

# CRIANÇA-PAIS-ESCOLA: TRÍADE PROMOTORA DE SAÚDE ORAL INFANTIL

Pérside Sias

*Universidade de Aveiro - Departamento de Educação e Psicologia*

Ana V. Rodrigues

*Universidade de Aveiro - Departamento de Educação e Psicologia e Centro de Investigação em Didática e Tecnologia na Formação de Formadores*

**RESUMO:** Nesta comunicação apresenta-se a conceção, planificação, implementação e avaliação de uma sequência didática sobre saúde oral infantil com um grupo de crianças do pré-escolar envolvendo a família e a comunidade escolar. Este trabalho assumiu características de uma metodologia de investigação-ação, recorrendo a técnicas de recolha de dados, como, inquéritos por entrevista e questionário, observação participante e compilação documental. A técnica utilizada para a análise dos dados foi a análise de conteúdo. Os resultados indiciam que houve aprendizagem pelas crianças a nível de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores no âmbito da saúde oral, bem como mudança de comportamento relativos à sua higiene oral.

**PALAVRAS CHAVE:** educação para a saúde, educação em ciências, saúde oral infantil, educação pré-escolar.

**OBJETIVOS:** A investigação desenvolveu-se num contexto de jardim-de-infância no qual 73% das crianças apresentavam dentes com destruição de matéria dentária saudável em grau muito elevado (ex.: cáries), tendo em consideração a idade das mesmas. Muitas destas crianças eram provenientes de classes economicamente desfavorecidas. Sabendo-se que a educação é um dos meios mais importantes de promoção da saúde e bem-estar do indivíduo, considerou-se relevante intervir neste contexto, envolvendo pais e escola, no sentido de contribuir para a promoção da saúde oral infantil deste grupo de crianças. Assim, são objetivos desta investigação: 1) *conceber, planificar, implementar e avaliar uma sequência didática envolvendo a tríade criança-pais-escola, enquanto estratégia de promoção da saúde oral infantil;* e 2) *avaliar os efeitos da implementação da sequência didática nas aprendizagens e mudança de comportamento das crianças.*

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1997) existe uma relação entre educação e saúde, pois melhorando a educação pode-se melhorar a saúde, por outro lado, uma boa saúde é condição fundamental para haver aprendizagem.

Alguns estudos evidenciam a eficácia de programas educativos na melhoria das condições de saúde oral dos estudantes e revelam influenciar na diminuição da prevalência da cárie dentária, no sangra-

mento gengival e na presença da placa visível. Os problemas orais podem limitar as atividades escolares, além de gerar um impacto psicossocial negativo na qualidade de vida (Oliveira et al., 2015).

A educação possui um papel relevante na obtenção de bons níveis de saúde oral, pois favorece o desenvolvimento de uma consciência crítica nos indivíduos e comunidades sobre as causas dos seus problemas, desperta interesse e a responsabilidade pela manutenção da saúde e cria o desejo de atuarem no sentido de mudança. O processo educativo deve ser iniciado preferencialmente na infância, pois esta fase representa um período em que o ser humano está a crescer e desenvolver, tanto física quanto intelectualmente. As atitudes e valores adquiridos durante este período estarão presentes nas fases seguintes da vida. Isso significa que é de fundamental importância investir nestes níveis etários (Figueira & Leite, 2008). Neste sentido, o trabalho deve começar na criação do hábito de prevenir, pois os recursos para realizar a prevenção são muito mais baixos do que o custo do tratamento.

Segundo Massoni (2010),

“as crianças colocam o aprendizado em prática se este for relacionado com pessoas que tem um significado para elas. Assim, pais e responsáveis tornam-se referência de práticas relacionadas com a saúde. E no caso específico da promoção de saúde bucal, é imprescindível motivar os pais para que se conscientizem da real importância desta para a saúde geral de seus filhos” (p. 258).

Apesar dos pais desempenharem o papel mais importante na saúde dos seus filhos, os professores são igualmente importantes e devem estar envolvidos na educação das crianças em termos de saúde oral. Aragão (2010) reforça esta ideia, e defende que em contexto escolar, os professores são peças fundamentais no processo de educação em saúde oral, pois através da convivência diária, dos conhecimentos em técnicas metodológicas e didáticas e do relacionamento afetivo-psicológico com os alunos, podem envolvê-los e motivá-los no processo de formação de bons hábitos em saúde oral. Os professores podem ainda enfatizar a importância de consumir menos alimentos e bebidas açucaradas, principalmente durante o horário escolar, e atividades de educação em saúde oral podem ser incluídas no ensino de ciências.

As Orientações Curriculares para o Ensino Pré-Escolar (2016) preconizam que as crianças devem evidenciar aprendizagens como “conhece e compreende a importância de normas e hábitos (...) de higiene pessoal e vai procurando pô-los em prática (...), porque e quando é preciso lavar as mãos e os dentes, etc.” (p.41).

Assim, releva-se o importante papel dos educadores de infância, pois possuem a oportunidade de atuarem como agentes multiplicadores de saúde, devido ao seu convívio próximo e constante com crianças de pouca idade, onde podem atuar preventivamente, evitando a ocorrência de diversas doenças orais.

## METODOLOGIA

A investigação de natureza qualitativa assumiu características de investigação-ação e envolveu 11 crianças entre os 3 e os 6 anos. A recolha de dados deste projeto foi realizada em três momentos: antes, durante e após a implementação da sequência didática “Croqui Dentuças” que englobou as atividades:

1. O que a Croqui Dentuças pode comer?	11. Filme – Tom em Missão: Saúde Bucal
2. História do avental: Croqui Dentuças tem dor de dente	12. Desenho sobre Saúde Oral
3. Cartazes dos dentes: triste e feliz	13. <i>Workshop</i> sobre Saúde Oral Infantil para pais e restante comunidade educativa
4. Livro: Como lavar os dentes com a Croqui Dentuças	14. Quadro de controlo da lavagem dos dentes – registo efetuado também em casa pelos pais
5. Instrumentos para a higiene oral	15. Boneca Dentista
6. Maquete da boca grande	16. Moldagem e modelos dos dentes
7. Lavagem dos dentes	17. Próteses em massa de farinha
8. Canção: A Croqui sabe bem	18. Visita dos higienistas orais
9. Dentes de feijões	19. Álbum sobre Saúde Oral – circulou pelas casas de todas as crianças, dando a conhecer todo o projeto e servindo como meio de recolha de feedback dos pais.
10. Cartaz da Croqui Dentuças – Colocado na entrada da escola para divulgação aos pais e demais comunidade educativa	20. Teatro: Quem quer casar com a Croqui Dentucinha? – Para os pais e restante comunidade educativa

Para além das atividades em que os pais foram envolvidos diretamente, ao longo de todo o projeto foram participando quer dando feedback sobre o que as crianças relatavam e faziam em casa, quer tirando dúvidas sobre questões relacionadas com a higiene oral.

Durante a investigação recorreu-se a diferentes técnicas e instrumentos de recolha de dados, conforme se ilustra na Tabela 1.

Tabela 1.  
Técnicas e instrumentos utilizados no processo de recolha de dados

FASES DO PROJETO	TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS	INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS
<i>ANTES DO PROJETO</i>	Inquérito	– Guião da entrevista semiestruturada com as crianças; – Questionário aos pais; – Questionário à educadora cooperante.
	Observação Participante	– Notas de campo; – Diário do investigador; – Videogravação; – Registo fotográfico.
<i>DURANTE O PROJETO</i>	Compilação Documental	– Portfólio reflexivo individual (planificações, objetivos das aprendizagens, grelhas de avaliação e reflexões); – Documentos das crianças (registos das atividades das crianças).
<i>APÓS O PROJETO</i>	Inquérito	– Guião da entrevista semiestruturada com as crianças; – Questionário aos os pais; – Questionário à educadora cooperante.

Obteve-se assim os 189 documentos que vieram a constituir o *corpus* total de dados, os quais foram analisados tendo por base a técnica de análise de conteúdo, complementada pela análise quantitativa interpretativa. Para tal concebeu-se o instrumento de análise tendo por base um sistema categorial misto, apresentado a seguir na Tabela 2.

Tabela 2.  
Instrumento de análise

DIMENSÃO DE ANÁLISE	SUBDIMENSÕES DE ANÁLISE	PARÂMETROS DE ANÁLISE
APRENDIZAGEM DAS CRIANÇAS	Conhecimentos	P1 Reconhece a importância da higiene oral diariamente; P2 Reconhece os principais objetos/instrumentos e as suas funções na higiene oral; P3 Sabe lavar razoavelmente os dentes; P4 Sabe a quantidade de pasta que se deve colocar na escova de dentes; P5 Sabe utilizar razoavelmente o fio dentário; P6 Conhece as principais doenças orais (cárie e periodontite) e as suas consequências para a saúde oral; P7 Conhece a composição da dentição infantil (ex.: quantidade e designação dos dentes); P8 Conhece a profissão do dentista; P9 Reconhece a importância de uma alimentação saudável para a saúde oral;
	Capacidades	P10 Distingue a dentição infantil e adulta; P11 Escova os dentes diariamente;
	Atitudes e valores	P12 Revela mudança de comportamentos a nível da escovagem dos dentes; P13 Revela mudança de comportamentos a nível da ida ao dentista.

## ANÁLISE DE DADOS RESULTADOS

A análise dos dados permitiu dar resposta aos objetivos da investigação definidos inicialmente. Assim destacam-se sumariamente os seguintes resultados:

1. Tanto antes como após a sequência didática todas as crianças reconheciam a importância da higiene oral diária (P1).
2. Tanto antes como após a sequência didática todas as crianças reconheciam a pasta e a escova de dentes como objetos/instrumentos e as suas funções na higiene oral. No que se refere ao fio dental, antes da sequência didática 36% das crianças não o reconheciam e após todas o passaram a reconhecer. Em relação ao colutório/elixir, antes da sequência didática 27% das crianças não o reconheciam e após todas passaram a reconhecê-lo (P2).
3. Tanto antes como após a sequência didática todas as crianças afirmavam saber lavar razoavelmente os dentes. De forma a analisar mais aprofundadamente as respostas das crianças, decidiu-se averiguar este processo através da observação direta da escovagem dos dentes e definiram-se quatro níveis para serem analisados (Tabela 3):

Tabela 3.  
Rubrica da avaliação da escovagem dos dentes

NÍVEIS	APRENDIZAGEM	DESCRITORES
N1	Revela que sabe lavar os dentes razoavelmente de forma autónoma	Coloca a pasta na escova, escova os dentes em diferentes sentidos “cima/baixo, dentro/fora, esquerda/direita”, escova a língua, expele o conteúdo e enxagua a boca com água, sem orientação.
N2	Revela que sabe lavar os dentes razoavelmente com orientação	Coloca a pasta na escova, escova os dentes em diferentes sentidos “cima/baixo, dentro/fora, esquerda/direita”, escova a língua, expele o conteúdo e enxagua a boca com água, com pouca orientação.
N3	Revela que sabe lavar os dentes com dificuldade e com orientação	Coloca a pasta na escova, escova os dentes em poucos sentidos “dentro/fora”, expele o conteúdo e enxagua com água, com alguma orientação.
N4	Revela que não sabe lavar os dentes	Não coloca a pasta na escova e não consegue escovar os dentes, mesmo com orientação.

Através da análise dos dados verificou-se que não havia nenhuma criança que não sabia lavar os dentes. Também se verificou que, antes da implementação da sequência didática, 75% das crianças enquadravam-se no nível 3, ou seja, revelavam que sabiam lavar os dentes com dificuldade e com orientação, mas após a sequência didática não foram identificadas crianças neste nível. Antes da implementação da sequência didática, 25% das crianças situavam-se no nível 2 e, após a sequência didática verificou-se um aumento para 45% das crianças que situavam-se neste nível. Antes da sequência didática, não havia crianças que situavam-se no nível 1, mas após a implementação da sequência didática, 55% das crianças vieram a fazer parte deste nível, o que significa que revelavam que sabiam lavar os dentes razoavelmente de forma autónoma (P3).

4. Antes da sequência didática, 37% das crianças sabiam a quantidade correta de pasta que se deve colocar na escova de dentes, sendo que após o projeto este valor aumentou para 55% (P4).
5. Antes da sequência didática, 73% das crianças escovavam os dentes ao acordar, sendo que após a sequência didática este valor aumentou para 82%. No que se refere a escovar os dentes após o almoço, antes do projeto apenas 9% das crianças escovavam, sendo que após o projeto, todas as crianças passaram a escovar os dentes após o almoço. Relativamente a escovar os dentes antes de dormir, tanto antes como após, 91% das crianças escovavam os dentes (P11).
6. De acordo com a análise dos dados da Tabela 4, verificou-se que durante a sequência didática a percentagem de crianças que faziam a escovagem dos dentes ao acordar, após o almoço e antes de dormir aumentou. Com base no registo diário das escovagens, ao acordar, a percentagem de crianças aumentou de 55% para 91%, após o almoço, passou de 82% para 91% e antes de dormir, verificou-se um aumento de 73% para 100% (P12).

Tabela 4.  
 Percentagem de crianças relativa à escovagem dos dentes diariamente.

		Percentagem de crianças que escova os dentes diariamente		
		Ao acordar	Após o almoço	Antes de dormir
Antes do Projeto (questionário)		73%	9%	91%
Durante o Projeto (registo diário das escovagens)	Fase inicial	55%	82%	73%
	Fase intermédia	80%	87%	87%
	Fase final	91%	91%	100%
Após o Projeto (questionário) – 5 meses		82%	100%	91%

7. Antes da sequência didática, não havia criança que sabia usar o fio dentário razoavelmente, sendo que após o projeto, 82% das crianças revelaram saber (P5).
8. Durante a sequência didática verificou-se que todas as crianças revelavam que sabiam a importância da alimentação saudável para a saúde oral, sendo que destas, 55% revelavam que sabiam muito bem (nível máximo) esta importância (P9).
9. Antes da sequência didática, 64% das crianças não conheciam as principais doenças orais e suas consequências para a saúde oral, mas após o projeto todas as crianças revelaram este conhecimento (P6).
10. Durante a sequência didática verificou-se que todas as crianças revelavam conhecer a composição da dentição infantil (quantidade e designação dos dentes). No entanto, 35% das crianças revelavam muito bem (nível máximo) saber a quantidade dos dentes e apenas 18% a designação dos dentes (P7).
11. Durante a sequência didática verificou-se que todas as crianças revelavam que distinguiam a dentição infantil e adulta, sendo que destas, 45% revelavam que distinguiam muito bem (nível máximo) uma dentição da outra (P10).
12. Antes da sequência didática, 82% das crianças conheciam a profissão do dentista, sendo que após a sequência didática, todas passaram a conhecer esta profissão (P8).
13. Antes da sequência didática, 27% das crianças diziam ter ido a uma consulta ao dentista, sendo que após a sequência didática, este valor aumentou para 55% (P13).

## CONCLUSÕES

A sequência didática desenvolvida permitiu envolver a tríade criança-pais-escola e revelou-se como promotora de aprendizagens e mudança de comportamentos relacionados com a higiene e saúde oral no grupo de crianças participantes na investigação.

Tendo por base estes resultados assim como a opinião dos pais e da educadora cooperante pode-se inferir que a sequência didática se constituiu como uma estratégia de ensino adequada e eficaz. Porém entende-se que para que as mudanças de comportamento sejam duradouras é necessário dar continuidade a este tipo de atividades para se consolidarem cada vez mais no futuro.

Por fim, os resultados desta investigação vão ao encontro dos resultados de outros estudos, nomeadamente ao estudo desenvolvido por Edelstein et al. (2016), em que os autores defendem que a redução da cárie na infância pode tornar-se efetiva quando há a conjugação de várias intervenções, que envolvam as crianças a nível da escola, principalmente crianças pequenas, com o envolvimento dos pais e suas famílias.

Desta forma este estudo veio revelar que a tríade criança-pais-escola é verdadeiramente promotora da saúde oral infantil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, V. (2005). *Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial*. *Interface (Botucatu)*. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>
- ARAGÃO, A. (2010). Conhecimento de Professores das Creches Municipais de João Pessoa Sobre Saúde Bucal Infantil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 10(3), 393–398.
- AREIAS, C., MACHO, V., RAGGIO, D., MELO, P., GUIMARÃES, H., & ANDRADE, C. (2010). Cárie precoce da infância – o estado da arte. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(5), 217–221.
- EDELSTEIN, B., HIRSCH, G., FROSH, M. & KUMAR, J. (2016). Redução da cárie precoce da infância numa população beneficiária da Medicaid. *The Journal of the American Dental Association, Ed. Portuguesa*, 16(4), 7-15.
- FIGUEIRA, T., & LEITE, I. (2008). Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 56(1), 27–32.
- MARTINS, V., ABRANTES, F. & MIASATO, J. (2008). Professores Como uma Importante Fonte de Informação e Promoção de Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 8(1), 27–30.
- MASSONI, A. (2010). Saúde Bucal Infantil: Conhecimento e Interesse de Pais e Responsáveis. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 10(2), 257–264.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. (2016). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Autor.
- OLIVEIRA, R., SOUZA, J., OLIVEIRA, C., OLIVEIRA, L., PELINO, J., MARTINS, A. & ALMEIDA, E. (2015). Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1997). *Promoción de la Salud mediante las Escuelas*. OMS.

