, FA, MAD, MAM, SA, SAM, SIP executavam a escovagem de dentes praticamente sem auxílio (no total do estudo requereram individualmente entre zero a duas vezes auxílio). As restantes crianças AN, FR, GU, SIM, TIS, TOM encontraram-se no meio requerendo auxílio esporadicamente (no total do estudo requereram individualmente entre a três e quatro vezes auxílio). A partir do dia 25 de maio de 2015 todas as crianças realizavam a tarefa sozinhas, com bastante autonomia.

Também foi implementada uma outra rotina quinzenalmente, o bochecho fluoretado, esta rotina foi do agrado de todas as crianças à exceção da criança LE que referia não gostar do sabor, no entanto realizou todos os bochechos fluoretado com alguma oposição.

Finalizando esta avaliação as crianças evoluíram nos momentos de escovagem. Em jeito de conclusão e analisando os resultados iniciais dos EE com os resultados finais dos mesmos (quadro 2).

Quadro 2.

Evolução das crianças da rotina inicial para a rotina no final do estudo

Código da criança	Momentos em que escovava os dentes segundo o EE (antes de iniciar o estudo)	Momentos em que escova os dentes segundo os EE (depois de se realizar o estudo)	Evolução
AF	Manhã e Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 1
AN	Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 2
DU	Manhã e Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 1
FA	Manhã e Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 1
FR	Manhã e Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 1
GU	Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 2
LE	Noite	Almoço e Noite	+ 1
LU	Manhã Tarde Almoço e Noite	Manhã, Almoço e Noite	- 1
MAD	Manhã e Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 1
MAM	Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 2
SA	Manhã e Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 1
SAM	Manhã e Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 1
SE	Manhã e Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 1
SIM	Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 2
SIP	Noite	Almoço e Noite	+ 1
TIM	Noite	Almoço e Noite	+ 1
TIS	Manhã e Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 1
TOM	Manhã e Noite	Manhã, Almoço e Noite	+ 1
TOV	Manhã Almoço Noite	Almoço e Noite	- 1

Os momentos de escovagem dos dentes aumentaram na maioria para três momentos diários, apenas quatro crianças LE, SIP, TIM, TOV o faz em dois momentos.

A criança LU passou de quatro momentos para três e a criança TOV deixou de escovar os dentes de manhã, incita-se que o seu EE não achasse importante uma vez que o fazia depois do almoço.

Todos os EE referem que esta prática teve contributos significativos na formação dos seus educandos.

Como conclusão, com este estudo, neste grupo particular, demonstra-se o benefício da educação para a saúde/higiene oral, no contexto da Educação Pré-Escolar. Desta forma a Educação Pré-Escolar nos Jardins-de-Infância poderá ser, assim e à semelhança de todos os outros contextos de educação, um local por excelência para estas aprendizagens, a nível de conhecimentos, valores e atitudes das crianças, pretendendo

alcançar em complementaridade com o meio familiar, a higiene oral, a saúde oral e, uma vida futura com qualidade.

5.2 Limitações do estudo

Terminado este estudo foca-se a atenção para algumas limitações a ele inerentes. Destaca-se em primeiro lugar, o fator tempo, uma vez que este estudo alcançaria respostas mais precisas se a intervenção pudesse ter tido uma duração superior. Uma outra limitação deste estudo centra-se no facto de não ser possível realizar um diagnóstico mais alargado.

É necessário ainda considerar que, se por um lado, foram encontradas diversas vantagens na triangulação de dados com o recurso a diferentes instrumentos de investigação (inquéritos por entrevista, quadro de registo de higiene oral, observação naturalista, diário do investigador e os registos de áudio e vídeo gravados e registos fotográficos) que por outro lado, dado ao extenso manancial de dados colocam-se algumas dificuldades na sua análise. Dentro destes, destaca-se a aplicação dos inquéritos por entrevista a crianças e EE, onde se pôde obter respostas, cuja total veracidade dos dados obtidos pode ser posta em causa. Para além disto, há a registar que as entrevistas foram aplicadas individualmente a crianças e EE, sendo uma tarefa longa e demorada.

5.3 Recomendações para futuras investigações

A partir das conclusões e das limitações deste estudo, julga-se relevante apresentar algumas recomendações para futuras investigações.

Recomenda-se assim que a educação para a saúde/higiene oral esteja efetivamente presente no contexto da educação pré-escolar, permitindo às crianças alcançar um bem-estar e uma qualidade de vida futura.

Prosseguir com estudos deste âmbito, acompanhando as crianças em todo o seu percurso pré-escolar seria certamente mais revelador sobre a eficácia da implementação da higiene oral no ambiente educativo.

Outra recomendação prende-se com o facto de se poder criar esta rotina em outro contexto com outro grupo de crianças e de outra faixa etária, para perceber se os resultados obtidos seriam os mesmos.

Para além de envolver as crianças, seria de extremo interesse, alargar o estudo, estendendo-o aos pais/EE. Para além de tudo isto, aspira-se a que esta investigação possa ter um carácter desafiador a pais e profissionais de educação. Aos pais que despendam tempo para estar com os seus filhos, que os eduquem transmitindo-lhes conhecimentos, valores e atitudes adequados, que lhes permitam crescer com autonomia, transformando-os capazes de adotarem estilos de vida saudáveis. Aos profissionais de educação que respondam às necessidades e aos interesses das crianças, que abordem áreas voltadas para a saúde oral, que criem espaços, usando o lúdico para promover atividades de saúde e higiene oral, que trabalhem em conjunto com a família para que juntos possam atingir um objetivo comum: uma vida mais saudável. Que todos em conjunto tenham um objetivo, promover a saúde oral das crianças.

REFLEXÃO FINAL SOBRE A PES

Os contextos de Prática de Ensino Supervisionada contribuíram de forma significativa para a minha formação e para o meu futuro profissional.

A Prática de Ensino Supervisionada I permitiu uma integração no contexto educativo, uma vez que no início foram efetuadas sessões de observação participante, possibilitando um conhecimento e uma integração com o grupo. A integração e o conhecimento que a PES I me deu acerca do grupo de crianças foi essencial para toda a organização da PES II, desde o nível de desenvolvimento cognitivo e afetivo, às preferências em relação às áreas e domínios, perceber quais as suas fragilidades e os fatores que inibiam as suas aprendizagens. Conhecer a metodologia, as estratégias e a postura utilizadas pela educadora cooperante foi sem dúvida uma mais-valia que este contexto me proporcionou, porque, deste modo, pude contemplar e interiorizar, através da observação que realizei, da análise e dos conselhos da educadora cooperante, informação e aprendizagens significativas para a fase seguinte a PES II. O planeamento das atividades tornou-se assim mais facilitado pois já detinha as fragilidades e os pontos fortes que este grupo possuía.

Importa mencionar o trabalho de equipa realizado com o meu par pedagógico, e com a educadora cooperante, pois auxiliou no desenrolar do trabalho desenvolvido e facilitou uma troca de ideias e experiências satisfatórias a nível pessoal e profissional.

No que concerne à importância da supervisão, esta revelou-se de igual modo fundamental, uma vez que a partir das sugestões e dos diálogos, foi-me permitido compreender os pontos de fragilidade, fazendo com que reorganizasse as estruturas de conhecimento, interpretando os novos saberes com os que já possuía, resultando em aprendizagens significativas. Assim, foi-me permitido melhorar.

O grupo de crianças em que estive inserida era um grupo sempre muito curioso, ambicionava sempre saber mais acerca da temática em questão. Foi assim uma mais-valia, pois considero que foi motivador lançar novos desafios para novas aprendizagens.

É muito importante que o educador seja sempre um marco na vida de uma criança. Será o meu objetivo enquanto educadora, instruir e ao mesmo tempo conseguir ter uma relação próxima das crianças, para que cresçam de forma saudável e feliz. De acordo

Felgueiras (2008, p.9) “ o educador tem de ter um grande respeito pela criança, tem que estar pronto para aceitar as ideias dela, as soluções que ela propõe.”

A PES II possibilitou a aquisição de instrumentos essenciais para a minha prática futura, uma vez que tive a oportunidade de explorar diferentes temáticas que permitirão ser abordadas futuramente, modificando-as de acordo com as necessidades dos diferentes grupos de crianças. Deste modo, o facto de observar os comportamentos, reações e atitudes das crianças face às diferentes temáticas irá auxiliar futuramente, conseguindo antecipar e prevenir certos comportamentos. Penso que foi importante para desenvolver atitudes e comportamentos, bem como, adquirir conhecimentos que futuramente serão indispensáveis na minha vida profissional.

A investigação que realizei ao longo da PES II “Promover hábitos de saúde e higiene oral em crianças de 5/6 anos em contexto de jardim-de-infância” superou as minhas expectativas, pois o envolvimento das crianças bem como dos encarregados de educação foi notório.

Os inquéritos por entrevistas e as atividades realizadas com os EE permitiram-me verificar a sua disponibilidade em colaborar nos processos de ensino-aprendizagem, no sentido em que essa relação pode promover uma mudança de novas práticas bem como no envolvimento e aprendizagens das crianças.

“ (...) Ao aproximar a escola da vida ou das preocupações profissionais dos pais, e ao proporcionar, reciprocamente, aos pais um interesse pelas coisas da escola, chega-se até mesmo a uma divisão de responsabilidades...” Piaget (1972/2000, p.50)

A nível pessoal, posso referir que a elaboração desta investigação contribuiu para uma maior aprendizagem a nível académico e profissional. Apesar de fazer parte do senso comum a importância da saúde e higiene oral, é óbvio que não chega mencionar que esta ligação é fundamental para a saúde da criança, é necessário criar continuamente um ambiente favorável para que toda esta prática tenha lugar.

Uma coisa é certa, não há nada melhor no mundo que as crianças, pois elas serão o nosso futuro e temos que ser nós “educadores”, um dos principais alicerces para o seu crescimento e conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, L. (2011). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Areias, C. et al. (Setembro / Outubro de 2010). *Cárie precoce da infância - o estado da arte*. *Ata Pediátrica Portuguesa* 217-220, volume 41
- Areias, C. et. al. (Maio / Junho de 2009). *Saúde Oral em Pediatria*. *Ata Pediátrica Portuguesa* 126-132 volume 40
- Almeida, I. et al. (2005) *Modelo de Intervenção em Saúde Pré-Escolar*, *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 33-55 volume 25
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. D. (2009) *A Criança e a Disciplina – O Método Brazelton* (11ª edição). Lisboa: Editorial Presença.
- Branca, F. (2015) *Who calls on countries to reduce sygars intake among adults and children*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Bell, J. (2002). *Como realizar um projecto de investigação. Um guia para a pesquisa em Ciências Sociais e da Educação*. Lisboa: Gradiva.
- Chang, R. & Goldsby, K. (2013). *Química* (11.ª Ed.). Alfragide: McGraw-Hill.
- Coutinho, C. P. et al. (2009). *Investigação-acção: metodologia preferencial nas práticas educativas*. *Revista Psicologia, Educação e Cultura*, 13:2, 355- 379.
- Cohen, L., & Manion, L. (1990). *Métodos de Investigación Educativa*. Madrid: Editorial La Muralla.

- Corte, A. M. (2005). *Educação para a Saúde Oral*. Guarda: Instituto Politécnico da Guarda.
- Cunha, M. (2011). *Contributos do 1º Ciclo do Ensino Básico para a Promoção da Saúde Oral: Análise de Manuais Escolares (1990-2010)*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (1994). *Saúde Oral*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Educação, M. d. (2 de Abril de 2015). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Obtido de Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: <https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/public/index.jsp>
- EUFIG, (2015). Dental heald. Obtido em 15 de outubro de 2015 em: <http://www.eufic.org/article/pt/page/BARCHIVE/expid/14/>
- Eusébio, D. (2009). Revista Portuguesa de clinica geral. *De pequenino se trata o dentito*, 429-436, volume 25
- ELLIOTT, J. (1991). *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid: Ediciones Morata, S. L.
- Esteves, I. (2010). *Saúde e Higiene Oral em Jardins-de-Infância: Um Benefício ou Um Risco?* Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- Esteves, I. e Anastácio, Z. (2010). *Saúde oral no Jardim-de-Infância: um projecto de investigação-acção*. Dissertação de Mestrado. Covilhã: Universidade da Beira Interior
- Esteves, L. (2008). *Visão Panorâmica da Investigação-Acção*. Porto: Porto Editora
- Estrela, A. (1994). *Teoria e Prática de Observação de Classes. Uma estratégia de formação de professores*. Porto: Porto Editora.

Figaro, R. (Maio - Agosto de 2014). *A triangulação metodológica em pesquisas sobre a Comunicação no mundo do trabalho*. (Vol. 16 Nº 2), 127-128.

Felgueiras, B. (2008). *O Livro das Brincadeiras*. Lisboa: Arte Plural Edições

Fernandes, A. (2006). *Projeto SER MAIS - Educação para a sexualidade online*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto.

Formosinho, J., Lino, D., & Niza, S. (2007). *Modelos Curriculares para a Educação Pré-Escolar: Construindo uma práxis de participação*. Porto: Porto Editora.

Freire, L. S. (2000). *Metodologia da investigação em Psicologia da Educação*. Braga: Psiquilíbrios.

Gil, G. & Diniz, J. A. (2009) *Perceções dos Educadores de Infância Face às Suas Práticas de Educação para a Saúde: Construção e Validação de um Questionário*, in J. Bonito (coord.) *Educação para a Saúde no Século XXI – Teorias, Modelos e Práticas, volume II*. Évora: Universidade de Évora.

Gonçalves, C. (2 de Abril de 2015). *Ordem dos Médicos Dentistas*. Obtido de Ordem dos Médicos Dentistas: <http://www.omd.pt/publico/prevencao-higiene-oral>.

Hohmann, M. & Weikart, D. P. (2004) *Educar a Criança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Hohmann, M. & Weikart, D. P. (2003) *Educar a Criança* (2ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Héberet, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto PIAGET.

Lira, J. (2012). *Prevenção Primária Em Medicina Dentária: A Saúde Começa Pela Boca*. Monografia de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Lopez, E. L. (1987). *El Proceso de Investigacion em Educacion*. Espanha: EUNSA.

ME-DGIDC (2010). Metas de aprendizagem. Acedido em 7 de Agosto, 2015, de <http://www.metasdeaprendizagem.min-edu.pt/educacao-pre-escolar/metas-de-aprendizagem/metas/?area=7&level=1>.

Melo, P. R. (Abril de 2015). *A aposta na prevenção e no tratamento precoce tratá enormes ganhos no futuro. OMD - ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS*, 11-15.

Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Mertens, D. (2010). *Research and Evaluation and Psychology: Integrating Diversity with Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. US: Sage Publications.

Mertens, D. (1998). *Research methods in education and psychology: Integrating diversity with quantitative and qualitative approaches*. London: Sage.

OCEPE. (1997). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação.

Ortega, J. L. (2007). *Educación Infantil*. Málaga: Ediciones Aljibe.

PIAGET, J. (1972/2000), *Para onde vai a educação*. Rio de Janeiro, José Olympio 15ª edição.

Ponte, J. P. (2006). *Estudos de caso em educação matemática*. Obtido em 11 de outubro de 2015 em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3007/1/06-Ponte\(BOLEMA-Estudo%20de%20caso\).pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3007/1/06-Ponte(BOLEMA-Estudo%20de%20caso).pdf)

Ramos, S., & Naranjo, E. (2014). *Metodologia da Investigação Científica*. Luanda: Escolar Editora.

Reis, P. (2011). *Observação de aulas e avaliação do desempenho docente*. Lisboa: Creative Cosmos.

Rodrigues, H. et. al. (Dezembro de 2008). O que (não) se sabe sobre a higiene oral. *Sáude infantil - Hospital Pediatrico de Coimbra*, 102-105.

Rodrigues, C. (2008). Comportamentos, Hábitos E Conhecimentos De Saúde Oral Das Crianças: Perceção dos Pais/Encarregados de Educação. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.

SOBE, (2014). Saúde Oral Bibliotecas Escolares – Manual de utilização.

Spodek, B. (2002). *Manual de Investigação em Educação de Infância*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Stake, R. E. (2009). *A Arte da Investigação com Estudos de Caso* (2.ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sugrañes, E., Alós, M., Andrés, N., Casal, S., Castrillo, C., Medina, N., & Yuste, M. (2012). *Observar para interpretar: Actividades de vida cotidiana para la educación infantil (2-6)*. Barcelona: GRAÓ.

Tuckman, B. (2002). *Manual de investigação em educação* (2.ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Yin, R. (2010). *Estudo de Caso – Planejamento e Métodos* (4ª Ed.). Porto Alegre: bookman

Zabalza, M. (2001). *Didáctica da educação infantil*. Narcia, Madrid: Edições ASA.

ANEXOS

Anexo 2 – Power Point “O REI LEÃO E A HIGIENE ORAL”



Antes de te ensinarmos o que é a Higiene Oral, vamos apresentar-te os amigos que te vão acompanhar.



SIMBA



TIMON



PUMBAA

Vamos então aprender...

O QUE TEMOS NA BOCA?



DENTES
GENGIVAS
LÍNGUA
CÉU DA BOCA
SALIVA



PARA QUE SERVEM OS DENTES?



Falar



Comer



Sorrir

TIPOS DE DENTES



OS INCISIVOS



Como vês os incisivos servem para cortar.

Por isso são bastante afiados e estão na frente da boca.



OS CANINOS



Os caninos servem para rasgar, Por isso são muito pontiagudos.



OS PRÉ-MOLARES



Os Pré-molares servem para triturar.

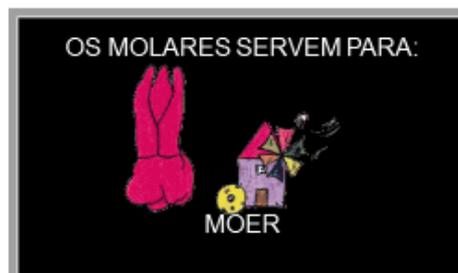
São rugosos e ajudam-nos a desfazer a comida.



OS MOLARES



Os Molares servem para moer. São grandes, quase lisos e desfazem a comida em bocadinhos muito pequenos, estão no fundo da boca.





O DENTE



A DENTIÇÃO DE LEITE



Mais ou menos aos seis meses de idade os teus dentes começaram a nascer. Chegas aos três anos com a tua dentição de leite completa, com 20 dentes.

PROTEGER OS DENTES

Os dentes são muito importantes por isso têm de ser bem protegidos contra tudo o que lhes possa fazer mal.



O QUE É QUE PODE FAZER MAL AOS MEUS DENTES



O QUE DEVO FAZER PARA CUIDAR DOS MEUS DENTES

O QUE PODE FAZER MAL AOS DENTES?

Quando comes, os restos de comida que ficam na tua boca agarrados aos dentes, misturam-se com a saliva. Depois as bactérias utilizam essa mistura para te estragar os dentes. A mistura dos restos dos alimentos com a saliva e as bactérias chama-se **A Placa Bacteriana**.

Alimentos que estragam os dentes:

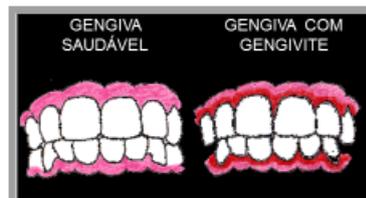


A placa bacteriana quando não é retirada pode provocar doenças na boca.

A GENGIVITE A CÁRIE DENTÁRIA

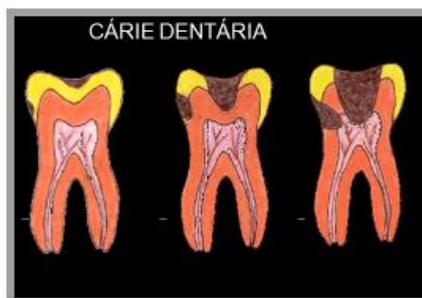
A GENGIVITE

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



A CÁRIE DENTÁRIA

Quando comemos coisas doces o açúcar vai juntar-se às bactérias da placa bacteriana, formando-se um ácido que vai atacar os nossos dentes levando à formação de **cárie dentária**.



- I. Primeiro o esmalte fica com um buraco que não se vê mas dói.
- II. Se não tratares bem dos dentes a cárie chega à dentina, o teu dente pode doer quando comes.
- III. Quando a cárie chega à polpa, o teu dente pode doer muito.

A PREVENÇÃO



Para evitar as doenças provocadas pela placa bacteriana devemos fazer um conjunto de coisas. A isso chama-se a prevenção.

- A ESCOVAGEM COM FLUOR
- PELO MENOS 2 VEZES AO DIA
- IR AO DENTISTA REGULARMENTE

A ESCOVAGEM

Os dentes devem ser lavados sempre:



depois de comer



e antes de ir dormir.



A tua Escova de Dentes é muito importante, e ela deve:

- Ter o tamanho certo para a tua boca
- Ter os pêlos todos à mesma altura
- Ser só tua
- Ser guardada com os pêlos voltados para cima, para poder secar
- Estar sempre limpa
- Ser macia

FLÚOR



Deves usar um dentífrico com flúor.
Deves fazer o bochecho de 15 em 15 dias.
(Após o bochecho não podes beber nem comer nos próximos 30 minutos)

