



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Mónica Maria da Silva Duarte

**RELATÓRIO FINAL DE PRÁTICA
DE ENSINO SUPERVISIONADA**
Mestrado em Educação Pré-Escolar

De pequenino se cuida dos dentinhos: práticas de higiene oral
com crianças do 3/4 anos num Jardim-de-Infância

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

julho de 2017

AGRADECIMENTOS

Estas pequenas palavras de agradecimentos dirigem-se a todas as pessoas, que prestaram o seu contributo para que este trabalho fosse exequível. Assim dirijo os meus agradecimentos:

- À Professora Doutora Ana Peixoto, pela disponibilidade, dedicação, rigor e palavras de coragem ao longo desta etapa.

- Às crianças com quem tive oportunidade de trabalhar e aprender a ser educadora.

- À Educadora Graça Cavaleiro, pelo acolhimento, colaboração e tempo dispensado.

- A todos os docentes envolvidos na Prática de Ensino Supervisionada pelos conhecimentos partilhados.

- Aos meus pais, por toda a confiança e apoio incondicional, sem os quais não seria o que sou hoje.

- Aos meus irmãos, por todos os momentos de companheirismo, encorajamento e apoio.

- Aos meus amigos, pelas palavras de encorajamento, pela paciência e sobretudo pelo amor e atenção.

- Ao meu namorado, pelo apoio nos momentos mais difíceis, por acreditar que tudo seria possível e pela ajuda que me deu ao longo desta caminhada.

RESUMO

O presente relatório enquadra-se na unidade Curricular de Prática de Ensino Supervisionada II (PES II) do Mestrado em Educação Pré-Escolar e foi desenvolvido num jardim-de-infância do concelho de Viana do Castelo. Este relatório encontra-se estruturado em três partes distintas, sendo que, nesta primeira parte abrange a caracterização do meio, do jardim-de-infância e do grupo das crianças onde decorreu a PES II. A segunda parte refere-se ao estudo realizado nesse contexto. Na terceira e última parte deste relatório efetua-se uma reflexão final sobre todas as PES, conclusão, bibliografia e anexos referentes ao trabalho.

O estudo acima referido desenvolveu-se em torno da questão de investigação: “É possível promover hábitos de higiene oral em crianças dos 3 aos 4 anos de idade?”. Apoiado numa metodologia qualitativa, centrada num desenho de investigação-ação, recorreu-se a diversos instrumentos de recolha de dados como grelhas de observação focada, entrevistas e registos fotográficos. O estudo em questão contou com a participação de treze crianças com idades compreendidas entre os 3 e 4 anos de idade. Tendo em conta a faixa etária, o presente estudo envolveu a realização de várias atividades, todas elas de carácter lúdico que visaram essencialmente motivar e consciencializar as crianças para a importância da higiene oral, a fim de a promover ao longo das suas vidas. Os resultados do estudo evidenciam que a criação do cantinho da higiene oral em contexto escolar, assim como todas as atividades à volta desta temática no referido contexto, foram potenciadoras de aprendizagens significativas e, essencialmente, fomentadoras de hábitos de higiene oral por parte das crianças. Para além do impacto no grupo de crianças, foram ainda visíveis resultados do projeto na alteração de hábitos também em contexto familiar.

Palavras-chave: hábitos de higiene oral; saúde oral; pré-escolar, cantinho da higiene oral

ABSTRACT

This report is part of the lecture of Supervised teaching Practice II (ESP II) of the master's degree in Preschool Education and was developed in a kindergarten of the municipality of Viana do Castelo. This report is structured into three distinct parts, and, in this first part covers the middle of kindergarten and children's group where the PESII. The second part refers to the study in that context. In the third and final part of this report was made a final reflection on all PES, conclusion, bibliography and annexes relating to work.

This study was developed around the question: "Is it possible to promote oral hygiene habits on 3 to 4 years old children?". This research was supported on a qualitative methodology using different instruments for data collection such as observations, interviews and photographic records. This study had the participation of 13 children with ages between 3 and 4 years old. Taking in account the age range, the present study involved the realization of several activities, all of them of a playful nature that aimed essentially to motivate and make children aware of the importance of oral hygiene to promote it throughout their lives. The results of the study show that the creation of the oral hygiene area in the school context, as well as all the activities around this theme in the mentioned context, were potentially of significant learning and essentially foment of oral hygiene habits on children. In addition to the impact on children behavior there were also visible results on the familiar habits.

Key-words: Oral hygiene habits; oral Health; preschool; Corner of oral hygiene

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vii
ÍNDICE.....	ix
LISTA DE FIGURAS	xiii
LISTA DE TABELAS	xv
LISTA DE QUADROS.....	xvii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xix
PARTE I	1
1. INTRODUÇÃO	3
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO EDUCATIVO	5
2.1. Caracterização Do Meio	5
2.2. Caracterização Do Jardim-De-Infância.....	6
2.3. Caracterização Da Sala De Atividades Onde Decorreu a PES	8
2.4. Caracterização Do Grupo	13
2.5. Implicações e Limitações Do Contexto Educativo.....	21
PARTE II	23
1. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO.....	25
1.1. Contextualização e Pertinência Do Estudo	25
1.2. Problemática Do Estudo	27
1.3. Questão De Investigação	27
1.4. Objetivos De Investigação.....	28
1.5. Organização Do Estudo	28
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO.....	29
2.1. Saúde e Saúde Oral.....	29
2.2. Cárie e Cárie Precoce Na Infância.....	31
2.3. Consequências Das Cáries Precoces Na Infância.	32
2.4. Prevenção e Controlo Da Cárie Precoce na Infância	34

2.5. Promoção de Saúde Oral	39
2.6. Importância Das Práticas De Hábitos Higiene e Saúde Oral Em Contexto JI	41
3. METODOLOGIA ADOTADA.....	45
3.1. Fundamentação Da Metodologia Adotada.....	45
3.2. O Desenho Do Estudo: Investigação-Ação.....	46
3.3. Participantes No Estudo.....	49
3.4. Os Instrumentos De Recolha De Dados	50
3.4.1. Observação participante	50
3.4.2. Notas de campo	52
3.4.3. O inquérito por entrevistas	52
3.4.4. Gravações áudio, vídeos e registos fotográficos	55
3.4.5. Quadro de registo de higiene oral	56
3.5. Plano De Tratamento De Dados	58
3.6. Plano De Ação.....	59
3.6.1. Atividade “Visita ao dentista”	60
3.6.2. Atividade “O Tomás e o seu dente doente”	61
3.6.3. Atividade “Vamos aprender a escovar os dentinhos?”	63
3.6.4. Atividade Higiene oral em contexto escolar.....	65
3.6.5. Atividade “A bruxinha que voava numa escova de dentes”	67
3.6.6. Atividade “O dente saudável e o dente não saudável”	70
3.6.7. Atividade “Ação dos açúcares e ácidos bacterianos nos dentes”	71
3.6.8. Atividade Visita à ACEP - “Visita os teus dentes”	73
3.6.9. Atividade “Função da pasta dentífrica”	74
3.6.10. Atividade “A Capuchinho vermelho e o lobo que não lavava os dentes”	76
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	79
4.1. “Visita ao Dentista”	79
4.2. Inquérito Por Entrevista Efetuados Às Crianças.....	80
4.3. Inquéritos Por Entrevista Aos Encarregados De Educação.....	90
4.4. Tarefas.....	97
4.4.1. “O Tomás e o seu dente doente”	97

4.4.2. “Vamos aprender a escovar os dentinhos?”	99
4.4.3. Higiene oral.....	103
4.4.4. “A bruxinha que voava numa escova de dentes”	112
4.4.5. “O dente saudável e não saudável”	113
4.4.6. “Ação dos açúcares nos dentes”	115
4.4.7. Visita à ACEP - “Visita os teus dentes”	117
4.4.8. “Função da pasta dentífrica”	120
4.4.9. “Capuchinho vermelho e o lobo que não lavava os dentes”	123
4.5. Inquéritos Por Entrevista Efetuados Aos Encarregados de Educação (EE).....	125
5. CONCLUSÕES	131
5.1. Conclusões do estudo	131
5.2. Limitações do estudo	141
5.3. Recomendações para futuras investigações.....	141
PARTE III	143
REFLEXÃO FINAL SOBRE A PES.....	145
BIBLIOGRAFIA	147
ANEXOS	171

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Parque Infantil.....	7
Figura 2: Jogo de chão.....	7
Figura 3: Planta da Sala	9
Figura 4: Manta.....	11
Figura 5: Armário dos jogos.....	11
Figura 6: Biblioteca e o computador.....	11
Figura 7: Lavatório	11
Figura 8: Espiral de investigação-ação (Morais Paiva & Santos, 2004, citado por Fernandes, 2006, p. 75).....	47
Figura 9: “Quadro de Higiene oral”	56
Figura 10: Grelha de observação focada ao cantinho da higiene oral	57
Figura 11: Fantoches	61
Figura 12: Maquete de uma dentição de criança	63
Figura 13: Guia da escovagem.....	64
Figura 14: Cantinho da Higiene Oral.	66
Figura 15: Pictograma da música:.....	67
Figura 16: Flanelógrafo.	68
Figura 17: Dente feliz	70
Figura 18: Dente triste	70
Figura 19: Alimentos e utensílios de higiene oral.....	70
Figura 20: “A Capuchinho vermelho e o lobo que não lavava os dentes”	76
Figura 21: Observação da SA	79
Figura 22: Observação da AB.....	79
Figura 23: Dramatização da História “O Tomás e o seu dente”	97
Figura 24: Demonstração da criança AB de "como se lavam os dentes".	101
Figura 25: Explicação/demonstração de "Como se lavam os dentes” pela DS.....	101
Figura 26: Sequência de imagens relativas à escovagem dos dentes.	102
Figura 27: Escovagem dos dentes.....	103
Figura 28: “Quadro de registo da higiene oral”	104

Figura 29: Apresentação “A bruxinha que voava numa escova de dentes”	112
Figura 30: Criança DP a fazer correspondência	114
Figura 31: ED a explorar o jogo “O dente saudável e o dente não saudável”	114
Figura 32: LQ a explorar o jogo “O dente saudável e o dente não saudável”	114
Figura 33: Criança DS a escovar o ovo.	116
Figura 34: Ovo após a escovagem.	116
Figura 35: Referência à dentição humana.	118
Figura 36: Apresentação dos diferentes dentes.....	118
Figura 37: A criança IP revelando a placa bacteriana após a experiência.	118
Figura 39: MC a demonstrar os procedimentos de uma correta higiene oral.....	119
Figura 38: Demonstração da animadora dos procedimentos da higiene oral.....	119
Figura 40: Brincar aos dentistas	119
Figura 41: Recolha de previsões relativamente à experiência.....	120
Figura 42: Alguns dos elementos cénicos.	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: “Experiência de cárie dentária!” (N=13)	80
Tabela 2: “Alguma vez, visitaste um médico dentista com a mãe ou pai?” (N=13).....	81
Tabela 3: “E porque foste ao dentista?” (n=5)	81
Tabela 4: “Alguma vez tiveste dor de dentes?” (N=13)	82
Tabela 5: “Costumas escovar os dentinhos?” (N=13).....	83
Tabela 6: “Em que momento do dia escovas os dentes?” (N=13)	83
Tabela 7: Costumas ter ajuda para lavar os dentinhos?” (N=13).....	84
Tabela 8: “Tu lembraste ou é a mãe ou o pai que te lembram?” (N=13).....	85
Tabela 9: “Como podemos proteger os nossos dentes?” (N=13)	86
Tabela 10: “Achas importante lavar os dentes?” (N=13).....	87
Tabela 11: “Porque devemos lavar os dentes?” (N=13)	88
Tabela 12: “Qual é a função do médico dentista?” (N=13)	88
Tabela 13: “Sabes o que é uma cárie?” (N=13)	89
Tabela 14: “Concorda que sejam desenvolvidas práticas de higiene oral no JI?” (N=13)...	91
Tabela 15: “Costuma relembrar ao seu filho que tem que escovar os dentes?” (N=13)	91
Tabela 16: “Quais são os momentos em que o seu filho escova os dentes?” (N=13)	92
Tabela 17: “O seu educando gosta de escovar os dentes?” (N=13).....	93
Tabela 18: “O seu educando alguma vez demonstrou resistência em escovar os dentes?” (N=13).....	93
Tabela 19: “Costuma ajudar e/ou verificar a escovagem dos dentes?” (N=13)	94
Tabela 20: “Alguma vez foi ao médico dentista com o seu educando?” (N=13)	95
Tabela 21: “Qual foi o motivo que a levou a recorrer ao médico dentista?” (n=7)	96
Tabela 22: 1 de abril 2014 (N=13).....	105
Tabela 23: 22 de abril de 2014 (N=13).....	106
Tabela 24: 19 de maio (N=13)	107
Tabela 25: 3 de junho de 2014 (N=13).....	108
Tabela 26: 18 de junho (N=13)	109
Tabela 27: “Porque é que usamos a pasta de dentes na higiene oral?” (N=13).....	122
Tabela 28: “Então, o que temos que fazer para proteger os nossos dentes?” (N=13)	122

Tabela 29: “Partilhou consigo alguma das atividades desenvolvidas neste âmbito?” (N=13)	126
Tabela 30: "Qual foi a atividade que seu educando partilhou consigo?" (N=13)	126
Tabela 31: “Notou diferenças na postura do seu educando em relação à temática?” (N=13).....	127
Tabela 32: “Se sim, em que situações?” (N=13).....	127
Tabela 33: “Quais são os momentos do dia em que efetua escovagem dos dentes?” (N=13).....	129
Tabela 34: "Há algum conteúdo/atividade que gostaria que fosse aprofundada?" (N=19)	130
Tabela 35: Acha importante a promoção da prática de higiene oral nestas idades? (N=13)	130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Rotina diária da instituição.	12
Quadro 2: Codificação das crianças participantes no estudo	49
Quadro 3: Guião de entrevistas às crianças	53
Quadro 4: Guião de entrevista aos encarregados de educação no início do estudo.....	54
Quadro 5: Guião de entrevista aplicado aos EE no final do estudo	55
Quadro 6: Calendarização e duração das tarefas a desenvolver.	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução da escovagem dos dentes.	110
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS

AAPD - American Academy of Pediatric Dentistry
ACEP – Associação Cultural e de Educação Popular
AEC - Atividades de Enriquecimento Curricular
CAF - Componente de Apoio à família
CD – Compact Disc
CEB - Ciclo do Ensino Básico
CMVC- Câmara Municipal de Viana do Castelo
CPI – Cárie Precoce na Infância
DGIDC - Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular
DGS - Direção Geral de Saúde
EE – Encarregado de Educação
INE – Instituto Nacional de Estatística
INS – Inquérito Nacional de Saúde
JI - Jardim de Infância
ME - Ministério da Educação
NR/NS – Não Respondeu / Não Sabe
OCEPE - Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar
OMS – Organização Mundial da Saúde
PES - Prática de Ensino Supervisionada
PNPSO – Programa Nacional Português de Promoção da Saúde Oral
RBE - Rede de Bibliotecas Escolares

PARTE I

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório é referente à Prática de Ensino Supervisionada II (PES II), desenvolvida em contexto Pré-escolar num jardim-de-infância do concelho de Viana do Castelo. Para uma leitura mais compreensível, o relatório encontra-se estruturado em três partes. A primeira parte refere-se à apresentação do contexto educativo, no qual decorreu a PES II, dentro da qual são mencionados cinco aspetos fundamentais: a caracterização do meio; a caracterização do Jardim-de-Infância; a caracterização da sala de atividades, a caracterização do grupo de crianças e por fim as implicações e limitações do contexto educativo, nas tomadas de decisões da PES.

A segunda parte deste relatório apresenta o estudo em torno da questão de investigação: “É possível promover hábitos de higiene oral em crianças dos 3 aos 4?”. Esta encontra-se dividida em cinco secções: a primeira é referente ao enquadramento teórico do estudo, na qual se enquadra o problema, define-se a questão de investigação, formulam-se os objetivos e efetua-se uma curta referência à organização do estudo. A segunda secção é alusiva à fundamentação teórica do estudo. Esta encontra-se dividida em seis subsecções, designadamente, saúde oral; cárie precoce na infância (CPI); consequências da CPI; prevenção e controlo CPI; promoção da saúde oral e finaliza com uma breve abordagem à importância das práticas de hábitos higiene e saúde oral em contexto JI. A terceira secção é referente à metodologia e encontra-se dividida em cinco subsecções, nomeadamente, fundamentação da metodologia adotada; o desenho do estudo: investigação-ação; a caracterização dos participantes no estudo; os instrumentos de recolha de dados; a descrição das tarefas propostas e, por último, plano de ação definido para o estudo. No que concerne à quarta secção, apresenta-se a análise e tratamento dos dados obtidos com cada uma das atividades exploradas com as crianças, bem como, com as entrevistas aplicadas ao longo do estudo. Por fim, na quinta e última secção, são apresentadas as conclusões resultantes do presente estudo, as limitações e as recomendações para futuras intervenções.

No que respeita à terceira parte do relatório, é apresentada uma reflexão final da PES. No fim do relatório são, ainda, apresentadas as referências bibliográficas e anexos.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO EDUCATIVO

2.1. Caracterização Do Meio

O jardim-de-infância (JI) onde decorreu a PES encontra-se situado no concelho de Viana do Castelo. Este município ocupa uma área de 314 km² sendo a cidade atlântica mais a Norte de Portugal, situada na região do Minho-Lima. A cidade de Viana do Castelo é atravessada pelo rio Lima e delimitada a norte pelo concelho de Caminha e a sul pelos concelhos de Esposende e Barcelos e por dois rios, o Rio de Âncora e o Rio Neiva.

De acordo com dados do Censos (2011), esta cidade, conta com 88 725 habitantes, sendo 41 889 habitantes do género masculino e 46 836 habitantes do género feminino. Segundo a mesma fonte, o nível de escolarização da população desta cidade centra-se no 3º Ciclo do Ensino Básico (CEB). Conhecida como a capital do folclore, Viana do Castelo evidencia-se pelo artesanato, através da sua louça e dos bordados típicos. A presença de mar, rio e monte conferem a esta cidade condições paisagísticas de excelência, sendo que, uma das principais fontes turísticas desta cidade é o monte de Santa Luzia que recebe anualmente mais de um milhão de visitantes, não esquecendo o Navio-Hospital Gil Eanes que recebe cerca de 40 000 visitas anuais (CMVC, 2012). A cidade oferece ainda aos seus visitantes uma enorme variedade hoteleira e espaços culturais como teatro, museus e uma biblioteca municipal. Este concelho realiza cerca de 70 festas e romarias por ano, sendo a romaria de Nossa Senhora de Agonia a de maior destaque (CMVC, 2013).

O JI onde decorreu a PES situa-se numa das 40 freguesias do concelho de Viana do Castelo, localizada na margem esquerda do Rio Lima, com cerca de 2.07 km² de área e uma densidade de 2 723.2 hab/km². Trata-se de uma freguesia urbana, com cerca de 4 948 habitantes (Censos, 2011). No que respeita à caracterização socioeconómica, a população desta freguesia, dedica-se essencialmente ao sector laboral da indústria naval, da pesca, do artesanato e comércio. A maior parte das famílias que habitam nesta freguesia possuem casa própria, no entanto, algumas destas habitações encontram-se em condições muito precárias, sem as mínimas condições de higiene e salubridade (Censo, 2011). No que diz respeito ao grau de instrução dos habitantes desta freguesia, segundo os Censos de 2011, é possível constatar que 759 pessoas não possuem qualquer

instrução; 1 173 possuem o 1º CEB, 718 possuem o 2º CEB e 955 possuem o 3º CEB. Existem, ainda, 682 pessoas com o ensino secundário, 59 pessoas com o ensino pós-secundário e 702 pessoas com habilitações de Ensino Superior. A freguesia referida conta com vários estabelecimentos de ensino, dos quais fazem parte três Escolas Secundárias, três Escolas do 1º CEB, dois JI e uma Escola de Ensino Superior.

2.2. Caracterização Do Jardim-De-Infância

O JI, onde foi desenvolvida a ação educativa, foi criado em maio 1999 no concelho de Viana do Castelo, com valência de 1º CEB e de educação pré-escolar. Trata-se de uma instituição da rede pública de educação pré-escolar e está preparada para receber 85 crianças, dos 3 aos 6 anos de idade. No que se refere às infraestruturas o JI dispõe de espaços interiores e exteriores, todo ele ao de nível rés-do-chão, sendo que, o espaço exterior é o único espaço comum às duas instituições JI e 1º CEB.

É no espaço exterior que as crianças usufruem da oportunidade de estabelecer interações com outras crianças de diferentes grupos e idades. As indicações das Orientações Curriculares para a Educação de Infância (OCEPE, 1997) relativamente ao espaço exterior, ressaltam que este deve ser um “prolongamento do espaço interior” (p. 15) e, como tal, deve ser devidamente organizado de modo a potenciar atividades e momentos educativos enriquecedores para as crianças que usufruem deste espaço. Deste modo, é essencial que este espaço seja cuidadosamente pensado e organizado de modo a corresponder a critérios de qualidade e segurança. O mesmo documento (OCEPE, 1997) refere, ainda, “que a organização do ambiente educativo constitui o suporte do trabalho curricular do educador” (p. 31). Relativamente ao espaço exterior do JI onde foi desenvolvida a PES, é um espaço amplo, todo ele de superfície plana, no qual se encontra um parque infantil com escorregas, cordas para trepar e dois baloiços (Figura 1). O pavimento onde encontram-se fixados estes equipamentos é todo ele macio, evitando assim que as crianças se magoem em eventuais quedas. Ainda no exterior, as crianças usufruem de um pavimento em cimento onde se encontravam jogos pintados no chão, tais como o jogo da macaca e do caracol (Figura 2), assim como, uma horta pedagógica cujo principal objetivo é proporcionar às crianças o contacto com a natureza, através da realização de atividades agrícolas.



Figura 1: Parque Infantil



Figura 2: Jogo de chão

No que diz respeito ao espaço interior, o jardim era constituído por quatro salas de atividade pedagógicas e mais duas salas destinadas ao prolongamento de horário. Contava, ainda, com uma instalação sanitária para adultos e duas para crianças, adaptadas às faixas etárias, contribuindo deste modo para a promoção da autonomia das crianças. O JI possuía ainda um gabinete para as Educadoras de Infância, um refeitório, uma arrecadação, uma lavandaria e um polivalente. O polivalente era destinado à prática de atividades socioeducativas, à realização de atividades de expressão motora e ao acolhimento das crianças todas as manhãs. Este espaço funcionava também como recreio/refúgio para as crianças em dias de chuva. Existia ainda no JI um gabinete de apoio às atividades pedagógicas, espaço esse, também utilizado para arrumos de materiais didáticos, tais como: instrumentos musicais, materiais de laboratório, entre outros. Para o estabelecimento da ligação entre todas as divisões da instituição este dispunha de dois corredores, ao longo dos quais, se encontram placares onde eram afixados trabalhos que as crianças iam realizando ao longo do ano, assim como, cabides onde eram guardados os pertences das mesmas. A unir estes dois corredores encontra-se o Hall de entrada, no qual se situava a biblioteca do JI que integrava a Rede de Bibliotecas Escolares (RBE) e que possui cerca de 1 300 livros.

Relativamente ao horário de funcionamento em vigor no JI no ano letivo 2013/2014, este estava organizado em duas componentes: a componente letiva que funcionava das 09h às 12h e das 13:30h às 15:30h e o prolongamento que decorria das 08h às 09h e das 15:30h às 19h. Ao nível de recursos humanos durante o ano letivo de 2013/2014, a instituição era constituída por cinco educadoras de infância, sendo que,

uma delas se encontrava sem grupo, desempenhando funções não letivas. O JI contava ainda com a colaboração de quatro Auxiliares da Ação Educativa e três animadoras socioeducativas.

No que diz respeito aos recursos materiais, a instituição tinha ao seu dispor um leque variadíssimo de materiais, a fim de, contribuir e assegurar o desenvolvimento de atividades promotoras de aprendizagens diversificadas. Destaca-se materiais didáticos de suporte à realização de atividades físico-motoras como arcos, bolas, cones, entre outros, e os materiais audiovisuais como leitor de CD's e DVD's, uma televisão e um vídeo projetor. O JI dispunha também, no gabinete das educadoras-de-infância, de três computadores, fotocopiadoras e impressoras, três secretárias e armários para arquivar documentos.

2.3. Caracterização Da Sala De Atividades Onde Decorreu a PES

No que se concerne ao espaço interior do JI, as OCEPE (1997) referem que “o contexto institucional de educação pré-escolar deve organizar-se como um ambiente facilitador do desenvolvimento e da aprendizagem das crianças” (p. 31). Neste sentido é importante que os contextos que são proporcionados às crianças sejam adequados, de modo a que, promovam aprendizagens significativas e lhes potenciem o desenvolvimento integrado dado que neles passam grande parte do seu tempo. Assim, a organização da sala de atividades e dos seus materiais deverá ter por base os interesses e especificidades do grupo, considerando todas as suas necessidades afetivas, de autonomia, de movimento, de socialização e fisiológicas. Relativamente a estes aspetos autores como Hohmann, Banet e Weikart (1995) ressaltam a importância da organização destes espaços por áreas, permitindo ao grupo “movimentar, construir, escolher, explorar, criar, espalhar, edificar, experimentar, fingir, trabalhar com outros amigos, trabalhar sozinho e em pequenos grupos e grandes grupos” (p. 51). Segundo Hohmann e Weikart (2009), a organização da sala por áreas é indispensável para a dinâmica do grupo permitindo-lhes uma maior autonomia e responsabilidade.

Nesta perspetiva, a sala de atividades onde decorreu a PES estava organizada em seis áreas distintas: a área da biblioteca que era comum à área do computador, a área da casinha, a área das construções/manta, a área dos jogos de mesa e a área da expressão

plástica. Para uma melhor compreensão de como o espaço estava organizado, podemos observar a Figura 3 que apresenta a planta da sala.

Legenda:

- 1- Área da casinha
- 2- Área dos jogos
- 3- Área da Biblioteca/ Área do computador
- 4- Área das construções/manta
- 5- Área das expressões plásticas
- 6- Estante
- 7- Armários de arrumos
- 8- Lavatório

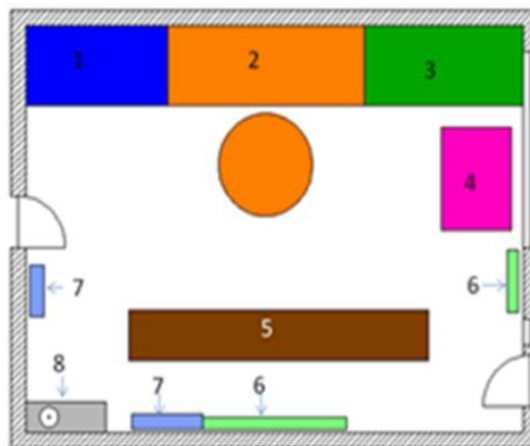


Figura 3: Planta da Sala

A área da expressão plástica integrava atividades de pintura, modelagem, desenho, recorte e colagem, todas elas realizadas nas mesmas mesas. Esta área permitia que as crianças, normalmente, representassem coisas que fizeram, presenciaram ou imaginaram (Hohmann et al., 1995). Em termos de recursos materiais, esta área contava com um leque variadíssimo de material, tais como: colas, tesouras, lápis de cor, lápis de cera, folhas, revistas, tintas de varias cores, pincéis, folhas, plasticina, materiais de modelagem (rolos de esticar a plasticina e formas), entre outros, que se encontravam arrumados em prateleiras às quais as crianças tinham fácil acesso, incentivando assim a autonomia das mesmas. No entanto, as tesouras eram guardadas em prateleiras mais altas de modo a salvaguardar a segurança do grupo.

A área dos jogos de mesa era composta por material muito diversificado, desde puzzles, blocos lógicos, enfiamentos e encaixes. Nesta área, as crianças trabalhavam numa mesa redonda e podiam fazê-lo sozinhas, em pares ou em grupos. Os jogos desta área visam trabalhar/desenvolver as relações espaciais, as palavras os números e as formas geométricas. Tal como referem as OCEPE (1997), estes jogos surgem como uma boa escolha para fomentar a aprendizagem.

Relativamente à área da casinha apresentava-se apelativa ao jogo de faz-de-conta, permitindo às crianças associarem esta casa de fantasia a uma casa real. Para autores como Hohmann et al. (1995) esta é uma área onde as crianças têm oportunidade de simular e desempenhar vários papéis que observam no seu dia-a-dia. Esta área, no JI, era composta por duas divisões de uma casa, a cozinha e o quarto. Em cada um destes espaços existiam materiais em quantidade suficiente e diversificados, permitindo-lhes recriar acontecimentos, diferentes papéis sociais ou familiares.

A área das construções era a área predileta das crianças. Autores como Hohmann et al. (1995) afirmam que esta área necessita de um espaço amplo, onde haja uma superfície de trabalho resistente. Assim, tanto pelo tipo de material que aí existia, como pelo tipo de interações que aí se estabelecia, as crianças trabalhavam na manta (Figura 4) onde tinham mais espaço para as suas construções. Esta área continha diferentes materiais de encaixe (legos), blocos, figuras, animais de borracha, carros, entre outros. Pelos materiais aí existentes, era normal ver as crianças a assumirem papéis sociais, relativamente a profissões, tais como: construtoras, arquitetas, engenheiras, bombeiras e mecânicas. Resta referir que todos os materiais desta área estavam devidamente arrumados, a maioria em gavetas etiquetadas com fotos dos jogos (Figura 5), para que na altura da arrumação as crianças pudessem mais facilmente estabelecer correspondência com o local de arrumação e poder fazê-lo autonomamente. A manta, para além de ser utilizada pela área das construções, era o espaço utilizada para atividades tais como o acolhimento, a leitura de histórias, a entoação de canções ou momentos de diálogo em grande grupo. Características de iluminação, conforto e espaço, tornavam este local privilegiado para a realização de atividades em grande grupo.

Área do computador e a área da biblioteca apresentavam-se como áreas comuns (Figura 6). Como as crianças eram muito novas, a área do computador era pouco frequentada pelas crianças. Na área da biblioteca, as crianças podiam manusear e consultar livros, ouvir histórias e inventar as suas próprias histórias enquanto interpretavam as gravuras dos livros. Para tal, esta área dispunha de duas mesas pequenas que facilitavam o contacto da criança com os livros. Contudo, esta área não possuía muitos livros já que, semanalmente, as crianças e a educadora visitavam a

biblioteca do JI, dando assim a oportunidade às crianças para contactarem com um maior leque livros e, conseqüentemente, tomarem gosto pela leitura tal como referem as OCEPE (1997) “é através do livro, que as crianças descobrem o prazer da leitura e desenvolvem a sensibilidade estética” (p. 70).

A sala dispunha ainda de um lavatório (Figura 7), que era utilizado para a limpeza dos materiais, assim como para a realização da higiene pessoal, mais precisamente a lavagens das mãos, quando as crianças regressavam do recreio. Contudo, este não estava adaptado ao grupo, apresentando-se demasiado alto para o mesmo. Resta referir, que a sala não era muito grande, no entanto, era bem iluminada, usufruindo de duas janelas amplas o que permitia às crianças a visualização do exterior. O pavimento era confortável, lavável, antiderrapante e pouco refletor do som, garantindo um bom isolamento térmico e acústico.



Figura 4: Manta



Figura 5: Armário dos jogos.



Figura 6: Biblioteca e o computador



Figura 7: Lavatório

No que diz respeito às rotinas diárias no JI, estas apresentam-se flexíveis, embora incluíssem momentos que se repetiam com uma certa frequência (rotina), seguindo orientações emanadas das Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar (OCEPE, 1997).

Na perspetiva Hohmann e Weikart (2009) “a rotina permite às crianças antecipar o que se passará a seguir e dá-lhes um grande sentido de controlo sobre aquilo que fazem em cada momento do seu dia pré-escolar” (p. 8). Assim, e tal como referem as OCEPE (1997), o estabelecimento de uma rotina permite ajudar as crianças a adquirirem a compreensão do tempo e prever o que sucederá, tornando o ambiente mais seguro para as mesmas.

Neste sentido, a rotina diária da instituição integrava vários momentos distintos (quadro 1):

Quadro 1:
Rotina diária da instituição.

Hora	Atividade	Observação
9:00	Acolhimento	O dia inicia com a reunião do grupo na manta onde, em grande grupo, eram dados os bons dias, marcada a presença e registado o tempo.
9:30	Atividades programadas	Dedicado às atividades programadas para a manhã.
10:30	Lanche	
11:00	Atividades livres	Exploração das diferentes áreas de expressão e à realização de projetos individuais onde as crianças escolhiam o que queriam fazer e utilizavam livremente os materiais existentes na sala.
12:00	Almoço	
13:00	Recreio	Sempre que as condições meteorológicas permitissem usavam o recreio exterior, quando não permitissem, as crianças brincavam no polivalente.
13:30	Higiene	Dedicado à higiene das mãos.
14:30	Atividades em grupo	Continuidade dos projetos iniciados pela manhã e/ou era efetuada uma reflexão/avaliação das atividades que decorreram ao longo do dia.
15:00	Lanche	As atividades do dia finalizavam com o grupo reunido na área das expressões onde lanchavam e posteriormente, iam para o prolongamento ou para casa.

2.4. Caracterização Do Grupo

O grupo de crianças com o qual foi desenvolvida a PES II foi o mesmo da PES I. Assim, a caracterização que se segue é referente ao final do mês de fevereiro de 2014.

A esta data, o grupo era composto por 16 crianças, sete do género feminino e nove do sexo masculino. No que respeita à faixa etária tratava-se de um grupo heterogéneo composto na sua maioria por crianças com 3 anos de idade.

Relativamente às interações criança - criança e criança- educador, de um modo geral, tratava-se de um grupo harmonioso, sociável e respeitador, no entanto, não muito comunicativo. É de referir, ainda, que o grupo, pela faixa etária em questão demonstrava baixos níveis de atenção, o que implicava intervenções bastante curtas, precisas e motivadoras. No que concerne à autonomia, no início do ano, a maioria das crianças revelava ainda pouca autonomia nas tarefas de higiene, assim como, nas refeições. Porém, em finais de dezembro de 2013, já era visíveis melhorias consideráveis a esse nível.

No que se refere ao contexto sociológico das famílias das crianças, importa considerar que quanto à atividade profissional dos pais, na sua maioria, trabalhavam por conta de outrem e em variadas atividades profissionais, tais como vigilante, advogados, engenheiros, ajudantes de cozinha, empregadas de limpeza, empregadas de balcão, entre outras, sendo que, em quatro casos (duas mães e dois pais), encontravam-se em situação de desemprego. Relativamente às habilitações dos encarregados de educação (EE), pôde-se constatar que, em média, as mães possuíam habilitações académicas superiores comparativamente à dos pais, sendo que, seis mães referiram ter formação de nível superior, duas destas, com o grau de mestrado.

Para melhor conhecimento do grupo de crianças, foi desenvolvida uma análise das capacidades das crianças nas diferentes áreas de conteúdo, de modo a ajustar o trabalho às verdadeiras necessidades do grupo. Segundo as OCEPE (1997) para que o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças ocorram da melhor forma é fundamental que o educador compreenda as características do grupo e procure adequar o processo educativo às suas necessidades formativas. Neste sentido, o referido documento salienta aspetos que devem nortear a visão orientadora do educador no planeamento e na

avaliação das aprendizagens nas três seguintes áreas de conteúdo: área de formação pessoal e social; área do conhecimento do mundo, área da expressão e comunicação, que inclui o domínio da expressão plástica, musical, dramática e motora - o domínio da linguagem oral e abordagem à escrita e o domínio da matemática.

No que respeita à **área de formação pessoal e social**, é uma área de bastante importância, visando promover nas crianças “atitudes e valores que lhes permitam tornar cidadão conscientes e solidários, capacitando-os para a resolução de problemas da vida” (OCEPE, 1997, p. 51). Espera-se assim, que a criança desta faixa etária compreenda o que está certo e o que está errado, os direitos e deveres e os valores que estão subjacentes nas relações com os seus pares. De acordo com as metas de aprendizagem (ME-DGIDC, 2010), no final da educação pré-escolar as crianças deverão ser capazes de conhecer as suas características individuais e de grupo, ter consciência das suas capacidades, bem como das suas dificuldades, demonstrar as suas necessidades, emoções e sentimentos, identificar os diferentes momentos da rotina diária no JI, realizar pequenas tarefas autonomamente, ser capaz de partilhar, demonstrar gosto, interesse e curiosidade em aprender, manifestar opiniões, ideias, experiências e preferências, apontando as razões que as fundamentam, e reconhecer e cumprir as regras da vida em grupo, reconhecendo a sua importância e necessidade.

Desta forma, no que respeita à área da formação pessoal, constatou-se que o grupo era capaz de tomar as suas decisões, compreender e cumprir as rotinas diárias e resolver sozinho pequenos problemas e situações do dia-a-dia. Quanto às regras, estas crianças tinham noção das regras da sala e faziam por cumpri-las. No início da PES I, em setembro de 2013, existiam algumas crianças que falavam pouco. Contudo, com o decorrer do tempo a atitude delas mudou, passando a ser capazes de exprimirem com facilidade as suas escolhas e, na maioria, era capaz de as justificar. Quanto à autonomia, manifestavam-na na maioria das tarefas, como a higiene pessoal e no arrumar do material no respetivo lugar. Relativamente a sua identidade, todas as crianças eram capazes de reconhecer o seu nome, bem como o dos colegas. No que respeita à relação com os pares, de um modo geral, o grupo tinha dificuldade em ouvir os outros e esperar pela sua vez, facto que tornava o trabalho em grande grupo bastante complicado. É de

referir que se tratava de um grupo ainda bastante egocêntrico, aspecto que, segundo Piaget (1979), é a principal característica das crianças com idades compreendidas entre os dois e os sete anos. Este egocentrismo era mais evidente em situações de partilha do mesmo material, gerando-se, por vezes, situações de conflito.

No que se refere à **área do conhecimento do mundo**, as OCEPE (1997) mencionam que desde muito cedo as crianças manifestam uma curiosidade e vontade de saber mais sobre o mundo que as rodeia. É nesta busca incessante em saber mais sobre o mundo que a rodeia, que a criança, de uma forma natural, mobiliza a capacidade de observar, de experimentar e de explorar, assim como, desenvolve uma atitude crítica sobre o que está a acontecer, dando assim significado ao mundo físico que as rodeia (OCEPE, 1997). Desta forma, e como refere Reis (2008), é essencial despertar na criança, a sua capacidade de observar, questionar, comparar e justificar o que observa de modo a promover o seu conhecimento apoiado nas vivências da criança. Segundo Peixoto (2008), a abordagem às ciências deve ser uma aprendizagem promovida através dos sentidos através do contacto direto da criança com o mundo, momentos esses que o adulto deve proporcionar. Segundo as OCEPE (1997) este domínio engloba diferentes saberes, como por exemplo, saberes sociais, saberes sobre o mundo, recorrendo a saberes específicos da geografia, biologia e fisiologia, história, ambiente e saúde. De acordo com as metas de aprendizagem (ME-DGIDC, 2010) e as OCEPE (1997), no final da educação pré-escolar as crianças devem ser capazes de descrever itinerários diários e não diários; distinguir unidades de tempo básicas (dia e noite, manhã e tarde, semana, estações do ano); identificar elementos do ambiente natural (como o estado do tempo); nomear objetos segundo as suas propriedades; saber a importância da separação dos resíduos e identificar os materiais a colocar em cada ecoponto; conhecer alguns aspetos relacionados com a física e química (como sombra e luz, flutuar e afundar); identificar comportamentos de atração/não atração de diferentes materiais; identificar o nome completo, idade e localidade; designar e localizar corretamente as diferentes partes do seu corpo e situar-se socialmente na sua família. Aquando do início da PES, as crianças deste grupo, já conheciam e reconheciam seu nome respondendo quando este era proferido, assim como, o nome das pessoas mais próximas, mas eram poucas as crianças

que conseguiam dizer onde moravam. Todas utilizavam corretamente os ecopontos, demonstravam interesse pelo meio que as rodeava fazendo perguntas e procurando soluções, assim como já começavam a ter noção da sequência dos dias da semana, porém, algumas ainda faziam confusão. Todas elas reconheciam as diferentes partes do corpo humano, identificavam algumas profissões e sabiam situar-se na sua família.

A **área de expressão e comunicação** está subdividida em diferentes domínios: expressão plástica, expressão musical, expressão dramática, expressão motora, domínio da linguagem oral e abordagem à escrita e, ainda, domínio da matemática.

No âmbito da **expressão motora** e de acordo com as OCEPE (1997), este domínio deve dinamizar atividades quer de motricidade global, através de habilidades como trepar, correr, saltar e outras formas de locomoção, quer de a motricidade fina e através dos jogos de movimento. Acerca das capacidades das crianças, neste domínio, autores como Papalia (1998) referem que as crianças com três anos de idade não conseguem virar-se ou parar repentinamente, no entanto, já são capazes de saltar cerca de meio metro, conseguem subir sem ajuda alternando os pés e geralmente conseguem efetuar uma série de saltos irregulares. Segundo as metas de aprendizagem (ME-DEGIDC, 2010), no final da educação pré-escolar cada criança deverá diversificar as formas de utilizar e sentir o corpo, controlar voluntariamente o seu corpo, relacionar o seu corpo com o exterior, manipular corretamente vários objetos (lançar, pontapear e agarrar) e ter controlo motor e de socialização. As crianças devem, ainda, ser capazes de evidenciar algumas habilidades de locomoção (correr, saltar, subir e descer)._Durante o decorrer da PES I, constatou-se que as crianças não manifestavam dificuldades relacionadas com a locomoção. No entanto, em relação às habilidades manipulativas verificou-se algumas dificuldades em tarefas como agarrar a bola. No que concerne à motricidade fina, foram detetadas dificuldades em tarefas como recorte e pegar corretamente em materiais como lápis.

A **expressão plástica** é um domínio muito importante para o desenvolvimento da criança, dado que permite, por meio desta, exteriorizar conhecimentos e emoções. (Arribas, 2004). Segundo as metas de aprendizagem (ME-DGIDC, 2010) e as OCEPE (1997), relativamente a esta área, as crianças devem conseguir representar vivências individuais

utilizando diversos métodos de expressão como a pintura, o desenho, a colagem e a modelagem. De acordo com os referidos documentos, neste domínio, espera-se que no final do pré-escolar as crianças sejam capazes: de representar vivências ou acontecimentos; utilizar várias técnicas de expressão bidimensionais ou tridimensionais de vivências individuais e de descrever as suas representações; utilizar diferentes materiais assim como diferentes cores nos seus trabalhos, propiciando assim momentos de criatividade; representar a figura humana, formas geométricas e também linhas; criar diversos objetos, ao nível da modelagem, utilizando formas tridimensionais. Relativamente ao grupo em questão, este tinha ao seu dispor várias formas de expressão plástica, como desenho, pintura, recorte e a colagem. Através da análise dos desenhos das crianças, foi possível observar que algumas das crianças já conseguiam representar a figura humana recorrendo a formas como círculos e quadrados, contudo, eram poucas as que revelavam pormenores. Já para o final da PES I eram capazes de descrever, identificar e comparar os seus trabalhos. Verificou-se, ainda, que o grupo, na sua maioria, já era capaz de reconhecer e identificar as cores.

No domínio da **expressão musical**, segundo Wuytack (1992) o contato com a música é uma mais-valia para todas as crianças, já que desperta não só o gosto pela música e sentido estético, como contribui para o desenvolvimento cognitivo e revela-se facilitador no processo de socialização entre as crianças. No que concerne às metas de aprendizagem (ME-DGIDC, 2010) neste domínio, as crianças devem ser capazes de utilizar a voz, reproduzir ritmos, cantar canções e memorizá-las. Deve ser capaz de usar alguns instrumentos de percussão, devendo interpretar elementos expressivos de andamento e de intensidade (fraco, forte). Devem, ainda, sincronizar movimentos do corpo com a intensidade (dinâmicas forte e fraco), devem explorar as potencialidades de timbre, intensidade altura (agudo, grave) e duração (longo, curto) de instrumentos musicais, devem reconhecer auditivamente sons vocálicos, corporais, sons da natureza e sons instrumentais. A expressão musical é um domínio em que as crianças demonstravam bastante interesse e satisfação. É um grupo que gostava muito de cantar, aprendendo com facilidade todas as canções que lhes eram ensinadas, no entanto, sem ter muita consciência do que “proferiam/cantavam”. Gostavam de ouvir canções ao mesmo tempo

que desenvolviam atividades, como era visível nas sessões de motricidade, assim como, demonstravam grande entusiasmo no manusear de instrumentos, ainda que de uma forma desorganizada e sem muito sentido de ritmo. O grupo de crianças, no seu total, imitava com relativa precisão os sons (sons de animais, da chuva a cair...) e conseguia diferenciar com facilidade sons instrumentais de sons da natureza.

No que concerne à **expressão dramática**, as OCEPE (1997) referem que “é um meio de descoberta de si e do outro, de afirmação de si próprio na relação com o(s) outro(s)” (p. 59). Neste âmbito, as crianças podem desempenhar diferentes papéis e recriar situações do dia-a-dia através recursos como: fantoches, sombras chinesas, entre outras, potenciando assim o seu imaginário apesar de já fazerem distinção entre o real e o imaginário. Segundo o mesmo documento (OCEPE, 1997) no final da educação pré-escolar a criança deve interagir com os seus pares, inventando e experimentando situações de faz de conta, podendo recorrer a diversos elementos do lúdico como fantoches, experienciando diversos estados de espírito durante a sua representação, exprimir a sua opinião sobre aquilo que estão a realizar, atribuindo significado ao espaço e aos objetos que as rodeia e interpreta/recria histórias ou situações imaginárias utilizando vários adereços, expressando-se corporalmente. Devem ainda, contar, recontar, inventar e recriar histórias e diálogos (ME-DGIDC, 2010). Ao longo da observação efetuada na PES I, o jogo simbólico era visível, com alguma regularidade pelo grupo, sendo este abordado preferencialmente na área da casinha, onde crianças recriavam várias situações do quotidiano e envolviam-se no jogo de faz de conta com muita satisfação. Elas adoravam representar personagens, adaptando o seu comportamento aos papéis sociais que representavam (mãe, pai, avó).

No domínio da **Linguagem Oral e Abordagem à Escrita**, Sim-Sim, Nunes e Silva (2008) referem que “comunicação, linguagem e conhecimento são três pilares de desenvolvimento simultâneo, com um pendor eminentemente social e interativo” (p. 11). De acordo com os mesmos autores, aprender e desenvolver a linguagem, é um processo natural, resultado das relações com os pares, sendo que a linguagem será resultado do meio onde se insere. A nível da linguagem oral, as OCEPE (1997) referem que a criança deve desenvolver uma linguagem alargada em vocabulário, conseguindo evidenciar

linguagem através das rimas, lengalengas, trava-línguas e adivinhas. No que concerne à abordagem à escrita, o mesmo documento, esclarece que as crianças deverão ter oportunidades de contactarem com o código escrito, familiarizando-se com ele. Ao longo do tempo vão progredindo na sua imitação da palavra, mostrando cada vez mais vontade em reproduzir novas palavras (OCEPE, 1997). Neste sentido e indo ao encontro com o que está referido nas metas de aprendizagem, as crianças no final da educação pré-escolar, devem identificar palavras que acabam com a mesma sílaba, separar silabicamente as palavras, identificar palavras que comecem pela mesma letra, reconhecer algumas palavras do quotidiano, saber que as letras correspondem a sons, conhecer o sentido direcional da escrita, usar nos diálogos palavras que aprendeu recentemente, reconhecer o seu nome escrito; isolar uma letra, distinguindo letras de números; identificar conceitos para textuais de uma história, descrever acontecimentos, partilhar informação oralmente através de frases coerentes, fazendo questões ou dando respostas (ME-DGIDC, 2010).

Relativamente a esta área no que diz respeito ao domínio da Linguagem Oral, a maioria das crianças possuía uma linguagem simples e algumas delas apresentavam ainda algumas dificuldades em pronunciar algumas palavras, o que fazia com que, por vezes, fosse difícil perceber o que queriam dizer. O grupo manifestava pouco interesse por atividades que envolvesse a leitura de histórias por parte do adulto e revelava dificuldades no reconto da mesma, não utilizando grandes pormenores. Adoravam conversar em grande grupo, no entanto apresentavam um leque de vocabulário ainda pouco alargado. No domínio da Linguagem Escrita, o grupo não demonstrava muito interesse pelos livros e pelas leituras, não eram capazes de escrever o nome ou data, assim como, eram poucas as crianças capazes de reconhecer o seu nome escrito. Contudo, o grupo no geral conseguia ler pictogramas, o mapa de presenças e do tempo com alguma facilidade. Eram capazes, ainda, de diferenciar letras dos números.

No **domínio da matemática**, nas OCEPE (1997) é referido que é no quotidiano, a partir de experiências diárias, que as crianças iniciam as suas próprias construções de noções matemáticas e estruturação do pensamento. Segundo as metas de aprendizagem (ME-DGIDC, 2010) este domínio encontra-se dividido em três grandes temas: números e operações; geometria e medida, e organização e tratamento de dados. Para além dos

temas matemáticos, deve ainda considerar-se o desenvolvimento de capacidades ditas transversais, como a resolução de problemas, o raciocínio e a comunicação matemática.

No que refere ao tema números e operações as crianças em idade pré-escolar devem ser capazes de classificar objetos explicando as suas escolhas; utilizar subitizing; enumerar o número de objetos de um conjunto; utilizar a linguagem de comparação (mais do que, menos do que, igual a); contar com correção até 10; reconhecer os números de 1 a 10; utilizar o 5 como número de referência e resolver problemas simples do seu dia-dia recorrendo à contagem. No que concerne à geometria, autores como Matos e Serrazina (1996) defendem que a aprendizagem da geometria é “gradual, porque pressupõe que a intuição, o raciocínio e a linguagem geométrica são adquiridos gradualmente” (p. 269). Assim, no final da educação pré-escolar pretende-se que as crianças identifiquem semelhanças e diferenças entre objetos, agrupando-os por critérios; conheça, explique e recrie padrões simples; descreva posições de objetos utilizando termos como: acima, abaixo, ao lado, em frente e atrás, e utilize expressões como “maior que” e “menor que”. Pretende-se ainda, que as crianças sejam capazes de expressar ideias para resolver problemas, coloquem questões e participem na recolha de dados acerca de si próprio e do meio envolvente, e interpretem dados apresentados em diversas situações como tabelas e pictograma (ME-DGIDC, 2010; OCEPE, 1997).

Este grupo apresentou algumas dificuldades em vários temas do domínio da matemática, sendo uma área pouco explorada para além das rotinas. Em relação aos números e operações, a maioria conta mecanicamente até 10 e algumas até mais do que isso. A maior parte conseguia fazer conjuntos por cores, ordenava sequências lógicas simples e identificava as cores. Algumas já dominavam algumas noções matemáticas, tais como, noções de espaço (dentro/fora e longe/perto); noções de quantidade (mais/menos/igual); noções de tamanho (alto/baixo e grande/pequeno); entre outras. Quanto ao domínio da geometria eram poucas as crianças que reconheciam e nomeavam corretamente as quatro formas geométricas. Relativamente ao tratamento de dados, a maior parte do grupo também conseguia interpretar dados apresentados em pictogramas, assim como, reconhecia e explicava padrões simples e não manifestava dificuldades inerentes à resolução de problemas do dia-a-dia.

2.5. Implicações e Limitações Do Contexto Educativo

Uma das principais limitações do JI onde decorreu a PES refere-se às reduzidas dimensões do polivalente. Este problema era mais visível nos dias de chuva, dado que as crianças ficavam impossibilitadas de irem para o recreio e eram colocadas neste espaço, geralmente a verem DVD's. Nos meses de inverno, este tornava-se um verdadeiro tormento, já que as crianças eram impossibilitadas de brincarem livremente durante dias seguidos e por vezes semanas, resultando num acentuado cansaço e a desconcentração do grupo na sala de atividades.

Outra das limitações sentidas ao longo da PES II foi ao nível de espaço físico para a realização do estudo. Aparentemente a sala era grande, contudo, quando se pretendeu inserir o projeto na sala de atividades, foram sentidas algumas dificuldades na reorganização do espaço, de modo a não eliminar atividades pedagógicas que já se realizavam nesse mesmo espaço onde pretendia inserir o projeto.

PARTE II

1. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

Esta secção apresenta o enquadramento de um estudo desenvolvido no JI onde decorreu a PES II e nele são abordados todos os seus aspetos relevantes. Para o efeito encontra-se organizado em cinco subsecções, são elas: contextualização e pertinência do estudo (1.1); problemática inerente ao estudo (1.2); questão de investigação formulada (1.3); os objetivos de investigação de modo a dar respostas à questão de investigação (1.4) e, por fim, a organização geral do estudo (1.5).

1.1. Contextualização e Pertinência Do Estudo

A cárie dentária é bastante prevalente a nível mundial, sendo que é em virtude da sua elevada prevalência na primeira infância que a Cárie Precoce na Infância (CPI), como é designada em crianças em idade pré-escolar, tem suscitado maior preocupação pelos órgãos de saúde pública (DGS, 2005).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que a cárie dentária afete cerca de 60 a 90% das crianças em idade escola (DGS, 2005, Melo, Azevedo & Henriques, 2008)

Esta crescente preocupação deve-se não somente à sua alta prevalência nesta faixa etária, mas também em virtude dos danos causados nas comunidades mais novas, dado se trata de uma patologia que, quando não tratada, surge associada a um quadro de complicações, que tendem a condicionar não só fisicamente, como socialmente e psicologicamente o indivíduo (Areias, Macho, Raggio, Melo, Guimarães, Andrade, & Guedes-Pinto, 2010; Colares & Feitosa, 2003a). Para além destas complicações do ponto vista da qualidade de vida, autores como Melo et al, (2008) referem ainda, que a cárie dentária tem repercussões socioeconómicas graves pelo elevado custo do seu tratamento.

Face a estas evidências, a cárie dentária tem sido objeto de atenção por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) através da realização de programas de saúde oral (Areias, Macho, Frias-Bulhosa, Guimarães & Andrade, 2009; Costa et al., 2008).

Em Portugal Continental, desde de 1985, que se realizam programas de saúde oral, dirigidos, essencialmente, a crianças e adolescentes a frequentarem os jardins-de-infância e escolas com o intuito de os informar e os encorajar para adotarem hábitos de higiene oral acompanhadas de visitas regulares ao dentista (DGS, 2008).

A implementação destes programas têm vindo seguramente a contribuir para um declínio acentuado na prevalência e severidade da cárie dentária nas últimas duas décadas, especialmente entre as crianças e os adolescentes. Porém, esta evolução, segundo a OMS, não se tem mostrado suficiente, já que a cárie dentária continua a apresentar taxas muito elevadas na população mais nova (OMS, 2008). Segundo um estudo apresentado pela DGS (2008) acerca das doenças orais a nível nacional (dados de 2005/2006), só cerca de metade das crianças aos 6 anos de idade estavam livres de cáries (51%). Ainda segundo o mesmo estudo, relativamente à análise dos determinantes de saúde que mais influenciam a saúde oral, neste caso, a higiene oral, verifica-se que só 50% das crianças aos 6 anos referiram escovar os dentes duas ou mais vezes por dia (DGS, 2008). Também no último Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em 2009, se verificou esta tendência, com somente 41.1% das crianças portuguesas entre os 2 e os 4 anos a referirem que escovavam os dentes duas vezes ao dia (INSA e INE, 2009). Uma percentagem muito baixa, atendendo a que higiene oral se apresenta como o método preventivo de referência no combate às doenças orais (DGS, 2005; SOBE, 2014).

Tendo em vista a meta da OMS para o ano 2020, que prevê 80% das crianças livres de cáries na região europeia (DGS, 2005), a atual situação da saúde oral ainda requer muitos melhoramentos. Evidencia-se assim, a necessidade de um maior reforço destas praticas higiene oral, essencialmente na primeira infância, já que, tal como refere Faria e Carvalho (2004), os estabelecimentos de ensino assumem-se como lugar privilegiado para este fim, ao permitir a alteração de hábitos de milhares de crianças e ao fazerem com que estes se perpetuem ao longo das suas vidas. Neste sentido, e como destaca a DGS (2005), é fundamental desenvolver ações pedagógicas relativamente a saúde oral, assim como, proporcionar às suas crianças, pelo menos uma escovagem dos dentes no JI, atendendo a que higiene oral se apresenta como o método preventivo de referência no combate às doenças orais (DGS, 2005; SOBE, 2014).

1.2. Problemática Do Estudo

A elevada prevalência e a gravidade da cárie dentária nas crianças podem ser consideradas preocupantes, sobretudo tendo em conta a tenra idade dos afetados.

A higiene oral com um dentífrico apropriado é considerada nos dias de hoje, como um meio mais eficaz na prevenção da cárie dentária. Sabe-se ainda que, pelo estágio de desenvolvimento em que se encontram as crianças a frequentar o JI, quando promove-se práticas de higiene oral neste contexto, está-se a contribuir para a alteração de hábitos de centenas de crianças, acreditando-se que esses hábitos tendem a perpetuar ao longo das suas vidas, contribuindo, deste modo, para vidas mais saudáveis no futuro (SOBE, 2014).

Em conformidade com o que foi anteriormente referido e tendo em consideração a importância da prevenção da cárie dentária nesta faixa etária face à sua elevada prevalência, esta investigação pretende, tal como aparece explicitamente no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) “integrar a educação para a saúde e higiene no projeto educativo e efetuar uma escovagem de dentes no jardim-de-infância” (DGS, 2005, p. 12). Pretende-se através desta abordagem, promover a mudança e assimilação de práticas de higiene oral, através de uma autorresponsabilização do grupo para a necessidade da mesma (DGS, 2005).

1.3. Questão De Investigação

Tendo em conta toda a problemática acima descrita formulou-se a seguinte questão de investigação "É possível promover hábitos de higiene oral em crianças dos 3 aos 4 anos?".

1.4. Objetivos De Investigação

Este estudo apresenta como objetivo geral explorar os benefícios da implementação da higiene oral em contexto pré-escolar e, conseqüentemente analisar a importância da abordagem desta temática em contexto de jardim-de-infância.

De modo a permitir dar resposta à questão de investigação formulada foram definidos cinco objetivos específicos:

- Aferir conhecimentos, práticas e hábitos face à saúde oral do grupo;
- Promover, sensibilizar e motivar nas crianças uma correta higiene oral, recorrendo a diversos recursos pedagógicos;
- Reconhecer a importância da realização da higiene oral no quotidiano, como forma eficaz de prevenir o surgimento da cárie dentária;
- Relacionar os maus hábitos alimentares com o aparecimento da cárie dentária;
- Criar hábitos de higiene oral nas crianças.

1.5. Organização Do Estudo

Para uma leitura mais compreensível, a segunda parte deste relatório refere-se ao estudo em si e compreende cinco secções: enquadramento teórico do estudo (1), fundamentação teórica do estudo (2); metodologia de investigação adotada (3), análise e tratamento de dados (4) e por fim, as conclusões do estudo (5).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO

Nesta secção do relatório apresenta-se o aprofundamento das temáticas abordadas no estudo. Neste sentido, começa-se por breve abordagem à saúde e saúde oral (2.1); de seguida apresenta-se a cárie e a CPI (2.2); evidencia-se as consequências inerentes às mesmas (2.3), assim como, a prevenção e controlo (2.4); por fim, faz-se uma breve abordagem à Promoção de Saúde Oral (2.5) e a importância das práticas de higiene oral em contexto pré-escolar (2.6).

2.1. Saúde e Saúde Oral

“A saúde é um direito humano fundamental e um valor universal que desde há muito preocupa o Homem” (Corrondo, 2000, p. 89)

Enquanto bem precioso, a saúde tem sido definida em vários contextos e por uma multiplicidade de profissionais, levando a várias concepções sobre a mesma (Carrando, 2000). De entre as várias definições, a apresentada pela OMS em 1946, apesar de antiga é, ainda hoje, a mais divulgada. Segundo esta organização, a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a mera ausência de doença ou enfermidade” (Regra, 2005, citado por Rodrigues, 2008, p. 27). Esta definição vem de encontro com a preocupação de situar a saúde numa perspetiva positiva, dando como ultrapassado o conceito de saúde em vigor até então, na qual, esta era entendida como ausência de doença (Silva, 2002).

Contudo, esta definição foi apontada como sendo bastante vaga e idealista, na medida em que, tal como refere Silva (2002), “a vida humana é feita de tensões, dificilmente uma pessoa se sente em completo bem-estar o que não quer dizer que este não possua saúde” (p. 22). Neste sentido, esta definição foi alargada, passando-se assim a definir saúde como: “um estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença e enfermidade” (Regra, 2005, citado por Rodrigues, 2008, p. 27). Ao eliminar-se a palavra “completo” da definição da OMS, este conceito foi colocado num contexto mais dinâmico, realista e abrangente, dando-se, assim, ultrapassada a saúde como um estado em que a pessoa não está doente, mas verifica-se a capacidade de viver bem e de sentir-se bem (Silva, 2002).

Assim, quando falamos ou nos preocupamos com a saúde, devemos considerar também saúde oral, na medida em que, esta é parte integrante da mesma. Pois, tal como, referem Areias et al., (2009) “não há saúde de forma geral, sem saúde oral, sendo recíproco igualmente verdadeiro” (p. 126)

De acordo com a definição apresentada pela World Health Organization (WHO, 2012) um indivíduo é portador de saúde oral, quando está livre: de situações dolorosas na boca e na face; de situações como cancro oral e da garganta; infeções orais, apodrecimento e queda de dentes; de doença nas gengivas e outros problemas que podem limitar atividades normais do nosso dia-a-dia como falar, sorrir, mastigar, saborear, entre outros. Neste sentido, Plano Nacional de Saúde Oral (DGS, 2011) refere-se à saúde oral, como “condição essencial para que as pessoas possam comer, falar e socializar sem dor, desconforto ou embaraço” (p. 9).

Atendendo a isto, facilmente se compreende a saúde oral como uma extensão da saúde geral, dado que, a saúde oral ou a falta desta, tem implicações na saúde global do indivíduo ao interferir em capacidades que o afeta física, psicológica e socialmente, impossibilitado assim de viver bem e de se sentir bem, dando-se assim, a perda daquilo a que, segundo OMS, considera de saúde (Sheiham, 2005).

Perante esta grande relevância da saúde oral, torna-se fundamental alterar a forma “extra corporal” como a saúde da boca tem vindo a ser encarada pela sociedade, já que as doenças orais constituem um sério problema de Saúde Pública pela sua elevada prevalência e a recorrência na vida das pessoas (DGS, 2011).

Das doenças orais, destacam-se as cáries a par das periodontais, como sendo, das doenças orais mais prevalentes em todo mundo, sendo que, é na primeira infância, que estas, pela sua elevada prevalência, tem suscitado maior preocupação pelos órgãos de saúde pública, pois tal como refere Direção Geral de Saúde (DGS) “as doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil” (DGS, 2005, p. 5).

2.2. Cárie e Cárie Precoce Na Infância

Frequentemente definida como uma doença pós-eruptiva, infecciosa e transmissível, a cárie dentária é uma doença crônica, quase sempre caracterizada por uma destruição lenta e progressiva das estruturas dentárias (Costa, Pereira, Passadouro, & Specer, 2008). De etiologia multifatorial, a cárie dentária é resultante da conjugação simultânea, durante algum tempo, de três fatores: bactérias criogénicas, substrato (como a sacarose e hidratos de carbono) e um hospedeiro (dente) (Eusébio, 2009; Teixeira, 2006).

A presença de bactérias criogénicas na superfície do dente é fundamental para o desenvolvimento da cárie, pois estas são responsáveis pela fermentação da glicose, sacarose e frutose, ou seja, hidratos de carbono, através da produção de ácidos orgânicos. Ácidos estes que provocam diminuição do pH na interface placa-esmalte e conseqüentemente a dissolução/desmineralização dos dentes, levando a perda progressiva de estrutura mineral e, por vezes, a uma fase de cavitação (Areias et al., 2009). Sabe-se, contudo, que os ácidos resultantes deste processo podem ser neutralizados pela capacidade tampão da saliva, ao repor o pH da cavidade oral em aproximadamente quarenta minutos, dando-se assim início a um processo de remineralização (Areias et al., 2009). No entanto, a ingestão de hidratos de carbono antes do restabelecimento do pH na cavidade oral, torna o processo de desmineralização (perda de estrutura mineral) contínuo levando, conseqüentemente, ao aparecimento de cárie dentária. Assim, a cárie dentária é resultado da desmineralização prolongada ou repetida frequentemente, com um espaço de tempo curto demais para permitir a remineralização (Melo, Azevedo, & Henriques, 2008). Posto isto, é facilmente perceptível que a cárie dentária é um resultado do desequilíbrio entre a desmineralização, provocada pelos ácidos bacterianos e a mineralização, mediada pela saliva.

Nas crianças, por poder desenvolver-se imediatamente após o nascimento do primeiro dente, afetando assim, a dentição temporária das crianças em idade pré-escola, esta problemática é frequentemente definida por Cárie Precoce na Infância (CPI) (Areias et al., 2010). Segundo estes mesmos autores, estamos perante CPI quando uma criança com idades igual ou inferior a 71 meses (6 anos) apresenta: pelo menos um dente cariado (com ou sem cavitação); ausência de um dente devido a cárie ou a existência de uma

obturação num dente temporário (Areias et al., 2010). A primeira manifestação clínica da CPI é a presença de manchas brancas e opacas, que resulta da desmineralização superficial da área afetada. Nesta fase, somente o esmalte dentário é afetado, podendo assim, reverter-se a situação, através de uma modificação na dieta e instituição de hábitos de higiene. Face a estes procedimentos, a dentina anteriormente de consistência clara e amolecida passa a apresentar uma coloração escura e uma consistência endurecida, as chamadas cárie dentária (Melo et al., 2008).

A presença de cavidades com perda de estrutura dentária é sinal que a situação clínica já se agravou e, se não for interrompida, pode levar à destruição de toda a coroa do dente. A partir daqui o tratamento passa a ser não só preventivo, como obrigará procedimentos restauradores ou, em casos mais graves, à extração do dente (Melo et al., 2008). Para além destas manifestações reveladoras de CPI, sabe-se ainda que esta problemática pode estar na origem de outros problemas, tanto a nível cavidade oral como a nível da saúde geral, que tendem a condicionar a qualidade de vida das crianças (AAPD, 2014a).

2.3. Consequências Das Cáries Precoces Na Infância.

CPI como doença crónica comutativa é um problema que pode atingir maior complexidade e trazer sérios transtornos à saúde geral da criança, pois embora não coloque em perigo diretamente a vida, o impacto destas na qualidade de vida das crianças é considerável (Cosme & Marques, 2005).

Uma das consequências imediatas da CPI é a dor de dentes (Colares & Feitosa, 2003a). A dor de dentes pode condicionar as crianças, tanto a nível dentário como a nível geral, ao afetar atividades habituais, tais como, comer, falar, dormir e até mesmo o brincar (Feitosa, Colares, & Pinkham, 2005). Segundo Cosme e Marques (2005) a dor de dentes pode interferir a capacidade mastigatória, facto que pode levar a uma limitação na escolha de alimentos, que por sua vez, pode levar a uma falta de apetite e eventualmente a uma má nutrição. Factos, que reunidos surgem relacionados com distúrbios de sono, alterações no peso e crescimento das crianças, assim como implicações no desenvolvimento cognitivo da criança (Colares & Feitosa, 2003a; Cosme & Marques, 2005).

Quando as CPI têm como consequência a perda precoce dos dentes decíduos, para além de todas as consequências anteriormente referidas: dor; dificuldades no processo normal de alimentação; distúrbios do sono; baixos níveis crescimento e peso, a perda precoce de dentes surge ainda fortemente associada a sérias consequências para a dentição permanente (Cosme & Marques, 2005).

Na perspetiva destes últimos autores (Cosme & Marques, 2005), a perda dentária precoce pode conduzir a consequências negativas no desenvolvimento e crescimento dos maxilares, má-oclusão, apinhamento dentário e alterações na erupção dentária dos dentes permanentes. Tal resultado vai de encontro com o estudo realizado por Robker em 2008, no qual verificou-se, que a má-oclusão estaria presente em 63.6% das crianças que perderam os incisivos temporários precocemente. A ausência precoce de dentes nas crianças surge ainda associada, a problemas na articulação das palavras e defeitos no desenvolvimento da fonética na criança (Colares & Feitosa, 2003a; Matos, 2002).

Matos (2002) relacionou ainda a perda precoce de dentes, à estética da boca e esta, consequentemente, ao modo como a criança se vê e relaciona-se com os outros. Segundo este autor, os defeitos estéticos resultados da ausência de dentes (como a má oclusão dentária, a própria falta de dentes) “pioram a atitude da criança em relação a si mesma e aos outros, especialmente se esses defeitos são visíveis durante a fala e o riso” (p.12). O estudo, realizado por Feitosa, Colares e Pinkham (2005), com crianças de 4 anos de idade, evidenciou isso mesmo. Segundo este, as crianças portadoras de cáries eram mais tristes, quando comparado com as crianças livres de cárie. Este estudo revelou, ainda, que estas crianças tinham vergonha de sorrir por causa dos seus dentes, levando mesmo, em casos mais graves, ao isolamento das mesmas. Assim, para além destes fatores funcionais (como a fonação, deglutição e alimentação) a CPI pode, ainda, comprometer o envolvimento social das crianças e este, por sua vez, a qualidade de vida das mesmas (Colares & Feitosa, 2003a; Feitosa, Colares, & Pinkham, 2005).

A CPI surge ainda como condicionante ao percurso escolar das crianças. Segundo um estudo, realizado pela universidade de Pernambuco com cento e uma crianças de 4 anos de idade, constatou-se que as crianças livres de cáries apresentaram-se, em geral, mais atentos às explicações dos professores na sala de aula, com menor dificuldade na

realização das tarefas escolares, bem como, eram assíduas não apresentando faltas na pré-escolar por motivos relacionados com os dentes, o que não ocorria com crianças que possuíam cáries (Colares & Feitosa, 2003b). Também Sheiham (2005) relaciona a CPI à falta de assiduidade. Segundo este autor, nos EUA, os problemas dentários foram responsáveis por 117 000 horas de aulas perdidas por 100 000 crianças (Sheiham, 2005).

Para além destas complicações, que conferem à CPI particular importância do ponto da qualidade de vida, acresce-lhe, ainda, repercussões socioeconómicas graves já que a cárie dentária de acordo com a OMS é considerada a quarta doença mais dispendiosa de tratar em todo o mundo (DGS, 2008; Melo et al., 2006). Atendendo às consequências físicas, psicológicas, sociais e económicas que lhes estão associadas, a prevenção da CPI deverá ser assim uma prioridade (DGS, 2005).

2.4. Prevenção e Controlo Da Cárie Precoce na Infância

A severidade das consequências inerentes a esta patologia, associada à elevada prevalência das mesmas, em tão tenras idades, faz da prevenção o melhor modo de controlar a doença. Segundo autores como Cosme e Marques (2005), a CPI são facilmente preveníveis com a aplicação de várias medidas de prevenção primária, como a criação de hábitos de higiene oral, aplicação tópica de flúor, consultas regulares ao médico dentista e uma dieta saudável e pouco cariogénica.

O **controlo da dieta** apresenta-se como uma das medidas fundamentais na prevenção das cáries dentárias, uma vez que se assume de uma grande importância ao fornecer o substrato de eleição (a glicose, a sacarose e frutose/os hidratos de carbono) às bactérias cariogénicas (Biral, Taddei, Passani & Palma, 2013), sendo que, é na presença destes substratos, dá-se a acumulação intraoral de bactérias cariogénicas responsáveis pela produção de ácidos, responsáveis pela desmineralização das superfícies dentárias (Cosme & Marques, 2005; Eusébio, 2009).

Segundo um estudo, realizado em Piracicaba (Brasil) com 156 crianças, com idades compreendidas entre os 18 a 48 meses, matriculadas em creches da rede pública e privada, a maior prevalência de cáries dentária estava relacionada com a introdução precoce do açúcar na dieta (Biral et al., 2013).

Perante o exposto, é-nos facilmente perceptível o papel da dieta no desenvolvimento das cáries. Tal, justifica, por exemplo, o facto de o Continente Africano ser descrito como tendo valores mais baixos e menos graves da doença, pois provavelmente, devido ao baixo acesso a alimentos cariogénicos por parte da maioria da população (WHO, 2012).

Contudo, e de acordo com Cosme e Marques (2005), não é a quantidade de açúcares consumidos que aumenta o risco de cárie dentárias, mas sim, a forma como o açúcar é ingerido, a frequência do seu consumo e a capacidade de o açúcar aderir à superfície dentária. Segundo Melo et al., (2008) os alimentos com maior capacidade de fixação na superfície dentária (cereais, caramelo, bolachas, entre outros...) são mais criogénicos, na medida em que estes permanecem mais tempo em contacto com a superfície dentária, favorecendo deste modo, a ação de bactérias criogénicas no sentido da desmineralização do dente. Os mesmos autores (Melo et al., 2008) referem, ainda, que a saliva em condições normais, demora 40 a 45 minutos a repor o pH (defesas salivares) da cavidade oral. Nesse sentido, a ingestão de doces, entre refeições, tem maior efeito negativo, já que o pH da cavidade oral ainda não se encontra repostado, favorecendo o chamado fenómeno de desmineralização. O mesmo sucede-se com a ingestão em pequenas quantidades de açúcares ao longo do dia (Melo et al., 2008). Autores, como Cosme e Marques (2005), referem também haver uma redução do pH na cavidade oral durante o sono, o que aumenta o contacto da placa bacteriana e os dentes, favorecendo o desenvolvimento da cárie dentária.

Neste sentido, a DGS (2005) recomenda que a introdução de açúcares na alimentação e alimentos açucarados na dieta seja desencorajada, principalmente os alimentos com maior capacidade de fixação nos dentes como gomas e bolachas. Devem também evitar a ingestão de bebidas e de alimentos cariogénicos entre as refeições e antes de dormir evitando assim, longos períodos de tempo de contacto das bactérias criogénicas com a superfície dentária (Cosme & Marques, 2005; Melo et al., 2008).

Diferentes autores (Biral et al., 2013) defendem que os hábitos adquiridos na infância têm influenciam nos padrões alimentares adotados nos anos seguintes, podendo mesmo tornarem-se permanentes. Tal, reforça a importância do aconselhamento precoce relativamente aos hábitos alimentares para a prevenção das cáries em idade pré-escolar.

Outro dos métodos de grande eficácia na prevenção da cárie é a **higiene oral** (DGS, 2005; DGS, 2008). A higiene oral tem como objetivo principal eliminar e/ou dividir a placa bacteriana, que são nada mais do que depósitos moles de bactérias que se formam constantemente na superfície dos dentes e com a qual, é estabelecida uma relação com a origem da cárie dentária. Neste sentido, autores como Areias et al. (2010) refere a remoção mecânica (escovagem dos dentes) da placa bacteriana das superfícies dentárias, como uma medida fundamental no controlo da cárie dentárias (Areias et al., 2010; DGS, 2005). À medida que os primeiros dentes vão surgindo, por volta dos 6 meses, a DGS (2005), recomenda uma higiene oral duas vezes por dia, sendo uma delas antes de deitar, na medida em que, é nesta altura que dá-se uma maior concentração de bactérias cariogénicas na cavidade oral.

Na busca de uma eficaz higienização oral, a PNPSO sugere que se utilize uma escova dentária macia e de cabeça pequena, assim como um dentífrico apropriado a faixa etária e deve-se escovar dois dentes de cada vez, seguindo sempre uma sequência, garantindo deste modo, que todos os dentes são escovados e se finalize com a escovagem da língua (DGS, 2005).

É importante referir, que a higiene oral até aos 6 anos da criança é da responsabilidade dos cuidadores/pais, competindo aos mesmos, garantir a realização e supervisão, pois segundo um estudo, realizado por Costa et al. (2008) verificou-se que a vigilância da higiene oral, por parte dos pais, tem uma relação com os hábitos e a prevalência de cárie nos respetivos filhos. Segundo estes mesmos autores, o ato de lembrar e de assistir à higiene oral da criança, não reduziu o número de cáries, mas sim o ato de verificar revelou ter relação estatisticamente significativa com a escovagem diária adequada, o que por sua vez associou-se a uma menor prevalência de cárie (Costa et al., 2008). No seguimento desta ideia, Areias et al. (2010) refere que a escovagem dos dentes deve ser supervisionada pelos pais, até a criança adquirir o controlo dos movimentos finos, que se dá por volta dos 6 anos.

Contudo, autores como Cosme e Marques (2005) e Costa et al. (2008) defendem que à medida que a criança vai ganhando um maior controle dos movimentos finos, lhe deve ser dada, de modo gradual, a responsabilidade e autonomia na sua higiene oral, a

fim de que esta se responsabilize, pela sua própria higiene oral e se consciencialize da necessidade da mesma.

É de referir ainda, que a escovagem com dentífrico fluoretado é considerada hoje em dia um meio mais eficaz na prevenção da cárie dentária. Segundo um estudo, realizado em Leiria com crianças de idades compreendidas entre os 6 e os 12, evidenciou que a incidência das cáries estava relacionada com fatores como escovar os dentes, em idade precoce, nomeadamente entre os 3 anos de idade, e com a frequência da escovagem (Costa et al., 2008). Estes resultados evidenciam a importância da escovagem dos dentes com dentífrico no combate a esta problemática.

Neste sentido, a American Academy of Pediatric Dentistry refere-se à **utilização do flúor**, como um dos métodos fundamentais no controlo da cárie, tanto na população infantil como adulta, tendo este, como principal objetivo a proteção do esmalte dentário (AAPDb, 2014; Araújo, Campos, Rodrigues, Serravalle, Lima, & Araújo, 2002).

Segundo autores, como Rocha, Araújo e Araújo (2005) e ainda a AAPDb (2014), o flúor na cavidade oral é responsável pelo impedimento da desmineralização provocada pelos ácidos bacterianos e pela ativação da remineralização do esmalte dentário mantendo, deste modo, o equilíbrio mineral nos dentes e impedindo a progressão da lesão de cárie. Factos que fazem do flúor um elemento indispensável à saúde oral. Segundo Araújo (2002), podemos encontrar fluoretos em produtos como a água potável fluoretada, em sal, no leite, nas soluções de bochecho, na pasta dentífrica e ainda através de fluoretos indicados por profissionais (AAPDb, 2014; Araújo et al., 2002). Assim, a escovagem dos dentes com uma pasta dentífrica fluoretada, constitui uma forma de aplicação tópica de flúor, sendo esta recomendada pela DGS (2005).

No entanto, o uso destes dentífricos nestas idades, surge frequentemente associada ao risco de desenvolvimento de fluorose dentária, devido a toxicidade do flúor (Cosme et al., 2005). Neste sentido, DGS (2005) recomenda que até aos 2 anos utilize-se pastas dentífricas que não ultrapassem 500ppm de flúor e, entre os 2 e os 6 anos, o uso de dentífricos com 1000ppm de flúor, numa quantidade do tamanho de uma ervilha. Recomenda, ainda, que a partir dos 6 anos passe a usar-se dentífricos com uma dosagem de fluoretos com 1000-1500ppm (mg/l), com uma quantidade aproximada de um

centímetro, bem como fazer bochecho com solução fluoretada (DGS, 2005). De acordo com o exposto, estes autores ressaltam, ainda, a importância da supervisão da escovagem dos dentes, a fim de que possa regular-se a dosagem de dentífrico e se lembre as crianças para expelir a pasta de dentes (DGS, 2005).

Para além destes procedimentos, que contribuirão certamente para a saúde oral das crianças, autores como Eusébio (2009) ressaltam ainda, a importância **da consulta/visita regular ao médico dentista**, sendo esta fundamental não só para a deteção e caso necessário tratamento precoce de possíveis doenças orais, mas também e, não menos importante, para promoção da saúde oral (Areias et al., 2010; Eusébio, 2009).

De acordo, com autores como AAPD (2014a) e Areias (2009) a primeira consulta deve decorrer entre os 6 e os 12 meses de vida da criança e tem como objetivo principal a instrução e orientação, quer dos encarregados de educação, quer das próprias crianças, para o desenvolvimento de bons comportamentos e atitudes relativamente à saúde oral. Por outras palavras, e tal como refere Areias (2009), nesta primeira consulta, o médico dentista deve instruir o encarregado de educação ou responsável para a higiene oral, assim como, para a alimentar adequada, a fim de evitar futuros problemas de saúde oral.

Posto isto, podemos deduzir, que as doenças orais dependem essencialmente, de hábitos, comportamentos e estilos de vida adotados pelos indivíduos, e estes, por sua vez, dependem da informação e educação de cada individuo teve ao lhes permitir optar ou melhorar os seus comportamentos, evoluindo para um estilo de vida mais saudável. Segundo Areias et al. (2010) “A prevenção deve ser vista como base para uma educação que proporcione as condições para um ótimo crescimento, desenvolvimento e funcionamento.” (p.218).

Evidencia-se assim, a importância de promover a instrução e motivação para hábitos de higiene oral nas escolas, ao serem cada vez maiores os períodos de tempo dispensados nestes espaços, e por reunirem as condições necessárias para que os indivíduos desenvolvam e aprendam valores e atitudes sobre a saúde e higiene oral. (Almeida, Corte, Rato, Silvestre, Grande, Gil & Martins, 2005; Precioso, 2004).

2.5. Promoção de Saúde Oral

A promoção da saúde foi definida pela OMS como “processo de capacitar o indivíduo para aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la” (Barros, 2003, p. 173). Traspondo este conceito, de promoção da saúde, para a área da saúde oral, tendo por base, que esta é parte integrante da saúde geral, pretende-se com a promoção de saúde oral, que os indivíduos tenham acesso à informação, aprendam comportamentos, valores e atitudes adequados a fim de reduzirem os riscos das doenças orais (DGS, 2008).

A escola, enquanto espaço de saúde, ideal para viver e aprender, tem constituído um lugar privilegiado para a promoção da saúde oral ao possibilitar a “implementação de medidas preventivas, como hábitos de higiene bucal e dieta saudável” (Júnior & Mialhe, 2008, p. 19).

Para Faria e Carvalho (2004), a escola é um local “de excelência para o desenvolvimento de atividades no âmbito da promoção da saúde, uma vez que as crianças despendem aí muito do seu tempo diário e muitos anos do seu período de desenvolvimento físico, cognitivo e de formação pessoal e social” (p. 80). Vasconcelos, Matta, Pordeus e Paiva (2001), referem-se, ainda, à escola como um “local adequado para o desenvolvimento de programas de saúde, por reunir crianças em faixas etárias propícias à adoção de medidas educativas e preventivas” (p. 43). Aliado a isto, sabe-se que, todas as crianças frequentam o sistema de ensino, independentemente do seu nível socioeconómico, abrangendo assim uma grande parte da população (Precioso, 2004). Factos que fazem da escola, um local propício para os indivíduos aprenderem e adquirirem hábitos de higiene oral, assim como, conceitos relativos à saúde oral (Júnior & Mialhe, 2008).

Neste sentido, nos últimos anos, tem-se vindo a desenvolver vários programas de promoção da saúde oral e de prevenção das doenças orais em Portugal, dirigidos sobretudo às crianças e adolescentes, pretendendo, por meio destes, reduzir os riscos das doenças orais, aumentar a prevenção da cárie dentária neste grupo específico da população, através da aplicação de medidas preventivas eficazes, bem como a instrução e motivação para comportamentos de saúde oral adequados (DGS, 2008).

O 1º programa de saúde oral, em saúde escolar, surgiu em Portugal em 1985 sob a orientação normativa da DGS (DGS, 2008). Numa fase inicial, era um programa exclusivamente preventivo que tinha como objetivos “promover a higiene oral, a educação alimentar e aumentar a resistência do dente aos agentes agressores” e era apenas desenvolvido nos jardins-de-infância e nas escolas (Almeida, 2000, p. 295). Com o passar dos anos, este foi alargado a outros grupos prioritários e vulneráveis, como grávidas e a idosos (DGS, 2008).

Atualmente, o Plano Nacional de Promoção de Saúde oral, desenha uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais e desenvolve-se ao longo do ciclo da vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam. Este conta ainda, como instrumento principal o cheque dentista (DGS, 2005).

Assim, e tal como refere a DGS (2005), “a intervenção de promoção da saúde oral, que se inicia durante a gravidez e desenvolve-se ao longo da infância, em Saúde Infantil e Juvenil, consolida-se no jardim-de-infância e na escola, através da Saúde Escolar” (DGS, 2005, p. 1). A DGS (2008) salienta ainda, que não chega a implementação do programa, por si só, nas escolas, é necessário que este ocorra em colaboração com um conjunto diversificado de profissionais de saúde e de educação, pais e EE garantindo deste modo a eficácia dos programas (DGS, 2008).

De salientar, que programas de promoção e prevenção de cárie dentária, desenvolvidos nas escolas passam pela promoção de estilos de vida saudáveis, das quais, a escovagem dos dentes com pasta fluoretada tem recebido maior ênfase, por ser uma das estratégias com comprovada eficácia na promoção da saúde oral (DGS, 2005).

2.6. Importância Das Práticas De Hábitos Higiene e Saúde Oral Em Contexto II

Considerando a cárie dentária, como uma doença com uma forte associação a hábitos e comportamentos incorretos ou inadequados, como já foi referido neste estudo, a idade pré-escolar, devido ao seu grande potencial na formação/influência nos comportamentos futuros, assume-se como prioritária no que se refere à formação de hábitos e comportamentos de saúde oral favoráveis ao longo das suas vidas (Barros, 2003). Pois tal como referem autores como Machado, Alves e Couceiro (2011) “os primeiros anos de vida são determinantes no estabelecimento de atitudes e comportamentos que perduram ao longo da vida” (p.202).

Autores como Colares e Feitosa (2003b) salientam que na “idade pré-escolar e escolar as crianças encontram-se em pleno desenvolvimento físico e psicológico” (p.130), facto que faz destes estádios de vida essenciais e propícios à formação de hábitos e atitudes.

No seguimento desta ideia, um hábito a criar/assimilar, será higiene oral com um dentífrico fluoretada, já que este método apresenta-se em vários documentos, como o método de excelência no que se refere ao combate às doenças orais que afetam, em grande escala, a faixa infantil (DGS, 2005, 2008; SOBE, 2014).

O Ministério da Educação, através das Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar (OCEPE, 1997), esclarece que a educação pré-escolar, para além dos fins pedagógicos, tem ainda como metas, “proporcionar às crianças ocasiões de bem-estar e de segurança, nomeadamente no âmbito da saúde individual e coletiva; proceder à despistagem de inadaptações, deficiências ou precocidades e promover melhor orientação e encaminhamento da criança” (p. 16). Pressupõe-se com estes objetivos, que um profissional da educação, não esteja só concentrado no plano pedagógico da criança, mas que também abranja as várias questões relacionadas com a sua saúde e bem-estar das mesmas. Para tal, é essencial que o jardim-de-infância privilegie a Educação para a Saúde, contribuindo deste modo para o crescimento, desenvolvimento, bem-estar e a prevenção de doenças evitáveis (Precioso, 2004) como é o caso da CPI. Na educação pré-escolar, a educação para a saúde, é um dos temas transversais da área da formação

pessoal e social que se relaciona diretamente com Conhecimento do Mundo (Almeida et al., 2005, OCEPE, 1997).

As OCEPE (1997) referem-se à educação para a saúde e higiene como uma temática que deve fazer parte do dia-a-dia das crianças no jardim, devendo proporcionar às crianças oportunidade de cuidar da sua higiene e saúde e de compreender a necessidade desta prática em saúde oral. Desta forma, vai-se dando sentido ao mundo que rodeia as crianças, e conseqüentemente, formam-se hábitos e sustenta-se a mudança de comportamentos que visam a melhoria de saúde (DGS, 2005; OCEPE, 1997). De acordo com Rodrigues (2008), só com “conhecimento é que se consegue mudar comportamentos” (p.15).

Neste sentido, a Direção Geral de Saúde (2005) refere que a prática de higiene oral, deve fazer parte das rotinas das crianças no JI, efetuando pelo menos uma escovagem dos dentes no estabelecimento de educação, já que esta medida, quando realizada diariamente e precocemente, permitirá responsabilizar progressivamente as crianças para o autocuidado de higiene oral (DGS, 2005). Assim, tal como aparece explicitamente no PNPSO (DGS,2005) é importante “integrar a educação para a saúde e higiene no projeto educativo e efetuar uma escovagem de dentes no jardim-de infância” (DGS, 2005, p. 12).

Esta atividade deverá assim, fazer parte do projeto educativo do JI e ser pedagogicamente dinamizada pelos educadores de infância (DGS, 2005), assim como deve envolver os pais e especialistas da saúde para não só resolver obstáculos que possam advir, como para garantir a própria sustentabilidade do projeto. Destes, destaca-se o papel dos pais. Estes devem-se assumir como parceiros ativos do projeto, a fim de garantir um reforço da prática da escovagem dos dentes em casa dando assim, suporte à mudança comportamental e ao reforço da sua manutenção. Cosme e Marques (2005) afirmam que é “fundamental que os pais e educadores estejam coordenados, de modo a que as crianças possam aplicar e executar em casa aquilo que aprenderam na escola” (p. 46).

Resta referir que nas idades pré-escolares, a aprendizagem de comportamentos, de conhecimentos ou de conceitos processa-se com maior facilidade com recurso ao lúdico.

Pois, tal como refere Colares e Feitosa (2003b) “é através da brincadeira, das suas relações com os familiares e das atividades proporcionadas a estas, cruciais para que haja aprendizagem” (p.130). Deste modo, e tal como refere Costa e Marques (2005), é importante que os estabelecimentos de ensino optem, como estratégia, atividades de carácter lúdicas que permitam, simultaneamente, contribuir para a promoção da saúde oral, instruindo e estimulando as crianças para hábitos corretos de higiene oral.

No que diz respeito à higiene oral das crianças, é importante que o educador proporcione experiências que integram a aprendizagem pela ação, pelas quais as crianças possam retirar delas significados através da reflexão, pois tal como referem as OCEPE (1997), as crianças devem ser entendidas como sujeitos curiosos, que buscam conhecer a sua realidade e constroem os conhecimentos através da exploração do mundo que as rodeiam, dando deste modo, sentido ao mesmo. Colares e Feitosa (2003b) referem, ainda, que “a criança aprende através da sua relação com o mundo e com as outras pessoas, adultos e crianças” (p. 130). Acrescentam ainda, que “sendo através da brincadeira, das suas relações com os familiares e das atividades proporcionadas a estas, cruciais para que haja aprendizagem” (Colares e Feitosa, 2003b, p. 130). Reforçando-se assim a importância da implementação destas práticas de higiene oral no JI.

3. METODOLOGIA ADOTADA

Nesta secção é apresentada a metodologia adotada para a realização deste estudo. Para facilitar a sua compreensão e organização optou-se por dividir em seis subsecções, sendo elas: fundamentação metodológica adotada (3.1); o desenho do estudo: Investigação-ação (3.2); participantes no estudo (3.3); os instrumentos de recolha de dados (3.4); o processo de tratamento de dados (3.5) e por fim, plano de ação (3.6).

3.1. Fundamentação Da Metodologia Adotada

Para a realização do estudo foi adotado um paradigma, apoiado numa metodologia qualitativa de natureza interpretativa. A adoção desta metodologia prende-se com o facto de esta ser a metodologia mais adequada para a compreensão dos problemas e para a análise de comportamentos, atitudes ou convicções face a todos os aspetos em estudo (Fernandes, 1991). Deste modo, e segundo Bogdan e Biklen (1994), a investigação qualitativa tem como base cinco características:

- A fonte direta de dados é o ambiente natural, desempenhando o investigador um papel muito importante nessa recolha. Para os investigadores qualitativos, o comportamento humano é influenciado pelo contexto onde ocorre, assim, é essencial que o investigador tenha um conhecimento profundo dos locais em estudo para melhor conhecer o contexto natural. Para o efeito, os investigadores utilizam instrumentos de recolha de dados diversificados, sendo crucial que estes frequentem os locais em estudo para melhor complementarem e cruzarem a informação recolhida por esses instrumentos.
- Os dados recolhidos devem ser de carácter descritivo, potencializando a análise de pista que permite uma melhor compreensão do objeto de estudo. Para o feito, o investigador deve recolher o máximo de dados possível, seja recorrendo a registos audiovisuais ou a desenho e anotações, relativamente ao comportamento observado, para que nenhum detalhe escape à investigação;
- Os investigadores qualitativos centram-se no processo e não nos resultados finais, ou seja, o investigador foca-se na influência dos procedimentos, nas interações diárias e

sua influência nas mudanças dos referidos contextos e não propriamente no resultado final;

- Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva, isto é, a direção do estudo só começa a estabelecer-se à medida que vai recolhendo e examinando os dados, construindo paralelamente as conclusões e teorias;

- Os investigadores dão significado às diferentes perspetivas dos participantes, pois interessa a estes saber a forma como cada pessoa dá sentido à vida em particular, com o objetivo de perceber a sua linha de pensamento (Bogdan & Biklen, 1994).

Autores como Martens (2010), Bogdan e Biklen (1994), entre outros, referem que o investigador que opte por esta metodologia deve apoiar-se numa maior diversificação dos procedimentos metodológicos, tais como, o inquérito por entrevista e questionário, fotografias, registos audiovisuais, notas de campo (como um diário de bordo), narrativas, entre outras técnicas, que considere necessário para um melhor aprofundar dos dados recolhidos, tornando-os, deste modo, mais consistentes e diminuindo assim a subjetividade que lhe poderá estar associada.

Com este estudo pretende-se melhorar/promover hábitos de saúde, com principal enfoque nos hábitos de higiene oral das crianças. Considerou-se a investigação-ação o desenho mais adequado para o presente estudo, uma vez que, esta está direcionada para a mudança e melhoria das práticas, tendo como principal objetivo a melhoria dos resultados e facilitar as aprendizagens dos participantes no estudo, bem como possibilita a inclusão e participação de todos os participantes (Fernandes, 2006). Este mesmo autor refere, ainda, que estudos desta natureza criam espaço de reflexão a partir de questões educativas em contextos específicos, dado que leva a refletir e a melhorar a ação centrada na prática, levando assim à eficácia dessa prática. De seguida apresentamos mais detalhadamente o desenho da investigação-ação.

3.2. O Desenho Do Estudo: Investigação-Ação

O desenho de investigação no qual se apoia este estudo é o da investigação-ação, uma vez que foi considerada a mais adequada perante a problemática em análise. A investigação-ação, tal como o nome indica, apresenta dois aspetos muito relevantes, o de investigar e o de agir. Segundo Dick (2000, citado por Fernandes, 2006) no que se refere

ao primeiro aspeto (investigação) tem como objetivo aumentar a compreensão do objeto em análise, por parte do investigador, relativamente ao segundo aspeto (ação) tem como objetivo obter mudanças numa comunidade, organização ou programa. Neste sentido, ao reunir estes dois termos, obtém-se a expressão investigação-ação que, para Bogdan e Biklen (1994), “consiste na recolha de informações sistemáticas com o objetivo de promover mudanças sociais” (p. 292).

Autores como Fernandes (2006) referem que a investigação-ação, para além de focar-se em toda uma mudança, tem por objetivo a resolução dos problemas reais, num determinado contexto ou minimiza-los, visando a sua transformação e, desta forma, a produção de novos conhecimentos resultantes dessa mesma ação.

Autores como Bogdan e Biklen (1994) atribuem à investigação-ação cinco características fundamentais: participativa e colaborativa, uma vez que conta com a participação de todos os intervenientes no processo; prática e interventiva, pois não se limita à teoria, preocupa-se com a descrição e intervenção no contexto; cíclica, já que envolve um processo em espiral que apela à prática; crítica, uma vez que a comunidade de participantes para além de procurar melhorias, também, contribui para o processo de mudança; e auto avaliativa, pois existe uma continuidade nas avaliações, para depois proceder-se a adaptações e novas avaliações das mesmas.

Tal como foi referido anteriormente, a investigação-ação é cíclica, iniciando-se na identificação/reformulação do problema, seguindo-se da ação e análise da mesma e termina com a avaliação da ação, retomando de novo esse ciclo caso necessário. Autores como Santo, Morais e Paiva (2004, citado por Fernandes, 2006) expõem o processo cíclico das fases que estão presentes na investigação-ação em espiral, recorrendo à espiral autorreflexiva lewiniana (Figura 8).

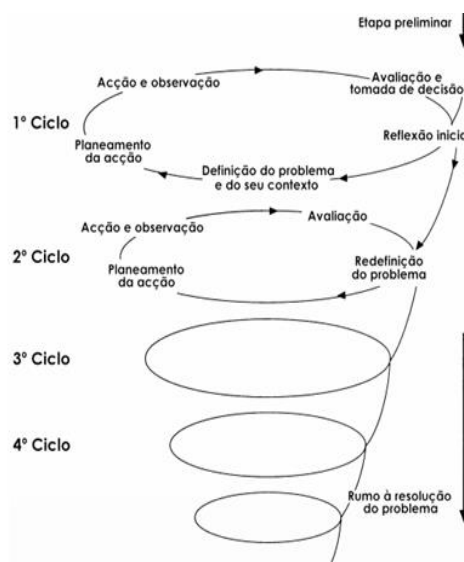


Figura 8: Espiral de investigação-ação (Morais Paiva & Santos, 2004, citado por Fernandes, 2006, p. 75).

Analisando a espiral autorreflexiva, podemos afirmar que a investigação-ação é dinâmica, dado que define o problema e o plano de ação, passando depois para a ação, que posteriormente será submetida à observação. De seguida, é feita a avaliação e a reflexão sobre o ocorrido, e quando o problema ainda não está resolvido inicia-se um novo ciclo de ação (Matos, 2004, citado por Fernandes, 2006).

Neste sentido, a investigação-ação desenvolve-se segundo um processo sistemático de aprendizagem composto por uma espiral de cinco passos:

1. Planear: reflexão sobre a sua experiência e a dos outros; observação; avaliação das práticas e decisões sobre o que mudar ou não;
2. Agir: pesquisa no terreno; observação e registo;
3. Refletir: análise crítica das observações e resultados;
4. Avaliar/validar: descrição e análise dos dados;
5. Dialogar: partilha sucessiva de pontos de vista e conclusões com colegas e amigos (Esteves, 2008, p. 82).

Em contexto escolar e de sala de aula, para autores como Froufe Quintas (1998, citado por Fernandes, 2006), a investigação-ação pode auxiliar o professor/educador na sua intervenção junto do grupo, ao permitir desenvolver e melhorar estratégias e métodos de trabalho, tornando, deste modo, a sua intervenção junto do grupo mais adequada. A este respeito, Matos (2004, citado por Fernandes, 2006) refere ainda que aliar a investigação-ação à prática educativa, permitirá uma crescente tomada de consciência por parte do professor/educador, relativamente aos problemas em contexto sala de aula, e definir, perante estes, a sua intervenção. Facto que faz da investigação-ação uma metodologia eficaz ao permitir ao investigador analisar as práticas, refletir sobre elas e atuar de modo a alterar essas práticas, a fim de as melhorar. Assim, orientada para a mudança e melhoria da prática, a investigação-ação tem como objetivo melhorar os resultados obtidos e facilitar as aprendizagens dos envolvidos nos estudos (Fernandes, 2006). Dado se pretender melhor hábitos de saúde e higiene oral alterando as práticas de um grupo de crianças com 3 anos, considerou-se a investigação-ação o melhor desenho para este estudo.

3.3. Participantes No Estudo

Este estudo foi realizado com um grupo de crianças heterogéneo, na medida em que era constituído por crianças que até à data do início da recolha de dados (abril de 2014) apresentavam idades compreendidas entre os 3 e 4 anos idade. O grupo era constituído por dezasseis crianças, embora neste estudo só tenham participado treze, tendo sido excluídas três crianças por falta de assiduidade, o que impedia uma recolha sistemática de dados. O grupo de estudo era assim composto por treze crianças, das quais, oito eram do género masculino e cinco do género feminino. De modo a garantir o anonimato das crianças, optou-se por atribuir uma codificação a cada uma delas. O quadro 2 apresenta a lista de códigos das crianças, assim como o género e a respetiva idade de cada criança, à data do início da recolha de dados (março de 2014).

Quadro 2:

Codificação das crianças participantes no estudo

Género	Código das crianças	Idades
Masculino	GM	3 Anos
Masculino	FS	3 Anos
Masculino	DP	3 Anos
Masculino	LQ	3 Anos
Masculino	DS	3 Anos
Masculino	EL	3 Anos
Masculino	ME	4 Anos
Masculino	MC	3 Anos
Feminino	IP	4 Anos
Feminino	FR	3 Anos
Feminino	SA	3 Anos
Feminino	SO	3 Anos
Feminino	AB	3 Anos

3.4. Os Instrumentos De Recolha De Dados

Bogdan e Biklen (1994) referem-se à recolha de dados como os “materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar” (p. 149).

Relativamente aos instrumentos de recolha de dados, Tuckman (1994) refere que podem ser utilizados num processo três tipos de instrumentos: inquérito por entrevista ou questionário, que pode ser aplicado a diversas pessoas ou participantes que estão envolvidas no estudo; documentos, tais como, ata de encontro, relatos de jornais, autobiografias ou testemunhos; e a observação dos fenómenos em ação.

Segundo autores como Tuckman (2005) o objetivo da recolha é obter dados que permitam dar resposta às questões de investigação. Neste sentido, a recolha de dados neste estudo foi exclusivamente efetuada pelo investigador e no contexto educativo, apoiando-se essencialmente: na observação participante na sala de atividades; em notas de campo; inquérito por entrevistas; quadro de registo de higiene oral; grelha de observação focada; e em gravações áudio, vídeo e registos fotográficos. De seguida especifica-se a aplicação de cada um destes instrumentos.

3.4.1. Observação participante

Para Reis (2011), “a observação desenha um papel fundamental na melhoria da qualidade do ensino e da aprendizagem, constituindo uma fonte de inspiração e motivação e um forte canalizador de mudança social” (p. 11).

Na perspetiva de Bogdan e Biklen (1994), a observação é a melhor técnica de recolha de dados. De acordo com Máximo-Esteve (2008) “a observação permite o conhecimento direto dos fenómenos, tal como, eles acontecem num determinado contexto” (p. 87). Relativamente a Afonso (2005), este defende esta posição, caracterizando-a como “uma técnica de recolha de dados particularmente útil e fidedigna, pois a informação obtida não encontra-se condicionada pelas opiniões e ponto de vista dos sujeitos” (p.91).

Segundo Reis (2011) a observação pode ser utilizada em diferentes situações e com diferentes propósitos: apresentar competências, diagnosticar uma dificuldade, testar possíveis soluções para o problema, estudar opções para alcançar objetivos curriculares, avaliar o empenho, determinar metas de progresso e avaliar o desempenho.

Neste sentido Máximo-Esteves (2008) refere-se à observação como um instrumento muito significativo para a investigação qualitativa pois, permite ao investigador, compreender um determinado contexto através da observação das interações dos participantes. Por outras palavras, as observações constantes do professor/investigador, no ambiente natural dos alunos (contexto sala), contribuí muito para a compreensão das ações (quase sempre espontâneas) por eles levadas a cabo aquando da realização das tarefas. Relativamente ao papel, à relação e ao comportamento do observador, Patton (2002), salienta, que este pode ser:

- Participante completo, que é um elemento integrante envolvido no grupo e simultaneamente observador;
- Observador completo, que se limita a observar o grupo em estudo sem intervir;
- Observador participante, que representa uma situação intermédia face às apresentadas anteriormente, já que as suas atividades e funções são conhecidas do grupo, há interação direta com os participantes de modo aprofundar tanto quanto possível os seus conhecimentos sobre as perspetivas dos sujeitos, mas sem exercer controlo sobre as mesmas, permitindo deste modo um decorrer natural dos acontecimentos. Para Bogdan e Biklen (1994) a observação participante é a melhor técnica de recolha de dados neste tipo de estudos (p. 90).

De acordo com Reis (2011), a observação pode ser apoiada por diferentes instrumentos, nomeadamente, grelha de observação de fim aberto, grelha de observação focada, listas de verificação, escalas de classificação, mapas de registo, entre outros. Assim sendo, nesta investigação, a observação é caracterizada como observação participante, uma vez que a investigadora tem um papel ativo, envolvendo-se diretamente com os investigados. Ao longo do estudo, dirigimos as observações para as crianças em estudo, a fim de registar atitudes e reações por elas manifestadas durante a realização das tarefas, bem como momentos relevantes para o estudo. Para proceder ao registo foram utilizados um leque variadíssimo de técnicas de recolha de dados, tais como: filmagens, fotografias e notas de campo realizadas ao longo de todas as atividades desenvolvidas no estudo, que vieram a complementar a observação. As práticas de higiene oral em contexto no JI, para além das técnicas de recolha de dados mencionadas

anteriormente, foram ainda complementadas com a aplicação de um quadro de registo de higiene oral e uma grelha de observação focada, com as quais se obtiveram dados diários, relativamente à motivação, iniciativa, autonomia e prática de higiene oral.

3.4.2. Notas de campo

Segundo Bogdan e Biklen (1994) as notas de campo são o “relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha” (p. 150). Para Afonso (2005) estas notas têm como objetivo apoiar o desenvolvimento da investigação e avaliar as hipóteses explicativas do fenómeno em estudo. Neste sentido, as notas de campo não devem descrever somente o que acontece durante a sessão, mas também o porquê e os seus motivos, incluindo, se possível, reflexões e conclusões relativas à descrição. Relativamente às notas de campo, Bogdan e Biklen (1994) referem-nas como um “diário pessoal que ajuda o investigador a acompanhar o desenvolvimento do projeto, a visualizar como é que o plano de investigação foi afetado pelos dados recolhidos e a tornar-se consciente de como ele ou ela foram influenciados pelos dados” (p. 151).

Neste sentido, e tal como foi referido anteriormente, estas notas foram utilizadas não só como material de reflexão sobre a prática, assim como, foram utilizadas para complementar a informação proveniente de outros métodos de recolha de dados. As notas de campo permitiram assim, enriquecer a investigação.

3.4.3. O inquérito por entrevistas

Para Bogdan e Biklen (1994), “uma entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas, embora por vezes possa envolver mais pessoas, dirigida por uma das pessoas com o objetivo de obter informação sobre a outra” (p.134). Segundo os mesmos autores, as entrevistas qualitativas variam quanto ao grau de estruturação, desde as entrevistas estruturadas até às entrevistas não estruturadas e semiestruturadas. As entrevistas estruturadas consistem na interação entre entrevistador e entrevistado, no qual o investigador segue um guião constituído por questões fechadas com base num conjunto de perguntas pré-estabelecidas, as entrevistas não estruturadas são abertas e, dada a sua natureza qualitativa, as perguntas surgem com o decorrer da interação entre os dois agentes (entrevistador e entrevistado) e desenvolvem-se de acordo com os

objetivos definidos, o que faz do entrevistado o condutor da entrevista, já que as questões são colocadas de acordo com o que o entrevistado responde, permitindo deste modo um maior aprofundamento do estudo. Nas entrevistas semiestruturadas, apesar de existir um guião previamente preparado com algumas questões de aprofundamento, é caracterizada por uma grande flexibilidade quanto à sua sequência e aos conteúdos da conversa, podendo surgir inclusivamente novas questões, são mais livres e exploratórias (Bogdan & Biklen, 1994).

Neste estudo, foram aplicadas três entrevistas, das quais optou-se pelas entrevistas semiestruturadas por parecem mais adequadas para este estudo e por permitirem maior segurança ao investigador. Todas as entrevistas foram construídas tendo por base um guião, apoiado em questões gerais que pretendiam, essencialmente, identificar diferentes comportamentos, práticas e conhecimentos dos participantes no estudo face à temática higiene e saúde oral. Neste sentido, no estudo foram aplicadas três entrevistas: uma às crianças participantes (quadro 3) e duas aos EE, aplicadas em momentos distintos (no início e final do estudo). Assim, a primeira entrevista foi colocada às crianças no início do estudo, pela qual se pretendeu, essencialmente, recolher dados sobre a utilização dos serviços de saúde; os hábitos, comportamentos e atitudes das crianças em relação à sua saúde oral, e percepções de cada uma das crianças acerca da temática.

Quadro 3:
Guião de entrevistas às crianças

Informação recolhida	Questões
Utilização dos serviços de saúde.	Alguma vez visitaste o médico dentista?
	E porque é que foste ao médico dentista?
	Alguma vez tiveste dores de dentes?
Atitudes, comportamentos e hábitos higiene oral das crianças.	Costumas escovar os dentinhos?
	Em que momento do dia escovas os dentes?
	Costumas ter ajuda para lavar os dentinhos?
	Tu lembras-te de escovar os dentes ou é a mãe ou o pai que te lembra?
Informações sobre percepções e conceções de cada criança acerca da saúde oral.	Como podemos proteger os dentes?
	Achas importante lavar os dentes?
	A teu ver, porque é que devemos lavar os dentes?
	Qual é a função do médico dentista?
	Sabes o que é uma cárie dentária?

A segunda e terceira entrevista, tal como já foi referido, foram aplicadas aos EE em dois momentos distintos (início e final do estudo). Assim, na primeira entrevista aos EE (quadro 4) procuramos, numa primeira fase, apurar a aprovação dos EE para a implementação do estudo no JI dos seus educandos, e numa segunda fase pretendeu-se apurar quais as atitudes, práticas e hábitos de higiene oral dos seus educandos.

Quadro 4:

Guião de entrevista aos encarregados de educação no início do estudo

Informação recolhida	Questões
Aprovação dos EE para a implementação do estudo no JI.	Concorda que sejam desenvolvidas práticas de higiene oral no JI?
Atitudes, práticas e hábitos de higiene oral dos seus educandos.	Costuma lembrar o seu filho que tem que escovar os dentes?
	Quais são os momentos do dia, em que o seu filho efetua a escovagem dos dentes?
	O seu educando gosta de escovar os dentes?
	O seu educando alguma vez demonstrou resistência em escovar os dentes?
	Costuma ajudar e/ou verificar a escovagem dos dentes?
	Alguma vez recorreu ao médico dentista com o seu educando?
	Se sim, por que motivo?

Os dados recolhidos com estas duas primeiras entrevistas (as crianças e EE) foram triangulados a fim de averiguar-se a veracidade dos mesmos. Para autores como Denzin e Lincoln (2006, citado por Fígaro, 2014) a triangulação é um caminho viável para a avaliação da investigação. Segundo este autor, o uso de vários instrumentos e a triangulação de dados reflete uma tentativa de garantir uma compreensão em profundidade do fenómeno em questão. A terceira, e última, entrevista (quadro 5) dirigida aos EE das crianças tinha como objetivo principal aferir o impacto das intervenções ao nível da saúde oral no dia-a-dia das crianças, assim como, obter a opinião dos EE em relação à temática abordada no contexto de JI.

Quadro 5:

Guião de entrevista aplicado aos EE no final do estudo

Informação recolhida	Questões
Impacto das intervenções ao nível da saúde oral no dia-a-dia das crianças	O seu educando partilhou consigo alguma das atividades desenvolvidas neste âmbito?
	Qual foi a atividade que partilhou consigo?
	Nos últimos tempos notou diferenças na postura do seu educando em relação a esta temática?
	Se sim, em que situações?
Opinião dos EE em relação à temática abordada	Quais são os momentos do dia, em que seu filho efetua a escovagem dos dentes?
	Na sua opinião, há algum conteúdo ou atividade que gostaria que fosse mais aprofundada ou que se continuasse a abordar em contexto escolar?
	Na sua opinião, acha importante a promoção da prática de higiene oral nestas idades?

3.4.4. Gravações áudio, vídeos e registos fotográficos

As gravações áudio, vídeo e os registos fotográficos são técnicas que podem ser utilizadas em investigações qualitativas que, na perspetiva de Bogdan e Biklen (1994), fornecem à investigação fortes e importantes dados descritivos.

Para autores como Bogdan e Biklen (1994) e Patton (2002) estas técnicas permitem captar evidências, que por vezes não são perceptíveis através de outros métodos, conseguindo uma maior informação sobre o comportamento dos participantes bem como respetivas interações. Dada a dificuldade na recolha de dados inerentes a um observador participante e auxiliar a captação de momentos importantes, considerou-se, que a opção por estas técnicas de registo seria o ideal no presente estudo. Assim, ao longo deste estudo, foram efetuados vários registos, áudio e vídeo, assim como registos fotográficos que permitiram, posteriormente, uma análise mais detalhada das atividades. Permitiram, ainda, o registo de alguns pormenores que, em grande grupo, passaram despercebidos na observação, funcionando, assim, como complementares de outros instrumentos da recolha de dados. Salienta-se que para o uso destes recursos foi realizada, previamente, uma autorização aos EE das crianças, a fim de efetuar-se estes registos e posterior utilização dos mesmos no presente estudo.

3.4.5. Quadro de registo de higiene oral

Como instrumento de recolha de dados foi construído e aplicado um quadro de registo da higiene oral no cantinho da higiene oral (Figura 9). O registo da atividade era efetuado, por todas as crianças, após a escovagem dos dentes em contexto escolar. Aqui as crianças eram convidadas a registar a escovagem dos dentes efetuada, não só em contexto de JI (após o almoço), como também em casa (antes de dormir/à noite). Este registo contínuo do grupo possibilitou uma análise diária dos hábitos de higiene oral de todos os participantes no estudo, possibilitando, a partir destes dados, despertar uma prática diária de higiene oral em todas as crianças.




Figura 9: “Quadro de Higiene oral”

3.4.6. Grelha de observação focada

Segundo Reis (2011), a grelha de observação focada centra-se num foco de observação específico: dinamização da aula, conteúdo da aula e ambiente de sala de aula e apresenta para cada um, indicadores de competências (p. 45).

Assim, a grelha de observação focada (Figura 10) foi utilizada, exclusivamente, no cantinho da higiene oral pretendendo-se, com esta, identificar o grau de autonomia das crianças, assim como, a iniciativa relativamente à tarefa. Pretendeu-se, ainda, registar os hábitos de higiene oral praticados em contexto familiar no período da noite, através do quadro de registo de higiene oral (Figura 910). A fim de que, no final do estudo, fosse possível apurar o contributo do mesmo na promoção de hábitos higiene oral nas crianças.

**Grelha de observação focada
Higiene Oral**


Faculdade de Ciências
Escola Superior
de Educação

Local de observação: _____			Data de observação __/__/__													
Hora de observação _____			Identificação das crianças ausentes: _____													
Dimensão de observação	Itens observados	Evidências	Códigos das crianças													
			MC	AB	IP	GM	FR	SO	SA	DP	FS	LQ	EL	DS	ME	
Autonomia	Solicita ajuda de um adulto	Sim														
		Não														
	Necessita ajuda de um adulto	Sim														
		Não														
Coloca pasta na escova autonomamente	Sim															
	Não															
Iniciativa	Lembra-se que tem que escovar os dentes	Sim														
		Não														
Práticas de higiene oral*	Referência escovar os dentes (noite)	Sim														
		Não														
Notas:																

Figura 10: Grelha de observação focada ao cantinho da higiene oral

3.5. Plano De Tratamento De Dados

O tratamento de dados teve, por base, a análise de informação resultante da aplicação de todos os materiais de recolha de dados referidos anteriormente. Assim sendo, foi aplicada uma análise pormenorizada de conteúdos aos dados recolhidos durante o estudo, a partir dos quais se definiram categorias de análise emergentes, criaram-se tabelas e gráficos sempre que possível, a fim de permitir uma melhor sistematização dos dados através da frequência relativa e absoluta, presentes nas mesmas. A fim de permitir, uma melhor compreensão dos dados, estas tabelas foram seguidas de curtas conclusões, fundamentadas e com cruzamento de dados, a partir das quais se pretendeu tornar a compreensão esclarecedora.

Todas estas faces vão de encontro com o que refere Tuckman (1994), pois este nomeia oito fases importantes a desenvolver para a organização dos dados, nomeadamente:

- A utilização dos dados recolhidos para utilizar na sua própria classificação;
- A identificação dos exemplos para cada categoria, de modo a que fique mais clara a classificação de circunstâncias futuras;
- A criação de definições abstratas de categorias, com os respetivos critérios de classificação das mesmas;
- A utilização das definições abstratas, como guia para a recolha de dados e para a reflexão teórica;
- A procura de categorias adicionais;
- A procura das relações existentes entre as diferentes categorias, construindo hipóteses acerca dessas ligações e dar-lhes continuidade;
- A determinação de condições, segundo as quais decorrem as relações entre as categorias;
- O estabelecimento de conexões entre os dados categorizados e as suas teorias existentes, caso se verifique.

3.6. Plano De Ação

Para este estudo foram pensadas várias atividades enquadradas na temática “higiene oral”. Tendo como objetivo principal promover hábitos de higiene oral nas crianças, munindo-as de saberes e valores, a partir de experiências enriquecedoras, que lhes permitissem ser mais autónomas e responsáveis pela sua própria higiene e saúde oral, traspondo posteriormente, esses mesmos saberes adquiridos ao longo das suas vidas. Para tal, e tendo em conta o grupo em questão, foram realizadas um leque de atividades onde pretende recorrer-se, essencialmente, ao lúdico e à imaginação, a fim de reforçar saberes e motivar o grupo para a temática saúde oral e a higiene oral em particular. Nesse sentido, no quadro seguinte (quadro 6), são apresentadas todas as tarefas que se pretende realizar ao longo do estudo, assim como a calendarização das tarefas e a duração prevista para a concretização das mesmas.

Quadro 6:

Calendarização e duração das tarefas a desenvolver.

Atividades	Data da Realização
“Visita ao dentista”	17 de março
Inquéritos por entrevista efetuados às crianças	17, 18 e 19 de março
Inquéritos por entrevista efetuados aos EE	18 e 19 março
“O Tomás e o seu dente”	31 de março
“Vamos aprender a escovar os dentinhos?”	31 de março
Higiene oral em contexto no JI	1 de abril a 18 de junho
Música: “Eu já lavo os dentes”	1 de abril a 18 de junho
“A bruxinha que voava numa escoa de dentes”	22 de abril
“O Dente saudável e o não saudável”	22 de abril
Atividade experimental: “Ação dos açúcares e ácidos bacterianos nos dentes”	23 de abril
Visita à ACEP “exposição sobre a Higiene oral”	5 de maio
Atividade experimental: “Função da Pasta dentífrica nos dentes”	19 de maio
Apresentação da história: “A Capuchinho Vermelho e o Lobo que não lavava os dentes”	2 de junho
Teatro “A Capuchinho Vermelho e o Lobo que não lavava os dentes”	27 de junho
Inquéritos por entrevista efetuados ao EE	16 a 18 de junho

De seguida, são apresentadas todas as atividades, uma a uma, no qual será efetuada referência aos objetivos, aos materiais utilizados para a realização da mesma, a sua organização, a descrição de cada uma dessas mesmas atividades e o tempo previsto para a sua concretização.

3.6.1. Atividade “Visita ao dentista”

Objetivos:

- Despertar o grupo para a temática “higiene oral/saúde oral”;
- Estimular para a higiene oral, no sentido de a promover;
- Promover a aquisição/melhoria de conhecimentos, atitudes e valores sobre saúde e higiene oral.

Objetivos específicos:

- Contactar e explorar um “novo” espaço – o consultório do médico dentista;
- Procurar desmistificar medos e receios em relação ao médico dentista;
- Fazer um exame intraoral individual, permitindo detetar eventuais cáries;
- Dialogar em grande grupo para descobrir e partilhar experiências relacionadas com os hábitos;
- Dialogar em grande grupo para explorar e descobrir experiências, permitindo a expressão de sentimentos e emoções face a esta vivência.

Material:

- Transporte para as crianças;
- Médica dentista.

Descrição: A primeira sessão deste programa de intervenção consistiu na “visita ao Dentista”, na qual procurou-se proporcionar, a muitos dos casos, viver uma nova experiência, onde procurou-se ajudar as crianças a estabelecerem com estes profissionais de saúde uma relação de maior confiança, ao mesmo tempo que realizavam um check-up dentário, a fim de detetar eventuais problemas orais. Pretendia-se de igual modo, com esta visita ao dentista, focar a necessidade de consultar um dentista com regularidade e consequentemente a correta e diária escovagem dos dentes. Já na escola houve um momento de diálogo em grande grupo, que possibilitou às crianças a oportunidade de expressarem os seus sentimentos e apreciações perante a visita ao consultório dentista.

3.6.2. Atividade “O Tomás e o seu dente doente”

Objetivos:

- Despertar o grupo para a temática “higiene oral/saúde oral”;
- Estimular para a higiene oral, no sentido de a promover;
- Explicitar a importância da higiene oral para a saúde oral;
- Promover a aquisição/melhoria de conhecimentos, valores e atitudes sobre saúde e higiene.

Objetivos específicos:

- Dialogar em grande grupo para descobrir e partilhar experiências relacionadas com os hábitos de higiene oral;
- Predizer acontecimentos da narrativa;
- Aumentar o campo lexical relacionado com a temática “higiene oral”: Cáries, pasta de dentes, lavagem dos dentes, micróbios;
- Discutir hábitos corretos e incorretos no que se refere à saúde oral;
- Identificar situações propícias ao desenvolvimento de cáries.

Material:

- História (Anexo 1);
- Fantoques (Figura 11);
- Fantocheiro;
- Guião da história.



Figura 11: Fantoques

Organização: Grande Grupo

Descrição: A estagiária dará início a um diálogo, em grande grupo, de modo a introduzir a atividade que se segue. Para tal, será efetuada uma curta referência à visita ao dentista, realizada na semana anterior, através de um curto diálogo, no qual serão levantadas questões tais como: “Lembram-se a onde fomos na semana passada?” “Era Doutora do quê?” “O que ela tratava?” “Como se chamam os médicos que tratam dos nossos dentinhos?” “Já alguma vez tinham ido ao médico dentista?” “Gostaram da dentista?” “Ela deu, a cada um de vocês, uma prendinha no final. O que era?” “Para que serve a pasta de dentes?” “Vocês lavam os dentinhos?” “Porque é que devemos lavar os dentes?” “O que acontece aos dentes quando não são lavados?”. Após recolher as

previsões das crianças, acerca da temática da saúde oral e a higiene oral em particular, será dado início à atividade de promoção da saúde oral, apresentando ao grupo, o título da história e questionando-o, posteriormente, sobre o que lhe sugere. Posto isto, e após uma breve troca de ideias, será dado início ao teatro “O Tomás e o seu dente doente”. “O Tomás e o seu dente doente” trata-se de uma história relacionada com a saúde oral infantil, onde serão abordados os tópicos essenciais para a manutenção da saúde oral, nomeadamente a higiene oral, a alimentação, a utilização de fluoretos e as visitas ao médico dentista. A fim de incentivar a imaginação das crianças, serão utilizados fantoches referentes às diferentes personagens da história (Figura 11). Ao longo da dramatização, o grupo será convidado a participar na história, respondendo a algumas questões que vão sendo colocadas pelas próprias personagens da história, envolvendo, deste modo, o grupo na mesma. Após a leitura dramatizada da história, será estabelecido um diálogo, no qual será privilegiada a participação individual. Neste, serão levantadas questões de interpretação literal, tais como:

- Como se chamava o menino, dono do dente?
- Lembram-se para que serviam os dentes? Era só para mastigar os alimentos?
- Por que é que o dente estava irritado com o Tomás?
- Que nome tinha aquela mancha no dente?
- O que é que o Tomás podia fazer para resolver a sua dor de dentes?
- Por quem era os amigos do dente?
- Para que servia a escova e a pasta?
- E o dentista? O que faz o dentista?

Questões de compreensão inferencial.

- Todos os Meninos lavam os dentes?
- E porque é que devem lavar os dentes?
- Será que só as crianças é que devem lavar os dentes?
- Será que os adultos têm o mesmo número de dentes que as crianças?

Esta última questão será o ponto partida para a atividade seguinte: Maqueta da boca de uma criança.

Tempo Previsto: 20 minutos.

3.6.3. Atividade “Vamos aprender a escovar os dentinhos?”

Objetivos gerais:

- Contactar e explorar diferentes materiais/utensílios de saúde e higiene;
- Fomentar/aperfeiçoar a técnica de escovagem dos dentes;
- Promover a aquisição/melhoria de conhecimentos, valores e atitudes sobre saúde e higiene.

Objetivos específicos:

- Compreender a função, forma e modo de utilização de cada utensílio da higiene oral;
- Escovar os dentes, com o recurso à técnica de escovagem “a seco”, de acordo com as etapas previstas no PNPSO (DGS, 2005);
- Experimentar a técnica de escovagem adequada.

Material:

- Maquete referente a uma dentição de uma criança (Figura 12);
- Utensílios para a realização da higiene oral (escova e pasta) (Figura 12);
- Imagens referentes às diferentes etapas previstas no 2011 (DGS, 2005) para a realização da higiene oral (Figura 13).

Organização: Grande grupo e individual.

Descrição: Colocando uma maquete referente a uma dentição de uma criança no meio da manta (Figura 12), onde o grupo encontra-se reunido em forma de meia-lua, ser-lhes-á questionado, pela investigadora, do que se trata. Posto isto, será afirmado que se trata de uma maquete de dentição de uma criança, em ponto grande, acrescentando que, um adulto tem 32 dentes.

Após esta afirmação, será levantada a seguinte questão: “Quantos dentes terão as crianças? Será que têm tantos dentes quanto os adultos?”. No seguimento desta questão, será dado algum tempo às crianças para darem a sua opinião.



Figura 12: Maquete de uma dentição de criança

Posteriormente, a investigadora convida o grupo a fazer a contagem (em grande grupo) dos dentes da maquete, a fim de confrontar as crianças com as suas previsões, relativamente à questão anterior.

Após esta breve exploração do material didático, será realizada uma demonstração da escovagem dos dentes na própria maquete. Assim, e num primeiro momento, a investigadora solicitará a ajuda de um voluntário, para exemplificar na maquete, como se devem lavar os dentes. Para tal, a criança terá à sua disposição, não só o exemplar da boca, como a escova de dentes e pasta em tamanho ampliado (Figura 12). À medida que decorrerá a demonstração, o grupo irá ser questionado pela investigadora, a fim de averiguar-se se encontram de acordo com a demonstração da colega.

Finalizada a demonstração das crianças do que consideram uma correta higiene, a estagiária demonstrará na maquete a técnica de escovagem adequada. Para tal, e partindo do exemplo dado pelas crianças, a estagiária completará/corrigirá a exemplificação da mesma com uma demonstração na própria maquete.

Após a demonstração, serão colocadas no centro do grupo um conjunto de imagens (Figura 13) referentes aos diversos procedimentos/momentos de uma correta higiene oral, anteriormente referidos pela investigadora, e pedido ao grupo que analise as imagens e, posteriormente, as ordenem a fim de obterem uma sequência da técnica de escovagem dos dentes adequada.

Após as imagens colocadas pela ordem correta/aceitável, será dada, a todas as crianças, a possibilidade de explorarem a maquete, reproduzindo os procedimentos da escovagem dos dentes abordados anteriormente.



Figura 13: Guia da escovagem

Tempo Previsto: 30 minutos

3.6.4. Atividade Higiene oral em contexto escolar

Objetivos gerais:

- Estimular para a higiene oral, no sentido de a promover;
- Criar o hábito de escovar os dentes.

Objetivos específicos

- Promover nas crianças a escovagem dos dentes;
- Identificar procedimentos de higiene oral;
- Usar adequadamente os utensílios de higiene oral;
- Dialogar em grande grupo para descobrir e partilhar experiências sobre a escovagem de dentes.

Material:

- Utensílios de higiene oral (escova, pasta e copo);
- Suporte dos utensílios de higiene oral;
- Água;
- Cartaz de registo da atividade.

Organização: Grande grupo e a pares.

Descrição: Após o almoço, o grupo será reunido na sala, mais especificamente na manta, onde será estabelecido um diálogo introdutório à atividade que se seguirá. Nesse breve diálogo será feita uma referência à história do “Tomás e o seu dente doente” recorrendo a questões tais como:

- “Recordam-se da história do Tomás e o seu dente?”
- “Por que é que o Tomás estava com dores de dentes?”
- “E vocês lavam os dentinhos?”
- “No final da história o dentinho convidou-vos a fazer algo, o que foi?”

Com esta última questão pretende-se que as crianças refiram o facto de lavarem os dentes no jardim-de-infância, sendo esta questão o ponto de partida para dar início à atividade que se seguirá. Assim, o grupo será convidado a observar ao seu redor, de modo a detetar o que há de diferente na sala. Após identificarem o cantinho da higiene oral, o grupo será encaminhado para esse mesmo espaço onde, em grande roda, irão

ouvir as explicações da investigadora relativamente à atividade a realizar, todos os dias, nesse mesmo espaço. Desse modo será enfatizado que:

- A atividade fará parte da rotina e será realizada, todos os dias, após o almoço;
- Todas as crianças terão a oportunidade de realizar essa atividade;
- Cada criança terá os seus próprios utensílios de higiene oral e o seu próprio espaço para os guardar;
- A atividade será realizada a pares (dois a dois), selecionados pela investigadora, enquanto o restante grupo permanecerá nas diferentes áreas até à sua vez;
- Após a escovagem dos dentes, todos os materiais devem ser devidamente lavados e guardados nos seus respetivos espaços pelas próprias crianças;
- No final da atividade devem fazer o registo no “Quadro de registo da higiene oral”, assim como, se perpetuaram esses mesmos hábitos, lavando os dentes em casa antes de dormir;
- A atividade irá ser supervisionada por uma educadora, investigadora ou auxiliar de educação que auxiliará a atividade.

Após a apresentação do espaço “O cantinho da higiene oral” (Figura 14) e das regras a ele inerentes, a investigadora dará início à atividade com a seleção de duas crianças e com a repartição do restante grupo pelas diferentes áreas de conteúdo até à sua vez.

Posto isto, a dupla de crianças, dará início à atividade com o levantamento dos materiais de higiene oral (cada um com o seu) e dirigindo-se para a banca/lavatório da sala. Aqui, com ajuda da investigadora, será colocada a pasta dentífrica e, só depois, passarão à escovagem dos dentes propriamente dita.



Figura 14: Cantinho da Higiene Oral.

Após finalizarem todos os procedimentos para uma correta higiene oral, as crianças terão que lavar o material e arrumá-lo nos seus respectivos bolsos do “suporte de escovas” (Figura 14), que por sua vez encontram-se devidamente identificados. Para finalizar, as crianças passarão para o registo da atividade. Aqui serão convidadas, não só a registarem se lavaram os dentes na escola, como também se lavaram em casa (na noite anterior). À medida que vão finalizando a tarefa, será dado lugar a mais duas crianças a fim de iniciarem a atividade.

Este procedimento será repetido até que todas as crianças participem, realizando a sua higiene oral. Após todas as crianças terem finalizado a atividade “higiene oral”, será pedido que se dirijam para a manta onde, em grande grupo, será realizada análise do “quadro da escovagem”. O principal objetivo do registo e posterior análise é incentivar o grupo a realizar a higiene oral, não só em contexto escolar, mas essencialmente à noite no seio familiar.

A atividade finalizava com a música “Eu já lavo os dentes” (Figura 15) (Anexo 2) e surge, neste estudo, essencialmente como fonte motivação para a atividade anterior “higiene oral”.



Figura 15: Pictograma da música “Eu já lavo os dentes”.

Tempo Previsto: 30 a 40 minutos

3.6.5. Atividade “A bruxinha que voava numa escova de dentes”

Objetivos gerais:

- Promover a aquisição/melhoria de conhecimentos, atitudes e valores sobre saúde e higiene oral;
- Sensibilizar a criança para a importância de uma alimentação saudável e para a prevenção de doenças orais como as cáries.

Objetivos específicos

- Descobrir e partilhar experiências sobre a escovagem de dentes;
- Predizer acontecimentos numa narrativa;

- Responder às questões acerca do que ouviu da história;
- Sensibilizar a criança para a importância de uma alimentação saudável;
- Relacionar hábitos alimentares e a falta de higiene oral com o surgimento de cáries;
- Identificar situações propícias ao desenvolvimento de cáries.

Material:

- Flanelógrafo (Figura 16);
- Dedoches (Figura 16);
- História “A bruxinha que voava numa escova de dentes” (anexo 3).



Figura 16: Flanelógrafo.

Organização: Grande grupo.

Descrição: Prevê-se a implementação desta atividade no período pós-férias da Páscoa. Assim, a investigadora dará início à atividade com um breve diálogo em grande grupo, questionando-os sobre os doces que comeram na Páscoa e questionando as crianças se lavaram os dentes, tal como tinham prometido ao “Tomás”. Após o diálogo introdutório, será dado início à atividade com a apresentação do título da história, questionando-o posteriormente, sobre o que lhe sugere. Assim, será dado início à dramatização da história “A bruxinha que voava numa escova de dentes”. A fim de incentivar a imaginação das crianças, serão utilizados dedoches e um flanelógrafo (Figura 16).

“A bruxinha que voava numa escova de dentes” - é referente a uma bruxinha que adorava passear pela floresta com a sua vassoura mágica, até que certo dia a sua vassoura se partiu. Uma fada que por ali passava, ao ver a bruxinha triste, parou e ofereceu-lhe uma escova mágica, que tal como a sua vassoura voava. Contudo, a fada pediu-lhe em troca um favor: lavar o seu castelo “o castelo dos dentes”. Tudo corria bem até que a bruxinha ficou doente e, sem poder cumprir o que tinha prometido à princesa, em poucos dias o castelo ficou todo sujo, sendo mesmo invadido por bactérias que estavam a destruir o castelo dos dentes. Foi então que a bruxinha começou a procura de amigos que a pudessem ajudar, foi quando se apercebeu que nem todos os alimentos são amigos dos dentes.

Com a “A Bruxinha que voava numa escova de dentes” pretende-se essencialmente elucidar as crianças para a importância de uma alimentação saudável, assim como dos hábitos de higiene oral para uma boa saúde oral. Ao longo da dramatização, o grupo será convidado a participar na história, respondendo a algumas questões colocadas pelas próprias personagens, envolvendo assim o grupo na mesma. Ex: “Bruxinha: está ali o senhor bolo! Acham que ele me vai ajudar a limpar o castelo dos dentes?”.

Após a leitura dramatizada da história, será estabelecido um diálogo, no qual será privilegiada a participação individual. Neste, serão colocadas questões às crianças, de modo a realizarem o reconto da história.

Interpretação literal:

- De quem nos fala a história? Quem são as personagens principais da história?
- O que aconteceu à vassoura da bruxinha?
- Foi então que apareceu a fada. E o que é que a fada deu à bruxinha?
- Mas a fada deu-lhe uma tarefa/condição! Que tarefa foi essa?
- Houve um dia que bruxa ficou doente e não pode ir limpar o castelo dos dentes como tinha prometido à fada. E o que aconteceu ao castelo dos dentes?
- Quem são os inimigos dos dentes?
- Quem ajudou a bruxinha a limpar o castelo dos dentes?

Questões de compreensão inferencial

- O que acontece aos dentes quando ficam sujos?
- E o que temos que fazer para que eles não ganhem cáries?
- Quais são os objetos de necessários para lavarem os dentes?

Vimos na história, que para além de lavarmos os dentes, temos ainda de ter cuidado com a alimentação. Quais são os alimentos que devemos evitar de comer? (pretendendo que as crianças sejam capazes de prever os alimentos que contêm açúcares). Após a realização do reconto da história dramatizada, com a ajuda das questões acima descritas, será colocada a seguinte questão ao grupo: gostariam de explorar mais sobre os alimentos saudáveis e os prejudiciais à nossa saúde oral? Esta última questão, será o ponto de partida para esta atividade que se segue.

Tempo Previsto: 20 minutos.

3.6.6. Atividade “O dente saudável e o dente não saudável”

Objetivos gerais:

- Promover vivências de novas experiências;
- Reforçar/relembrar saberes alusivos à saúde oral;
- Sensibilizar a criança para a importância de uma alimentação saudável e para a prevenção de doenças orais como as cáries;
- Promover a aquisição/melhoria de conhecimentos, atitudes e valores sobre saúde e higiene oral.

Objetivos específicos

- Formar conjuntos: os alimentos saudáveis e os alimentos não saudáveis;
- Relacionar alimentos com o surgimento de cáries;
- Reconhecer a higiene oral como essencial à prevenção de problemas orais.

Material:

- 1 Dente feliz e saudável (Figura 17);
- 1 Dente triste e com cáries (Figura 18);
- Velcro;
- Imagens de alimentos e utensílios de higiene oral (Figura 19).



Figura 17: Dente feliz



Figura 18: Dente triste



Figura 19: Alimentos e utensílios de higiene oral

Organização: Grande grupo.

Descrição: A atividade terá início com a apresentação de dois dentes: o dente feliz (saudável) (Figura 17) e o dente triste e com uma cárie (não saudável) (Figura 18), seguida da questão: o que têm estes dentes de diferente? Pretende-se que as crianças consigam identificar que um está feliz e saudável e o outro está triste e tem uma cárie (não é

saudável). Serão então colocados, sobre a manta, várias imagens referentes aos “amigos dos dentes” e “inimigos dos dentes”. Pretende-se que as crianças, por indicação da investigadora, façam a correspondência entre os vários alimentos (saudáveis e não saudáveis) e os dentes (feliz e triste). A atividade finalizará com um diálogo de sistematização, onde serão lembrados os alimentos prejudiciais aos nossos dentes, hábitos de higiene oral e as consequências da falta da mesma.

Tempo Previsto: 15 minutos.

3.6.7. Atividade “Ação dos açúcares e ácidos bacterianos nos dentes”

Objetivos:

- Compreender a influência dos açúcares na formação das cáries;
- Promover hábitos de higiene oral;
- Desenvolver o espírito científico nas crianças.

Objetivos específicos:

- Despertar a curiosidade e o desejo de saber;
- Analisar o efeito dos açúcares nos dentes;
- Analisar o efeito dos ácidos nos dentes;
- Relacionar o açúcar dos alimentos com o surgimento da cárie;
- Refletir e discutir a importância da higiene oral após as refeições, e especialmente

após o consumo de doces.

Material:

- Dois ovos cozidos e um cru;
- Sumo (coca-cola);
- Vinagre;
- Água;
- Três copos.

Organização: Grande grupo.

Descrição: Com o grupo reunido na área das expressões, virado para a educadora estagiária, será estabelecido um diálogo em grande grupo do qual resultará a questão

problema da experiência: “O que é que vocês acham que acontece aos nossos dentes quando comemos alimentos ricos em açúcares?”

Ouvidas respostas do grupo para a questão problema, a investigadora dará início à atividade prática, com a exibição dos materiais necessários para a mesma, ou seja, dois ovos cozidos e um ovo cru que representarão os dentes, sumo com os açúcares (coca-cola) que representarão os doces consumidos, o vinagre que representará os ácidos provocados pelas bactérias e ainda a água e copos. De seguida, num copo transparente será colocado um ovo cozido submerso em sumo. O mesmo será efetuado com outro ovo cozido, mas desta vez ficará submerso apenas em água. O terceiro ovo, cru, irá ser imerso em vinagre. De seguida, será explicado ao grupo que terão de deixar ficar os ovos submersos até ao final da tarde. No final da tarde, antes do lanche, o grupo será reunido na área das experiências onde, em grande grupo, será efetuada uma observação de cada um dos ovos e a partir desta, reiterar as conclusões da atividade. Para tal, será dado início a um diálogo relativamente à atividade experimental realizada pela manhã em torno das questões: “O que fizemos de manhã?”; “E como estarão os nossos ovos?”; “Qual era a nossa questão problema?” (pretende-se que o grupo diga “ver o efeito dos açúcares nos nossos dentes”). Posto isto, serão colocados os três copos à frente do grupo (o copo com sumo, um outro com água e um terceiro com vinagre). Nesta fase da experiência as crianças poderão ver que o ovo, que estava no copo com sumo ganhou umas manchas, o ovo que estava num copo com água estava igual e o terceiro ovo, imerso em vinagre, perdeu a sua “casca” dura. Posteriormente, será estabelecido um diálogo a fim de as crianças compreenderem o porquê daquelas manchas no ovo que estava submerso em sumo e da corrosão da casca do ovo submerso em vinagre. Para finalizar, a estagiária questionará o grupo, sobre o que devem fazer depois de comer doce. É pretendido que o grupo refira “lavar os dentes”. No seguimento desta questão, um elemento do grupo será desafiado a “escovar” o ovo emerso em coca-cola (com uma mancha castanha), tal como se faz com os dentes depois de comerem doces, e verem o que acontece. Esta atividade permitirá ao grupo verificar a importância do lavar os dentes e não deixar o açúcar muito tempo na boca.

Tempo previsto: 30 minutos.

3.6.8. Atividade Visita à ACEP - “Visita os teus dentes”

Objetivos gerais:

- Promover novas vivências;
- Promover a aquisição/melhoria de conhecimentos, valores e atitudes sobre saúde e higiene;
- Estimular a higiene oral;
- Desenvolver o espírito científico na criança, através da realização de experiências relacionadas com a higiene oral;
- Desenvolver uma atitude positiva face ao dentista.

Objetivos específicos

- Reconhecer que existem diferentes tipos de dentes, quanto à forma e função;
- Indicar o número total e parcial de dentes na dentição de leite (dentição temporária) e classificá-los atendendo às suas características (forma e função);
- Experimentar hábitos corretos de higiene oral;
- Averiguar as consequências que advêm de uma incorreta higiene oral;
- Contactar e explorar um “consultório do médico dentista”, procurando desmistificar medos e receios do atendimento médico.

Organização: Grande grupo e individual.

Descrição: De início será estabelecido um diálogo, em grande grupo, sobre a visita. Nesse será explicado ao grupo de crianças que irão realizar uma visita de estudo à ACEP onde, entre outras coisas, poderão observar uma boca gigante, realizar jogos e várias experiências relacionadas com a higiene/saúde oral. Posto isto, o grupo será organizado e conduzido para o autocarro. A visita na ACEP será acompanhada por uma animadora, que ao longo da mesma, orientará não só a visita como proporcionará, ao grupo, algumas das atividade.

Tempo Previsto: Manhã.

3.6.9. Atividade “Função da pasta dentífrica”

Objetivos gerais:

- Compreender a função da pasta dentífrica na higiene oral;
- Promover hábitos de higiene oral.

Objetivos específicos:

- Despertar a curiosidade e o desejo de saber;
- Relacionar a pasta dentífrica com a função “proteção” dos dentes;
- Refletir e discutir sobre a importância da pasta dentífrica nos dentes.

Material:

- Dois ovos cozidos;
- Dois copos;
- Vinagre;
- Pasta dentífrica.

Organização: Grande grupo.

Descrição: Inicialmente será estabelecido um diálogo conduzido por questões como:

- “Por que é que é importante lavar os dentes?”
- “Quais são os materiais que utilizamos para lavar os dentes?”
- “Para que serve a pasta dentífrica?”
- “Para além de ajudar a lavar os dentes, para que serve mais a pasta dos dentes?”
- “Será que só serve para lavar os dentes?”

Esta última questão será a questão problema que irá dar introdução à atividade experimental que se segue. Após ouvir as respostas do grupo, a investigadora dará início à atividade experimental com a exibição dos materiais necessários para a mesma, ou seja, os ovos cozidos, que representarão os dentes (a casca fica dura, parecida com o esmalte dos dentes), pasta dentífrica e vinagre, que representará os ácidos provocados pelas bactérias.

À medida que os materiais vão sendo expostos, será dada oportunidade às crianças de identificarem os materiais, a partir do cheiro e características a eles inerentes. Posto

isto, será colocado num copo transparente um ovo cozido untado com pasta dentífrica, como se tratasse de um dente lavado com pasta.

O mesmo será feito com um outro ovo cozido, mas desta vez sem fazer nada como se tratasse de um dente não lavado. Ambos os ovos serão submersos em vinagre que representam os ácidos provocados pelas bactérias cariogénicas.

De seguida, o grupo será convidado a expor possíveis previsões, relativamente ao que irá acontecer ao ovo sem pasta e ao ovo com pasta. As respostas, por sua vez, serão registadas pela estagiária no quadro, a fim de confrontar as crianças no final da atividade. Após uma breve troca de ideias, será explicado ao grupo que será necessário deixar ficar os ovos submersos em vinagre até ao final da tarde.

No final da tarde, antes do lanche, o grupo será reunido na área das expressões onde, em grande grupo, será efetuada uma análise da experiência e tirar as conclusões da mesma, assim como, confrontar o grupo com as ideias prévias dos mesmos antes da experiência.

Deste modo, num primeiro momento serão colocadas questões como:

- “O que fizemos de manhã?”

- “E qual era o nosso objetivo?” “Qual era a nossa questão problema?”

É pretendido que o grupo diga “ver o efeito da pasta dos dentes nos nossos dentes”.

- “E como estarão os ovos?”

Seguidamente, serão colocados os dois copos à frente do grupo. As crianças poderão verificar que o ovo com pasta estará mais resistente, enquanto o ovo sem pasta dentífrica terá uma casa muito fina que parte com muita facilidade.

Como modo de conclusão, a estagiária deverá referir que a pasta dentífrica ajuda a proteger os dentes do ácido da boca e assim eles ficam mais fortes e duros, o que não acontece com os dentes que não são lavados. As crianças serão ainda confrontadas com as suas previsões.

Tempo previsto: 30 minutos.

3.6.10. Atividade “A Capuchinho vermelho e o lobo que não lavava os dentes”

Objetivos gerais:

- Estimular para a higiene oral, no sentido de a promover;
- Exposição do estudo à comunidade escolar;
- Lembrar/reforçar conhecimentos, atitudes e valores sobre saúde e higiene oral;
- Desenvolver o sentido do ritmo, do espaço e compreender a necessidade de dominar o corpo e seus movimentos.

Objetivos específicos:

- Contactar, através do recurso a uma pequena encenação teatral com cenários e materiais, com um mundo imaginário - “A Capuchinho vermelho e o lobo que não lavava os dentes”;
- Proporcionar lazer e recreação, incluindo o teatro como um meio para diversão e instrução para importância da higiene oral para a saúde oral;
- Trabalhar a linguagem em suas formas de manifestação, permitindo que a criança utilize as diferentes formas de linguagem da sociedade (corporal, verbal...).

Material:

- Flanelógrafo (Figura 20);
- Dedoches (Figura 20);
- Cenário;
- Adereços cénicos;
- Guião da história “A Capuchinho vermelho e lobo que não lavava os dentes” (anexo 4);
- Roupas alusivas às diferentes personagens;
- Sistema de som.



Figura 20: “A Capuchinho vermelho e o lobo que não lavava os dentes”

Organização: Grande grupo.

Descrição: “A Capuchinho vermelho e o lobo que não lavava os dentes” trata-se de uma história adaptada, do clássico conto “Capuchinho Vermelho e o lobo mau”, na qual uma das personagens principais, “lobo mau”, não tem hábitos de higiene oral. Após descobrir de onde proviam as dores de dentes que vinha a sofrer, resolveu roubar a escova e pasta que a Capuchinho iria oferecer a sua avó. Esta atividade surge no âmbito

do estudo promovido pela educadora estagiária com intuito de, não só, motivar e promover hábitos de higiene oral no grupo, como expandir esses mesmos hábitos à comunidade educativa através da dramatização da mesma na festa de final do ano. Assim, esta atividade é composta por dois momentos: a leitura dramatizada da história “A Capuchinho vermelho e o lobo que não lavava os dentes” às crianças participantes no estudo, e apresentação da mesma, por via de um teatro, à comunidade educativa. Após a apresentação da história ao grupo e das crianças estarem mais familiarizadas com a mesma, será estabelecido um diálogo no qual a educadora estagiária fará referência ao facto de aquela história que acabaram de ouvir, ser história apresentada aos pais na festa de final de ano. Após a explicação, em grande grupo, será criada a lista dos materiais necessários e das personagens que fazem parte da história.

Questões de orientação do diálogo:

- “Quais são as diferentes personagens que nos aparecem ao longo da história?”

- “E elas vestem-se como nós?” “Imaginem que eu quero ser o lobo, estou bem assim?” “Vocês conseguem ver que eu sou um lobo assim como estou?” (O objetivo é que o grupo aperceba-se da necessidade de uma roupa adequada para cada uma das personagens).

- “Então o que é que preciso para ficar parecida com o Lobo?”

- “E a Capuchinho Vermelho? O que que ela tem que vestir?”

Nota: é através deste diálogo que serão recolhidos elementos importantes para a peça como a necessidade de uma casa, de roupas para as diferentes personagens, de árvores para a floresta, entre outras. Concluída a lista, educadora estagiária prossegue com a distribuição dos diferentes papéis pelo grupo, sendo que esta será feita de acordo com os interesses do mesmo.

Resta referir que a preparação desta atividade envolverá várias sessões até apresentação da mesma à comunidade educativa. Estas sessões serão utilizadas não só para a preparação dos vários elementos cénicos (elaboração de uma casa, árvores, roupas, máscaras, entre outras) assim como para ensaios. A apresentação à comunidade escolar da peça de teatro deu-se no dia 27 de junho, na festa de final de ano letivo.

Tempo Previsto: 15 minutos todos os dias ao longo de 2 semanas.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Nesta secção são apresentados, analisados e interpretados os dados recolhidos durante o decorrer do estudo. A referida secção encontra-se dividida em subsecções, organizadas pela ordem com que foram decorrendo as implementações, as entrevistas e as atividades ao longo do estudo. São assim apresentados, analisados e interpretados os dados resultantes: da visita ao dentista (4.1); dos primeiros inquéritos realizadas às crianças” (4.2); dos primeiros inquéritos realizadas aos encarregados de educação EE” (4.3); “das tarefas desenvolvidas com as crianças (4.4) e por fim, do segundo inquérito por entrevista efetuados aos EE (4.5).

4.1. “Visita ao Dentista”

Como foi referido no capítulo anterior, o estudo teve início na manhã de 17 de março de 2014 com “A visita à dentista” (anexo CD – Planificação 1). Para uma melhor compreensão, da análise dos resultados, é importante salientar que esta visita visou, essencialmente, numa avaliação do estado de saúde oral, a partir de uma análise intraoral efetuada a todas as crianças, pela qual pretendia-se identificar se as crianças eram, ou não, portadoras de cáries. Participaram nesta visita treze crianças do grupo.

No consultório, as crianças foram recebidas pela médica dentista que começou por estabelecer um diálogo com o grupo, onde questionou-os sobre “quem era o dentista”. A esta questão, a criança DP respondeu “*Doutora da boca*”. Partindo desta resposta, a médica dentista prosseguiu o diálogo apresentando-se como “médica dos dentes”. Posto isto, o grupo foi convidado a entrar no seu consultório, onde foram apresentados os instrumentos utilizados por este profissional de saúde, a fim de, minimizar os medos que as crianças podiam ter relativamente a à doutora e aos sons das máquinas por ela usados.



Figura 21: Observação da SA



Figura 22: Observação da AB

De forma muito divertida e pedagógica conseguiu-se estabelecer uma relação de confiança com o grupo, atenuando assim alguns medos em relação a estes profissionais de saúde e estabelecendo mesmo um clima motivação e entusiasmo no grupo. Só duas crianças (AB e DS), as mais novas do grupo, manifestaram algum receio relativamente a este à doutora (Figura 21; Figura 22).

Como resultado da observação intraoral, resultou tabela 1, na qual se verifica que nove das treze crianças estavam livres de cárie dentária (69.2%) e quatro crianças revelavam cáries dentárias (30.8%).

Tabela 1:
“Experiência de cárie dentária!” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Livre de cáries dentárias	9	69.2%	FR; MC; SO; FS; AB; SA; DP; GM; LQ
Com cáries dentárias	4	30.8%	DS; IP; ME, EL
Total	13	100%	

A atividade finalizou com uma breve explicação às crianças, dos cuidados que deviam ter, para manter a saúde oral. No final todas as crianças levaram para casa como “prenda” uma pasta dentífrica. A ida ao consultório da dentista apresentou-se como uma mais-valia, dado que proporcionou, a estas crianças, uma nova experiência e permitiu estabelecer uma relação de maior confiança com estes profissionais da saúde, e ao mesmo tempo, permitiu realizar um check-up para deteção de eventuais problemas.

4.2. Inquérito Por Entrevista Efetuados Às Crianças.

Tal como já foi mencionado, foram realizadas entrevistas individuais às treze crianças envolvidas no estudo. Estas foram fundamentais, dado que se pretendia conhecer e avaliar o nível de conhecimentos e identificar os hábitos e comportamentos da saúde oral, auto relatados pelas crianças.

Para melhor compreensão, a análise das entrevistas foi organizada em três dimensões: utilização de serviços médico-dentário; os comportamentos e hábitos de saúde oral das crianças, envolvendo tudo o que concerne à higiene oral. A última dimensão foi referente aos conhecimentos sobre a temática da higiene e saúde oral.

A primeira dimensão de análise foi referente à utilização de serviços médico-dentários. Dentro desta dimensão, a primeira questão colocada foi “Já, alguma vez, visitaste um médico dentista com a mãe ou o pai?” (Tabela 2).

Tabela 2:
“Alguma vez, visitaste um médico dentista com a mãe ou pai?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	5	38.5%	FR; MC; AB; GM; LQ
Não	8	61.5%	ME; SO; DS; FS; SA; DP; EL; IP
Total	13	100%	

Na análise da tabela 2, verifica-se que oito das treze crianças (61.5%), até à data, ainda não tinham realizado qualquer consulta de saúde oral e apenas cinco crianças (38.5%) tinham ido ao médico dentista. Contrastando estes dados com os recolhidos com a “visita à dentista” no início do estudo (tabela 1), das oito crianças que nunca tinham ido ao dentista (ME, SO, DS, FS, SA, DP, EL e IP), quatro (IP, ME, EL e DS) tinham necessidade de o fazer, visto que no rastreio de saúde oral realizado no início do estudo (tabela 1), estas apresentavam cáries dentárias. Comparando estes dados com os resultados do Inquérito Nacional de Saúde (INSA) (2009), podemos encontrar similaridades de resultados dado que, segundo este inquérito, grande maioria (86.3%) das crianças portuguesas entre os 2 e os 4 anos, também, referiram nunca ter ido a uma consulta de saúde oral (INSA & INE, 2009).

Face a esta questão anterior, tornou-se necessário colocar uma segunda questão às cinco crianças que responderam afirmativamente, a fim de apurar o motivo que as levou a ir ao dentista. Desta segunda questão resultaram diferentes respostas (Tabela 3).

Tabela 3:
“E porque foste ao dentista?” (n=5)

Evidências	f *	%	Código das crianças
Motivos Preventivos	4	80%	MC; AB; LQ; FR
Tratar dentes	1	20%	GM
Total	5	100%	

*Só foi colocada esta questão às 5 crianças que responderam firmemente à questão anterior.

Contraopondo os dados da tabela 2 com os da tabela 3, podemos verificar que, das cinco crianças que visitaram o médico dentista (FR; MC; AB; GM; LQ), quando questionadas, relativamente, ao motivo que as levaram lá, quatro crianças, (MC; AB; LQ; FR) referiu motivos preventivos. Somente a criança GM justificou a ida ao dentista para fins de tratamento “porque me doía o dente” (GM, 3 anos). Estes resultados, também, são similares aos recolhidos com os INS (2009), no qual afirma que a grande maioria (81%) das consultas de saúde oral, das crianças entre os 2 e 4 anos, realizaram-se com o objetivo de conhecer o estado da sua saúde oral (32.8%), por ser a visita anual ao dentista (19.0%), para fazer a higiene oral (21.5%) ou para aplicação de selantes (7.9%) (INSA & INE, 2009).

Ainda dentro desta dimensão, foi colocada uma terceira questão: “Alguma vez tiveste dor de dentes?”, tendo sido colocada a todas as crianças (tabela 4). A esta questão, somente a criança GM referiu ter já sentido dores de dentes.

Tabela 4:
“Alguma vez tiveste dor de dentes?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	1	7.7%	GM
Não	12	92.3%	FR; ME; MC; SO; FS; AB; SA; DP; EL; IP; LQ; DS.
Total	13	100%	

Assim, a baixa frequência de visita ao dentista pode ser explicada pela menor necessidade de tratamentos dentários, já que, tal como podemos verificar na tabela 6, a grande maioria das crianças (92.3%) referiu nunca ter tido dores de dentes. Estes dados são similares aos obtidos com o INSA (2009), onde grande maioria das crianças (82.3%), com idades compreendidas entre os 2 e os 4 anos, referiu ainda não ter visitado o profissional de saúde oral por não ter tido necessidade.

Contudo, e tal como nos revela os dados da observação intraoral realizada no início do estudo (Tabela 1), a ausência de sintomas/queixas não são indicadores de saúde oral, já que, das oito crianças que nunca foram ao dentista (ME; SO; DS; FS; SA; DP; EL; IP) (Tabela 2) quatro, (IP; ME; EL; DS) tinham mesmo necessidade de o fazer, já que apresentavam cáries dentárias.

Estudos como o de Borralho (2014) revelam que, as crianças que recorrem ao dentista quando manifestam dores de dentes apresentavam, significativamente, piores indicadores de saúde oral do que as crianças que nunca tinham ido ao dentista ou que o visitavam, mesmo sem manifestarem dores de dentes. Por esta razão, o PNPSO (DGS, 2011) recomenda que a primeira visita ao médico dentista deve ocorrer entre os 6 e os 12 meses de vida, mesmo que não apresentem qualquer problema ou queixa, tendo esta como principal objetivo prevenção da cárie na infância.

Procurou-se, igualmente com esta primeira entrevista, conhecer os hábitos, os comportamentos e os conhecimentos de saúde oral das crianças. Assim, a primeira questão colocada a este nível foi referente aos hábitos de higiene: “Costumas escovar os dentinhos?” (Tabela 5).

Tabela 5:
“Costumas escovar os dentinhos?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	13	100%	FR; ME; MC; SO; FS; AB; SA; DP; EL; GM; IP; LQ; DS.
Não	0	0%	
Total	13	100%	

É interessante constatar que, apesar de nem todas as crianças serem portadoras de saúde oral (Tabela 1), todas referem escovar os dentes pelo menos uma vez ao dia. Como resultado desta questão, surgiu a necessidade de identificar o momento em que as crianças lavavam os dentes. Assim, a questão que se seguiu foi “Em que momento do dia escovas os dentes? Após o pequeno-almoço, após o almoço ou à noite antes de te ires deitar?” (Tabela 6).

Tabela 6:
“Em que momento do dia escovas os dentes?” (N=13)

Evidências	f*	%	Código das crianças
Após o pequeno-almoço	2	15.4%	AB; DP
Após o almoço	0	0%	
Antes de deitar	9	69.2%	AB; DP; FR; ME; MC; SO; GM; FS, SA
NR/NS	4	20,8%	EL; LQ; DS; IP
Total	15		

*As crianças deram mais do que uma resposta

A análise da tabela 6 permite verificar que nove crianças (AB; DP; FR; ME; MC; SO; GM; FS, SR) (69.2%) referem que efetua pelo menos uma escovagem de dentes, sendo esta realizada, preferencialmente, à noite “antes de deitar”. Estes resultados estão em concordância com os dados do último INSA (2009), que evidenciava que a grande maioria das crianças (68.5%) entre os 2 e os 4 anos, realizavam escovagem dos dentes ao deitar (INSA & INE, 2009). De salientar que o período da noite era apresentado pela DGS como um dos momentos obrigatórios da escovagem (DGS, 2005).

Ainda analisando a tabela 6, podemos averiguar que, das nove crianças que tinha por hábito escovar os dentes, só duas (AB e DP) (15.4%) referiram efetuar duas escovagens bidiária (após o pequeno almoço e jantar). Comparativamente com os dados do último INS (2009), é possível comprovar uma grande discrepância. Segundo este último, 41.1% das crianças portuguesas, com idades entre os 2 e os 4 anos (INSA e INE, 2009), realizavam a escovagem dos dentes duas vezes ao dia, sendo esta uma percentagem bem mais elevada quando comparada com o presente estudo. Os resultados a esta questão não são considerados satisfatórios, dado que, a escovagem bidiária é tida como determinante no combate às cáries dentárias (Costa et al., 2008).

A análise à tabela 6 permite-nos, ainda, verificar que nenhuma criança referiu escovar os dentes após o almoço e quatro crianças (EL; LQ; DS; IP) não conseguiram identificar o momento em que realizavam a higiene oral, sendo que destas, três (EL; DS; IP) eram portadoras de cárie dentária (Tabela 1).

Atendendo à questão relacionada com ajuda prestada pelos pais às crianças, aquando da escovagem dos dentes, as crianças deram diferentes respostas (tabela 7).

Tabela 7:
Costumas ter ajuda para lavar os dentinhos?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	8	61.6%	FR; MC; SO; FS; AB; SA; DP; GM.
Não	3	23.1%	EL; LQ; ME.
NR	2	15.4%	IP; DS
Total	13	100%	

Pela análise da tabela 7, podemos apurar que oito crianças (61.6%) referiram ter ajuda na higiene oral e três (23.1%) mencionaram não ter qualquer apoio na realização da

escovagem dos dentes. Salientam-se aqui, novamente, as crianças DS e IP, que mais uma vez não foram capazes de responder à questão que lhes foi colocada, sendo que, ambas pertencem ao grupo de crianças portadoras de cáries dentárias (tabela 1).

Sabe-se que das três crianças ME, LQ e EL que efetuavam a higiene oral sem apoio, duas (ME e EL) apresentaram cáries dentárias no início do estudo (tabela 1), o que nos leva a concluir que existe uma relação entre as cáries e a falta de apoio por parte dos adultos. Tendo sido verificada esta relação em estudos similares, como o do Borrhalho (2014), nos quais foi comprovado que a supervisão dos pais permite identificar áreas onde as crianças escovaram pior e orientá-las para uma melhor escovagem.

Com o intuito de identificar a importância que as crianças atribuem a esta prática, tornou-se pertinente questionar o grupo relativamente à iniciativa das mesmas para a realização escovagem dos dentes. Neste sentido surgiu a questão: “tu lembraste que tens que escovar os dentes ou são os teus pais que te lembram?” (Tabela 8).

Tabela 8:

“Tu lembraste ou é a mãe ou o pai que te lembram?” (N=13)

Evidências	f*	%	Código das crianças
Eu	6	46.2%	MC; DP; EL; GM; LQ; IP
Mãe e pai	11	84.6%	FR; ME; SO; SA; GM; DS; FS; LQ; AB; DP; MC
Total	16		

*As crianças deram mais do que uma resposta

Pela análise da tabela 8, comprova-se que grande parte do grupo (84.6%) referiram ser os pais a lembrar-lhes para a escovagem dos dentes e seis crianças (46.2%) mencionaram não necessitar de ninguém para lhes lembrar. É visível, ainda, que quatro crianças (MC; DP; GM, LQ) disseram mais do que uma hipótese (“às vezes é o pai, outras eu lembro-me”), as restantes sete crianças (FR; ME; SO; SA; DS; FS; AB) dependem unicamente dos pais para lhes relembrar de escovar os dentes. Constata-se ainda que as crianças IP e EL foram as únicas que referiram ser “responsáveis” pela sua higiene oral, pois para além de não receberem qualquer apoio para a realização desta tarefa (tabela 7), referem serem elas mesmas a terem iniciativa da sua realização (tabela 8). Se considerarmos que as crianças IP e EL encontram-se inseridas no grupo de crianças com cárie dentária, tal pode permitir deduzir que nem sempre realizam a sua higiene oral,

pelo menos não tão eficazmente como seria pretendido, já que a responsabilidade da tarefa deve ser, até aos 6 anos de idade, assumida pelos EE (Areias et al., 2010; Costa et al., 2008). É de realçar que, no grupo de crianças que disseram ser a mãe e o pai a relembrarem que têm que fazer a higiene oral (FR; ME; SO; SA; GM; DS; FS; LQ; AB; DP; MC), estão inseridas as crianças que referiram receber apoio para a realização da mesma (FR; MC; SO; FS; AB; SA; DP; GM), dados que salientam a importância e preocupação destes EE relativamente a esta atividade.

Por fim, a terceira e última dimensão da entrevista tinha por objetivo avaliar e recolher dados sobre os conhecimentos prévios das crianças em relação à temática da saúde oral. Nesta dimensão, foram colocadas quatro questões, sendo que, na primeira questão tentou-se apurar no grupo os diferentes métodos que devem ser adotados a fim de proteger os dentes. Neste sentido foi colocada a seguinte questão: “como podemos proteger os nossos dentes?” (Tabela 9).

Tabela 9:
“Como podemos proteger os nossos dentes?” (N=13)

Evidências	f*	%	Código das crianças
Escovar os dentes	13	100%	FR; ME; MC; SO; FS; AB; SA; DP; EL; GM; IP; LQ; DS
Ir ao dentista	7	53.9%	FR, ME; AB; DP, LQ; SO; GM
Alimentação saudável	0	0%	
Total	20		

*As crianças deram mais do que uma resposta

Pela análise dos dados apresentados na tabela 9, podemos apurar que as respostas foram unânimes, ou seja, todas as crianças (100%) identificaram a higiene oral como o método mais eficaz de proteção dos dentes. Um número muito bom para algo tão essencial como a higiene oral para a manutenção de uma saúde oral (DGS, 2005). A segunda resposta mais referida pelas crianças foi “ir ao dentista”, tendo sido mencionada por sete crianças (53.9%). Neste grupo encontravam-se as crianças FR, LQ, AB e GM que referiram anteriormente (Tabela 2), já terem ido ao dentista, podendo-se assim inferir que estas crianças deram esta resposta, porque já frequentaram o médico dentista. Esta elevada referência ao dentista, pode também ser justificada pelo fato de dias antes ter sido realizada uma visita ao dentista.

Observando a tabela 9 é ainda perceptível que a “alimentação saudável” não foi referida por nenhuma criança, o que pode revelar que estas não estabelecem qualquer relação entre a saúde oral e uma alimentação saudável. Desta forma, é facilmente perceptível a necessidade de uma consciencialização das crianças sobre a importância da alimentação saudável, para a manutenção de uma boa saúde oral. É de realçar o facto que grande parte das crianças inquiridas (seis crianças) identificarem a higiene oral como o único método de proteção dos dentes, sendo que, dentro deste grupo, estão inseridas as crianças como DS, IP e EL nas quais detetou-se, no início do estudo (tabela 1), cáries dentárias.

Dada a unanimidade de respostas à questão anterior no que se refere à higiene oral, tornou-se necessário questionar o grupo sobre a importância desta para a saúde oral, tendo sido colocada a questão: “achas importante lavar os dentes?” (Tabela 10). Pela análise à tabela 10 podemos verificar que o grupo, mais uma vez, foi unânime ao responder de forma positiva, salientando a importância desta prática para a sua saúde oral.

Tabela 10:
“Achas importante lavar os dentes?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	13	100%	FR; ME; MC; SO; FS; AB; SA; DP; EL; GM; IP; LQ; DS
Não	0	0%	
Total	13		

Dada a concordância do grupo em relação à sua importância, tornou-se necessário identificar a razão pela qual consideram importante. Assim, no seguimento desta questão colocou-se uma outra: “Porque é que devemos lavar os dentes?” (Tabela 11). De notar que, ao cruzar os dados da tabela 10 com os da tabela 11, pode-se verificar que à questão “Achas importante lavar os dentes?” todas as crianças responderam afirmativamente (Tabela 10), contudo, quando questionados relativamente ao motivo que as levam a considerar esta tarefa importante (“porque é que devemos lavar os dentes?”) (Tabela 11), grande maioria das crianças (53.8%) não conseguiu justificar a sua resposta anterior. Por outro lado, seis crianças (46.2%), embora recorrendo a um vocabulário pouco preciso,

argumentaram com expressões entendidas como “proteger os dentes”, o que revelou alguma consciência do motivo para a realização da escovagem dos dentes.

- “Para não ficarem podres.” (FS, 3 anos)
- “Para não ficarem estragados.” (SA, 3 anos)
- “Para não caírem.” (MC, 3 anos)
- “Por causa dos bichos.” (DP, 3 anos)

Tabela 11:
 “Porque devemos lavar os dentes?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Para proteger os dentes	6	46.2%	MC; IP; FS; AB; SA, DP
NR/NS	7	53.8%	ME; DS; EL; GM; LQ, FR; SO
Total	13	100%	

Ainda referente aos saberes da criança em relação à temática, o grupo foi questionado relativamente à função do dentista (Tabela 12). Pela análise da tabela 12, apura-se que três crianças (SO; SA; IP) nada sabem sobre o profissional de saúde e só sete crianças (53.8%) referiram-se ao dentista como um profissional de saúde responsável por tratar e cuidar dos dentes.

- “Trata dos dentes da boca.” (DP, 3 anos)
- “É o doutor dos dentes.” (LQ, 3 anos)

Tabela 12:
 “Qual é a função do médico dentista?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
“Ver os dentes”	3	23.1%	SO; SA; IP.
“Tratar/cuidar os dentes”	7	53.8%	FR; ME; MC; AB, GM; DP; LQ.
NS/NR	3	23.1%	FS; DS; EL.
Total	13	100%	

Estas afirmações revelam alguma consciência, por parte destas crianças, relativamente a estes profissionais de saúde, facto que podem ser justificadas por ter sido um tema abordado recentemente, resultante da visita ao dentista. Ainda na tabela 12 constata-se que três crianças (23.1 %) atribuíram a este profissional o simples ato de “ver os dentes”. Estas respostas podem ser justificadas, mais uma vez, com ida ao dentista, já que foram fazer unicamente um rastreio, no qual só tiveram que mostrar os dentes.

É possível ainda estabelecer uma relação quer entre o grupo de crianças que respondeu “tratar os dentes/cuidar dos dentes” (FR; ME; MC; AB, GM; DP; LQ) (Tabela 12) quer o grupo de crianças que já tinham ido ao dentista anteriormente na tabela 4 (FR; MC; AB; GM; LQ). É de mencionar que, uma das crianças referiu-se a estes profissionais de saúde como os responsáveis por “tirar dentes” (DS). Sabe-se, contudo, que esta imagem negativa do dentista pode estar na origem do medo e posterior resistência, por parte destas crianças, às consultas de saúde oral, tal como, foi notório por parte da criança DS na visita ao dentista. Assim sendo, torna-se fundamental uma abordagem a estes especialistas de saúde em contexto escolar, de forma a desmitificar estes receios.

Em relação aos dados recolhidos junto das crianças relativamente à questão “sabes o que é uma cárie?” (Tabela 13), as crianças não souberam responder revelando não saber nada sobre o assunto. Apenas a criança GM referiu-se à cárie como, sendo “umas manchas escuras nos dentes”. Dado o percurso desta criança podemos inferir que deu esta resposta, por já ter vivenciado uma experiência de cáries da qual resultou uma ida ao dentista. Duas crianças (DP e IP) lançaram possíveis hipóteses, revelando não ter nenhum conhecimento relativamente ao assunto:

- “Sem um dente.” (DP, 3 anos)
- “Uma pica!” (IP, 4 anos)

Tabela 13:
 “Sabes o que é uma cárie?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	1	7.7%	GM
NR/ NS	12	93.3%	FR; ME; MC; SO; FS; AB; SA; DP; EL; IP; LQ; DS.
Total	13	100%	

Em síntese, verifica-se que quatro crianças, no início do estudo já eram portadoras de cáries dentárias, sendo que destas, nenhuma, até à data tinham realizado qualquer consulta com o médico dentista, mas também nunca tiveram qualquer dor de dentes. É notória a pouca frequência de visitas ao médico dentista, por parte das crianças do grupo, contudo, a maioria dos participantes, que visitou o dentista, fê-lo por motivos preventivos.

No que se refere aos hábitos de higiene oral verifica-se que a totalidade das crianças referiram terem hábitos de higiene oral. Contudo, e como era de esperar, umas

lavam com mais frequência que outras, destacando-se duas crianças (AB e DP) que referiram efetuar a higiene oral em dois momentos (escovagem bidária). As restantes nove crianças efetuam apenas uma escovagem, sendo uma delas realizada preferencialmente no período da noite “antes de deitar”. Nestes dados não estão inseridas as crianças EL, LQ, DS e IP por não ter sido possível identificar quando fazem a sua higiene oral, sendo que destas, três crianças (DS; IP; EL) eram portadoras de cáries (Tabela 1).

É relevante pontuar, que relativamente à ajuda diária dos pais na escovagem dos dentes, verificou-se que a maioria das crianças (oito) recebiam ajuda, sendo que neste grupo, não se insere nenhuma criança portadora de cáries dentárias. Verificou-se, ainda, que sete crianças dependem essencialmente dos pais para lhes lembrarem que têm que escovar os dentes e duas (IP e EL) referiram que a realização desta tarefa depende delas, sendo que, ambas apresentavam cárie no início do estudo.

No que se refere aos conhecimentos das crianças relativamente a temática, pode-se constatar que todas atribuem à higiene oral um papel determinante para a saúde, contudo, não conseguem determinar uma razão pela qual devem-na fazer. Reconhecem o médico dentista como o responsável por cuidar e tratar os dentes. Tendo sido estes, os dois métodos mais referenciados pelo grupo como métodos preventivos, contudo não foi referida a alimentação saudável.

4.3. Inquéritos Por Entrevista Aos Encarregados De Educação

Para além das entrevistas efetuadas às crianças, realizaram-se entrevistas aos encarregados de educação (EE) no início do estudo. Com esta entrevista procurou-se, essencialmente, recolher dados para serem posteriormente cruzados com as respostas das crianças dadas no final do estudo, a fim de apurar a evolução do grupo. Foram, assim, realizadas entrevistas individuais a todos os EE das crianças participantes no estudo. Relembramos que a codificação atribuída a cada um dos (EE) teve como propósito garantir o sigilo e o anonimato dos mesmos, tendo apenas sido acrescentada as letras EE com o prefixo do código das crianças. Neste sentido foi criado um código para cada um dos EE.

A entrevista teve início com o questionamento dos EE, relativamente para saber se concordavam com a implementação de hábitos de higiene oral em contexto JI, tendo-se colocada a questão: “Concorda que sejam desenvolvidas práticas de higiene oral no JI?” (Tabela 14).

Tabela 14:

“Concorda que sejam desenvolvidas práticas de higiene oral no JI?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	13	100%	EE.ME; EE.DP; EE.MC; EE.DS; EE.EL; EE.FR; EE.SO; EE.SA; EE.LQ; EE.IP; EE.FS; EE.GM; EE.AB
Não	0	0%	
Total	13	100%	

Pela análise das respostas dos EE (Tabela 14), verificamos que existe uma unanimidade nas respostas. Confirmando-se assim que os EE das crianças têm conhecimento de que lavar os dentes, em particular, no JI é importante, obtendo uma percentagem de 100% nas respostas “sim”.

Dada esta unanimidade de respostas, achamos pertinente questionar os EE sobre a promoção destas práticas em casa. Para tal foi colocada a questão: “Costuma lembrar ao seu filho que tem que escovar os dentes?” (Tabela 15).

Tabela 15:

“Costuma lembrar ao seu filho que tem que escovar os dentes?” (N=13)

Dimensões em análise	f	%	Código das crianças
Sim	13	100%	EE.ME; EE.DP; EE.MC; EE.DS; EE.EL; EE.FR; EE.SO; EE.SA; EE.LQ; EE.IP; EE.FS; EE.GM; EE.AB
Não	0	0%	
Total	13	100%	

Pela análise da tabela 15, podemos verificar que os EE foram unânimes, ao referirem que tem que lembrar a escovagem dos dentes aos seus filhos! Esta unanimidade pode ser justificada, pelo facto de as crianças não terem atribuído uma necessidade a este ato e por isso não terem iniciativa para a realização da mesma.

-“Maioritariamente das vezes, sim!” (EE.AB)

-“Sim, eu ou meu marido é que o lembramos!” (EE.FR)

Fazendo o cruzamento destes dados com as entrevistas efetuadas às crianças, chegamos à conclusão de uma incongruência nas respostas dadas por ambos os inquiridos, pois como podemos verificar pela análise dos resultados da tabela 8, seis crianças (MC; DP; EL; GM; LQ; IP) referiram serem elas que se lembram de escovar os dentes, enquanto onze crianças (FR; ME; SO; SA; GM; DS; FS; LQ; AB; DP; MC) referiram serem os pais a lembrar-lhes dessa necessidade. Reconhecemos, ainda, que as crianças IP e EL são as únicas que mencionaram serem elas responsáveis por lembrar-se da mesma.

A fim de identificar os momentos em que estas práticas são realizadas colocamos a questão: “Quais são os momentos do dia, em que o seu filho efetua escovagem dos dentes?” (tabela 16).

Tabela 16:

“Quais são os momentos em que o seu filho escova os dentes?” (N=13)

Evidências	f*	%	Código das crianças
“Após o pequeno-almoço”	4	30.8%	EE.DP; EE.MC; EE.GM; EE.AB
“Após o almoço”	6	46.2%	EE.DP; EE.MC; EE.FR; EE.SO; EE.SA; EE.AB
“Antes de dormir”	13	100%	
Total	13	100%	

*As crianças deram mais do que uma resposta

A análise da tabela 16 permite-nos constatar que a totalidade dos EE (100%) referiram que o seu educando escovavam os dentes pelo menos uma vez por dia, sendo esta efetuada maioritariamente à noite. Destes, seis EE, (EE.ME, EE.FS; EE.LQ; EE.IP; EE.DS; EE.EL) referiram-se unicamente a este momento para a higiene oral. Seguindo-se a escovagem após o almoço (46.2%) com seis EE a referirem-se à mesma. Relativamente a este momento do dia em específico, os EE esclareceram que esta só era garantida pelos mesmos aos fins-de-semana e nas férias.

A frequência de escovagem dos dentes pelo menos “duas vezes por dia” foi referida por sete EE (EE.MC; EE.DP; EE.GM; EE.FR; EE.SO; EE.SA; EE.AB). Sendo que quatro destes (EE.MC; EE.AB; EE.DP; EE.GM) referiram-se à escovagem dos dentes à noite e pela manhã. Os restantes três EE (EE.SO; EE.SA; EE.FR) referiram-se à escovagem dos dentes à noite e após o almoço. Segundo os dados recolhidos junto dos EE, três EE (EE.DP; EE.AB; EE.MC) referiram-se à escovagem dos dentes três vezes ao dia.

Comparando estes dados com os das entrevistas das crianças (Tabela 6), não existe correspondência direta, pois os dados das entrevistas realizadas às crianças revelam que só duas crianças (AB, DP) referiram escovar os dentes duas vezes ao dia, sendo uma delas à noite e outra de manhã. Relativamente ao almoço, contrariamente aos EE, nenhuma criança referiu-se a este período do dia. Após o jantar, só nove crianças referiram escovar os dentes neste período do dia (AB; DP; FR; ME; MC; SO; GM; FS; SA), ficando de fora as crianças IP, DS, LQ e EL que não foram capazes de identificarem os momentos em que faziam a higiene oral.

Foi ainda colocada uma segunda questão aos EE sobre se os seus educandos mostravam gosto pela atividade: “O seu educando gosta de escovar os dentes?” (Tabela 17).

Tabela 17:
 “O seu educando gosta de escovar os dentes?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	9	69.2%	EE.MC; EE.DS; EE.GM; EE.ME; EE.DP; EE.FR; EE.AB; EE.FS; EE.LQ;
Não	4	30.8%	EE.SA; EE.SO; EE.EL; EE.IP
Total	13	100%	

Analisando os dados da tabela 17, comprovamos que mais de metade dos EE (69.2%) referiram que o seu educando revelava gosto pela atividade.

- “Depois de lá estar, não quer outra coisa!” (**EE.MC**)
- “Sim, ele demonstra prazer pela atividade!” (**EE.GM**)
- “A hora de higiene oral acaba por ser sempre um momento divertido para ela!” (**EE.AB**)

No seguimento desta questão, os EE foram ainda questionados se “O seu educando alguma vez demonstrou resistência em escovar os dentes?” (Tabela 18).

Tabela 18:
 “O seu educando alguma vez demonstrou resistência em escovar os dentes?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	6	46.2%	EE.MC; EE.DS; EE.SA; EE.SO; EE.IP; EE.GM
Não	7	53.8%	EE.ME; EE.DP; EE.EL; EE.FR; EE.LQ; EE.FS; EE.AB
Total	13	100%	

Relativamente à questão “O seu educando alguma vez demonstrou resistência em escovar os dentes?” (tabela 18), mais de metade dos EE (53.8%) responderam que não. Os restantes EE (46.2%) referiram que as crianças nem sempre cooperavam com a escovagem, apontando como principal motivo a “birra”.

“Estava a brincar e não queria parar.” **(EE. MC)**

“Porque já sabe que é sinónimo de ir para a cama.” **(EE.SA/ EE SO)**

Foi necessário ainda questionar os EE, no sentido de apurar se estes prestavam o auxílio necessário à atividade, tendo sido colocada a seguinte questão: “Costuma ajudar e/ou verificar a escovagem dos dentes?” (tabela 19).

Tabela 19:

“Costuma ajudar e/ou verificar a escovagem dos dentes?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	10	76.9%	EE.DP; EE.MC; EE.DS; EE.FR; EE.SO; EE.SA; EE.LQ; EE.FS; EE.GM; EE.AB
Não	3	23.1%	EE.EL; EE.IP; EE.ME
Total	13	100%	

Os resultados a esta questão apontam para o facto de os EE estarem atentos aos seus educandos nesta tarefa (tabela 19), pois mais de 76.9% preocupam-se em ajudar e verificar se os dentes do seu educando ficam bem escovados.

-“Eu deixo-o lavar sozinho, só finalizo no final, para garantir que nada fica por escovar” **(EE.DP)**

-“Dou-lhe 30 segundos para ela escovar sozinha, quando estiver para terminar, eu finalizo” **(EE.FR)**

-“Eu é que escovo os dentes as minhas filhas, nem dou tempo sequer para pensarem sobre o assunto” **(EE.SO/EE.SA)**

-“Se o MC realizar a atividade sozinho, ele come a pasta e brinca com a escova” **(EE. MC)**

Comparando estes resultados com a mesma questão realizada às crianças (tabela 7), averiguamos que este apoio foi alargado a mais duas crianças (LQ e DS), sendo que a criança LQ referiu ser autónoma durante a realização da mesma e a criança DS não ter respondido à questão. Segundo os EE, apenas 23.1% das crianças (EE.EL; EE.IP; EE.ME)

realizavam a atividade sem auxílio ou supervisão do adulto, argumentando estes factos com a idade e autonomia do seu educando para fazê-lo sem qualquer tipo de apoio.

Cruzando estes dados com a presença de cáries (Tabela 1), constata-se que entre os três EE que referiram não prestar qualquer apoio na realização e supervisão da atividade (EE.EL; EE.IP; EE.ME) encontram-se os EE de três das crianças (ME; EL; IP) que apresentavam cáries no início do estudo (Tabela 1), podendo haver uma relação entre ambas, na medida em que a supervisão e o apoio desta atividade permite uma melhor e mais eficaz higienização (Costa et. al., 2008; Borralho, 2014)

Relativamente ao recurso do médico dentista, os EE foram questionados acerca se “alguma vez foi ao médico dentista com o seu educando?” (Tabela 20).

Tabela 20:

“Alguma vez foi ao médico dentista com o seu educando?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	7	53.8%	EE.FR; EE.MC; EE.AB; EE.GM; EE.LQ; EE.DP, EE.DS
Não	6	46.2%	EE.SO; EE.ME; EE.FS; EE.SA; EE.EL; EE.IP
Total	13	100%	

Tal como podemos observar na tabela 20, só 53.8% dos EE (EE.FR; EE.MC; EE.AB; EE.GM; EE.LQ; EE.DP; EE.DS) referiram que seus educandos já tinham ido, pelo menos uma vez à consulta de saúde oral. Estes dados não estão em conformidade com os dados recolhidos junto das crianças, pois segundo estas, na mesma questão (Tabela 2), as crianças DP e DS referiram, na sua entrevista, nunca terem ido ao médico dentista.

No seguimento desta questão, os EE que responderam afirmativamente, foram ainda questionados relativamente ao motivo que os levou a recorrer ao médico dentista (tabela 21). Quando questionados sobre o motivo da ida ao médico dentista, a maioria dos EE (71.4%), referiu que o fez por motivos preventivos. Sendo que só dois EE (EE.GM e EE.MC) referiram terem recorrido a este profissional para fins de tratamento.

Este resultado também é concordante com os dados obtidos na entrevista das crianças, no qual a prevenção foi o mais referido.

Tabela 21:

“Qual foi o motivo que a levou a recorrer ao médico dentista?” (n=7)

Evidências	f	%	Código dos EE
Motivos preventivos	5	71.4%	EE.AB; EE.LQ; EE.FR; EE.DP; EE.DS
Tratar dentes	2	28.6%	EE.GM; EE.MC;
Total	7	100%	

Em síntese, todos os EE manifestaram entusiasmo e até apoio à introdução de hábitos de higiene oral no JI. No que refere-se à iniciativa, segundo os dados reunidos junto dos EE, o grupo em estudo, no geral, tem falta de iniciativa já que, conforme os EE destas crianças (Tabela 15) todas as crianças necessitavam de alguém para lhes lembrar da necessidade de escovar os dentes. Estes dados não são concordantes com os recolhidos nas entrevistas às crianças, pois segundo seis crianças (Tabela 8) manifestavam iniciativa, embora, quatro nem sempre eram reveladoras dessa mesma iniciativa, sendo necessário os pais lhes lembrarem. Ainda segundo estes dados, (tabela 8) duas crianças (IP e EL) referiram serem as únicas responsáveis pelo desenvolvimento da escovagem dos dentes. Resta salientar, mais uma vez, que ambas eram portadoras de cáries dentária.

No que se refere à autonomia das crianças, a grande maioria dos EE mencionam supervisionar e apoiar a escovagem dos dentes dos seus educandos. Comparativamente com respostas dadas pelas crianças à mesma questão (Tabela 7) são visíveis incongruências, dado que, segundo os EE das crianças DS e LQ, estas recebem apoio e supervisão ao longo da tarefa (Tabela 19).

No campo da saúde oral, grande maioria dos EE (oito) referiram já terem levado os seus educandos ao dentista. Comparativamente com os dados obtidos pela entrevista às crianças, relativamente à mesma questão (Tabela 2), verifica-se que só cinco destas crianças é que referiram já terem ido ao médico dentista. Sendo relevante pontuar, que entre as crianças que nunca foram ao dentista, segundo os dados dos EE, estavam as três crianças portadoras de cáries (IP, ME e EL). Podendo estes dados estarem relacionados na medida em que, tal como foi referida na revisão da literatura, a visita o médico dentista deve ter em vista essencialmente a prevenção.

4.4. Tarefas

Com o estudo em questão, pretendemos promover a mudança e assimilação de atitudes promotoras de saúde oral nas crianças, como criar necessidades de hábitos de higiene oral que lhes possibilitem agir como protagonistas diretos da sua própria saúde oral, responsabilizando-as da necessidade de uma higiene eficaz, de modo a manter a sua saúde oral (DGS, 2005). Neste sentido, foram desenvolvidas um leque de atividades de carácter lúdico, que visaram essencialmente motivar e consciencializar as crianças para a importância de uma higiene oral regular, a fim de promover hábitos de higiene orais ao longo das suas vidas.

4.4.1. “O Tomás e o seu dente doente”

Foi com a dramatização da história: “O Tomás e o seu dente doente” (anexo CD – Planificação 2), no dia 31 de março de 2014, que iniciamos as atividades relativas à promoção dos hábitos de higiene e saúde oral em contexto de JI. Nesta atividade participaram doze das treze crianças, encontrando-se ausente a criança LQ.

A atividade teve início com um breve diálogo, a fim de contextualizar a temática para a qual recorreu-se à atividade: “visita ao dentista”. Após o diálogo introdutório, iniciou-se a dramatização da história com auxílio do “Tomás e o seu dente doente” (Figura 23). Ao longo da dramatização, o grupo foi convidado a participar na história, através de questões que eram colocadas pelas próprias personagens, permitindo uma maior envolvimento do grupo na atividade. No decorrer deste diálogo, as crianças foram sempre participando de forma entusiasmada, revelando motivação pela atividade.



Figura 23: Dramatização da História “O Tomás e o seu dente”

Após a dramatização, desenvolveu-se um diálogo relativamente ao conteúdo da mesma. Este diálogo permitiu constatar que a maioria das crianças compreendeu a história, assim como, já usavam novo vocabulário relativo à saúde oral (cáries, bactérias, higiene oral, dentista), no qual podemos verificar pela narrativa apresentada de seguida.

- “Quem são as personagens da história?” (Ed. Estagiária)
 - “Do Tomás”? (DS, 3 anos)
 - “O Tomás e o seu dente” (SA, 3 anos)
 - “E o Tomás estava contente?” (Ed. Estagiária)
 - “Não” (EL, 3 anos)
 - “Porque é que ele não estava contente?” (Ed. Estagiária)
 - “Porque estava doente” (AB, 3 anos)
 - “Estava com dores de dentes” (GM, 3 anos)
 - “E porque é que o Tomás estava com dores de dentes?” (Ed. Estagiária)
 - “Porque o Tomás não lavava os dentinhos!” (IP, 4 anos)
 - “Porque o Tomás comeu muitos doces e não lavou os dentes” (ME, 4 anos)
 - “Pois é!? E como é que estava o dente? Estava bem?” (Ed. Estagiária)
 - “Não” (DS, 3 anos)
 - “Não! Estava sujo e triste” (SA, 3 anos)
 - “Estava doente!” (SO, 3 anos)
 - “Estava doente! O que é que ele tinha?” (Ed. Estagiária)
 - “Tinha umas manchas pretas” (FR, 3 anos)
 - “Ele tinha uma cárie!” (DP, 3 anos)
 - “E o que é uma cárie?” (Ed. Estagiária)
 - “É um buraquinho nos dentinhos” (DP, 3 anos)
 - “É uma mancha preta no dente” (ME, 4 anos)
 - “Hum... E quem fez o buraquinho ou a mancha preta no dente do Tomás? (Ed. Estagiária)
 - “Foram uns bichinhos pequeninhos” (MC, 3 anos)
 - “Foram as Bactérias!” (DP, 3 anos)
 - “E quem é que tratou do dente?” (Ed. Estagiária)
 - “Doutor dos dentes” (AB, 3 anos)
 - “Como se chamava o Dr. Que tratou o dentinho?” (Ed. Estagiária)
 - “O dentista!” (EL, 3 anos)

Dado que a dramatização desta história visava, essencialmente, a introdução de hábitos de higiene oral, em contexto pré-escolar, o diálogo finalizou com a exploração do convite realizado pelo “dentinho” no final da dramatização:

- “No final da historinha o dentinho fez-vos um convite!
Que convite foi esse?” (Ed. Estagiária)
 - “Escovar os dentes.” (Grupo)

- “Em casa?” (Ed. Estagiária)
- “Não, na escolinha!” (FR, 3 anos)
- “Na sala!” (EL, 3 anos)
- “E vocês gostavam de lavar os dentinhos na escola?” (Ed. Estagiária)
- “Sim!” (Grupo)
- “E o que é que precisamos para escovar os dentes na escolinha?” (Ed. Estagiária)
- “Escova e pasta!” (GM, 3 anos)

A análise do diálogo permite-nos verificar que o grupo estava motivado para a atividade que se pretendia introduzir em contexto escolar (higiene oral), sendo por isso pertinente a sua introdução. Posteriormente, foi dada a possibilidade ao grupo de recontar a história através da manipulação e exploração dos fantoches, tendo-se canalizado este momento para mobilizar vocabulário, relembrar e verbalizar saberes relativos à saúde oral. Nesta fase, podemos verificar que algumas das crianças, ainda tinham dificuldades em mobilizar vocabulário como “cárie igual a mancha preta; dentistas igual a doutor dos dentes; bactérias igual a bichos pequenos”. Sendo que estas dificuldades foram mais sentidas nas crianças mais novas e menos participativas como as crianças DS, AB, FR e GM.

De referir, que o facto de todas as crianças quererem participar e dramatizar a história, associada ao facto de ser uma história com poucas personagens, fez com que esta atividade se prolongasse mais do que estava planeado, situação que teve repercussões na restante planificação. Por outro lado, revelou interesse, envolvimento e motivação pela temática, tal como, pretendíamos com esta primeira sessão.

4.4.2. “Vamos aprender a escovar os dentinhos?”

No dia 31 de março de 2014 (anexo CD – Planificação 2), no seguimento do convite do dentinho e do Tomás, foi ainda explorada uma segunda atividade denominada como “Vamos aprender a escovar os dentinhos”. Nesta atividade, participaram as mesmas crianças que na atividade anterior, ou seja, doze, estando ausente a criança LQ. Pretendíamos com esta sessão permitir às crianças o contacto e a possibilidade de explorar diversos elementos aliados à higiene oral, compreendendo funções, formas e modos de utilização dos mesmos. Aspirávamos, igualmente, alcançar um momento de

diálogo, que possibilitasse as crianças de expressassem as suas práticas, revelando conhecimentos, valores e atitudes.

A atividade foi realizada em grande grupo e teve início com a educadora estagiária a colocar uma maquete, referente a uma dentição de uma criança, no centro da manta onde o grupo se encontrava reunido (Figura 24). As crianças foram questionadas acerca do que se tratava, à qual todas as crianças identificaram como sendo uma dentição de “uma boca”. De seguida, o grupo foi, ainda, questionado sobre quantos dentes teria uma criança, para a qual só as crianças DP e SA responderam, tendo-se verificado que estas crianças, tal como o restante grupo, não tinham qualquer noção de quantos dentes tinham.

- “Têm 30” **(DP, 3 anos)**

- “Têm 15” **(SA, 3 anos)**

A fim de confrontar as crianças com as suas previsões, o grupo foi desafiado efetuar uma contagem dos dentes da maquete, no qual confirmou-se a existência de 20 dentes. Seguiu-se um diálogo, onde a educadora estagiária explicou que os adultos (os pais, as educadoras, entre outros) têm mais dentes do que as crianças, 32 dentes no total. Nestes diálogos, foi ainda referido que as crianças têm uma dentição temporária, os chamados “dentes de leite” que “cairão mais ao menos quando forem para a escolinha”, para nascer uns novos, a chamada “dentição definitiva”.

A este respeito as crianças ME e DP falaram do seu quotidiano familiar:

- “À minha mana estão a cair dentes.” **(ME, 4 anos)**

- “À minha irmã caíram muitos dentes, mas já estão a nascer uns novos.” **(DP, 3 anos)**

A fim de prosseguir para a atividade seguinte, foi efetuada uma breve referência à história do “Tomás e o seu dente doente”, mais especificamente ao convite realizado no final da história pelo “Dente”:

-Recordam-se do “Tomás e do seu dente doente”? **(Ed. Estagiária)**

-“Sim!” **(Grupo)**

- “No final da historinha, o dente fez-vos um convite: lavar os dentinhos na escola. E vocês disseram logo que sim. Mas vocês sabem lavar os dentinhos?” **(Ed. Estagiária)**

- “Sim!” **(Grupo)**

- “Vamos ver isso?!” **(Ed. Estagiária)**

No seguimento deste desafio, educadora estagiária exibiu os elementos para a higiene oral, que as crianças identificaram imediatamente, como sendo “a escova e pasta para escovar os dentes”. Tal evidencia um relativo contato com o elemento em questão. Em seguida, solicitou a ajuda de um voluntário para demonstrar na maquete, como achava que se deviam lavar os dentes. É de referir que todas as crianças demonstraram interesse em participar, oferecendo-se todos como voluntários, o que demonstrou um grande interesse por parte do grupo na atividade.

Selecionada a voluntária AB (Figura 24), a educadora estagiária disponibilizou a escova para a realização/demonstração na maquete, do que, segundo ela, era uma adequada escovagem dos dentes. É de referir que a seleção da voluntária, ainda que aleatória, recaiu, essencialmente, numa criança cuja participação nestas atividades era escassa.

À medida que a criança AB ia demonstrando, na maquete, o que a seu ver era uma “correta escovagem dos dentes” a educadora estagiária ia questionando o grupo, no sentido de verificar se estavam de acordo com a demonstração da colega e, por sua vez, a corrigissem e completassem esse mesmo procedimento. Esta atividade possibilitou constatar alguma dificuldade das crianças em descrever como deveriam escovar os dentes.

Quando a criança AB deu como finalizada aquilo que considerava ser uma correta escovagem dos dentes, a educadora estagiária, com a ajuda de outra criança voluntária (DS), completou a exemplificação da criança AB, dando as indicações para uma correta higiene oral (Figura 25).



Figura 24: Demonstração da criança AB de "como se lavam os dentes".



Figura 25: Explicação/demonstração de "Como se lavam os dentes" pela DS.

Esse procedimento foi conseguido através de um questionamento constante:

- “Então os dentes de trás?

Eles vão ficar tristes se a escova não chegou lá!” **(Ed. Estagiária)**

- “E os dentinhos de cima?

Também precisam de ser escovados para não fiquem sujos!” **(Ed. Estagiária)**

- “O que temos mais na boca, para além dos dentes?” **(Ed. Estagiária)**

À medida que a educadora estagiária questionava o grupo e dava algumas indicações, a criança voluntária (DS) ia reproduzindo na maquete os procedimentos, corrigindo/completando a exemplificação da criança AB/grupo.

Pretendendo (re)explorar o modo da escovagem dos dentes, a educadora estagiária passou à apresentação de uma sequência de imagens referentes à técnica correta da escovagem dos dentes. À medida que ia apresentando as imagens da sequência, ia também explicando o que era pretendido em cada uma delas. Após apresentação da sequência, esta foi afixada no cantinho da higiene oral (Figura 26), de modo a permitir às crianças guiarem-se pela mesma quando estivessem a efetuar a escovagem dos dentes e assim não se esquecerem de nenhum dente.

De seguida, a investigadora explicou a necessidade de lavar todos os dentes e terminou com uma curta referência às regras inerentes à higiene oral (não comer a pasta, não trincar a escova, não engolir, entre outros) e aos três momentos do dia em que se devem lavar os dentes, no qual, deu-se maior ênfase à escovagem de dentes no período da noite, antes de deitar. A fim de consolidar conhecimentos sobre os procedimentos de higiene oral de cada criança, a educadora estagiária recorreu a um período mais lúdico, dando a possibilidade de todas as crianças reproduzir a técnica correta da escovagem dos dentes na maquete e aperfeiçoar a mesma, tarefa que lhes permitiu um contacto mais próximo com a temática e um maior envolvimento na sessão.



Figura 26: Sequência de imagens relativas à escovagem dos dentes.

4.4.3. Higiene oral

A higiene oral (após o almoço) foi inserida nas rotinas das crianças no dia 1 de abril de 2014 (anexo CD – Planificação 2), tendo esta atividade perpetuado até ao dia 18 de junho 2014. Assim, a introdução da higiene oral em contexto escolar deu-se a 1 de abril de 2014, com uma contextualização do novo cantinho que iria existir na sala, tendo participado nesta sessão as treze crianças que compunham o grupo. Neste sentido, foi estabelecido um diálogo para a qual a educadora estagiária fez uma breve referência da história do “Tomás e o seu dente doente”:

- “Lembram-se da historinha do Tomás e o seu dente doente”? **(Ed. Estagiária)**
 - “Sim” **(Grupo)**
- No final da historinha, o dentinho fez-vos um convite. Que convite foi esse? **(Ed. Estagiária)**
 - “Lavar os dentinhos na escola” **(DP, 3 anos)**
- “E vocês querem lavar os dentinhos na escola?” **(Ed. Estagiária)**
 - “Sim” **(Grupo)**

No seguimento destas declarações, o grupo foi convidado a olhar ao seu redor e a identificar algo que estaria diferente na sala, no qual, identificaram de imediato o “cantinho da higiene oral”. Identificado o cantinho da higiene oral, o grupo dirigiu-se para esse mesmo espaço, onde a educadora estagiária começou por apresentar o espaço, a organização, as regras e procedimentos a seguir nesse local. Logo depois, a estagiária deu início à atividade, com a seleção de duas crianças do grupo para efetuarem a escovagem dos dentes (Figura 27). Enquanto isto, o restante grupo foi repartido pelas diferentes áreas, onde permaneceram até serem chamados para, também, eles desenvolverem a atividade. De referir, que ao longo da atividade, a educadora estagiária não só exemplificava, como orientava, controlava, vigiava e corrigia o par de crianças durante o processo de escovagem.



Figura 27: Escovagem dos dentes

Finalizada a atividade, era dado lugar a outro par de crianças, e assim sucessivamente até todas as crianças efetuarem a escovagem dos dentes.

Como também já foi referido, nesta nova rotina escolar, foi ainda introduzido o “quadro de registo da higiene oral” (Figura 28). Assim, à medida que o par de crianças ia terminando a escovagem dos dentes, estas eram convidadas a registarem a atividade efetuada no JI, assim como, a higiene oral em casa antes de dormirem (à noite). Este registo tinha como principal objetivo a promoção da higiene oral no contexto escolar e, essencialmente, em contexto familiar.



Figura 28: “Quadro de registo da higiene oral”

Estes registos efetuados pelas crianças, a partir do quadro da higiene oral (Figura 28), foram recolhidos semanalmente, assim como os dados referentes à iniciativa e autonomia das crianças, obtidos através da aplicação da grelha de observação focada no cantinho da higiene oral, a fim de, possibilitar uma avaliação constante da prática e progressão de cada uma das crianças no que se refere à higiene oral.

Desta recolha intensiva de dados e registos da higiene oral, resultaram tabelas que permitiram uma análise mais detalhada, de mais fácil acesso e melhor compreensão da progressão dos das crianças. Apesar de esta prática ter sido realizada diariamente, só se encontram apresentados cinco dias. A seleção dos dias recaiu sobre dois critérios: quando foi visíveis alterações comportamentais significativos e quando o grupo estava todo presente (dado a pequena dimensão de numero de participantes).

Assim, a tabela 22 é referente ao dia 1 de abril de 2014 e apresenta os dados resultantes da análise da atividade higiene oral, no primeiro dia em que se aplicou esta nova tarefa na rotina do grupo.

Tabela 22:
1 de abril 2014 (N=13)

Evidências		f*	%	Código das crianças
Iniciativa	Sim	10	76.9%	AB, FR, SO, SA, EL, ME, LQ, GM, DP; MC
	Não	3	23.1%	FS; DS; IP
Autonomia	Sim	2	15.4%	DP; MC
	Não	11	84.6%	AB, FR, SO, IP, FS, DS, EL, ME, LQ, GM, SA
Higiene oral à noite	Sim	10	76.9%	AB, FR, SO, SA, DP, MC, FS LQ, GM; EL
	Não	3	23.1%	IP; DS; ME

*As crianças identificaram mais que uma resposta

Neste primeiro dia de implementação desta nova rotina, foi notório o entusiasmo de grande parte das crianças, relativamente à introdução desta nova prática nas rotinas das crianças que, por sua vez, refletiu-se numa grande ansiedade e entusiasmo em participar. Assim, no que se refere à iniciativa, o grupo no geral apresentou iniciativa pela atividade, estando constantemente a questionar a educadora estagiária quando seria a sua vez de realizar a higiene oral, expeto três crianças (FS, DS e IP) que, contrariamente ao restante grupo, que estava sempre a perguntar quando era a sua vez ou se poderiam ser eles a seguir ao par que estava a efetuar a higiene, estas não se pronunciavam até serem questionadas pela educadora estagiária se queriam escovar os dentes. Porém, apenas uma criança (IP) expressou a sua vontade de não participar na atividade, referindo que não queria, porque estava a “pintar”, tendo sido ultrapassada esta situação através da motivação. Já as crianças DS e FS quando questionadas pela educadora estagiária “se queriam escovar os dentes”, responderam, sem hesitar, de forma positiva, deixando tudo o que estavam a fazer para desenvolver a atividade.

No que se refere à autonomia ao longo da atividade, só duas crianças DP e MC revelaram estar mais à-vontade com a higiene oral e até com o próprio material de higiene oral, no qual foi apenas necessário dar algumas indicações, relativamente aos procedimentos a adotar para uma eficaz higiene oral.

Contudo, é de referir que, verificamos uma tendência do grupo para esquecer-se de escovar alguns dentes específicos, os de trás e os de cima. Também, quando sozinhas, o grupo, revelava uma tendência para comer a pasta dentífrica e trincar a escova. Verificamos, ainda, que a maioria do grupo, não era autónomo o suficiente para colocar a

pasta na escova sem ajuda, tal pode ser justificado, não só pela pouca coordenação motora, normal nesta faixa etária, assim como, a falta de percepção da quantidade de dentífrico recomendado. Factos que tornaram necessário, em praticamente todas as crianças, uma intervenção manual da educadora, para obter uma eficaz escovagem dos dentes. Foi notória uma maior dificuldade na realização da prática em crianças como IP, DS e EL. Torna-se importante revelarmos que estas crianças não só apresentavam cáries (Tabela 1) no início do estudo, mas, apesar de referirem que já tinham hábitos de higiene oral (Tabela 5), quando questionadas em que momentos do dia escovavam os dentes não conseguiram especificá-los, podendo por isso haver uma relação entre ambas.

No que concerne sobre a higiene oral à noite, apuramos que a maioria das crianças, dez, registaram terem efetuado uma higiene oral na noite do dia anterior, sendo que só três delas (IP, DS e ME) registaram não o terem feito (Tabela 22). Comparativamente com os dados da primeira entrevista (Tabela 6), verificamos que não há uma correspondência, pois segundo os dados recolhidos na entrevista, a criança ME referiu que efetuava uma escovagem de dentes no período da noite, em contrapartida a criança LQ que registou escovar os dentes à noite (Tabela 22), pertencia ao grupo de crianças que não respondeu ou não especificou os momentos do dia em que efetuava a higiene oral. Salientamos que, das crianças que não fizeram o registo neste momento específico do dia (Tabela 22), três delas (IP, DS e ME) eram portadoras de cáries (Tabela 1), podendo estas vertentes estarem relacionadas. Sabemos, contudo, que segundo os dados recolhidos junto dos EE, a totalidade referiu que os seus educandos faziam a sua higiene oral “à noite” (Tabela 16).

Relativamente ao segundo dia, 22 de abril de 2014, resultou a tabela 23.

Tabela 23:
22 de abril de 2014 (N=13)

Evidências	f*	%	Código das crianças	
Iniciativa	Sim	12	92.3%	AB, FR, SO, SA, DP, MC, DS, EL, LQ, GM, ME, FS
	Não	1	7.7%	IP
Autonomia	Sim	3	23.1%	SA; DP; MC
	Não	10	76.9%	AB, FR, SO, IP, FS, DS, EL, ME, LQ, GM
Higiene oral à noite	Sim	12	92.3%	AB, FR, SO, SA, DP, MC, DS, EL, LQ, GM, ME, FS
	Não	1	7.7%	IP

*As crianças identificaram mais que uma resposta

Analisando a tabela 23, relativamente à iniciativa do grupo para a realização da atividade, grande parte do grupo (92.3%) revelou iniciativa, exceto a criança IP continuava a não demonstrar iniciativa. Contudo, é de referir que, quando questionada se queria escovar os dentinhos, esta dispôs-se, de imediato, para ir escovar os dentes, o que não acontecia em dias anteriores em que gerava resistência para o desenvolvimento da atividade. Segundo indicações familiares, em casa, também, era recorrente (Tabela 18). Apesar das crianças FS e DS no início do estudo (Tabela 22) não terem iniciativa, nesta data já não necessitavam de um adulto para as lembrar de escovar os dentes, sendo elas mesmas a voluntariarem-se para a atividade (Tabela 23).

Ao nível da autonomia, constatamos que a maioria do grupo (AB, FR, SO, IP, FS, DS, EL, ME, LQ, GM), até à data, não era autónomo na implementação desta nova prática, sendo que só apenas três crianças (SA, DP e MC) revelavam não necessitar de intervenção de um adulto para a concretização da mesma. Contudo, continuava, mesmo para estas crianças, a ser fundamental a supervisão e orientações por parte do adulto a fim de se obter uma eficaz higiene oral. No que se refere ao registo do quando, praticamente todas as crianças efetuavam uma escovagem dos dentes no período da noite, apenas a criança IP continuava a não registar.

Segue-se a análise do terceiro dia, 19 de maio de 2014, da qual resultou a tabela 24.

Tabela 24:
19 de maio (N=13)

Evidências	f*	%	Código das crianças	
Iniciativa	Sim	13	100%	AB, FR, SO, SA, FS, DP, MC, DS, EL, ME, LQ, GM; IP
	Não	0	0%	
Autonomia	Sim	6	46.2%	SA, DP, EL, MC, FR, FS
	Não	7	53.8%	AB, SO, IP, DS, ME, LQ, GM,
Higiene oral à noite	Sim	13	100%	AB, FR, SO, SA, DP, MC, DS, EL, LQ, GM, IP, FS, ME
	Não	0	0%	

*As crianças identificaram mais que uma resposta

Relativamente à iniciativa do grupo para a realização da atividade, pela análise da tabela 24, a 19 de maio já todos os elementos do grupo revelavam iniciativa relativamente às práticas de higiene oral em contexto JI.

No que se refere à autonomia na higiene oral, já observamos francas melhorias, pois, segundo a tabela 24, seis (SA, DP, EL, MC, FR, FS) das treze crianças já eram capazes de realizarem a higiene oral, sem que a educadora estagiária tivesse que intervir. Contudo, o grupo no geral continuava a demonstrar muita dependência das orientações de um adulto para a concretização de uma correta escovagem dos dentes, fazendo da supervisão e do apoio fundamental ao longo da atividade. A criança DS ainda solicitava ajuda mais do que o esperado, o que pode ser justificado pela idade, visto ser uma das mais novas do grupo. A 19 de maio de 2014, todas as crianças já referiam efetuar a higiene oral à noite (Tabela 24).

No que se refere ao quarto dia (3 de junho de 2014) resultou a tabela 25.

Tabela 25:
3 de junho de 2014 (N=13)

Evidências		f*	%	Código das crianças
Iniciativa	Sim	13	100%	AB, FR, SO, SA, FS, DP, MC, DS, EL, ME, LQ, GM, IP
	Não	0	0%	
Autonomia	Sim	10	76.9%	SA, DP, EL, MC, FR, FS, SO, IP, ME, LQ
	Não	3	23.1%	DS, GM, AB
Higiene oral à noite	Sim	13	100%	AB, FR, SO, SA, DP, MC, DS, EL, LQ, GM, IP, FS, ME
	Não	0	0%	

*As crianças identificaram mais que uma resposta.

A 3 de junho de 2014, relativamente à iniciativa do grupo para a realização da atividade, pela análise da tabela 25, verificamos que todos já tomavam a iniciativa de escovar os dentes, tal como já se vinha observar desde o dia 19 de maio de 2014.

No que se refere à autonomia na higiene oral, segundo a tabela 25, a maioria do grupo (84.6%) já era autónomo, sem necessitar de uma intervenção do adulto. Ao comparar a tabela 25 com tabela 24, verifica-se uma evolução acentuada de quase 50% das crianças. Contudo, apesar desta crescente autonomia do grupo, é de referir que continuavam a necessitar de apoio e supervisão em tarefas como colocar de pasta dentífrica na escova e orientação para uma higiene oral eficaz. As crianças DS, GM e AB ainda revelavam alguma dificuldade em escovar os dentes, sendo necessário a intervenção de um adulto na realização da mesma. Esta pode ser justificada com a sua pouca coordenação motora, normal para a faixa etária. No que se refere à escovagem dos

dentes no período da noite, podemos verificar que todas as crianças registavam o escovar os dentes à noite.

Relativamente ao último dia em análise das práticas de higiene oral, 18 de junho de 2014, obteve-se a tabela 26.

Tabela 26:
18 de junho (N=13)

Evidências		f*	%	Código das crianças
Iniciativa	Sim	13	100%	AB, FR, SO, SA, FS, DP, MC, DS, EL, ME, LQ, GM, IP
	Não	0	0%	
Autonomia	Sim	11	84.6%	SA, DP, EL, MC, FR, FS, SO, IP, ME, LQ, GM
	Não	2	15.4%	DS; AB
Higiene oral à noite	Sim	13	100%	AB, FR, SO, SA, DP, MC, DS, EL, LQ, GM, IP, FS, ME
	Não		0%	

*As crianças identificaram mais que uma resposta.

Relativamente à iniciativa do grupo para a realização da atividade, pela análise da tabela 26, e tal como se vinha a observar ao longo da prática, o grupo continuava a revelar iniciativa. Mal chegavam à sala, após o almoço, perguntavam quem seriam os primeiros a efetuar e voluntariavam-se. Dados que podem ser reveladores de um grupo motivado para a realização da atividade.

No que se refere à autonomia na higiene oral, e de acordo com a tabela 26, também quase todas as crianças (92.3%) já eram capazes de o fazer autonomamente, sem qualquer intervenção do adulto. Somente duas crianças (DS e AB) continuavam a revelar alguma dificuldade na execução desta tarefa. Contudo, apesar de quase todas as crianças serem autónomas o suficiente para o desenvolvimento da tarefa sem a intervenção de um adulto, o controlo da atividade por parte de um adulto continuava a ser fundamental por motivos já referidos. Pois, o grupo no geral, continuava a esquecer-se de escovar alguns dentes, especialmente os de cima e os de trás (baixo e os de cima), sendo fundamental o papel da educadora estagiária no relembrar e orientar as crianças, a fim de tornar esta atividade o mais eficiente possível. Por outro lado, quando sozinhos, o grupo tinha ainda tendência para comer a pasta ou trincar a escova. Fatores que reunidos, fazem da supervisão fundamental nesta faixa etária, independentemente, da sua autonomia ou não.

No que se refere ao quadro de registo, e tal como se vindo a verificar nos últimos dias, todas as crianças já referiam escovar os dentes à noite (tabela 26). Facto que revela uma maior motivação do grupo para a atividade e também consciência da sua importância para a sua saúde oral.

Para melhor leitura dos resultados apresentamos o gráfico 1, com a respetiva evolução da escovagem dos dentes:

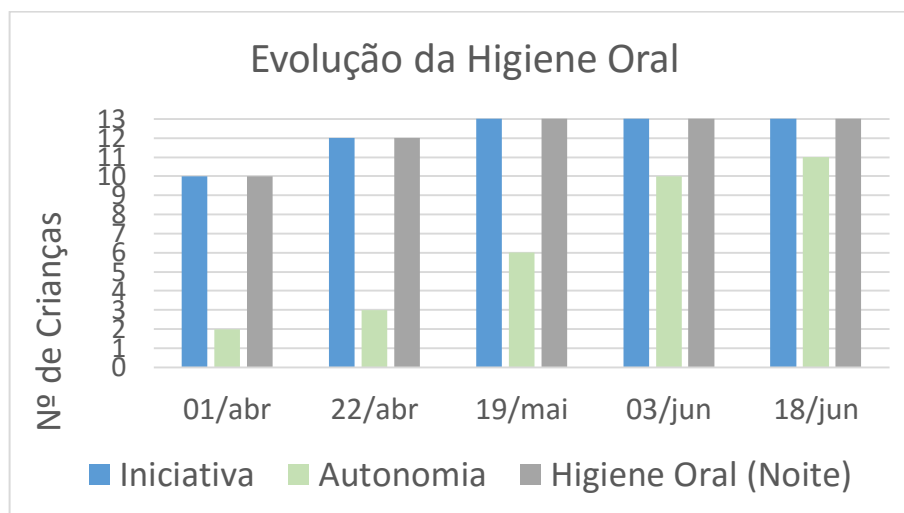


Gráfico 1: Evolução da escovagem dos dentes.

Ao terminar esta análise podemos constatar, que estas práticas em contexto escolar são muito bem-recebidas pelo grupo, tal como é visível desde do início do estudo por meio da iniciativa, não sendo necessário relembrar da necessidade da escovagem. Comparativamente aos dados recolhidos nas entrevistas das crianças, vemos a este nível uma incoerência, principalmente na criança IP, que refere que se lembra de escovar os dentes sozinha, quando, em contexto escolar foi sempre necessário lembrá-la e alertá-la para a importância desta prática para a sua saúde oral, não revelando iniciativa, nem preocupação pela mesma. Contudo, e tal como é visível no gráfico, houve uma progressão a este nível, sendo que, a 19 de maio de 2014, já todo o grupo revelava iniciativa para a realização da tarefa.

Em termos de autonomia na higiene oral, pela análise ao gráfico 1, é visível a crescente progressão, muito por meio desta prática em contexto escolar. Das crianças com mais autonomia destacam-se as crianças SA, DP, EL, MC, FR e FS. Por sua vez, as

crianças DS, GM e AB revelavam menor autonomia, tal podendo-se dever ao fato de serem as crianças mais novas do estudo.

Comparando com os dados obtidos com as entrevistas aos EE verificamos haver uma incoerência relativamente a este aspeto, pois, segundo EE.ME, EE. IP e EE. EL referiram que o seu educando escovavam os dentes habitualmente sozinhos sem ajuda. Com esta prática, podemos confirmar que as crianças não possuem determinadas competências, que lhe permitem ter autonomia total. Sendo importante realçar que estas três crianças são portadoras de cáries, podendo haver uma relação entre estas variáveis. Por outro lado, apesar de se ter verificado com o passar das semanas, uma crescente autonomia no grupo, resultado de uma crescente agilidade e eficácia no realizar da higiene oral, a supervisão e orientação da mesma por parte de um adulto continuava a ser fundamental para uma eficaz higiene oral no grupo em geral, tal pode ser justificado pelas idades do grupo em estudo, pois quando sozinhas, as crianças no geral, excediam a quantidade de pasta dentífrica, comiam pasta, trincavam a escova e esqueciam-se de escovar dentes específicos. Importa, ainda, referir que, apesar de ter-se notada uma elevada percentagem de crianças, no início do estudo, com falta de autonomia, em nenhum momento, as crianças solicitaram ajuda. Todas queriam escovar sozinhas, contudo, nem sempre possível, por falta da agilidade, sendo necessário uma intervenção de um adulto.

Relativamente à higiene oral no período da noite, este momento passou a ser registado por todas as crianças, a partir do dia 19 de maio de 2014, garantindo deste modo, duas escovagens dos dentes por dia, conforme as indicações da DGS (2005). Podendo assim aferir, ter havido alteração nos hábitos de higiene oral no grupo, tendo sido uma mais-valia a introdução das práticas de higiene oral nas rotinas deste grupo. Tal como a higiene oral e o quadro de registo da higiene oral, a música “Eu já lavo os dentes” (anexo 2), também, foi incutido nas rotinas diárias das crianças. A música “Eu já lavo os dentes” surge como fonte de motivação à atividade anterior (“higiene oral”) e posterior registo da mesma, passando a ser incluída na rotina das crianças após a higiene oral. Para facilitar o processo de aprendizagem da música, foi construído um pictograma da mesma, permitindo uma leitura/interpretação mais fácil por parte das crianças. Mostrou-se ser

uma música de fácil memorização e que agradava muito ao grupo, sendo solicitada, pelo mesmo, em vários momentos do dia para além da higiene oral.

4.4.4. “A bruxinha que voava numa escova de dentes”

No dia 22 de abril de 2014 foi dramatizada da história “A bruxinha que voava numa escova de dentes”. Nesta atividade participaram treze crianças” (anexo CD – Planificação 3). A atividade teve assim início com um diálogo introdutório e posterior dramatização da história “A bruxinha que voava numa escova de dentes” com auxílio da do flanelógrafo e “dedoches” referentes à história (Figura 29).



Figura 29: Apresentação “A bruxinha que voava numa escova de dentes”

Após a dramatização, desenvolveu-se um diálogo sobre o conteúdo da história, ao longo da qual, optamos pela participação individual, visto ser um grupo de crianças cuja linguagem ainda era pouco perceptível.

- “Quem são os inimigos dos nossos dentinhos? Aqueles que deixam os dentes muito sujos e tristes quando os comemos?!” (Ed. Estagiária)
- “Rebuçado.” (AB, 3 anos,)
- “Bolo.” (ME, 4 anos)
- “São os doces.” (IP, 4 anos)
- “E os amigos dos dentes? Quem são?” (Ed. Estagiária)
- “Morango.” (DP, 3 ano)
- “Alface.” (LQ, 3 anos)
- “E mais?” (Ed. Estagiária)
- “Cenouras e as maçãs.” (AB, 3 anos)
- “O tomate”.” (GM, 3 anos)
- “Banana.” (SA, 3 anos)
- “Maça.” (SO, 3 anos)

- “Para além da fruta e legumes, havia mais amigos dos dentes! Quem eram eles?” **(Ed. Estagiária)**
 - “Escova e a pasta!” **(FR, 3 anos)**
- “E para que serve a escova e pasta? Também são de comer?” **(Estagiária)**
 - “Escovar os dentinhos.” **(IP, 4 anos)**
 - “Lavar os dentinhos.” **(GM, 3 anos)**
- “E o que é que acontece aos dentinhos dos meninos, quando comem estas guloseimas e não escovam os dentinhos?” **(Ed. Estagiária)**
 - “Ficam pretos.” **(DS, 3 anos)**
 - “Ficam sujos!” **(LQ, 3 anos)**
- “E depois? O que acontece?” **(Ed. Estagiária)**
- “Vem os bichinhos pequeninos, e fazem mal aos nossos dentes.” **(MC, 3 anos)**
 - “Aparecem as bactérias e destroem os dentinhos!” **(DP, 3 anos)**

Pela análise dos diálogos, constatou-se que a maioria das crianças tinha compreendido a história, sendo capaz de identificar os amigos e inimigos dos dentes, assim como, estabelecer uma relação entre a falta de saúde oral e a má alimentação, seguida de falta de hábitos de higiene oral. Facto que não verificamos no início do estudo, nas entrevistas às crianças, onde foram incapazes de estabelecer uma relação entre a saúde oral e a alimentação (Tabela 9).

4.4.5. “O dente saudável e não saudável”

No dia 22 de março de 2014 (anexo CD – Planificação 3), no seguimento da atividade “a bruxinha que voava numa escova de dentes” foi ainda explorada uma segunda atividade denominada como “o dente saudável e não saudável”, tendo esta como principal objetivo reforçar os saberes adquiridos na atividade anterior. Nesta atividade, participaram as mesmas crianças que na atividade anterior, ou seja, treze crianças.

A atividade teve início com uma breve abordagem às diferenças entre os dois dentes, e posterior distribuição das diferentes imagens, aleatoriamente, pelo grupo. De seguida, foi pedido que estabelecessem correspondência entre as imagens e os dentes. À medida que cada criança ia fazendo a correspondência dos alimentos, com os diferentes dentes em relação ao seu benefício ou malefício para a saúde oral (Figura 30), esta era ainda questionada, relativamente, à sua atribuição.



Figura 30: Criança DP a fazer correspondência da imagem.

A atividades decorreu com sucesso, pois as crianças conseguiram fazer correspondência de quase todos os alimentos com os diferentes dentes, tendo havido por isso apreensão e conciliação de conhecimentos abordados na atividade anterior “A bruxinha que voava numa escova e dentes”. A maior dificuldade do grupo foi fazer a correspondência de três alimentos: peixe, o queijo e o leite achocolatado, no qual, o peixe foi a criança DS, por uma questão de distração, não conseguiu fazer correspondência. O queijo e o pacote de leite achocolatado foram os alimentos que mais dúvidas colocaram ao grupo, por serem derivados de alimentos saudáveis. Por outro lado, esta dificuldade em classificar corretamente os alimentos prejudiciais pode, também, estar relacionada com o facto de serem utilizados, no dia-a-dia, pelos pais.

Tal como podemos verificar nas afirmações seguintes:

“Porque a minha mãe dá-me leitinho com chocolate!” **(SO, 3 anos)**

“O queijo é feito de leitinho” **(MC, 3 anos)**

Este jogo foi posteriormente colocado à disposição do grupo, desta vez na área dos jogos de mesa (Figura 31 /Figura 32), onde teve grande procura por parte grupo.



Figura 31: ED a explorar o jogo “O dente saudável e o dente não saudável”



Figura 32: LQ a explorar o jogo “O dente saudável e o dente não saudável”

4.4.6. “Ação dos açúcares nos dentes”

A apresentação da atividade realizou-se, tal como previsto, no dia 23 de abril de 2014 (anexo CD – Planificação 3). Nesta atividade participaram treze crianças.

Após estabelecidas as rotinas, a educadora estagiária, deu início a um diálogo do qual resultou a questão problema: “O que é que vocês acham que acontece aos nossos dentes quando comemos alimentos com muito açúcar como: gelados, rebuçados, bolo, entre outros, e não os lavamos?”

- “Ficam sujos e nascem cáries.” **(SA, 3 anos)**

- “Nascem as cáries.” **(IP, 4 anos)**

- “Aparecem as bactérias com ácidos e depois as cáries.” **(DP, 3 anos)**

- “Aparecem as bactérias que fazem buracos nos dentes.” **(MC, 3 anos)**

Estas afirmações permitem-nos garantir que houve uma compreensão de conceitos e conhecimentos abordados com as atividades anteriores, já que, as crianças revelavam ser capazes de relacionar as cáries com o consumo de doces, seguida de falta de higiene oral, o que não se verificava na entrevista realizada às crianças, onde estas foram incapazes de estabelecer a relação entre alimentação e problemas de saúde oral (tabela 9). Verifica-se ainda, uma mobilização de um vocabulário mais adequado pelo grupo.

Posteriormente, o grupo foi convidado a dirigir-se para a área das expressões, onde se começou por fazer a exibição dos diferentes materiais. De seguida, preparou-se a experiência, colocando num copo transparente um ovo cozido submerso em sumo, num outro copo foi colocado um ovo mergulhado em água e no último copo, um ovo mergulhado em vinagre. À medida que esta ia sendo preparada, a educadora estagiária ia explicando o que cada copo com ovo representava, a fim de que, as crianças relacionassem a experiência com o que acontece realmente aos dentes, quando em contacto com doces e à formação da placa bacteriana.

No mesmo dia, da parte da tarde, voltamos a reunir o grupo na área das expressões, onde foi relembrada a experiência, passo a passo, e identificada a questão problema. De seguida, foram colocados os três copos a circular pelo grupo, a fim de facilitar a observação e análise da experiência. Nesta fase da experiência, as crianças puderam verificar que o ovo que estava no copo de sumo ganhou umas “manchas escuras” (FR), o ovo que estava num copo com água manteve a sua aparência e o ovo

mergulhado em vinagre, perdeu a sua “casca” (IP). Após a fase de observação seguiu-se um diálogo de interpretação dos dados resultantes da experiência, dos quais permitiram estabelecer uma relação entre o surgimento das cáries, o consumo de doce e a falta de hábitos de higiene oral, tal como, pode-se constatar no diálogo em baixo.

-“Se imaginarmos que os ovos são os nossos dentes! O que acontece aos nossos dentinhos quando comemos doces, como a coca-cola, e não lavamos logo os dentinhos?” **(Ed. Estagiária)**

- “Ficam escuros!” **(SA, 3 anos)**

- “Vão ficar sujos!” **(LQ, 3 anos)**

- “E o que é que acontece aos dentes quando ficam muito tempo sem serem limpos?!” **(Ed. Estagiária)**

-“Aparecem uns bichinhos pequeninos!” **(SO, 3 anos)**

-“Vêm as bactérias!” **(LQ, 4 anos)**

-“Depois vêm as bactérias que formam nos dentes um ácido parecido com o vinagre! -E o que acontece aos nossos dentinhos quando ficam perto deste ácido?” **(Ed. Estagiária)**

- “Perdem a casaca!” **(AB, 3 anos)**

- “Ficam moles” **(GM, 3 anos)**

- “Ficam com buraquinhos!” **(DP, 3 anos)**

-“E como se chamam esses buraquinhos que aparecem nos nossos dentes?” **(Ed. Estagiária)**

- “Cáris.” **(grupo)**

- “Então, o que temos de fazer depois de comermos doces como: bolos, chupas...?” **(Ed. Estagiária)**

“Escovar os dentinhos” **(grupo)**

No seguimento desta unanimidade do grupo diálogo, a criança DS foi desafiada a escovar o ovo imerso em coca-cola, tal como, deve fazer-se com os dentes depois do consumo de doces (Figura 33). Tal como é visível na Figura 34, a mancha castanha, à medida que a criança ia lavado/escovando o ovo, ia desaparecendo, permitindo reforçar, a necessidade e importância das práticas de higiene oral, essencialmente após o consumo de doces.



Figura 33: Criança DS a escovar o ovo.



Figura 34: Ovo após a escovagem.

4.4.7. Visita à ACEP - “Visita os teus dentes”

No dia 5 de maio 2014 (anexo CD – Planificação 4) realizamos uma visita de estudo à ACEP, onde decorria uma exposição designada de “visita os teus dentes”. Esta visita tinha como objetivo principal proporcionar às crianças variadas experiências e atividades de carácter lúdico, que lhes permitissem consolidar e alargar os seus conhecimentos, relativamente à temática, assim como, motivá-las para a aquisição de hábitos corretos de higiene oral. Nesta visita estiveram presentes as treze crianças.

Esta atividade foi muito bem recebida pelo grupo, pois originou euforia por saírem do seu local habitual, sala de atividades. A visita na ACEP contou com a colaboração de uma monitora, que orientou o grupo em toda a visita.

A visita teve início com uma entrada peculiar: por uma “boca gigante”. Foi algo que deixou logo, à partida, o grupo muito entusiasmado e curioso com o que iriam ver/acontecer. Seguiu-se uma breve referência à dentição humana (Figura 35), procurando aferir os conhecimentos das crianças de forma a enriquecê-los. A monitora começou por questionar o grupo, se a dentição das crianças era igual à dos adultos, à qual as crianças referiram, sem hesitar, que não. Tendo mesmo uma criança afirmado “nós temos só 20 dentes” (MC) e a criança DP completou referindo que os adultos “têm 32 dentinhos”, evidenciando não ser um tema novo para o grupo. Pretendendo confirmar as previsões do grupo, a monitora prosseguiu a visita com uma contagem dos dentes, em grande grupo, e relembrando termos como: dentição de leite e dentição definitiva. A visita prosseguiu com uma breve apresentação dos três tipos de dentes que existem na boca e a função de cada um deles (Figura 36). Assim, procurando aferir os conhecimentos das crianças, a monitora questionou o grupo se os dentes eram todos iguais, à qual as crianças, ainda que um pouco inseguras, afirmaram que não. A monitora procurou explicar-lhes que tal acontecia, porque os diferentes dentes tinham diferentes funções. Acrescentou ainda que, sendo diferentes, também tinham nomes diferentes: incisivos, caninos e molares. As crianças repetiram os nomes, pronunciando-os com alguma dificuldade. A monitora terminou este momento com a exibição de cada um dos dentes e o grupo teve a possibilidade, de também, exemplificar cada uma das funções inerentes a cada um dos diferentes dentes.



Figura 35: Referência à dentição humana.



Figura 36: Apresentação dos diferentes dentes.

Outro dos temas abordados durante a visita foi a higiene oral. Aqui as crianças foram questionadas se lavavam os dentes, tendo todas as crianças respondido de forma positiva, no qual criança DP acrescentou ainda, o fato de se fazer a higiene oral em contexto escolar. Como era um tema que não era novidade para o grupo, a monitora prosseguiu para a atividade seguinte, desafiando o grupo, para uma atividade experimental, para a qual pediu dois voluntários para a realização da mesma.

A experiência consistia em avaliar a higiene oral, através do uso de reveladores da placa bacteriana (em soluto) e, conseqüentemente melhorar as técnicas de escovagem dentária. Para tal, nesta experiência foi utilizado como revelador da placa bacteriana a eritrosina, que tem a propriedade de corar de vermelho face à presença de placa bacteriana, revelando assim o que não foi escovado ou foi mal escovado. Assim, num primeiro momento, foram selecionadas duas crianças para realizarem a escovagem dos dentes. Quando deram como finalizada a escovagem dos dentes, foram colocadas uma a duas gotas do soluto na língua de cada uma das crianças e pedido que a passassem por toda a superfície dentária. Concluídos estes procedimentos, bochecharam com água. No final, o grupo pôde ver, que haviam dentes, preferencialmente os de trás e os de cima, que estavam corados (Figura 37).

O que revelava que as crianças voluntárias não tinham escovado bem os dentes e/ou esquecidos de escovar alguns dentes.

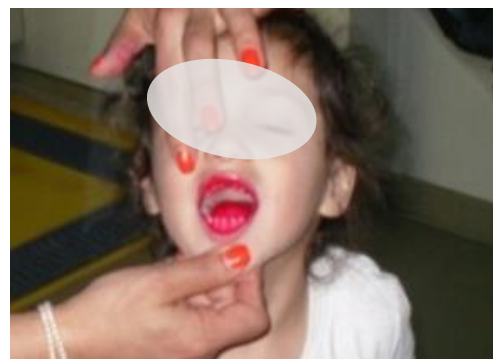


Figura 37: A criança IP revelando a placa bacteriana após a experiência.

Estes dados confirmam o que se vinha a notar na higiene oral no JI, que era visível um desleixo na escovagem dos dentes em alguns dentes específicos, nos de trás e os de cima. Esta experiência foi o ponto de partida para uma abordagem à frequência da escovagem dos dentes. Assim, as crianças, quando questionadas quando à frequência ideal da escovagem dos dentes, estas com a ajuda da monitora, expressaram corretamente os três momentos do dia.

A este diálogo, seguiu-se uma demonstração, por parte da animadora, dos procedimentos de uma correta higiene oral numa boca gigante (Figura 39) sendo dado, a possibilidade de todas as crianças demonstrarem os mesmos procedimentos. Este momento foi vivenciado com grande entusiasmo pelo grupo (Figura 38).



Figura 39: Demonstração da animadora dos procedimentos da higiene oral.



Figura 38: MC a demonstrar os procedimentos de uma correta higiene oral.

A última temática abordada nesta visita foi “brincar aos dentistas”. Aqui, o grupo começou por ver um vídeo que, para além de relatar com simplicidade uma ida ao dentista, pretendia focar os pontos-chave de uma boa higiene oral.

De seguida, foi dada a possibilidade de todas as crianças serem dentistas por uns instantes (Figura 40). A ideia desta abordagem era minimizar a imagem negativa que algumas crianças têm do “Doutor dos dentes”. Algo que foi conseguido, já que as crianças estavam bastante divertidas e descontraídas.



Figura 40: Brincar aos dentistas

4.4.8. “Função da pasta dentífrica”

A “Função da pasta dentífrica” tratou-se de uma atividade experimental, realizada no dia 19 maio de 2014 (anexo CD – Planificação 5), na qual, participaram as treze crianças envolvidas no estudo. Esta teve início pela manhã com o grupo reunido na área das expressões, onde foi estabelecido um diálogo, introdutório, do qual resultou a questão problema inerente à experiência:

“Para além de ajudar a lavar os dentes, para que serve mais a pasta dos dentes?
Será que só serve para lavar os dentes? (Silêncio).
Querem descobrir para que serve mais a pasta de dentes?” **(Ed. Estagiária)**

Após a educadora estagiária ter desafiado o grupo, esta deu início à atividade experimental com a apresentação dos materiais necessários para a realização da mesma, ou seja: os ovos cozidos que representavam os dentes; o vinagre que representava os ácidos provocados pelas baterias e a pasta de dentífrica.

Apresentados todos os materiais, a educadora estagiária deu início a um diálogo, onde numa fase inicial foi pedido a um voluntário (GM) para barrar com pasta dentífrica um dos ovos cozido, utilizando unicamente as mãos, como se representasse “um dente lavado” com pasta. Posto isto, foi submerso em vinagre. O segundo ovo, foi também ele submerso em vinagre, contudo, sem barrar com pasta como se tratasse de um dente não lavado (Figura 41).



Figura 41: Recolha de previsões relativamente à experiência.

Concluída esta parte da experiência, foi estabelecido um diálogo no qual pretendia-se, essencialmente, recolher as previsões do grupo. Assim à primeira questão (o que irá acontecer ao ovo imerso em vinagre?), praticamente todas as crianças referiram que este iria perder a casca. Só três crianças, (DS, FR e GM) é que não se pronunciaram, sendo importante referir de tratar-se das três crianças mais novas do grupo. Esta unanimidade do grupo pode ser justificada com a anterior “Ação dos açúcares, ácidos e da água nos dente” dadas as semelhanças entre as atividades. Posto isto, o grupo foi questionado

relativamente ao que viria acontecer com o outro ovo, também, ele submerso em vinagre, mas coberto com pasta dentífrica, sendo que a esta questão, só a criança ME referiu: “não vai perder casca do ovo”. Quando questionada relativamente ao porque desta afirmação, esta apontou a pasta como a responsável por não deixar desgastar a casca do ovo.

- “Porque o ovo esta coberto de pasta de dentes.” **(ME, 4 anos)**

Apresentadas as previsões foi explicado ao grupo que teriam de aguardar para observar os resultados de experiência. No final da tarde, o grupo foi novamente reunido na área das expressões plásticas, onde foi lembrada a experiência e o objetivo traçada para a mesma. Posto isto, foram colocados os dois copos a circular pelas crianças (já sem o vinagre), permitindo assim que o grupo não só observasse como tocasse nos ovos. Nesta fase da experiência, as crianças puderam constatar que, o ovo que estava coberto com pasta de dentes e imerso em vinagre estava praticamente igual, já o outro, que foi apenas submerso em vinagre, perdeu a sua “casca” dura, tal como a criança ME tinha previsto. Após as fases de previsão e observação, a educadora estagiária, estabeleceu um diálogo de interpretação e conclusão.

- “Porque é que um dos ovos não perdeu a casca, se os dois ovos estavam imersos em vinagre?” **(Ed. Estagiária)**
- “Porquê tinha a pasta de dentes!” **(LQ, 3 anos)**
- “Foi a pasta de dentes, não deixou!” **(DP, 3 anos)**
- “Então, para que serve a pasta de dentes?” **(Ed. Estagiária)**
- “Para não perder os dentes!” **(IP, 4 anos)**
- “Para os dentinhos ficarem duros” **(SA, 3 anos)**
- “Então, quando escovamos os dentes com pasta de dentes, o que estamos a fazer?” **(Ed. Estagiária)**
- “Não deixar as bactérias fazerem buraquinhos” **(MC, 3 anos)**

Analisando as respostas das crianças, verificamos que estas compreenderam a função da pasta dentífrica, atribuindo-lhe a função “protetora”. Posto isto, a educadora estagiária procurou explicar-lhes, que tal acontecia, porque a pasta tinha na sua composição o “fluor” que impedia os ácidos, produzidos pelas bactérias, de destruírem os dentes. Acrescentou, ainda, que quando escovavam os dentes com pasta dentífrica, estavam não só a lavar os dentes (remover os restos de comida) como a proteger os

dentos das bactérias. Contudo, o sucesso da atividade foi mais visível, quando questionadas do porque de usarmos a pasta dentífrica na higiene oral e obteve-se os seguintes resultados (tabela 27).

Tabela 27:
“Porque é que usamos a pasta de dentes na higiene oral?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Proteger	3	25%	FR, SO, GM
Lavar	1	8.3%	DS
Lavar e proteger	9	69.2%	MC; AB; LQ; ME; FS; SA; DP; IP; EL
Total	13	0%	

Estes dados evidenciam que a experiência foi bem-sucedida, na medida em que 69.2% das crianças atribuíram à pasta dentífrica a função de lavar, mas também proteção dos dentes.

-“Lavar e proteger os dentinhos” **(MC, 3 anos)**

Só uma das crianças (DS) referiu “lavar os dentes” como a única função da pasta dentífrica. Contudo, é de referir que se trata de uma criança com pouca capacidade de concentração, comparativamente com o restante grupo. Também três crianças, responderam somente o ato de proteger, pelo facto de se referirem à experiência.

Ainda no seguimento desta questão, para concluir a atividade, o grupo foi questionado relativamente aos elementos de proteção: “Então, o que temos que fazer para proteger os nossos dentes? (Tabela 28).

Tabela 28:
“Então, o que temos que fazer para proteger os nossos dentes?” (N=13)

Evidências	f*	%	Código das crianças
Escovar os dentes	13	100%	FR; ME; MC; SO; FS; AB; SA; DP; EL; GM; IP; LQ; DS
Ir ao dentista	11	84.1%	AB, IP, DP, ME, LQ, MC, FR, SO, EL: FS; GM
Alimentação saudável	9	69.2%	IP, MC, ME, LQ, FR, FS; AB; SO; DP
Total	33		

*As crianças deram mais do que uma resposta

Pela análise da tabela 28, é visível o reconhecimento, por parte de todo grupo, da importância da higiene oral no que se refere à proteção dos dentes, já que todas as crianças a nomearam sem hesitar como um elemento de proteção. Estes dados estão em

concordância com os dados recolhidos durante a entrevista, realizada no início do estudo às crianças, onde, à mesma questão, todas as crianças referiram-se à higiene oral como um elemento de proteção. Ainda referente a esta questão, seguiu-se, o médico dentista, ao ser nomeado por onze crianças (Tabela 28). Aqui é visível uma maior consciência do grupo em relação a este elemento de proteção, já que, no início do estudo, à mesma questão só sete crianças (FR, ME, AB, DP, LQ, SO, GM) tinham mencionado este profissional de saúde. E por último, mas não menos importante, a alimentação saudável, que passou a ser nomeada por nove crianças (IP, MC, ME, LQ; FR, FS; AB; SO, DP), quando na entrevista realizada às crianças nenhuma fez referência a este aspeto. São, portanto, notáveis melhorias a este respeito e o impacto não só desta atividade, mas de todas realizadas até à data.

4.4.9. “Capuchinho vermelho e o lobo que não lavava os dentes”

A última atividade foi o “Capuchinho vermelho e o lobo que não lavava os dentes” (anexo CD – Planificação 6). Esta atividade teve dois momentos: apresentação da história ao grupo de estudo no dia 2 de junho de 2014 e apresentação da mesma à comunidade escolar através de um teatro no dia 27 de junho de 2014 (festa de final de ano).

“Capuchinho vermelho e o lobo que não lavava os dentes” trata-se, de uma adaptação do conto tradicional “Capuchinho vermelho”, tendo este conto surgido de uma sugestão do grupo para a festa de final de ano sendo, posteriormente, adaptado pela educadora estagiária, com o intuito de não só motivar e promover hábitos de higiene oral no grupo assim, como expandir esses mesmos hábitos para contexto familiar.

Neste sentido, no dia 2 de junho 2014, através de um teatro de dedoches foi apresentada a história ao grupo, na qual participaram onze das treze crianças que compõem o grupo, encontrando-se ausentes as crianças FR e ME. Após a dramatização da história, foi estabelecido um diálogo de compreensão literal que revelou um elevado domínio da história por parte do grupo, tendo as crianças conseguido identificar os momentos mais marcantes da história, tal como é visível na narrativa exposta em baixo:

- “O que é que a Capuchinho levava para a sua avozinha?” **(Ed. Estagiária)**

- “Escova e pasta de dentes!” **(AB, 3 anos)**

- “E porque é que ela levava a escova dos dentes e pasta dentífrica à sua avozinha?” **(Ed. Estagiária)**

- “Porque a avozinha estava adoente!” **(FS, 4 anos)**
- “Porque avozinha estava doente e não conseguia ir comprar!” **(LQ, 4 anos)**
- “Pelo caminho, quem é que a Capuchinho encontrou?” **(Ed. Estagiária)**
 - “O lobo mau!” **(DS, 3 anos)**
 - “O lobo!” **(SO, 3 anos)**
- “O lobo, depois saber o que a Capuchinho levava na sua cesta e para o que servia, pensou logo num plano para roubar à Capuchinho a escova e pasta. Porquê?” **(Ed. Estagiária)**
 - “Porque ele também estava doente!” **(SA, 3 anos)**
 - “O que é que ele tinha?” **(Ed. Estagiária)**
 - “Dores de dentes!” **(EL, 4 anos)**
 - “Uma cárie!” **(MC, 3 anos)**
 - “Para que é que ele queria os materiais de higiene oral?” **(Ed. Estagiária)**
 - “Para lavar os dentinhos!” **(DP, 3 anos)**
 - “E para proteger os seus dentinhos das bactérias!” **(MC, 3 anos)**
 - “E o que é que ele fez para conseguir?” **(Ed. Estagiária)**
 - “Roubou a capuchinho!” **(FS, 3 anos)**
- “Foi à casa da avozinha e comeu-a, e depois ficou com a escova e pasta do capuchinho Vermelho!” **(IP, 4 anos)**
- “Fez de conta que era a avozinha para ficar com a escova e pasta!” **(MC, 3 anos)**
 - “E conseguiu ficar com a escova e pasta?” **(Ed. Estagiária)**
 - “Não!” **(DS, 3 anos)**
 - “Porquê?” **(Ed. Estagiária)**
 - “Apareceu o caçador!” **(DS, 4 anos)**
 - “O caçador não deixou!” **(DP, 3 não)**

Familiarizadas com a história, seguiu-se um diálogo, da qual resultou uma lista com elementos importantes para a peça como a necessidade de uma casa, de roupas para as diferentes personagens, árvores para a floresta, entre outras. Seguindo-se uma distribuição dos diferentes papéis pelo grupo, sendo que esta foi efetuada de acordo com os interesses do grupo. Esta primeira sessão, de apresentação da história ao grupo por meio de um teatro de dedoches, foi fundamental para a compreensão literal da história, o que revelou ser crucial na posterior distribuição de papéis e memorização dos mesmos por parte do grupo.

Resta referir que a preparação do teatro decorreu ao longo de vários dias e contou com a colaboração das famílias, não só para preparação dos elementos cénicos (como a elaboração de uma casa, árvores, roupas, máscaras entre outros (Figura 42)), assim como para os ensaios com as próprias crianças. É relevante pontuar, que ao longo desses dias, o grupo de crianças, assim como as próprias famílias, foram sempre correspondendo com

entusiasmo e empenho às várias tarefas que eram gradualmente propostas e desenvolvidas.

A apresentação à comunidade escolar da peça de teatro, tal como já foi referido em cima, ocorreu no dia 27 de junho de 2014, na festa de final de ano letivo. Contou com a participação de todas as crianças do JI, seus pais e familiares, assim como, de todo o corpo docente e não docente. Após a apresentação do teatro, o feedback foi muito positivo tanto por parte dos familiares das crianças como do próprio corpo docente e não docente. Os pais adoraram e as crianças estavam divertidíssimas, apresentando-se como um momento memorável. De um modo geral, esta atividade possibilitou a apreensão e desenvolvimento de conceitos associados saúde oral/ higiene oral. Por outro lado, a envolvimento e posterior apresentação, à comunidade educativa, permitiu dar a conhecer a temática, que se vinha a desenvolver ao longo do segundo semestre com as crianças e, conseqüentemente, promover, sensibilizar e motivar a comunidade educativa para adoção de corretos hábitos de higiene oral.

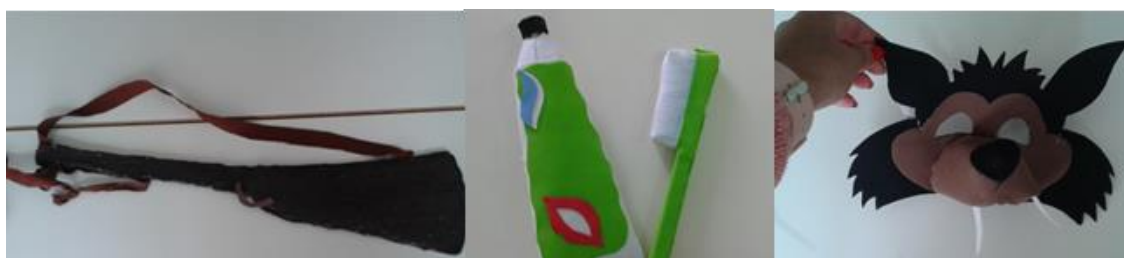


Figura 42: Alguns dos elementos cénicos.

4.5. Inquéritos Por Entrevista Efetuados Aos Encarregados de Educação (EE)

No final do estudo, os EE voltaram a ser entrevistados, e procuramos, essencialmente, averiguar o impacto do estudo no desenvolvido em contexto escolar, no dia-a-dia das crianças, ou seja, se houve ou não alterações de hábitos de higiene oral das crianças em contexto familiar. Foram assim, efetuadas entrevistas individuais a todos os encarregados de educação (treze EE).

A primeira questão colocada foi: “O seu educando partilhou consigo alguma das atividades desenvolvidas neste âmbito?”. Os dados encontram-se na tabela 29.

Tabela 29:

“Partilhou consigo alguma das atividades desenvolvidas neste âmbito?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	13	100%	EE.ME; EE. DP; EE.MC; EE.DS; EE. EL; EE.FR; EE.SO; EE.SA; EE. LQ; EE. IP; EE. FS; EE.GM; EE. AB
Não	0	0%	
Total	13	100%	

Tal como podemos observar pela análise da tabela 29, todas as crianças (100%) partilharam com os seus familiares, pelo menos, uma atividade desenvolvida em contexto escolar. Este resultado é revelador do entusiasmo com que as crianças vivenciaram toda e cada uma das experiências.

No seguimento da questão anterior, os EE foram questionados relativamente às atividades que foram partilhadas pelos seus educandos: *“Qual foi a atividade que o seu educando partilhou consigo?”* (tabela 30).

Tabela 30:

“Qual foi a atividade que seu educando partilhou consigo?” (N=13)

Evidências	f*	%	Código das crianças
“Visita ao dentista”	13	100%	EE.FR; EE.MC; EE. AB; EE.GM; EE.LQ; EE.ME; EE.SO; EE.DS; EE.FS; EE.SA; EE.DP; EE.EL; EE.IP
História do “Tomás e o seu dente doente”	9	69.2%	EE.ME; EE. DP; EE.IP; EE.MC; EE. EL; EE.SA; EE.SO; EE.GM; EE.FR
Escovagem dos dentes	13	100%	EE.FR; EE.MC; EE. AB; EE.GM; EE.LQ; EE.ME; EE.SO; EE.DS; EE.FS; EE.SA; EE.DP; EE.EL; EE.IP;
Música “Eu já lavo os dentes”	9	69.2%	EE.DP; EE.MC, EE.EL, EE.FS; EE.AB; EE.ME; EE.LQ; EE.FR
História da “bruxinha que voava numa escova de dentes”	6	46.2%	EE.MC; EE.DP; EE.AB; EE.DP; EE.FR; EE.GM
Visita ACEP	7	53.8%	EE.SA; EE.GM; EE.AB; EE.ME; EE.FS; EE.IP; EE.MC
Experiência: ação dos açúcares nos dentes	4	30.7%	EE.ME; EE.MC; EE.DP; EE.LQ
Experiência: Função da pasta dentífrica	4	30.7%	EE.DP; EE.SO; EE.SA; EE.LQ
Capuchinho vermelho e o lobo que não lava os dentes	13	100%	EE.FR; EE.MC; EE. AB; EE.GM; EE.LQ; EE.ME; EE.SO; EE.DS; EE.FS; EE.SA; EE.DP; EE.EL; EE.IP

* Os EE referiram mais que uma resposta.

Atendendo aos dados da tabela 30, as atividades mais partilhadas pelas crianças com os EE foram a “escovagem dos dentes”, a “visita ao dentista” e a “Capuchinho

vermelho e o lobo que não lava os dentes”. Apesar que esta última pode ser resultado da envolvimento da família no teatro. Logo a seguir, surge a história do “Tomás e o seu dente doente” e a música “Eu já lavo os dentes”, ambas nomeadas por nove EE (69.2%). A elevada partilha das atividades efetuadas no JI com a sua família, realça o impacto que cada uma destas atividades teve em cada uma das crianças. É de realçar, contudo que, por falta de clareza na explicação dos EE relativamente a algumas atividades, levaram a que algumas respostas não fossem contabilizadas. Os EE referiram ainda que os seus educandos, não só partilhavam com entusiasmo as atividades realizadas no JI, como evidenciavam, no seu dia-a-dia, novos conhecimentos práticos e comportamentos relacionados com a higiene oral. Assim, no que se refere à questão “Nos últimos tempos notou diferenças na postura do seu educando em relação a esta temática?” as respostas dos EE foram unânimes, referindo que sim (tabela 31).

Tabela 31:

“Notou diferenças na postura do seu educando em relação à temática?” (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	13	100%	EE.ME; EE.DP; EE. MC; EE.DS, EE.EL; EE.FR; EE.SO; EE.SA; EE.LQ; EE.IP; EE.FS; EE.GM; EE.AB
Não	0	0%	
Total	13	100%	

Dada a unanimidade de respostas à questão anterior, tornou-se necessário identificar as situações, nas quais, eram notórias essas mudanças. Tendo-se assim colocado, aos EE, a seguinte questão: “Se sim! Em que situações?” (Tabela 32).

Tabela 32:

“Se sim, em que situações?” (N=13)

Evidências	f*	%	Código das crianças
Iniciativa	13	100%	EE.ME; EE.DP; EE.MC; EE.DS; EE.EL; EE.FR; EE.SO; EE.SA; EE.LQ; EE.IP; EE.FS; EE.GM; EE.AB
Preocupação	7	53.8%	EE.ME; EE.DP; EE.MC; EE.EL; EE.SA; EE.AB; EE.DP
Uma maior autonomia	11	84.6%	EE.DP; EE.MC; EE.EL; EE.FR; EE.SA; EE.SO; EE.LQ; EE.IP; EE.GM; EE.ME; EE.FS
Não teme ir ao dentista	3	23.1%	EE.FR; EE.AB; EEDP
Total	13	100%	

* Os EE podiam referir mais que uma resposta.

Analisando as respostas dos EE (tabela 32), verificamos que a totalidade dos EE inquiridos (100%) referiu que os seus educandos revelavam mais “iniciativa”, relativamente ao ato de escovar os dentes. Destaca-se deste grupo, as crianças IP, GM, SO, DS e MC para a qual no início do estudo e segundo dados dos EE, não tinham iniciativa e revelavam resistência à atividade.

“Desde que iniciou o projeto, ela nunca mais fez uma birra para escovar os dentes, muito pelo contrário, é a primeira a dizer que tem que o fazer” **(EE. IP)**

“Ele veste o pijama e vai logo, sem que eu lhe diga nada, para a casa de banho, o que antes não acontecia” **(EE. MC)**

Seguiu-se o item “autonomia” na escovagem dos dentes, onde onze EE fizeram referência a este tópico. Só os EE.AB e EE.DS referiram os seus educandos como não portadoras de autonomia. Estes dados estão em conformidade com os dados recolhidos ao longo do estudo na escovagem dos dentes, onde verificamos estas evidências.

E logo a seguir, com 53.8% dos EE a referir, surge a “preocupação” relativamente à temática. Podendo-se justificar as afirmações dos EE com um crescente acesso de informação e responsabilização da criança pela sua própria saúde oral, resultante das várias atividades proporcionadas ao longo do estudo em contexto JI.

-“Fomos comer um gelado (meio da tarde), e no final pediu para lavar os dentes por causa das bactérias” (EE. SA)

- “Uma altura a avó deu-lhe um rebuçado, mal chegamos a casa a primeira coisa que fez, foi pedir ara lavar os dentes” (EE. ME)

Ainda que referida por uma pequena minoria (23.1%), os EE referiram ainda uma perceção mais positiva relativamente ao dentista.

“Fiquei muito surpreendida quando na semana passada levei ao dentista e ela esteve de boca aberta imenso tempo sem qualquer receio” **(EE. AB)**

Atendendo à questão: “Quais são os momentos do dia em que efetua escovagem dos dentes?”, obteve-se a seguinte (tabela 33).

Tabela 33:

“Quais são os momentos do dia em que efetua escovagem dos dentes?” (N=13)

Evidências	f*	%	Código das crianças
Após o Pequeno-almoço	6	46.1%	EE.MC; EE.AB; EE.DP; EE.GM; EE.LQ; EE.ME
Após o almoço	10	76.9%	EE.DP; EE.MC; EE.FR; EE.SO; EE.SA; EE.AB; EE.GM; EE.FS; EE.EL; EE, ME
Antes de dormir	13	100%	
Total	29		

*Os EE referiram mais que uma resposta.

Analisando mais detalhadamente as respostas dos EE, verificamos uma evolução significativa nos hábitos diários de higiene oral. Pois comparando os resultados obtidos com as duas entrevistas aplicada aos EE (tabela 33 e tabela 16), a adesão à escovagem dos dentes “após o almoço” passou dos 46,2% para os 76.9%. Ainda que, com diferenças menos significativas, também foi notório uma crescente adesão à higiene oral no período da manhã, passando dos 30,8% para os 46,1% no final do estudo. Já a higiene oral “antes de dormir”, continuava a ser uma prioridade, sendo esta referida, tanto no início como no final do estudo, por todos os EE. Para esta crescente evolução, EE justificaram com o projeto desenvolvido em contexto escolar.

“Ele após o almoço, vai logo para a casa de banho, porque sabe que na segunda-feira a Mónica via perguntar se ele escovou ou não os dentes!” (EE. EL)

“Como é um hábito aplicado na escola, ele trouxe-o automaticamente para casa!” (EE.FS)

“Mesmo que vá almoçar fora, aos meus sogros ou irmão, sei que tenho que levar o kit da higiene oral para ela!” (EE. FR)

A escovagem dos dentes passou assim a ser realizada de uma a duas ao dia, no início do estudo, para ser efetuada duas a três vezes por dia, indo ao encontro das recomendações da DGS (DGS, 2005). Somente a EE. DS e EE. IP continuavam a referir a escovagem dos dentes antes de deitar, como o único momento do dia em que o seu educando efetuava a higiene oral.

Neste estudo, efetuamos ainda um levantamento da opinião dos EE relativamente aos conteúdos/atividades abordadas, no âmbito da saúde oral, e o que os EE gostariam de ver mais desenvolvido na escola com os seus educandos (tabela 34). Tal como na questão anterior, tratou-se de uma questão de resposta múltipla.

Tabela 34:

"Há algum conteúdo/atividade que gostaria que fosse aprofundada?" (N=19)

Evidências	f*	%	Código das crianças
Alimentação correta	4	30.8%	EE.FR; EE.SO; EE.SA; EE.AB
Aprender a escovar os dentes corretamente	7	53.8%	EE.ME; EE.LQ; EE.MC; EE.EL; EE.SA; EE.AB; EE.DS
Fazer a escovagem dos dentes no JI	13	100%	EE.ME; EE.DP; EE.MC; EE.DS; EE.EL; EE.FR; EE.SO; EE.SA; EE.LQ; EE.IP; EE.FS; EE.GM; EE.AB
Aprofundar conhecimentos sobre a saúde oral	11	84.6%	EE.ME; EE.DP; EE.MC; EE.DS; EE.EL; EE.FR; EE.SO; EE.SA; EE.LQ; EE.IP; EE.FS; EE.GM; EE.AB
Total	35		

* Os EE referiram mais que uma resposta.

Atendendo aos dados da tabela 34, os EE consideraram que a escovagem dos dentes no JI, após o almoço, é uma atividade importante para a saúde oral do seu educando, e como tal, deveria ser uma atividade a continuar no contexto de escola. Esta atividade foi assinalada pela totalidade dos EE (100%). Logo de seguida, aparece a atividade “aprofundar conhecimentos sobre a saúde oral”, referida por 84.6% dos EE. Os dois conteúdos menos assinalados foram “alimentação correta” e “aprender a escovar os dentes corretamente” com respetivamente 30.8% e 53.8% dos EE a referirem-nas. Por conseguinte, consideramos que o desejo, manifestado pelos EE das crianças, vai no sentido de as mesmas continuarem a efetuar a escovagem dos dentes no JI e aprenderem sobre a temática. Por último, foi colocada a questão: “Na sua opinião, acha importante a promoção da prática de higiene oral nestas idades?” (tabela 35).

Tabela 35:

Acha importante a promoção da prática de higiene oral nestas idades? (N=13)

Evidências	f	%	Código das crianças
Sim	13	100%	EE.ME; EE.DP; EE.MC; EE.DS; EE.EL; EE.FR; EE.SO; EE.SA; EE.LQ; EE.IP; EE.FS; EE.GM; EE.AB
Não	0	0	
Total	13	100%	

Em síntese, todos os EE consideram esta prática benéfica para os seus educandos, considerando-as importantes em qualquer idade, mas sobretudo nestas idades, onde as crianças se encontram em plena formação e desenvolvimento. Pois tal como um E referiu:

“É de pequenino que se torce o pepino” - **EE.DP**

5. CONCLUSÕES

Nesta secção apresentam-se as conclusões do estudo efetuando de uma síntese das conclusões obtidas, as limitações e algumas recomendações para futuros estudos. Para uma melhor organização a secção encontra-se organizada 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 vão ser apresentadas tendo por base a análise dos resultados obtidos na secção anterior e tendo como guia a questão de investigação formulada no início do estudo: “É possível promover hábitos de higiene oral em crianças dos 3 aos 4 anos?”

De forma a dar resposta à questão de investigação formulada, foram definidos os seguintes objetivos:

- Aferir conhecimentos, práticas e hábitos face à saúde oral do grupo;
- Promover, sensibilizar e motivar para uma eficaz e frequente higiene oral;
- Reconhecer a importância da escovagem dos dentes no quotidiano como promotora da saúde oral;
- Relacionar os maus hábitos alimentares com aparecimento cárie dentária;
- Criar e avaliar a evolução dos hábitos de higiene oral nas crianças.

Em seguida apresentam-se as conclusões, tendo como ponto de partida os objetivos apresentados anteriormente.

Aferir conhecimentos, práticas e hábitos face à saúde oral do grupo.

Numa primeira fase, foi efetuada uma avaliação dos conhecimentos, das práticas e dos hábitos das crianças para, através dessa identificação, desenvolver de forma mais adequada práticas de higiene oral nas crianças. Para identificar os conhecimentos, as práticas e os hábitos recorreu-se a entrevistas às crianças participantes no estudo e aos EE. Nesse sentido, no que se refere aos conhecimentos das crianças, relativamente à temática em questão, a entrevista às crianças revelou que poucas sabiam o que era uma cárie, muito menos, associavam este problema de saúde oral à falta de adoção de

elementos de proteção como: higiene, alimentação e visitas regulares ao médico dentista. No início do estudo, o grupo revelou não dominar o conceito cárie, referindo-se a esta como: “Sem um dente” ou “Uma pica”. Julgando pelas reações das crianças, a maioria demonstrava ter até aí pouco ou nenhum contacto com este conceito. No que respeita aos elementos de proteção de problemas de saúde oral, os resultados revelaram que, a totalidade das crianças, atribuíam à higiene oral um papel determinante na prevenção de eventuais problemas de saúde oral, contudo, quando questionadas relativamente à razão de tal atribuição, as crianças foram pouco claras e precisas, referindo-se por exemplo “para os dentes não ficarem podres” ou “Por causa dos bichos”. Por outro lado, menos de metade das crianças mencionaram as visitas ao médico dentista como uma medida de prevenção, sendo que, a alimentação saudável nem sequer foi reconhecida como um método preventivo pela totalidade do grupo. Ainda relativamente aos conhecimentos do grupo, no que diz respeito ao médico dentista, as crianças não conseguiam explicitar o papel deste profissional de saúde, sendo que só metade das crianças se referiu ao dentista como o profissional de saúde responsável pelo tratamento dos dentes: “Tratar dos dentes da boca” ou “é o doutor dos dentes”. Uma das crianças referiu-se a este profissional de saúde como o responsável por “tirar dentes”. Tendo-se, assim, detetado a necessidade de aumentar o conhecimento das crianças sobre a cárie dentária, a fim de as consciencializar para os fatores de risco e a necessidade de adoção de todos os mecanismos de proteção.

Relativamente às práticas de saúde oral, no que se refere ao acesso do serviço de saúde oral, relativamente aos EE, constata-se que só metade referiu que os seus educandos já tinham realizado, pelo menos uma consulta de saúde oral. Estes resultados não se apresentam em conformidade com a das crianças DP e DS que referiram nunca terem ido ao dentista. A falta de necessidade de tratamento foi o motivo apresentado, pela maioria dos EE para nunca terem recorrido aos serviços de medicina dentária. É de realçar que menos de metade das crianças referidas pelos EE, que nunca tinham ido ao dentista, embora três apresentassem mesmo necessidade de o fazer, dado que, na consulta ao dentista eram crianças portadoras de cáries dentárias. A baixa frequência de visitas ao dentista pode, assim, significar que os EE se mostravam pouco sensibilizados

para a importância das consultas de rotina na área da saúde oral, já que estas primeiras consultas, principalmente nestas idades, visam essencialmente prevenir eventuais problemas de saúde oral (DGS, 2005).

Passando para a prática da escovagem dos dentes, e de acordo com os resultados a grande maioria das crianças realizava a escovagem dos dentes sob a vigilância e com auxílio de um adulto, necessitando que alguém os lembrasse da necessidade de executar esta tarefa.

Os resultados obtidos, sobre a frequência de escovagem realizada pelas crianças, junto das crianças e dos seus EE são inconclusivos, dada a discordância das respostas dadas por ambos os inquiridos.

Segundo os resultados junto das crianças, só duas crianças referiram escovar os dentes duas vezes ao dia, sendo uma delas à noite e outra de manhã. Após o jantar, só nove crianças referiram escovar os dentes, resultados que não são congruentes com os fornecidos pelos EE em que todos referiram escovar os dentes neste período do dia. Relativamente ao almoço, contrariamente aos EE, nenhuma criança referiu escovar os dentes a seguir a esta refeição. De salientar que, das treze crianças, quatro não conseguiram identificar o momento em que efetuavam a higiene oral. Após a análise destes resultados, relativamente ao momento do dia, podemos afirmar que foram inconclusivos, devido à incoerência das informações recolhidas quer junto dos EE, quer junto das crianças.

Quanto ao segundo objetivo:

Promover, sensibilizar e motivar para uma eficaz e frequente higiene oral, todas as atividades, ao longo deste estudo foram concebidas com o fim de promover, sensibilizar e motivar o grupo para uma eficaz e frequente higiene oral.

Uma das atividades que mais contribuiu para atingir este objetivo foi “O Tomás e o seu dente doente”, tendo sido fundamental para toda a intervenção sobre a questão da higiene oral. Por meio desta atividade abordou-se temas como: a importância da escovagem dos dentes e as consequências da falta de higiene oral, assim como, a importância de uma alimentação regrada e das visitas regulares ao médico dentista. O facto de relatar a história de um menino através de um teatro de fantoches, permitiu ao

grupo rever-se na história, resultando numa crescente motivação e sensibilização para a importância da higiene oral, tendo sido crucial para posterior introdução à escovagem dos dentes em contexto escolar. Esta conclusão fundamenta-se nos resultados da entrevista aos EE no final do estudo onde a história do “Tomás e o seu dente doente”, surge como uma das atividades mais partilhadas pelas crianças com os EE, reforçando assim, de alguma forma o impacto desta nas crianças. Por tratar-se de uma história com impacto no grupo e bastante abrangente.

Outra das atividades que se enquadrou neste objetivo foi a atividade “vamos aprender a escovar os dentes”, onde surgiu, essencialmente, como meio de promover uma eficaz higienização do grupo a partir do lúdico. Aqui, mais uma vez, derivado, não só, aos recursos utilizados (maquete, escova) assim como, a própria abordagem e exploração dos recursos resultou em algumas mudanças de práticas muito positivas. No final, as alterações no método de escovagem dos dentes eram notáveis em todo o grupo, passando de uma prática de higiene oral mais elementar para uma mais eficaz e, conseqüentemente, maior autonomia. Desta atividade, resultou ainda uma sequência de imagens referentes aos procedimentos a adotar, tendo sido, crucial no aperfeiçoamento do método de higiene oral já que o grupo recorria a esta como “guia” na escovagem dos dentes.

A atividade “A bruxinha que voava numa escova de dentes” revelou-se ser uma atividade bastante enriquecedora, pois, para além de promover hábitos de saúde oral, também promoveu hábitos alimentares saudáveis. Ressalta-se aqui, uma vez mais, os métodos utilizados (teatro de dedoches) que permitiram uma aproximação mais fácil ao grupo, sensibilizando para uma higiene oral regular e, conseqüentemente, promovendo os mesmos hábitos no grupo.

A música “eu já lavo os dentes” para além de estimular práticas de higiene pela sua letra e melodia, permitiu estabelecer uma memória individual e coletiva nas crianças relativamente à correta escovagem dos dentes, contribuindo assim, para uma eficaz escovagem dos dentes. À semelhança da história do “Tomás e o seu dente doente”, a música “eu já lavo os dentes” foi uma das atividades mais partilhada pelas crianças com os seus EE, facto que vem reforçar a motivação do grupo para atingir o objetivo.

A visita à ACEP foi uma fonte de motivação, sensibilização e promoção de hábitos de higiene oral devido ao cenário, à envolvimento, às atividades e brincadeiras proporcionadas às crianças. Aqui, a partir do lúdico, foram abordados várias temáticas relacionadas com a saúde oral, que revelaram ser cruciais na promoção da mesma no grupo. Também a “A história do capuchinho vermelho e o lobo mau que não escovava os dentes” cuja escolha partiu do grupo, permitiu uma maior envolvimento, motivação e empenho do mesmo para o projeto final “o teatro”. Tal envolvimento traduziu-se, por sua vez, numa crescente motivação, numa maior sensibilização fase à temática e um maior desenvolvimento de vocabulário, no qual foi alargado posteriormente aos EE, na medida em que lhes foi apresentado.

Tendo em conta os resultados, verificou-se que o recurso ao lúdico, presente em todas as atividades de instrução e motivação para a higiene oral, tiveram o efeito desejado, uma vez que foram fomentadoras de novas aprendizagens e práticas relacionadas com temática higiene e saúde oral.

Tal permite-nos dizer, que todas estas atividades, associadas ao prazer de aprender (OCEPE, 1997) permitiram adquirir hábitos e melhorar comportamentos.

Quanto ao terceiro objetivo:

Reconhecer a importância da escovagem dos dentes no quotidiano como promotora da saúde oral, no que respeita ao reconhecimento da importância da higiene oral na manutenção da saúde oral, evidenciaram-se diferenças significativas, facto explicável, pois foi abordado com alguma incidência nas crianças durante a intervenção.

No início do estudo a totalidade das crianças assumiu, desde logo, tal necessidade, contudo sem serem capazes de justificar tal atribuição, o que justificou uma abordagem a esta temática com regularidade ao longo de toda a intervenção. A atividade do “O Tomás e o seu dente doente” foi uma das atividades que assentou neste objetivo e, através desta, procurou-se relacionar a cárie dentária com a inexistência de hábitos de higiene, essencialmente após as refeições e consumo de doces, reforçando a importância da adoção de hábitos de higiene oral. A “A bruxinha que voava numa escoava de dentes” foi outra das atividades que veio reforçar esta mesma necessidade, através da abordagem à alimentação nociva à saúde oral e reforçando a importância dos hábitos de higiene oral

após o consumo de doces. A visita à ACEP, também, acabou por revelar uma mais-valia na abordagem à higiene oral. De entre as várias atividades propostas ao longo deste estudo, destaca-se as atividades experimentais que permitiram reforçar a necessidade de uma regular e eficaz higiene oral, a partir do destaque das consequências inerentes aos maus hábitos (cáries). Assim ao longo das sessões, foi-se notando uma crescente tomada de consciência por parte do grupo em análise, relativamente à autoeficácia da higiene oral na prevenção de problemas como as cáries. Essa consciência refletiu-se, posteriormente, na prática da higiene oral, tanto em contexto escolar como familiar, numa crescente melhoria da concretização da mesma, maior motivação e iniciativa para a tarefa que, por sua vez, pode estar relacionada com a crescente frequência da higiene oral. Em modo de síntese, no final as crianças demonstraram saberes alusivos à temática que lhes permitia atribuir às práticas higiene oral, uma a necessidade. Deste modo fica clara a importância de facultar às crianças saberes que lhes permitam dar “sentido o mundo que as rodeiam” (OCEPE, 1997) e de forma progressiva responsabilizá-las pelo autocuidado da higiene oral (DGS, 2005).

Relativamente ao quarto objetivo:

Relacionar os maus hábitos alimentares com aparecimento da cárie dentária, apesar dos evidentes cuidados com a alimentação pelos EE, denotava-se a necessidade de fazer uma abordagem a este conteúdo junto do grupo de crianças, já que o grupo manifestava uma incapacidade de estabelecer uma relação entre a ausência de saúde oral/cáries e a alimentação pouco saudável. Os hábitos alimentares foram temas abordados em várias sessões onde pretendeu-se, essencialmente, demonstrar a importância da alimentação, a fim de alertar o grupo, para o impacto do consumo de alimentos cariogénicos e desencorajar o consumo dos mesmos. Uma das atividades que contribuiu para este fim foi “Tomás e o seu dente doente”, que alertou o grupo para o impacto de uma má alimentação para a saúde oral, desencorajando o consumo de doces e estimulando a adoção da escovagem dos dentes, após o consumo dos mesmos, como um meio essencial na prevenção de problemas de saúde que podem advir de maus hábitos alimentares. Nesta atividade, o grupo demonstrou conseguir relacionar os problemas de saúde oral (cáries) com os maus hábitos alimentares. A “A bruxinha que

voava numa escova de dentes” também foi uma atividade que contribuiu para este objetivo, assentando na distinção entre alimentos saudáveis (amigos dos dentes) e os não saudáveis (inimigos dos dentes) para a saúde oral.

No final da atividade, era perceptível que esta noção tinha ficado clara para o grupo, não só no diálogo, mas como na atividade seguinte, “o dente saudável e o dente não saudável”, onde a maioria, conseguiu fazer a classificação/correspondência dos vários alimentos colocados à disposição do grupo. A fim de alertar o grupo para o impacto do consumo de alimentos cariogénicos e desencorajar o consumo dos mesmos, foi ainda realizada uma atividade experimental, “Ação dos açúcares, ácidos e da água nos dentes”, pela qual se demonstrou as consequências que advêm dos maus hábitos alimentares e posterior falta de higiene oral.

Quanto ao quinto e último objetivo:

Criar e avaliar a evolução dos hábitos de higiene oral nas crianças, segundo os resultados pode-se afirmar que no decorrer do estudo, conseguiu-se alterar os hábitos de higiene oral destas crianças.

Relativamente aos **hábitos de escovagem dos dentes**, constatam-se diferenças significativas no grupo, contudo, é na escovagem dos dentes após o almoço onde se verificaram alterações significativas, com um aumento, que parte de menos de metade do grupo para um valor superior a três quartos do total das crianças envolvidas no estudo. Estes resultados são reveladores de uma crescente preocupação dos EE, mas essencialmente das crianças, já que são os próprios EE que referem que os seus educandos como os principais responsáveis por esta evolução, sendo reflexos de uma crescente iniciativa para a realização da atividade. Relativamente ao momento após o pequeno-almoço, esta evolução já não foi tão acentuada, passando de um pouco mais de um quarto do total das crianças para valores ligeiramente inferiores a metade do grupo. Esta pouca adesão pode dever-se sobretudo à falta de tempo e vidas a correr que os EE levam nos dias de hoje, não lhes permitindo por razões logísticas, a implementação desta atividade logo pela manhã. Em contrapartida, a escovagem dos dentes à noite continuava a ser uma preocupação partilhada pela totalidade dos EE, já que todos a realizavam

sobretudo à noite. Sendo esta o único momento do dia em que a criança DS e IP a realizavam.

No que se refere à **frequência da escovagem dos dentes**, segundo os resultados das entrevistas aos EE no início do estudo, esta era efetuada pelo menos duas vezes ao dia por sete crianças, passando a ser concretizada no final das implementações por mais quatro, perfazendo um total de onze crianças, sendo uma delas realizada à noite.

A escovagem dos dentes três vezes ao dia passou a ser realizada por mais duas crianças (ME e GM), comparativamente com os resultados obtidos no início do estudo, fazendo assim, um total de sete crianças. Já a escovagem bidiária, no início do estudo, era efetuada somente por quatro crianças, sendo que uma destas realizava a escovagem dos dentes à noite e pela manhã e as restantes três crianças realizavam à noite e após o almoço. Já no final do estudo, a escovagem bidiária passou a ser efetuada por seis crianças das quais cinco escovavam os dentes após o jantar e almoço e uma escovava após o pequeno-almoço e jantar.

Em média, a escovagem dos dentes passou de uma frequência de duas vezes por dia (no início do estudo) para ser realizada duas a três vezes por dia, pela maioria das crianças. Estes resultados podem considerar-se satisfatórios, já que, e tal como já foi referido neste estudo, a escovagem dos dentes é recomendada pelo menos duas vezes ao dia, como meio essencial para a prevenção da cárie dentária, devendo uma ser realizada, preferencialmente, à noite, antes de deitar (DGS, 2005). No entanto, no final do estudo, continua-se a ter duas das crianças (IP e DS), que segundo os EE das mesmas, escovavam os dentes somente uma vez por dia. É de salientar que as crianças DS e IP são as mesmas que apresentavam cáries no início do estudo, podendo existir uma relação entre a frequência da escovagem dos dentes e o desenvolvimento das cáries, tal como, foi verificado em outros estudos como o de Costa et al. (2008) e Borralho (2014).

Como consequência desta crescente frequência, o **método de escovagem dos dentes** do grupo também sofreu alterações consideráveis. No início do estudo, o grupo no geral manifestava práticas de higiene oral mais rudimentares, havendo por isso sempre uma intervenção da educadora estagiária, a fim de complementar e melhorar a mesma. Só as crianças MC e DP se destacavam, com uma escovagem mais próxima do

que era uma “adequada escovagem dos dentes” e, por isso, não necessitavam uma intervenção manual. Já no final do estudo, a este nível, foram registadas diferenças significativas, constatando-se uma evolução em todos os elementos do grupo para um método de escovagem mais correto.

Julga-se ter contribuído para este resultado final através do cantinho de higiene oral, com a sessão “Vamos aprender a escovar os dentes?”, com a “visita à ACEP”, onde a higiene oral foi explorada de variadíssimas formas e, por último, a música “eu já lavo os dentes”, no qual, todos eles e de variadíssimas formas contribuíram e permitiram o aperfeiçoamento da prática da higiene oral ao longo do estudo.

Como conclusão destes dois (maior frequência e melhor técnica de higiene oral), o grupo foi, também, adquirindo alguma **autonomia na escovagem dos dentes**, ao longo das implementações. Há data de início da observação, 1 de abril de 2014, só duas crianças DP e MC revelaram ser autónomas na escovagem dos dentes, as restantes necessitavam de auxílio para escovar os dentes. Este à-vontade das duas crianças em particular, ora com a higiene oral, ora com os materiais e a atividade no geral, pode ser justificado por serem crianças que manifestavam estes hábitos de escovar os dentes em contexto familiar. A falta de autonomia da maior parte do grupo pode ser justificada, não só pela pouca coordenação motora, normal nesta faixa etária, assim como, pela falta de prática, já que parte do grupo não manifestava hábitos de higiene oral e os que manifestava era uma ou duas vezes por dia. É de realçar, contudo, que ao longo desta prática em contexto JI foram poucas as crianças que solicitaram a ajuda de um adulto, porém este viu-se sempre “obrigado” a intervir, a fim de obter uma adequada higiene oral. Já no final do estudo, a 18 de junho 2014, no que se refere à higiene oral, quase todas as crianças eram capazes de o fazer autonomamente, sem necessitar de qualquer intervenção do adulto, exceto as crianças DS e AB que continuavam a revelar alguma dificuldade na execução da tarefa, no qual esta falta de autonomia não podia ser justificada só pela pouca coordenação motora, normal da idade.

Apesar da evidente conquista da autonomia por parte do grupo, a **supervisão e o controlo da atividade por parte de um adulto** continuava a ser indispensável. Pois, ao longo da atividade, o grupo no geral continuava a esquecer-se de escovar alguns dentes,

especialmente os de cima e os de trás, no qual foi fundamental o papel da educadora estagiária no lembrar e orientar as crianças, a fim de tornar esta atividade o mais eficiente possível. Por outro lado, quando sozinhos, o grupo tinha ainda tendência para comer a pasta ou trincar a escova, sendo que, esta tendência, também era vivenciada pelos EE no seio familiar, tal como, o EE da MC referiu na sua primeira entrevista. Todos estes fatores fazem da supervisão um aspeto fundamental nesta faixa etária, não só para a prevenção da CPI como para a prevenção da fluorose dentária. Relativamente à ajuda/verificação diária da escovagem dos dentes em contexto familiar, os resultados da entrevista aos EE no início do estudo, revelam que três quartos dos EE preocupavam-se, não só em ajudar como em verificar a escovagem. Contudo, menos de um quarto não manifestava esta atenção, podendo este fator estar relacionado com a presença de cárie neste mesmo grupo, já que, tal como refere Borralho (2014) no seu estudo, apesar de a criança conseguir realizar a escovagem dos dentes, esta pode não ser efetuada de modo correto, traduzindo-se num mau controlo da placa bacteriana que, por sua vez, tende-se a traduzir em cáries.

Observando com atenção, todas as atividades e as análises das entrevistas, é facilmente perceptível as diferenças existentes, desde o início do estudo até ao seu término, tendo-se alcançado momentos promotores de mudança de comportamento e atitudes no que concerne aos hábitos de escovar os dentes.

Apesar de todas as atividades terem contribuído para este fim, destaca-se a implementação de uma rotina diária: escovagem dos dentes em contexto escolar. Permitiu ao grupo o aumento da familiaridade com os instrumentos de higiene oral, melhorar o método de escovagem, começando a fazê-lo de acordo com as indicações, ter mais autonomia neste ato de higiene e a perceberem a sua imprescindibilidade, traduzindo-se, posteriormente, numa maior iniciativa e aumento da frequência desta. Estas conclusões corroboram com o referido pela DGS (2005) ao defenderem que a escovagem dos dentes deve ser efetuada nos jardins-de-infância.

Em modo de conclusão deste estudo, a higiene oral em contexto escolar, e com as crianças mais novas, revela-se fundamental e uma mais-valia, evidenciando diferenças significativas.

5.2. Limitações do estudo

No que diz respeito às limitações do estudo, o recurso a um pequeno número de participantes não permitiu obter conclusões generalizáveis, apenas possibilitou apresentar práticas favoráveis que poderão ser aplicadas em futuros estudos.

O fator tempo foi, outra das limitações, considera-se que se o estudo fosse desenvolvido num período mais alargado no tempo as evidências recolhidas poderiam ser mais precisas, tornando assim as conclusões mais consistentes. Destaca-se ainda, a triangulação de dados, que derivado à extensa informação proveniente dos vários instrumentos de recolha, tornou o tratamento de dados numa tarefa extremamente complexa e exaustiva. Dentro destes, há a destacar a aplicação de questionários às crianças cuja total veracidade das respostas pode ser posta em causa quando cruzada com a informação dos EE.

5.3. Recomendações para futuras investigações

A partir das conclusões e das limitações deste estudo, julga-se relevante apresentar algumas recomendações para futuras investigações, tais como, estudar o impacto que estas ações de promoção e educação para saúde oral continuam a ter no seu dia-a-dia, ou seja, realizar um outro estudo, ao mesmo grupo, a fim de averiguar se estes hábitos se perpetuaram no tempo.

Outra recomendação seria a promoção de saúde oral não só dirigida essencialmente às crianças, mas também aos EE para perceber se os resultados obtidos junto do grupo seriam os mesmos.

PARTE III

REFLEXÃO FINAL SOBRE A PES

No decorrer dos estágios pedagógicos, realizados no âmbito da Prática Supervisionada I e II, foi desenvolvido um conjunto de técnicas tendo por base o desenvolvimento das crianças, de forma articulada e integrada, de competências das diferentes áreas de conteúdo.

Porém, para projetar a prática é essencial, numa primeira instância, conhecer a realidade educativa, a fim de adaptar a prática educativa às reais necessidades do grupo; culminando assim, a meu ver, com a principal razão que poderia, eventualmente, levar ao insucesso, durante a realização de diferentes atividades pedagógicas.

A PES I teve início com cinco sessões de observação participante, que foi desenvolvida entre o mês de outubro e janeiro. Estas possibilitaram conhecer melhor o grupo em estudo e, em função desta informação, adaptar a minha prática ao grupo em questão. Terminadas as sessões de observação, seguiram-se 4 sessões de implementação.

Esta primeira fase de implementação defino-a como sendo uma fase de adaptação, marcada pela insegurança e inexperiência tanto nas implementações como na realização das próprias planificações. Ao nível das planificações, as dificuldades recaíram essencialmente na escolha das atividades, pois era um grupo de crianças muito novo e com um nível de concentração muito curto. No que se refere às implementações sentia, numa primeira fase, receio no controlo do grupo e medo de não conseguir adaptar-me às necessidades e interesses das crianças. Contudo, ao longo da PES I, as dificuldades e receios sentidos, principalmente nas duas primeiras sessões, foram sendo ultrapassados e o trabalho, nas sessões que se seguiram, já fluía de forma mais natural.

Quanto à PES II, decorreu entre o período de fevereiro e junho, passou de uma implementação semanal para três implementações. Foi em contexto PES II, que dei início ao meu estudo, com a criação do cantinho da higiene oral tendo como principal objetivo: promover, motivar e criar hábitos de higiene oral nas crianças.

No final da PES II, pode constatar que o presente estudo, contribuiu para tornar as crianças mais autónomas na execução da higiene oral, ajudou-as a perceber a importância da sua realização para prevenir o surgimento da cárie dentária, assim como, ajudou-as a reconhecer a importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis para a

sua saúde oral. Dados, que se traduziram numa crescente prática de hábitos de higiene oral no grupo, revelando ter sido uma mais-valia a introdução desta as praticas na rotina destas crianças.

A PES II foi importante para mim, não só para aplicar conhecimentos, como para desenvolver atitudes e comportamentos indispensáveis na minha vida profissional. Pois permitiu-me vivenciar novas experiências que me possibilitaram a aquisição de instrumentos essenciais para a minha prática futura.

Considero assim, que o meu estudo foi um contributo quer para o desenvolvimento das crianças, quer para o meu próprio desenvolvimento pessoal, quer profissional, ao me ter proporcionado múltiplas aprendizagens úteis para, a minha vida profissional.

Finalizo salientando o trabalho de equipa realizado com a educadora cooperante, pois auxiliou a minha intervenção e inserção no grupo, conseguindo tornar esta experiência satisfatória a nível pessoal e profissional.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, N. (2005). *Investigação naturalista em educação: Um guia prático e crítico*. Porto: Asa.
- Almeida, L., Corte, A., Rato, C., Silvestre, A., Grande, M., Gil, G., Martins, C. (2005). Modelo de intervenção em Saúde Pré-escolar. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 2(2), 33-55.
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). (2014a). *Policy on Early Childhood Caries: Classifications, Consequences, and Preventive Strategies*. Acedido em 7 de novembro, 2015, de http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_ECCClassifications.pdf
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). (2014b). *Guideline on Fluoride Therapy*, Acedido em 7 de novembro, 2015, de http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_fluoridetherapy.pdf
- APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition*. Washington, DC.
- Araújo, M., Campos, E., Rodrigues, C., Serravalle, L., Lima, M., Araújo, D. (2002). Ação do fluoreto de dentifrícios sobre o esmalte dentário. *R. Ci. Méd. Biol., Salvador*, 1(1), 16-32.
- Areias, C. Macho, V., Frias-Bulhosa, J., Guimarães, H., & Andrade, C. (2009). Saúde oral em Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40(3), 126-132.
- Areias, C., Macho, V., Raggio, D., Melo, P., Guimarães, H., Andrade, C., et al. (2010). Cárie precoce da Infância - o estado da arte. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(5), 217-221.
- Arribas, T. (2004). *Educação infantil: desenvolvimento, curricular e organização escolar* (5ªed.). São Paulo: Editorial Artemed.
- Barros, L. (2003). A psicologia pediátrica e a promoção da saúde. In: L. Barros. *Psicologia pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Biral, A., Taddei, J., Passani, D., Palma, D. (2013). Dental caries and practices among children attending daycare center in the city of São Paulo, Brazil. *Revista de Nutrição*, 26(1), 37-48.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação uma introdução a teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borrvalho, S. (2014). *Prevalência, Gravidade e Fatores Associados à Cárie Precoce da Infância no Distrito de Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Carrondo, E. (2000). Promoção de saúde, serviços de saúde promotores de saúde: dimensão administrativa. In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. T. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda (orgs.), *Educação para a saúde*, (pp. 89-95). Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Universidade do Minho.
- Censos (2011). Acedido em 20 de dezembro, 2013, http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS
- CMVC (2009). Câmara municipal de viana do castela. Acedio em 7 de janeiro, 2013, de <http://www.cm-viana-do-castelo.pt/pt/agrupamentos-de-escolas>
- CMVC (2009a). Câmara municipal de Viana do Castelo. Acedido em 7 de janeiro, 2013, de <http://www.cm-viana-do-castelo.pt/pt/apresentação>
- CMVC. (2013). Acedido em 27 de dezembro, de 2013, <http://www.cm-viana-castelo.pt/>.
- Cosme, P., & Marques, P. F. (2005). Cáries Precoces de Infância –Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 46(2), 109-116.
- Costa, C., Pereira, M., Passadouro, R., Spencer, B. (2008). Higiene oral na criança- Boca saudável, família vigilante? *Acta médica Portuguesa*. 21(5), 467-774
- Direção Geral da Saúde (2000). *Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada*. Lisboa, Ministério da Saúde.

- Direcção Geral da Saúde (2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Despacho Ministerial n.º 153/2005 (2.ª série). Diário da República n.º 3, de 5 de Janeiro de 2005. Lisboa, Ministério da Saúde -Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2008). Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direcção Geral de Saúde (2011). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - *plano b*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Esteves, L. (2008) *Visão Panorâmica da Investigação-Acção*. Porto: Porto
- Eusébio, D. (2009). De pequenito se trata o dentito-O papel do médico de família. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(4), 429-437.
- Faria, H., Carvalho, G. (2004). Escolas promotoras de saúde: factores para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(2), 84-90.
- Feitosa, S. & Colares, V. (2003b). O desempenho na pré-escola de crianças portadoras de cárie severa, *Acta Scientiarum, Health Sciences*, 25(2), 129-134.
- Feitosa, S., & Colares, V. (2003a). As repercussões da cárie precoce na infância na qualidade de vida de pré-escolares. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê*, 6(34), 542-548.
- Feitosa, S., Colares, V. & Pinkham, J. (2005). As repercussões psicossociais da cárie severa em crianças de 4 anos de idade em Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 21(5), 1-10.
- Fernandes, A. (2006). Projeto SER MAIS – *Educação para a sexualidade online*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Ciências Da Universidade do Porto.
- Fernandes, D. (1991). Notas sobre os paradigmas de investigação na educação. Acedido em 23 de janeiro, 2014, em <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi2/fernandes.pdf>.

- Fígaro, R. *A triangulação metodológica em pesquisas sobre a comunicação no mundo do trabalho*, 16(2), 127-128.
- Hohmann, M. & Weikart, D. (2009). *Educar a criança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hohmann, M., Banet, B., & Weikart, D. (1995). *A criança em acção*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional de Estatística. (2009) *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INSA e INE.
- Júnior, M., & Mialhe, F. (2008) *A Importância da Professora na Promoção de saúde Bucal dos Escolares*. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 20(1), 19-22.
- Machado, M., Alves, M., & Couseiro, M. (2011). Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta pediátrica Portuguesa*, 42(5), 195-204.
- Matos, A. (2002). *Consequências da Perda Precoce dos Incisivos Superiores Decíduos e dos Molares Decíduos sobre o Sistema Estomatognático*. (Manuscrito não publicado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Matos, J. M., & Serrazina, L. (1996). *O Geoplano na sala de aula*. Associação de Professores de Matemática.
- MC-DGIDC (2010). Metas de Aprendizagem. Acedido em 19 de janeiro, 2014, de <http://metasdeaprendizagem.dge-mec.pt/educacao-pre-escolar/metas-de-aprendizagem/metas/?area=7&leve!=1>
- Melo, P., Azevedo, Á., & Henriques, M. (2008). Cárie dentária – a doença antes da cavidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 39(6), 253-259.
- Melo, P., Teixeira, L., & Domingues, J. (2006). A importância do despiste precoce da cárie dentária. *Revista Portuguesa medicina geral e familiar*, 22(3), 357-366

- Mertens, D. (2010). *Research and Evaluation and Psychology: Integrating Diversity With Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. US: Sage Publications.
- Nunes, B. (2002). Promoção da Saúde Mternal e Infantil. In L, Silva (org.), *Promoção da saúde*, 89-115. Lisboa: Universidade Aberta.
- OCEPE. (1998). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Papalaia, D. (1998). *O mundo da criança: da infância à adolescência*. Brasil: MARKON Books
- Patton, M. (2002). *Qualitative evolution methods*. Newbury Park: Sage
- Peixoto, A. (2008). *A criança e o conhecimento do mundo: actividades laboratoriais em ciências físicas*. Penafiel: Editorial Novembro.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1979). A função semiótica ou simbólica. *A psicologia da criança, do nascimento à adolescência*, Lisboa: Moraes Editores.
- Precioso, J. (2004) Educação para a Saúde na Escola – Um Direito que Urge Satisfazer. *O Professor*, 3(85),17-24.
- Reis, P. (2001). *Observação de aulas e avaliação do desempenho docente*. Lisboa: Creative Cosmo.
- Reis, p. (2008). *Investigar e Descobrir: Atividades para a Educação em Ciências nas Primeiras Idades*. Chasmusca: Edição Cosmo.
- Robke, F. J. (2008). Effects of nursing bottle misuse on oral health. Prevalence of caries, toothe malalinments and malocclusions in North-German preschool children. *Journal of Orofacial Orthopedics/Fortschritte der Kieferorthopädie*, 69(1), 5-19.
- Rocha, C., Araújo, L., Araújo, I. (2005). *O uso do flúor em Odontologia: Uma estratégia de prevenção em saúde bucal*. Obtido em: <http://www.youblisher.com/p/179743-O-fluor-na-Odontologia/>

- Rodrigues,. C. (2008). *Comportamentos, hábitos E conhecimentos de saúde oral das crianças: Perceção dos Pais/Encarregados de Educação*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta
- Sheiham A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 644-645
- Silva, L. (org.) (2002). *Promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Sim-Sim, I., Silva, A. C., & Nunes, C. (2008). *Linguagem e comunicação no jardim-de-infância: textos de apoio para educadores de infância*. Lisboa: DGIDC
- SOBE, (2014). *Saúde Oral Bibliotecas Escolares – Manual de utilização*.
- Tuckman, B. (1994). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- World Health Organization. (2012). *Oral health*. Acedido em 10 de maio, 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>
- Wuytack, J. (1992). *Canções de mimar*. Porto: Associação Wuytack de Pedagogia Musical.

ANEXOS

Anexo 1 – História: “O Tomás e o seu dente doente”.

(Dente) - Olá meninos!

- Sabem quem sou eu? É isso mesmo, eu sou um dente!
- E para que sirvo? Para mastigar os alimentos que vocês comem...
- E vocês? Também têm dentes? (é dado alguns minutos)
- Abram lá a vossa boquinha para eu ver!
- Ui! Tantos dentes...
- Sabem uma coisa, eu também vivo numa boca de um menino, o Tomás.
- Eu gosto muito do Tomás, mas ele não gosta de mim! Já olharam bem para mim?! Olhem como estou?
- Estou todo sujo...e feio!
- E sabem porquê? Porque depois de ajudar o Tomás a mastigar os alimentos, o Tomás esquece-se de mim, e eu fico todo sujo, peganhento e besuntado ...à espera da minha amiga escova e pasta.... Mas elas nunca me vêm visitar, porque o Tomás não gosta de lavar os dentes...

(Dente a sussurrar) - E ontem aconteceu uma coisa terrível....Querem saber o que aconteceu?

- O Tomás foi a uma festa e comeu muitos doces e chocolates.... Quando chegou a casa, não me lavou nem a mim nem aos meus amigos dentinhos.
- Hoje acordei assim, todo sujo, cheio de dores...e muito, muito feio!

(Entra o Tomás)

(Tomás) - Ai... Ai! Doí-me tanto os dentes!

(Dente) - Estás com dores de dentes? - A culpa é tua, que não és meu amigo!

(Tomás) - Não estou a perceber nada! Tu...Tu és o meu dente? (surpreendido)

(Dente) - Sim sou! E estou farto que me trates mal, a mim e aos meus companheiros dentes!

(Tomás) - Mas, o que fiz eu? Aiaiaiaiai...uiuiuiui...que dor horrível de dentes!

(Dente) - Queres saber porque te dói os dentes? E vocês meninos, sabem porque lhe dói os dentes?

(Dente) - Pois é! Tu não estás a cuidar dos teus dentes!

(Tomás) - Não percebo! Eu como tanta coisa boa!

(Dente) - Sim, e nós ajudamos-te... A cortar, a rasgar e amassar toda a comida.

- Mas o que eu quero dizer é que tu só comes, comes e comes...!E NO FINAL NÃO CUIDAS DE NÓS! (diz o dente irritado).

- Sabes quem anda a passear nos teus dentes?

(Tomás) - Passear?! Nos meus dentes?! (intrigado e surpreendido)

(Dente) - Sim, nos teus dentes estão a passear: Micróbios! Que lentamente vão fazendo buraquinhos e formando umas manchas pretas como estas aqui, chamam-se cáries.

(Tomás) - Então é por isso que me dói os dentes?

(Dente) - Sim é por isso, Tomás...

(Tomás) - Tens a certeza dente? É que eu não vejo nada! Onde estão os micróbios?

(Dente) - Sabes! Os micróbios não são grandalhões.

(Tomás) - Nãããããã?

(Dente) - Não. São pequeniniiiiiiiiinhos. Não dá para ver, mas eles estão lá, à volta dos teus dentes!

(Tomás) - Maaaas... que posso eu fazer, se nem consigo ver os micróbios? Perguntou Tomás.

(Dente) - É fácil, Tomás! É só chamar os amigos dos dentes!

(Tomás) - Ah é? E quem são eles? (Disse Tomás muito curioso)

(Dente) - Vocês sabem quem são os amigos dos dentes?

- É isso mesmo ... é a escova de dentes, a pasta dos dentes e o dentista: o trio imbatível!

- A escova e a pasta nunca se separam e gostam de trabalhar em equipa. Todos os dias, após as refeições eles entram em ação!

- A Escova e Pasta, juntas limpam os restos de comida que ficam nos dentes, deixando os dentes limpos, brilhantes e com um cheirinho... booomm!

(Tomás) - E o dentista? O que faz?

(Dente) - Os meninos sabem o que o dentista faz?

- É isso mesmo: ele cuida, trata, limpa e mantém os dentes sempre saudáveis. Ele, também, dá dicas de como cuidar dos dentes e adora que os meninos o visitem no consultório.

- Com este trio, não há micróbios que resistam e os vossos dentes vão ficar saudáveis, ou seja, eu vou ficar liiiiiiiindo!

(Tomás) - Obrigada dente, pelas informações importantes que me deste, e desculpa por não te ter tratado bem!

(Dente) - Agora já sabes:

Se dores de dentes não queres ter

Escova e pasta debes usar

E o dentista tens que visitar.

(Sai o Tomás)

(Dente) - E os meninos? Já lavaram os dentes hoje?

- Querem ficar como o Tomás?

Então eu quero fazer um acordo com os meninos. A partir de hoje, todos os meninos vão ter que lavar os dentes aqui no jardim. A Mónica vai-vos ajudar, eu depois venho cá ver se os meninos têm os dentes muito branquinhos!

Pode ser?

Então, até qualquer dia...

Anexo 2 – Musica: Eu já lavo os dentes!

Um copo com água

Uma escova e pasta

Para lavar os dentes

É o que me basta.

Esfrego, esfrego, esfrego

Muito esfregadinho

Com os dentes lavados

Que rico cheirinho.

Eu já lavo os dentes

Depois de almoçar

Dentes branquinhos

Eles vão ficar.

Depois de almoçar

Antes de deitar

Os dentes branquinhos,

Eu vou registrar.

Anexo 3 – história: “A bruxa que voava numa escova de dentes!”

Era uma vez uma bruxinha que adorava fazer belos passeios pela floresta com a sua bela vassoura mágica. Até que certo dia, enquanto a bruxinha realizava um dos seus passeios mágicos como era habitual...

Bruxinha - Ohhhh! A minha vassoura partiu-se... e agora? Já não posso fazer os meus passeios mágicos! (chorar).

(Princesa) - Olá bruxinha!

(Princesa) - Tu estás a chorar? Porquê?

(Bruxinha) - (saluçar como se estivesse a chorar) A minha vassoura mágica... partiu-se... e agora já não posso passear mais pela floresta!

(Princesa) -Hum... que triste! Mas... tenho uma ideia! Toma a minha escova mágica...

(Bruxinha) - Boa! Uma escova mágica...

(Princesa) - Sim, com ela vais poder dar os teus passeios mágicos... mas em troca tens que fazer uma coisa!

(Bruxinha) - (curiosa) O que é?

(Princesa) - Eu vou fazer uma loooonga viagem... o que eu te queria pedir era para cuidares do meu castelo: O castelo dos dentes!

(Bruxinha) - Está bem princesa. Não te preocupes...eu cuido do castelo dos dentes.

(Princesa) - Mas tens que ter cuidado... basta um dia sem o limpar, para ele ser invadido pelas bactérias, que estragarão todo o Castelo dos Dentes.

E assim fez a bruxinha, todos os dias, depois dos seus passeios mágicos, a bruxinha cumpria a sua promessa a princesa... Mas certo dia, algo terrível aconteceu... A bruxinha ficou doente... tão doente que ficou vários dias sem o poder limpar.

Quando voltou ao castelo....

(Bruxinha) (muito triste) - Ohhhh! O castelo está todo sujo... e foi invadido pelas bactérias... e agora o que vou fazer?

Foi então que viu o bolo.

(Bruxinha) - (desesperada) Bolo! Bolo! Podes-me ajudar a limpar o castelo dos dentes? Ele foi invadido pelas bactérias e está todo sujo!

(Será que o bolo vai ajudar a bruxinha? ... Vamos ver?)

(Bolo) -Eu! Nem pensar... eu só gosto de sujar os dentes.

A bruxinha triste continuou à procura de ajuda... Até que encontrou os rebuçados e o chupa.

(Rebuçado) - Rebuçado! Chupa! Ajudem-me!... O castelo dos dentes foi invadido pelas bactérias... vocês podem ajudar a livrar-me delas?

(Será que o rebuçado e o chupa vão ajudar a bruxinha?)

(Rebuçado) - Nós? Ahahah... nós só provocamos cáries nos dentes!

A bruxinha, triste e desesperada, continuou pela floresta à procura de ajuda. Foi então, que a bruxinha encontrou os frutos!

(Bruxinha) - Queridos frutos ajudam-me a limpar os dentes do castelo?

(Frutos) – Claro que te ajudamos princesa. Nós gostamos muito dos dentes!

Posto isto, puseram-se todos a caminho do castelo... Ao regressar ao castelo, passaram pelos legumes... Como eram poucos para limpar, a bruxinha resolveu parar e perguntar:

(Bruxinha) - Legumes podem-me ajudar a limpar o castelo dos dentes? Ele foi invadido pelas bactérias...

(Legumes) - Claro que sim! Nós adoramos ajudar os dentes a ficarem fortes e saudáveis.

E assim foi, quando todos chegaram ao castelo, colocaram as mãos á obra! Todos juntos: os legumes e frutas e a escova começaram a limpar o castelo dos dentes.

Dias depois, a princesa regressou...

(Princesa) – (muito feliz). Obrigada bruxinha, por teres cuidado do Castelo dos Dentes!

(Bruxinha) - De nada, princesa...

A princesa ficou tão feliz por ver o Castelo dos Dentes tão limpinho, que ofereceu à bruxinha uma vassoura mágica nova.

(Princesa) - Assim já podes dar os teus passeios mágicos pela floresta.

(Bruxinha) - Obrigada princesa...e quando precisares é só dizer! A bruxinha depois de agradecer foi fazer o seu primeiro passeio mágico pela floresta com a sua vassoura nova!

Anexo 4 – “Capuchinho vermelho e o lobo que não lavava os dentes”

Narrador- Era uma vez, uma menina que vivia numa aldeia no meio da floresta com a sua mãe e de quem todos gostavam, por ser muito simpática e muito boazinha. Ela usava um capucho vermelho e todos lhe chamavam de Capuchinho Vermelho!

Certo dia a mãe chamou a Capuchinho:

Mãe- Capuchinho! Capuchinho! Leva a cestinha com uma escova e pasta de dentes à avózinha! Ela está doente e não pode ir comprar.

Capuchinho- Está bem, mãezinha! A avózinha vai ficar contente.

Narrador- De seguida, a mãe pediu-lhe que tivesse cuidado com o lobo mau que passeava pela floresta. Ao longo do caminho, a menina foi apanhando flores para a sua avózinha e distraiu-se com as borboletas.

(Capuchinho)

Pela estrada fora, eu vou bem sozinha

Levar a escova e pasta à minha avózinha.

A estrada é longa, o caminho é deserto

E o lobo mau passeia aqui por perto.

Mas à tardinha, ao sol poente

Junto à mãezinha dormirei contente.

Narrador- Nisto aparece-lhe o lobo.

Lobo- Olá Capuchinho! Anda cá, eu não te faço mal! Onde vais tu tão carregada?

Capuchinho- Vou à casa da avózinha levar a escova e pasta. Ela está doente e não pode ir comprar.

Lobo - Uma escova e pasta? Para quê?

Capuchinho- Servem para lavar os dentes, para não ganharmos cáries e não ficarmos com dores de dentes.

Lobo- Então é por isso que às vezes me doem os dentes!

Narrador- O lobo era tão mau que pensou logo num plano para lhe roubar a escova e pasta, pois também ele queria lavar os dentes.

Lobo – Ahahah... Vou para a casa da avózinha e quando a Capuchinho chegar à casa da sua avó, zag... Roubo a escova e a pasta.

Narrador- E pôs-se a caminho da casa da avozinha.

Narrador- O lobo chegou primeiro à casa da avozinha. E, fingindo ser a Capuchinho Vermelho, bateu à porta e disse:

Lobo- Avózinha, avózinha! Sou eu! A Capuchinho Vermelho!

Avózinha- Entra, entra minha netinha.

Narrador- O lobo entrou e, sem tempo para dizer nada, prendeu a avózinha no armário. A seguir, vestiu as roupas da avózinha e deitou-se na cama dela. Quando a Capuchinho chegou a casa da avó, aproximou-se dela e disse:

Capuchinho- Trouxe estas flores, a escova e a pasta, tal como precisavas.

Lobo- Obrigada, minha netinha.

Capuchinho – Avózinha estás com os olhos tão grandes!

Lobo- É para te ver melhor, minha netinha.

Capuchinho- E tens uns ouvidos tão grandes!

Lobo- É para te ouvir melhor, minha netinha.

Capuchinho- E tens um nariz tão grande!

Lobo- É para cheirar as flores, minha netinha.

Capuchinho- E os teus braços são tão grandes!

Lobo- É para te roubar a escova e a pasta... ahahah...

Capuchinho- Uia! Socorro! É o lobo!

Narrador- Por sorte, um grupo de caçadores que por ali passava, ao ouvirem os gritos da Capuchinho, foram socorrer-la. Rapidamente, prenderam o lobo, para ele não fugir. Já todos comemoravam, quando ouviram a avózinha do armário e abriram a porta e soltaram a avózinha.

Capuchinho- Viva! Viva!

Narrador- Contudo a Capuchinho estava muito curiosa, e perguntou ao lobo:

Capuchinho- Por que querias roubar a escova e a pasta?

Lobo- Porque também tenho dores de dentes.

Narrador- Sensibilizada, a Capuchinho, prometeu que lhe dava uma escova e uma pasta nova. E todos ensinaram ao lobo como lavar os dentes, cantando:

(todos)

Um copo com água

Uma escova e pasta

Pra lavar os dentes

É o que me basta.

Esfrego, Esfrego, Esfrego

Muito esfregadinho

Com os dentes lavados

Que rico cheirinho.

Narrador- Lobo aprendeu que era importante lavar os dentes e que é feio roubar.