



Educação e Saúde: Promovendo Saúde na Escola

Escola Sorriso - Promotora de Saúde

CADERNO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE:

UM GUIA PARA EDUCADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

saúde
vida
lúdico
corpo
autoconhecimento
saúde
educação
corpo
vida
aprendizagem
autocuidado
saúde
educação
corpo
vida
autoconhecimento
lúdico
corpo
vida

saúde
aprendizagem
educação
corpo
lúdico
vida



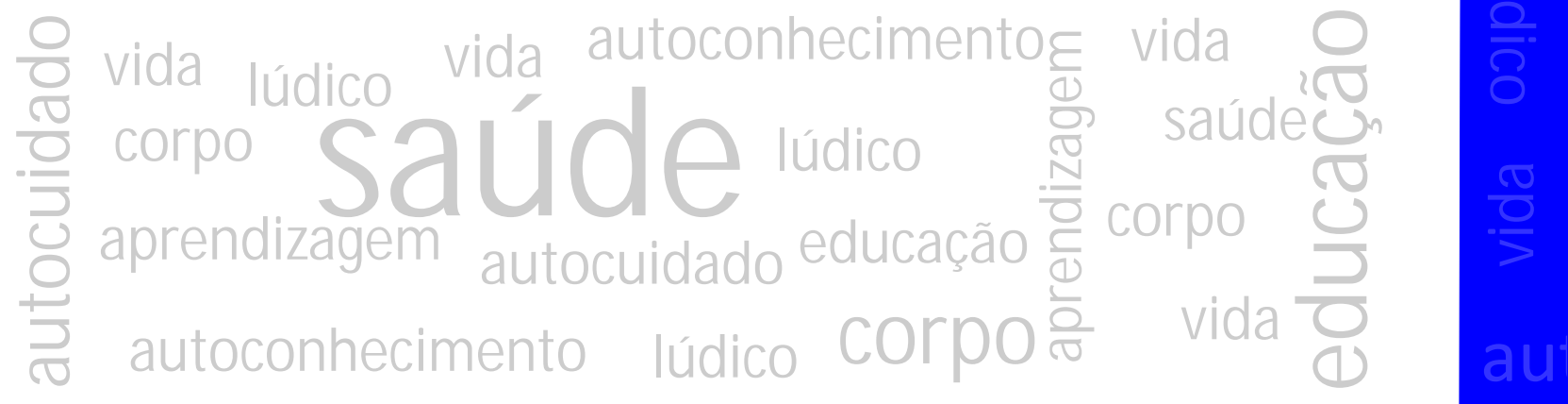




Educação e Saúde: Promovendo Saúde na Escola

Escola Sorriso - Promotora de Saúde

CADERNO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
UM GUIA PARA EDUCADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE



©2008 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e de imagens dessa obra é da área técnica.

Um Guia para Educadores e Profissionais de Saúde

Tiragem: 1a. edição - 2008 - 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DO SUL

Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação

Praça 25 de Julho, N° 1. Centro

CEP: 89.160-000, Rio do Sul, SC.

Tel: (47) 3531-1200

Home Page: www.riodosul.sc.gov.br

Autoras da Publicação:

Darclé Cardoso

Roselita Sebold

Projeto Gráfico:

Josiane Márcia Cabral

Revisão dos Textos:

Marcilda Regina Cunha da Rosa

Parceria:

Ministério da Saúde

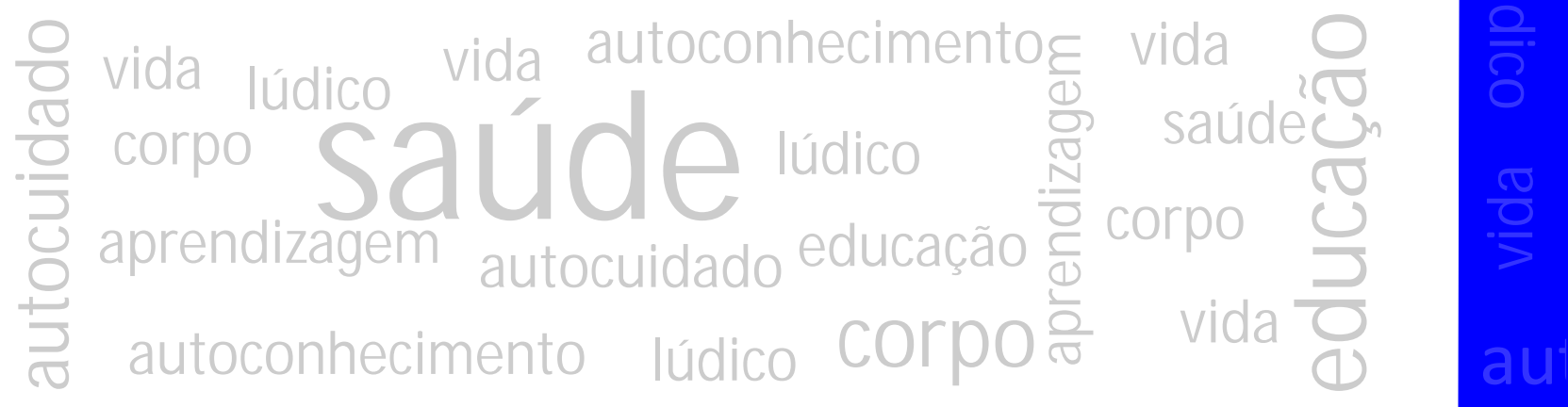
Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica



Educação e Saúde: Promovendo Saúde na Escola
Escola Sorriso - Promotora de Saúde

CADERNO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
UM GUIA PARA EDUCADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE



Prefeitura Municipal de Rio do Sul

Secretaria de Saúde

Secretaria de Educação

Milton Hobus
Prefeito Municipal

Jorge Teixeira
Vice Prefeito

Secretário da Saúde
João Mario Philippi

Secretária da Educação
Astrid Helga Dyck

Secretária Adjunta
Simone Schelder Marzanni

Secretária Adjunta
Janara Aparecida Mafra

Diretora do Depto.
de Odontologia
Mara Lúcia Campos

Diretora do Depto.
Pedagógico
Ivonete Kolv KriECK

Autoras
Darclé Cardoso
Roselita Sebold

AGRADECIMENTOS

“Agradecemos a todos os envolvidos com o Programa Escola Sorriso – Promotora de Saúde da cidade de Rio do Sul, SC, que, por meio do Departamento de Odontologia e com base na convicção de que a escola deve preparar os alunos para a vida, durante quase duas décadas de atuação, mudaram significativamente o binômio Educação/Saúde em nossa região, tornando a comunidade um exemplo a ser seguido nacionalmente: começaram educando para saúde bucal e, atualmente, educam para a saúde global. .”

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	11
PREÂMBULO.....	13
APRESENTAÇÃO.....	15

MÓDULO 1 :: A SAÚDE EM MINHA VIDA

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 CONCEITUAÇÃO.....	21
2.1 A SAÚDE.....	21
2.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	21
2.3 AS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS)....	24
3 CONVERSA COM OS EDUCADORES.....	27
3.1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO TEMA TRANSVERSAL.....	27
3.1.1 Projetos.....	28
3.1.2 Avaliação.....	29
4 ATIVIDADES EM AÇÃO - ENSINO FUNDAMENTAL INICIAL.....	31
4.1 "A SAÚDE EM MINHA VIDA".....	31
4.1.1 Desenho diagnóstico para avaliar o estilo de vida dos alunos.....	31
4.2 CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE.....	32
4.2.1 Conversar sobre o que os alunos já sabem sobre saúde.....	33
4.2.2 O Uso de colagem de gravuras de revistas ou de livros velhos.....	33
4.2.3 Contação de história/ história de vida.....	34
4.3 A SAÚDE DO MEU AMBIENTE: um olhar para a educação infantil como espaço saudável.....	37
4.3.1 Quais as transformações no meu ambiente de trabalho para promover saúde?.....	37
4.3.2 Organizar o ambiente para os cuidados essenciais.....	37
4.3.3 Proteção.....	37
4.3.4 Contaminação cruzada.....	38
4.3.5 Alimentação.....	38
4.3.6 Cuidados com os dentes.....	39
4.3.7 Troca de fralda e higiene corporal.....	39
4.3.8 Sono e repouso.....	39
4.4 ATIVIDADES NA EDUCAÇÃO INFANTIL.....	40
4.4.1 Porta-escovas.....	40
4.4.2 Ampulhetas para a escovação.....	40
4.4.3 Quebra-cabeças em forma de figuras saudáveis jogos da memória ou jogos comuns transformados.....	41
4.4.4 Cânticos.....	42

4.4.4.1 Jogos envolvendo música.....	42
4.4.5 Móviles (produtos de higiene, pessoas sorrindo, poucos elementos).....	48
4.4.6 Chocalhos transparentes (garrafas pet, com vários elementos no interior).....	49
4.4.7 Mordedores.....	49
4.4.8 Estimulador de respiração (tule e bolas de isopor).....	49
4.4.9 Estimulador de respiração: algodão e canudinho.....	49
4.5 Garrafas Mágicas.....	50

MÓDULO 2 :: O AUTOCONHECIMENTO PARA O AUTOCUIDADO

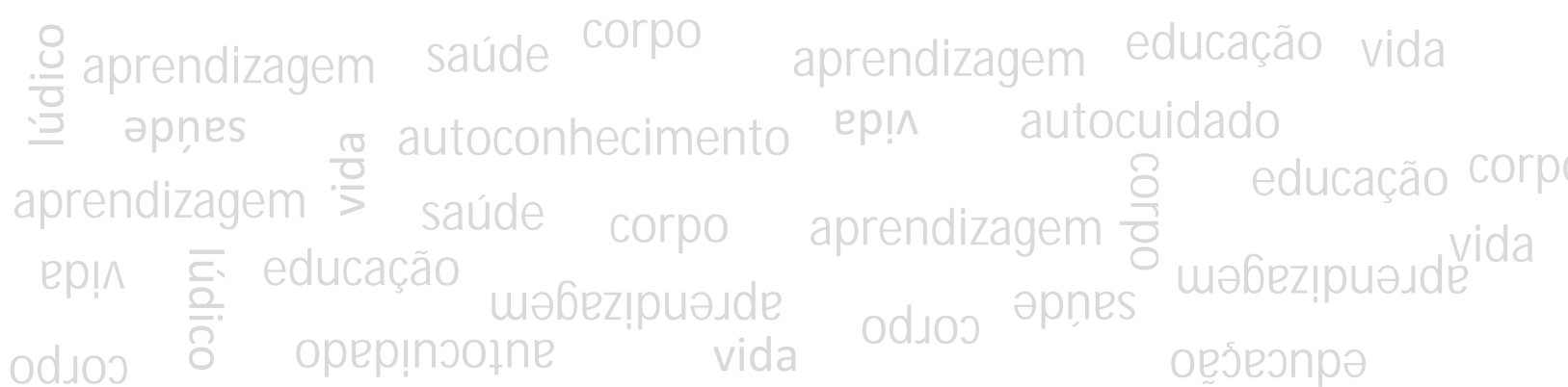
1 INTRODUÇÃO.....	53
2 CONCEITUAÇÃO.....	55
2.1 DENTIÇÕES.....	55
2.1.1 Dentição decídua.....	55
2.1.2 Dentição permanente.....	57
2.2 Descrição e Função dos Dentes.....	59
2.2.1 Grupo de dentes anteriores.....	59
2.2.2 Grupo de dentes posteriores.....	60
2.3 O QUE É PLACA DENTAL?.....	60
2.3.1 O meio bucal.....	60
2.3.2 O habitat para as bactérias da placa.....	61
2.3.3 A película adquirida.....	61
2.3.4 Formação da placa dental.....	61
2.3.5 Como a placa se transforma em doença?.....	61
2.4 CONCLUSÕES.....	62
3 CONVERSA COM OS EDUCADORES.....	63
3.1 TRABALHAR A CORPOREIDADE É EDUCAR PARA A SAÚDE.....	63
3.1.1. Motivação.....	63
3.1.2 Informação.....	64
3.1.3 Sujeito como diagnosticador.....	64
4. ATIVIDADES EM AÇÃO: ATIVIDADES PARA O AUTOCONHECIMENTO E PARA O AUTOCUIDADO.....	65
4.1 COMO CRIAR UMA ESCOLA ACOLHEDORA.....	65
4.2 RECRIANDO O SER HUMANO: JOGO.....	67
4.3 DINÂMICA COM A FOLHA DE PAPEL E HIGIENE.....	67
4.4 DINÂMICA COM A FOLHA DE PAPEL RELACIONADA COM AS FUNÇÕES MASTIGATÓRIAS DOS DENTES.....	68
4.5 O APARELHO DIGESTÓRIO.....	68
4.5.1 O começo: a ação da saliva.....	68
4.5.2 É importante mastigar bem.....	69
4.5.3 Sentindo os sabores.....	69
4.5.4 O movimento da digestão.....	69
4.5.5 A acidez do suco gástrico.....	70
4.5.6 O detergente da digestão.....	70
4.5.7 Quebrando as proteínas.....	70
4.5.8 Absorção da água pelo corpo.....	71
4.6 INFORMAÇÕES SOBRE DENTIÇÕES – DECÍDUA, MISTA E PERMANENTE.....	71

4.7 DINÂMICA COM O CHICLETE.....	72
4.8 ODONTOGRAMA PARA IDENTIFICAR O NÚMERO DE DENTES PRESENTE NAS ARCADAS.....	72
4.9 MASSAS DE MODELAGEM E MONTAGEM DAS ARCADAS.....	72
4.10 SENSIBILIDADE DA LÍNGUA.....	74
4.11 A PLACA BACTERIANA BUCAL.....	75
4.11.1 Cultivando bactérias.....	75
4.11.2 Testando produtos de limpeza.....	76
4.11.3 Pega-pega contra os germes.....	77
4.11.4 Estragando o mingau.....	77
4.11.5 Mãos limpas.....	78
4.12 SEQÜÊNCIAS DIDÁTICAS PARA DESENVOLVER A LOCALIZAÇÃO ESPACIAL.....	79
4.12.1 Projeção do esquema corporal.....	80
4.12.2 O escorregador.....	81
4.12.3 Percepção espacial, lateralidade, coordenação.....	82
4.12.4 Ritmo, coordenação, lateralidade.....	83
4.12.5 Brincando com o corpo.....	87
4.12.6 Brincando com as emoções.....	88
4.13 ÍNDICE DE PLACA VISÍVEL.....	90
4.14 ÍNDICE DE PLACA CORADA.....	90

MÓDULO 3 :: O CORPO E O LÚDICO NA APRENDIZAGEM DA SAÚDE

1 INTRODUÇÃO.....	97
2 CONCEITUAÇÃO.....	99
2.1 REPENSANDO A SAÚDE BUCAL.....	99
2.2 A EXPERIÊNCIA DE RIO DO SUL.....	102
2.2.1 A Promoção de saúde se faz presente diariamente nas unidades escolares.....	102
2.2.2 Ações curativas.....	104
2.3 AÇÕES DE CONTROLE DA ODONTOPEDIATRIA: parcerias na promoção de saúde bucal.....	105
2.4 BONS HÁBITOS DE SAÚDE HIGIENE A SEREM INSERIDOS E CONSOLIDADOS NA EDUCAÇÃO INFANTIL E NO ENSINO FUNDAMENTAL.....	107
2.4.1 Higiene oral.....	110
2.4.2 Como usar o fio dental.....	112
3 CONVERSA COM OS EDUCADORES.....	115
3.1 A EDUCAÇÃO PARA HÁBITOS SAUDÁVEIS NO CONTEXTO DA VIDA DIÁRIA.....	115
3.2 OS PRINCIPAIS HÁBITOS A SEREM DESENVOLVIDOS NOS PRIMEIROS SEIS ANOS DE VIDA.....	116
3.2.1 Hábitos relacionados às vivências vitais.....	116
3.2.1.1 Hábitos relacionados à alimentação.....	116
3.2.1.2 Hábitos relacionados à higiene.....	117
3.2.1.3 Hábitos relacionados ao descanso.....	119
3.2.2 Hábitos que reforçam a autonomia pessoal.....	119
3.2.3 Hábitos que reforçam a imagem positiva da pessoa.....	120
3.2.3.1 Hábitos em relação ao cuidado pessoal.....	121
3.2.3.2 Hábitos relacionados à agilidade de condutas.....	121
4 CONTINUANDO A CONVERSA.....	123

4.1 O PROFESSOR E A ZONA DE DESENVOLVIMENTO PROXIMAL.....	123
4.2 JOGOS PARA RECREAR E APRENDER.....	124
4.3 A IMPORTÂNCIA DE BRINCAR NA EDUCAÇÃO INFANTIL.....	125
4.3.1 Movimentos para os bebês e estimulação precoce.....	126
4.3.1.1 Movimentos assistidos recomendáveis para bebês.....	126
4.3.2 A educação dos sentidos: proposta de intervenção e jogos.....	127
4.3.3 Brincando, jogando e aprendendo a partir do maternal.....	127
4.3.3.1 Jogos tradicionais.....	128
4.3.3.2 O brincar de faz-de-conta.....	129
4.3.3.3 Jogos de regras.....	130
5 ATIVIDADES EM AÇÃO.....	131
5.1 APALPAÇÃO POR DUPLAS.....	131
5.2 RECONHECIMENTO DOS OBJETOS.....	131
5.3 GRUPOS DE CINCO.....	131
5.4 RECONHECER TEMPERATURAS.....	131
5.5 CABRA-CEGA.....	131
5.6 O MAQUINISTA.....	132
5.7 JOGO EM DUPLAS OU DE TODO GRUPO.....	133
5.8 UM ABRAÇO NA ESCOVA PARA SE SALVAR.....	133
5.9 JOGO DA REVISTA.....	133
5.10 SENTADOS TODOS JUNTOS PARA RESPONDE COLETIVAMENTE.....	134
5.11 JOGO IMAGINANDO A ESCOVAÇÃO.....	134
5.12 ESCOVA AMARELINHA.....	135
5.13 LUDO GIGANTE.....	135
5.14 CONHECER OS SONS PRODUZIDOS DURANTE A ESCOVAÇÃO.....	136
5.15 COM O AUXÍLIO DO PROFESSOR E EM REPOUSO, CONTAR OS BATIMENTOS CARDÍACOS.....	136
5.16 BRINCADO DE ROBÔ PARADO E EM MOVIMENTO.....	136
5.17 O JOGO DAS PARTES DO CORPO.....	136
5.18 SEGUIR O GUIA.....	137
5.19 PINTURA DOS MOVIMENTOS DA ESCOVAÇÃO.....	137
5.20 CAÇA AO TESOURO.....	137
5.21 VIAJANDO PELA TRILHA.....	137
5.22 ESCOVINHA CHOCA.....	138
6 EXPERIÊNCIAS.....	139
6.1 EXPERIÊNCIA DO ISOPOR.....	139
6.2 EXPERIÊNCIA DO OVO.....	139
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143



PREFÁCIO

A sociedade deve ser pensada e organizada a partir de referenciais que coloquem a pessoa humana acima dos interesses de mercado e do lucro e que resgatem e afirmem o valor e a dignidade da vida em todas as suas etapas. É preciso aprender a cuidar da vida, a desenvolver sentimentos e atitudes de respeito, ternura, gratuidade e amor, que tornam a vida feliz e lhes dão sentido. As práticas formativas do Programa Escola Sorriso – Promotora de Saúde criam um espaço importante no qual acontece a elaboração, a reflexão e a vivência desses valores.

O cuidado com as pessoas e com as prioridades que apresentam impacto sobre a Promoção de Saúde da população de nosso município foi um compromisso que esta gestão assumiu. É fundamental refletir que cada indivíduo tem uma contribuição a dar para que, na sociedade, se efetive a Promoção da Saúde para todos.

O enfoque do cuidar orienta-se pela participação ativa, tanto social quanto política, pelas responsabilidades quanto à saúde, à educação das pessoas e ao bem-estar da sociedade.

O trabalho desenvolvido por meio da parceria entre as Secretarias de Saúde e de Educação, disponibilizando duas profissionais da Saúde para fazerem parte de uma equipe multiprofissional, demonstra que temos consciência de que ações puramente curativas, desconectadas de ações de promoção de saúde e prevenção, de natureza coletiva, ou que não estejam fundamentadas no conhecimento epidemiológico (estudo da casualidade e distribuição do processo saúde/doença na população), são, por si só, incapazes de dar conta dos problemas de saúde coletiva.

A civilização de um povo é medida pela sua atenção às pessoas mais frágeis e desvalidas. Além da solidariedade humana natural exercida entre os membros da própria família, existe uma atenção mais ampla voltada para as pessoas, que nasce da visão que temos da vida e da dignidade do ser humano. Esta visão depende muito dos valores culturais de cada povo, da ideologia dominante e, sobretudo, da educação.

O cuidado significa uma relação de atenção e proteção para com aqueles que têm valor para nós. Cuidamos de tudo o que amamos e vice-versa. Pelo fato de nos sentirmos envolvidos e comprometidos com o que cuidamos, o cuidado comporta, também, preocupação e inquietação.

O cuidado constitui a plataforma real que possibilita as demais dimensões para a sociedade emergir.

A qualidade de vida de um indivíduo depende tanto das condições socioeconômicas e culturais que foram disponibilizadas ao longo de sua vida, quanto das suas escolhas pessoais e da adoção de um estilo de vida saudável.

Este trabalho, desenvolvido inicialmente por professores, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário e, hoje, com a colaboração multiprofissional de nutricionistas, fonoaudiólogos, psicopedagogos, assistentes sociais, médicos e enfermeiros, pode ser comparado ao trabalho de “formiginha”. Está se tornando uma realidade o sonho de que outro mundo é possível, numa construção linear, que mobiliza e forma os recursos humanos, tornando-os protagonistas de uma verdadeira revolução no campo da promoção de saúde, ao superar o abismo entre profissionais da saúde e educadores.

Prezados colaboradores, desfrutem este momento, mas não percam de vista o voo, o rumo, a meta, assim como as águias voam em direção ao sol, vivendo intensamente a construção de uma trajetória. O hoje é uma dádiva; o ontem, uma história; e o amanhã, uma possibilidade.

“Uma das mais belas compensações da vida é o fato de nenhuma pessoa poder ajudar outra sem ajudar a si mesma.”

Ralph Waldo Emerson

Milton Hobus
Prefeito Municipal

PREÂMBULO

A construção do processo histórico de educação em saúde do município de Rio do Sul – SC, iniciou-se em 1991, quando uma equipe de profissionais sonhadores definiram a Educação em Saúde do Escolar como uma prática para a promoção, a manutenção e recuperação da saúde. A partir deste momento se estabeleceu o processo de mudança pela melhoria dos níveis de saúde no município. Nesta perspectiva, a Secretaria Municipal da Saúde e a Secretaria Municipal da Educação de Rio do Sul traçaram seu caminho rumo à Promoção da Saúde. É fundamental focar de que modo a educação em saúde é concebida, isto é, que correntes de pensamento têm orientado os profissionais para o fazer educação em saúde/saúde bucal, como têm se dado as relações entre promoção–prevenção–educação.

A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas; bem como aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida. A educação e a prevenção são, portanto, componentes e recursos fundamentais a serem utilizados nas estratégias para a promoção da saúde. A nova visão de Promoção da Saúde integra claramente o enfoque estruturalista (mudança no ambiente) e o enfoque do estilo de vida (comportamento das pessoas).

A educação/educação em saúde deve ser entendida como um processo de articulação entre conhecimentos, atitudes, habilidades, comportamentos e práticas pessoais que possam ser compartilhadas. Um processo educativo efetivo precisa ter características, tais como: democrático, participante e problematizador. A educação em saúde, na escola, é o processo pelo qual colabora para com a formação de uma consciência crítica que resulte na aquisição e desenvolvimento de práticas para a promoção, manutenção e recuperação da própria saúde. É, portanto, função da escola, não só informar, mas, principalmente criar condições para que o escolar realmente fique motivado a se educar, colaborando no desenvolvimento das capacidades que lhe permitam atuar como cidadão na luta para transformação e melhoria de vida. Nesta proposta, profissionais da saúde e da educação portadores de saberes específicos, propuseram-se a construir e a partilhar conhecimentos, tornando o ambiente escolar como uma arena de práticas educativas transformadoras da realidade e

construtora de novos modos de conhecer, viver e exercitar estas práticas agregando assim, valores e atitudes de saúde.

Estes encartes são o resultado de uma nova visão de educação em saúde, na qual a temática "Saúde" está inserida nos programas e projetos pedagógicos das unidades escolares e no planejamento curricular por disciplina nos centros educacionais, fortalecendo uma parceria que leva a consolidação da estratégia Escolas Promotoras de Saúde em nosso Município.

Os módulos que compõem estes cadernos são o resultado de uma visão de educação em saúde, que fez com que a temática "Saúde" fosse inserida nos programas e projetos pedagógicos das unidades escolares e no planejamento curricular por disciplina nos centros educacionais, fortalecendo uma parceria que leva à consolidação da estratégia Escolas Promotoras de Saúde em nosso município.

Esta proposta contempla metas e princípios do Plano Nacional de Educação, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, do Sistema Municipal de Educação e do Plano de Desenvolvimento Escolar (PDE), abrangendo ações dos educadores da rede municipal e de demais legislações pertinentes ao processo educacional. Trata-se de um compromisso desta gestão, pautado no Plano de Governo Municipal e no direito à cidadania.

A aproximação da Saúde e da Educação resulta no aperfeiçoamento da ação docente, no aprimoramento do aprendizado e na troca de experiências entre profissionais, refletindo-se na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, em todas as etapas do seu desenvolvimento.

Mara Lúcia Campos
Diretora do Depto.
de Odontologia

Astrid Helga Dyck
Secretária Municipal
de Educação

APRESENTAÇÃO

O presente caderno reúne três módulos de estudos relacionados com a temática da saúde e que objetivam facilitar o processo educacional do aprendizado do autocuidado.

Os módulos constituem o resultado de um curso de formação permanente aplicado a educadores da rede pública de ensino de Rio do Sul, Santa Catarina, iniciado no ano de 2005 e que vem sendo implementado a cada ano, de acordo com a evolução da proposta.

O desenvolvimento das temáticas teve como referencial os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), a Proposta Curricular de Santa Catarina, a Estratégia Escolas Promotoras de Saúde e a Proposta do Programa de Educação e Saúde de Rio do Sul (PROESASUL), que se constitui no programa macro da Secretaria Municipal de Saúde e do programa Escola Sorriso - Promotora de Saúde, do Departamento de Odontologia, que coordena as atividades de promoção em saúde no âmbito escolar.

A metodologia que se tomou como referência para o processo de educação em saúde foi a de Buischi (2000), uma autora da área da Odontologia, a qual sinaliza que, para promover saúde, é necessário percorrer os seguintes passos na elaboração das ações pedagógicas: a motivação, a informação, o sujeito como diagnosticador e a instrução em higiene.

Da interpretação desses passos para Educar para a Saúde, surgiram os módulos que seguem neste caderno:

Módulo I - A saúde em minha vida (motivação);

Módulo II - O autoconhecimento para o autocuidado (a informação e o sujeito diagnosticador);

Módulo III - O corpo e o lúdico no aprendizado da saúde (instruções de higiene de forma lúdica).

Cada módulo foi estruturado com Título, Introdução, Conceituação, Conversa com os Educadores e Atividades em Ação, de tal forma que os seus conteúdos e atividades sirvam de referência para a elaboração de projetos com enfoque transversal e contextualizados, independente da série, faixa etária ou realidade social que está sendo explorada.



saúde

MÓDULO 1

A SAÚDE EM MINHA VIDA



1 INTRODUÇÃO

A busca pela motivação aos cuidados essenciais de saúde foi o princípio que norteou a temática deste primeiro módulo. Entretanto, torna-se impossível pensar em promover saúde sem resgatar a história de vida dos atores envolvidos no processo. Assim, pensar e repensar a trajetória da saúde pessoal e coletiva permite-nos entender o que almejam os programas destinados à melhoria da qualidade de vida.

Formar uma criança saudável - desde a concepção ao nascimento -, desenvolver sua capacidade de aprender a aprender e de pensar e estabelecer as bases para que ela se torne uma pessoa consciente, capaz de exercer a ética e de conviver num ambiente democrático, são as prioridades do Programa Escola Sorriso - Promotora de Saúde.

Trabalhar a saúde enfocando somente a doença não colabora para a criação de ambientes saudáveis. O mais importante é que a promoção de saúde não é um ponto de chegada, uma característica da escola ideal. Seja qual for a situação encontrada, o que faz a grande diferença é a estratégia de caminhar em direção da construção de um ambiente saudável para o convívio, a aprendizagem e o trabalho.

O grande diferencial está em assumir um compromisso com a saúde e com a qualidade de vida da comunidade. Este compromisso manifesta-se na iniciativa de olhar, identificar necessidades e manter uma postura ativa de promoção da vida e da saúde, incorporando o contexto social ao projeto pedagógico, além de prover experiências positivas e integradas aos professores e estudantes.

A estratégia Escola Promotora de Saúde propõe atividades que desenvolvam um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores adequados a cada faixa etária, no sentido de otimizar a saúde integral do educando.

Os objetivos principais deste módulo são:

- a) Conhecer o estilo de vida dos alunos;
- b) Desenvolver o conceito de saúde;
- c) Interligar o conceito de saúde com a história de vida das pessoas;
- d) Desenvolver a consciência da saúde como um bem de direito do indivíduo.

Completando:

O Programa Escola Sorriso - Promotora de Saúde é parte do Programa de Educação em Saúde de Rio do Sul, (PROESASUL), que possui um trabalho de promoção e prevenção em saúde que envolve a educação de crianças, jovens e adultos sobre os bons hábitos de saúde bucal. O PROESASUL se divide em 3 subprogramas: Pró-Bebê, Dentinho de Leite e Escola Sorriso - Promotora de Saúde.

2 CONCEITUAÇÃO

Resgatando a trajetória da saúde no Brasil, podemos entender a elaboração do conceito de saúde de cada indivíduo face ao contexto em que estão inseridos. O entendimento dos conceitos de Saúde, Promoção de Saúde e Escolas Promotoras de Saúde dão as diretrizes para um trabalho complexo direcionado à melhoria da saúde da população.

2.1 A SAÚDE

Diversos autores, no decorrer dos tempos, definiram saúde, e a evolução do termo acompanha os processos de transformação necessários ao entendimento do ser integral e das suas relações com o meio.

Christopher Boorse definiu em 1977 a saúde como a simples ausência de doença; pretendia apresentar uma definição 'naturalista'. Em 1981, Leon Kass questionou que o bem-estar mental fosse parte do campo da saúde; sua definição de saúde foi: 'o bem-funcionar de um organismo como um todo', ou ainda 'uma atividade do organismo vivo de acordo com suas excelências específicas.' Lennart Nordenfelt definiu em 2001 a saúde como um estado físico e mental em que é possível alcançar todas as metas vitais, dadas as circunstâncias. (WIKIPÉDIA, 2007, site, grifos no original).

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, ficou estabelecido que saúde não é um conceito abstrato, mas que se define num momento histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. "Não devemos perpetuar a idéia de que saúde é o oposto de doença". (BRASIL, 2005, p. 29)

2.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A expressão "Promoção da Saúde" foi utilizada pela primeira vez em 1945, por Henry E. Sigerist, historiador médico canadense, que a apontava como uma das quatro áreas essenciais da medicina (TERRIS, 1996).

Uma série de declarações aconteceu propondo um processo de mudanças radicais no setor de saúde. Entre elas, podemos citar a Declaração Lalonde, 1974 (Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses) e a Declaração de Alma Ata, 1978 (Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde, com apoio da OMS).

Em 1979, o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos publicou um

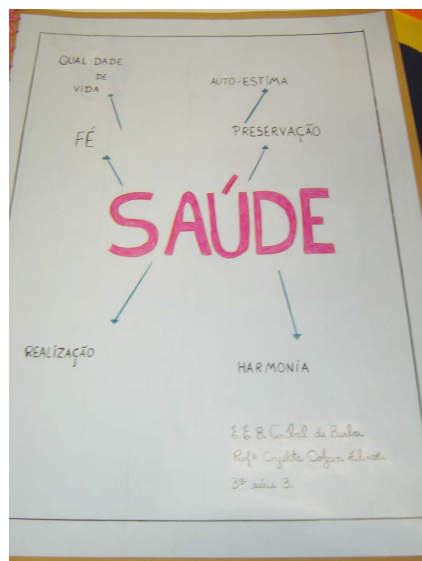
Uma das definições mais citadas é a da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais especificamente do Escritório Regional Europeu:

"A medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo". (WIKIPÉDIA, 2007, site).

informe intitulado “Pessoas saudáveis”, que diferenciava Promoção da Saúde de Prevenção da Doença. A promoção da saúde era, então, definida tendo em vista as mudanças de estilo de vida, enquanto a prevenção dizia respeito à proteção da saúde ante as ameaças procedentes do ambiente.

A partir de 1984, a OMS (Europa) introduziu o conceito de Promoção da Saúde. Desde então, vários eventos e documentos foram produzidos para direcionar as questões da saúde e a sua promoção, com destaque para as conferências mundiais e os relatórios produzidos pelos países envolvidos nesse processo. Assim, em 1986, teve lugar o 1º Congresso Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa (Canadá), seguido pelo de Adelaide (Austrália, 1988), Sundswal (Suécia, 1991), Bogotá (Colômbia, 1992) e Jacarta (Indonésia).

Do ponto de vista de Pessini (1996), os documentos mencionados apontavam para a “necessidade de reorientação dos serviços de saúde”, de uma postura abrangente que respeitasse as peculiaridades culturais, de esforço maior de pesquisa em saúde, mudança na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde, para que as pessoas fossem vistas e assistidas na integralidade de seu ser.



Curiosidade:
A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada em saúde, fundada em 7 de abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas. Sua sede é em Genebra, na Suíça. (WIKIPÉDIA, 2007, site).

Figura 1 - A Saúde no seu conceito ampliado

Fonte: Arquivo das autoras - Seminário de Socialização das Práticas de Promoção em Saúde/Saúde Bucal (2005).

A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, consolidou o conceito de Promoção da Saúde como “o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996 apud SIMÕES; LOPES, 2004, p.30).

Promover saúde, nos termos que ficaram definidos na conferência realizada em Ottawa, significa efetuar mudanças sociais que favoreçam a criação de um ambiente

adequado que gere alterações nos estilos de vida, no trabalho e nas formas de lazer. Por tal motivo, um dos princípios fundamentais da Promoção da Saúde é o aumento dos conhecimentos e difusão da informação relacionada com a própria saúde. (GENTILE, 2001 apud SIMÕES; LOPES, 2004)

Atualmente, a Promoção de Saúde representa uma perspectiva realista para a melhoria da saúde de toda a população, cuja base teórica é centrada na concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, em articulação com o planejamento estratégico. Definições de Promoção de Saúde, em geral, aceitam que os elementos individual (estilo de vida) e estrutural (ambiente físico/social) formam a parte crítica de qualquer estratégia de promoção da saúde. (BÖNECKER; SHEIHAM, 2004, p. 81).

A Promoção da Saúde, conforme Labonte (1996), já não pertence ao domínio exclusivo, nem é responsabilidade somente dos profissionais e departamentos da saúde. Os profissionais da saúde devem converter-se em membros da equipe, responsáveis pelos projetos de desenvolvimento comunitário,

legislação, educação, meios de comunicação e desenvolvimento econômico, junto com outros organismos, setores do governo e organizações da comunidade local.

A Promoção da Saúde, portanto, requer o estabelecimento de parcerias que aliem esforços individuais e ações coletivas de diferentes grupos e coletividades, instituições públicas e privadas, além de ações político-governamentais nos diferentes níveis, particularmente aquelas de caráter intersetorial. As pedras angulares da Promoção da Saúde passam a ser, então, a cooperação intersetorial, a participação da população que, para sua concretização, requer apoio de estratégias educativas. (KICKBUSCH, 1996).

Conforme Nutbeam (1996), a Promoção da Saúde e a Educação para a Saúde estão estreitamente entrelaçadas, pois a primeira depende de participação ativa de um público bem informado no processo de mudança, e a segunda representa um instrumento de vital importância nesse processo. Seu compromisso principal é desenvolver o senso de identidade, autonomia e responsabilidade dos indivíduos, bem como a solidariedade e a responsabilidade comunitárias. Hoje, a Educação em Saúde é vista como o processo que aproxima as conquistas técnico-científicas ao cidadão comum e à ação governamental. (LEVY, 2001 apud SIMÕES; LOPES, 2004).

Um processo educativo, para ser efetivo, deve atender à perspectiva ampla da promoção da saúde e possuir as características especiais, ou seja, precisa ser democrático, participante e problematizador. “Precisa considerar a humanidade dos envolvidos, o saber popular, o seu valor específico e sua potencialidade de transformar e ser transformado em contato com o conhecimento científico”. (WESTPHAL, 1998, p.53).

Um processo educativo, baseado nas práticas de diálogo participativo, pode contribuir para a mudança da auto-estima das pessoas, assim como para os desdobramentos pertinentes, partindo do individual e chegando ao coletivo. Nesse processo de deslocamento da atenção e ação das pessoas do âmbito individual para o coletivo, a conscientização é fator importante e ingrediente-chave para manter uma visão mais ampla da realidade, dos problemas e seus determinantes e sustentar os esforços necessários de organização comunitária. (MINKLER; WALLERSTEIN, 1997).

A superação do papel racionalista, tradicionalmente atribuída à educação, que responsabiliza e culpabiliza o indivíduo por seus problemas de saúde e se limita a mudar condutas de risco dos indivíduos para conversão de um papel conscientizador, libertador e problematizador, faz-se um potente instrumento para mudança, para transformação e conquista do poder pela população.

Finalizando, é preciso ter presente que a Promoção da Saúde e a Educação em Saúde são indissociáveis. A Promoção da Saúde só se concretiza em estilos de vida e políticas públicas saudáveis se ações educativas ocorrerem simultaneamente, viabilizando a participação de indivíduos, grupos, enfim, da sociedade como um todo.

A Educação em Saúde constitui-se, portanto, em um dos eixos da concepção de Promoção de Saúde.

2.3 AS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE: Organização Panamericana de Saúde (OPAS)

Como instituições sociais, as escolas, em conformidade com Bönecker e Sheiham (2004, p. 87), devem ser ambientes de convívio onde a interação pessoal, criativa e autônoma direcione para a educação, ação, participação e auto-ajuda por meio da consciência crítica e ampliação da liberdade.

Um elemento essencial, para fazer da escola um ambiente para a aprendizagem positiva e a construção da vida, parece ser a criação de um espaço que explicitamente apóie o bem-estar físico, emocional e social de seus estudantes, além de sua realização acadêmica. Portanto, os esforços de Promoção de Saúde para crianças não deveriam estar ligados exclusivamente ao desenvolvimento de programas específicos voltados ao comportamento de saúde, como fumo, dieta ou escovação dentária, mas também deveriam considerar o ambiente escolar total ao qual as crianças estão expostas diariamente.

A escola desempenha, sempre, um papel importante na conformação da cultura de saúde, uma vez que é produtora e reprodutora de conhecimentos e práticas pessoais e sociais. Assumir esse papel, de forma consciente e crítica, pode transformar a qualidade do processo de ensino e aprendizagem. Pode, igualmente, ampliar o prazer de professores e alunos em participar das atividades escolares. (BRASIL, 2002, p. 107).

As contribuições da escola para a saúde são essenciais e múltiplas: a escola participa decisivamente da formação cultural, está na base da preparação para o mundo de trabalho, traz conhecimentos específicos que cada uma das disciplinas aborda em relação à saúde e constitui-se em espaço privilegiado de vivências da infância e da adolescência, período decisivo na formação de hábitos, atitudes e comportamentos. (BRASIL, 2002).

Em todos os países do mundo, a oportunidade de acesso e permanência na escola tem relação direta com a situação de saúde das pessoas e coletividades. Isso porque o cuidado de si e dos demais requer a apropriação e a utilização de muitos conhecimentos e recursos que podem ser conquistados por meio da educação formal. Assim, se a boa saúde física e mental das crianças e jovens é um componente essencial de sua capacidade e disposição para aprender, o seu grau de saúde pode depender, em grande medida, das experiências vividas no ambiente escolar. Em suma, educação e saúde, ambas componentes essenciais da cidadania e da qualidade de vida, estão estreitamente vinculadas, uma influenciando a outra e sendo influenciada por ela de muitas maneiras.

A proposta de construir Escolas Promotoras de Saúde é incentivada pela Organização Mundial de Saúde, que define Escola Promotora de Saúde como “escola que constantemente fortalece sua capacidade como um espaço saudável para se viver, aprender e trabalhar”. (BÖNECKER; SHEIHAM, 2004, p.85). As metas dessas escolas são de fortalecimento e autonomia sobre a saúde, e atuação estrutural/ambiental no desenvolvimento de uma série de programas de ação. Tais programas:

- Compreendem e aplicam um modelo de saúde que inclui a interação dos aspectos físicos, psíquicos, socioculturais e ambientais;
- Esforçam-se para melhorar a saúde dos funcionários da escola, das famílias e membros da comunidade, bem como dos estudantes;
- Reforçam saúde e aprendizagem com todas as medidas disponíveis;
- Envolvem funcionários da saúde e educação, professores e suas organizações representativas, estudantes, pais e líderes da comunidade em esforços para fazer da escola um ambiente saudável;
- Esforçam-se para prover um ambiente saudável, educação em saúde escolar e serviços de saúde em parceria com projetos comunitários, programas de promoção de saúde para funcionários, programas de alimentação e nutrição, oportunidades para educação física e recreação e programas de aconselhamento, suporte social e promoção de saúde mental;
- Implementam políticas e práticas que respeitam a auto-estima dos indivíduos, promovem oportunidades múltiplas para o sucesso e reconhecem os esforços e as intenções positivas, bem como as realizações pessoais;
- Favorecem a participação ativa dos educadores na elaboração do Projeto Pedagógico da Educação para a Saúde, buscando estabelecer inter-relações na elaboração do projeto escolar. (OPAS/OMS, 1996 apud BRASIL, 2002, p. 108).

O mais importante é que a Promoção da Saúde não é um ponto de chegada, uma característica da escola ideal. Seja qual for a situação encontrada, o que faz a grande diferença é a estratégia de caminhar na direção da construção de um ambiente saudável para o convívio, a aprendizagem e o trabalho.

O grande diferencial está em assumir um compromisso com a saúde e com a qualidade de vida da comunidade. Esse compromisso manifesta-se na iniciativa de olhar, identificar necessidades e manter uma postura ativa de promoção da vida, da qualidade de vida e da saúde, incorporando esse conteúdo social ao projeto pedagógico e provendo aos estudantes experiências positivas e integradas que promovam e protejam a saúde.

Cada escola tem sua própria maneira de trabalhar o tema saúde e de estabelecer prioridades e ações de acordo com sua realidade. Mas, para cada área de conhecimento, para cada professor e para cada escola, sempre existem ações válidas e passíveis de serem implementadas.

A promoção de estilos de vida saudáveis para alunos, professores e para toda a comunidade escolar inclui as aparentemente pequenas ações do cotidiano (Figura 2), como cuidados com a limpeza, valorização do efeito psicológico da estética do prédio escolar ou garantia de condições para que os alunos escovem os dentes. A



Figura 2 - Escola espaço de criação e interação

Fonte: Arquivo das autoras.

atenção cotidiana às relações humanas que são estabelecidas no ambiente escolar, a oportunidade de realização de trabalhos em grupos e o incentivo à participação ativa de alunos assumem significado tão importante quanto a elaboração e implementação de grandes projetos com temas específicos, pois compõem a experiência concreta, geradora de novos conhecimentos e atitudes.

A escola começa a tornar-se promotora da saúde quando valoriza e mantém vivo e presente esse tema na formulação e implementação de seu projeto pedagógico: nas atividades desenvolvidas (Figura 3), na elaboração de projetos, nas ações organizadas com alunos e pais, na organização de ações conjuntas com a comunidade e na articulação com os serviços de saúde e os demais serviços e equipamentos públicos e privados do município. (OPAS/OMS, 1999 apud BRASIL, 2002).



Figura 3 - Crianças aprendendo saúde bucal por meio de brincadeiras de roda

Fonte: Arquivo das autoras.

As Escolas Promotoras de Saúde mostram seu valor ao buscarem, na sua própria realidade, meios de articular os componentes da saúde e da educação que constituem a formação das crianças e jovens, enriquecendo sua função educativa e imprimindo significado humano e social à formação escolar.

3 CONVERSA COM OS EDUCADORES

O desenvolvimento de ações educativas em saúde na maneira de repasse de informações isoladas, enfocando apenas os fatores causais das doenças, tem demonstrado ser pouco efetiva na melhoria dos indicadores de saúde da população. O ensino em saúde, sob a ótica dos profissionais da saúde e, até mesmo, da educação, ainda hoje, muitas vezes é centrado na transmissão de informações sobre como as pessoas adoecem, os ciclos das doenças, os seus sintomas e formas de profilaxia.

Em relação ao ensino da saúde, os Parâmetros Curriculares Nacionais, no livro Temas Transversais – Bloco Saúde, explicita que:

Quando a escola prioriza a dimensão biológica, as aulas sobre saúde têm como temas predominantes as doenças. E apesar de receber informações sobre formas específicas de proteção contra cada doença que 'estuda', o aluno tem dificuldade em aplicá-las às situações concretas de sua vida cotidiana. Da mesma maneira quando a ênfase recai sobre a doença e a valorização dos comportamentos individuais capazes de evitá-la, abre-se pouco espaço para que se construa com o aluno a convicção de que as condições de vida que favorecem a instalação de doenças também podem ser modificadas. Limitam-se as possibilidades de desenvolver novos esquemas de proteção, pois o 'biologismo' – que valoriza a anatomia e a fisiologia para explicar a saúde e a doença – não dá conta dessa tarefa. (BRASIL, 1998, p. 258, grifo no original).

O tema saúde envolve muitos outros aspectos, além dos que a ele são atribuídos hoje, tanto por profissionais da área quanto da educação. Saúde não é um termo que se encerra em apenas o oposto de doença, pois nenhum ser humano pode ser considerado totalmente saudável ou totalmente doente: ao longo de sua existência, vive condições de saúde/doença de acordo com suas potencialidades, suas condições de vida e suas interações com elas. O seu conceito se amplia nas lutas diárias em defesa da vida, na vitalidade física, mental e social para atuação frente às mudanças pessoais e sociais, frente aos desafios e conflitos.

3.1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO TEMA TRANSVERSAL

A proposta metodológica de tratar a saúde de maneira transversal, enfatizada pelo caderno Saúde na Escola, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), é um recurso para organizar o trabalho didático, de forma a incorporar os objetivos e conteúdos do tema ao conjunto da ação pedagógica. Podemos considerar que o estudo da qualidade de vida dos povos e a distribuição de doenças no tempo e no espaço são conteúdos presentes nas aulas de História e Geografia. Da mesma maneira, os textos utilizados no aprendizado de línguas e os problemas formulados

Segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais, saúde é o produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo a vivência do processo saúde/doença uma forma de representação da inserção humana no mundo. (BRASIL, 1998).

nas aulas de Matemática trazem mensagens sobre as relações humanas e, portanto, refletir sobre elas é um dos caminhos para realizar a transversalidade.



Figura 4 - Escola em atividade de cunho transversal

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar Municipal (2007).

A real importância dos temas transversais (figura 4) está na sua contextualização, pois o significado que tais temas têm no dia-a-dia possibilita a participação ativa dos educandos no processo de aprendizagem, potencializando a aplicação da experiência escolar às demais situações da vida.

Em nenhum momento cogitou-se a hipótese de que a escola colocasse em segundo plano sua tarefa específica de educação para abordar as questões de saúde, por mais relevantes que estas sejam, visto que seria incoerente com a proposta de tratar saúde como tema transversal. Sendo uma questão que permeia o conjunto da experiência escolar, a educação para saúde realiza-se com o auxílio das mais diferentes áreas de conhecimento, através dos seus conceitos e informações e, principalmente, através dos valores veiculados no processo de ensino e aprendizagem. Uma abordagem isolada do tema seria incoerente até mesmo com a maneira com que compreendemos o processo saúde/doença. (BRASIL, 2002, p. 10).

Para saber o que é saúde e como esta se preserva, é preciso ter alguns conhecimentos sobre o corpo humano, matéria da área de Ciências. Também é preciso ter conhecimentos sobre o Meio Ambiente, uma vez que a saúde das pessoas depende da qualidade do meio em que vivem. Conhecimentos de Língua Portuguesa e Matemática também compõem: questões de saúde são temas de debates na imprensa; informações importantes são veiculadas por meio de folhetos; a leitura e a compreensão de tabelas e dados estatísticos são essenciais na percepção da situação da saúde pública. Portanto, o tema Saúde tem como especificidade o fato de, além de conhecimentos a ele inerentes, para ele convergirem conhecimentos de áreas distintas. A relação entre os temas transversais e as diferentes áreas deve se dar conforme os Parâmetros Curriculares Nacionais. (BRASIL, 2001b).

3.1.1 Projetos

A organização dos conteúdos em torno de projetos, como forma de desenvolver atividades de ensino-aprendizagem, tomando como base os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001b), favorecem a compreensão da multiplicidade de aspectos que compõem a realidade, uma vez que permitem a articulação de contribuições de diversos campos de conhecimento. Os projetos podem se desenvolver em torno dos temas transversais, oriundos de uma situação geradora, e serem direcionados para metas objetivas ou para produção de algo específico (com o jornal, portfólio, mostra dos trabalhos, etc.). É importante que o professor tenha clareza dos objetivos pedagógicos que quer alcançar, formule especificamente as etapas do trabalho e que os alunos participem da formulação

aprendizagem

dos objetivos da tarefa e das etapas necessárias para cumprí-los. Assim, os alunos sabem claramente o que e por que estão fazendo o trabalho. Aprendem, também, a formular questões e a transformar os conhecimentos em instrumentos de ação.

A organização das etapas do projeto deverá ser previamente planejada de forma a comportar as atividades práticas e teóricas a serem desenvolvidas, no tempo e espaço que a escola dispõe. Convém alternar atividades que interessam aos alunos com as que interessam ao professor, mesclando as atividades práticas com as de sistematização. Além disso, devem ser incluídas atividades da escola para a vida e da vida para a escola. Deve ser levado em conta que essa forma de organização de conteúdos não representa aumento de carga horária ou uma atividade extra.

Nesse primeiro momento, poderão ser esboçadas as etapas de aplicação do projeto na(s) sua(s) série(s) de trabalho, nas diversas abordagens do tema saúde (saúde geral) e nas diversas disciplinas, de maneira transversal.

3.1.2 Avaliação

Todos os temas transversais trazem um conjunto de conteúdos que, de acordo com a proposta de transversalidade, fazem parte do ensino de Língua Portuguesa, Matemática, História, Geografia, Ciências Naturais, Arte e Educação Física, razão pela qual sua avaliação é feita nessas áreas.

As atitudes das crianças não dependem unicamente da ação da escola, mas têm nas relações de vida familiar e comunitária, intrincadas implicações de natureza tanto psicológica quanto social. O papel da avaliação será responder: O que está sendo produzido com esta intervenção? Em que medida as situações de ensino construídas favorecem a aprendizagem das atitudes desejadas?

O objetivo da avaliação não é qualificar os alunos, seja positiva ou negativamente, pois isto tende a estigmatizá-los, a gerar comportamentos estereotipados e obstaculizar o desenvolvimento, além de ser uma atitude autoritária e desrespeitosa. O esperado é que seus educadores possam planejar a continuidade de seu trabalho, ajustando-o ao processo de seus alunos, buscando oferecer-lhes condições de superar obstáculos e desenvolver o autoconhecimento e a autonomia.

aprendizagem

Cada professor, no contexto escolar, poderá elaborar o seu projeto em saúde e agregá-lo ao projeto pedagógico da escola.

4 ATIVIDADES EM AÇÃO - ENSINO FUNDAMENTAL INICIAL

4.1 "A SAÚDE EM MINHA VIDA"

4.1.1 Desenho diagnóstico para avaliar o estilo de vida dos alunos

Nesta atividade, o tema proposto é "A saúde em minha vida". A metodologia consiste em aplicar o tema sem esclarecer o objetivo, para reconhecer o grau de entendimento dos alunos em relação aos vários aspectos que as palavras vida e saúde englobam. Neste sentido, o professor solicita aos alunos que façam um desenho no início da aplicação do projeto e, o final, um novo desenho é pedido, para observar a evolução do entendimento do conceito de saúde (Figura 5). Esta metodologia foi desenvolvida por Cardoso (2006) para uma pesquisa monográfica com aplicação na Rede Pública de Ensino de Rio do Sul, Santa Catarina.



Figura 5 - Produção artística de um aluno da 4ª série sobre "A Saúde em Minha Vida"

Fonte: Cardoso(2006), p.110.

Japiassu (2004) sugere alguns instrumentos pedagógicos de coleta de grafismo:

- O desenho espontâneo: o professor não apresenta nenhuma proposta temática: a criança desenha o que quer;
- O desenho da história: o professor conta ou apresenta uma história e, em seguida, pede que os alunos desenhem de memória a história que foi apresentada;
- A história do desenho: após pedir que o aluno faça um desenho espontâneo, o professor pede que conte a história de seu desenho;
- O desenho da vivência: é aquele em que, por exemplo, após uma visita dos alunos ao zoológico, o professor pede que façam um desenho da experiência que tiveram;
- O desenho de observação: o professor expõe um determinado objeto ou figura e pede aos alunos que desenhem o que está sendo exposto;
- O desenho a partir de interferência "sobre" o suporte: o professor apresenta um suporte aos alunos com alguma interferência sobre o material, como, por exemplo, uma colagem, e pede aos alunos que completem, desenhando, o pedaço de ilustração colado sobre o suporte;
- O desenho a partir de interferência "no" suporte: o professor oferece aos alunos suportes de formas variadas e pede um desenho livre sobre eles;
- O desenho a partir da "reunião de partes": o professor oferece aos alunos envelopes contendo várias formas recortadas em cores e tamanhos diferentes. A seguir, pede que façam com aquelas formas uma composição gráfico-plástica sobre um determinado suporte. Feita essa composição, o professor ainda pode pedir que, sobre um novo suporte, desenhem, pintem a composição criada com as partes (desenho de observação). Nesse caso, os desenhos de observação devem ser feitos individualmente;
- O diálogo gráfico: o professor sugere que dois alunos façam um desenho em conjunto;
- O desenho de memória: o professor sugere um jogo, no qual ele pedirá aos alunos que desenhem de memória objetos ou cenas que serão revelados a todo o grupo (como se fosse um ditado de desenhos).

É importante escrever, nos desenhos das crianças, as histórias, frases ou palavras que os acompanham.

4.2 CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE



Figura 6 - Painel da Saúde

Fonte: Arquivo das autoras - Seminário de Socialização das Práticas de Promoção em Saúde/Saúde Bucal (2005).

A partir do desenho diagnóstico para avaliar o estilo de vida dos alunos, o professor poderá ampliar e aprofundar a gama de assuntos sobre a promoção de saúde realizando uma construção coletiva do conceito de saúde (Figura 6).

4.2.1 Conversar sobre o que os alunos já sabem sobre saúde

Esta atividade, realizada em equipe, consiste em trabalhar com cartazes confeccionados em papel pardo. Para tanto, o professor destaca a palavra saúde, solicita aos alunos que procurem figuras que ilustrem o tema e as coleem no cartaz, bem como que escrevam frases ou palavras que traduzam situações de saúde. Uma vez confeccionados os cartazes, cada grupo faz a sua apresentação, sendo que o resultado será o diagnóstico coletivo do estilo de vida dos alunos, a socialização de opiniões e o convívio.

4.2.2 O uso de colagem de gravuras de revistas ou de livros velhos

A atividade é iniciada com uma colagem coletiva de figuras sobre o que é SAÚDE, ou seja, o professor solicita para as crianças – da faixa etária de 3 a 6 anos – que recortem figuras sobre o tema proposto e as coleem no papel pardo (Figura 7). Outra opção é levar figuras e solicitar que as crianças os recortem ao meio, coleem apenas uma parte em uma folha e, depois, os completem usando a imaginação (Figura 8).



Figura 7 - Colagem de figuras sobre o que é saúde

Fonte: Arquivo das autoras - Seminário de Socialização das Práticas de Promoção em Saúde/Saúde Bucal (2005).



Figura 8: Colagem de figuras completadas com desenho

Fonte: Arquivo das autoras - Seminário de Socialização das Práticas de Promoção em Saúde/Saúde Bucal (2005).

Esta atividade estimula a criatividade das crianças para iniciarem suas produções.

4.2.3 Contação de história/história de vida

Conhecendo bem uma história, antes de contá-la para as crianças, e usando a voz para transmitir as emoções do texto, o professor possibilita que as crianças mergulhem em um mundo fascinante (Figura 9). As histórias e os livros dos quais as crianças mais gostam podem motivar uma série de outras atividades: desenhar, escrever, reinventar histórias, dramatizar, etc.



Figura 9 - Contação de histórias

Fonte: Cardoso (2006), p.88.

Conforme os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001a), um instrumento metodológico integrador dos conteúdos bastante rico é o exercício de construção da história de saúde individual, tomando como referência dados da família, como foi a gestação, compilação de dados da carteira de saúde, características das crianças e as

transformações que ocorrem no corpo em função do crescimento, desenvolvimento e do processo de aprendizagem, incluindo a cada momento dados, como idade, peso, estatura, troca de dentição, transformações corporais e comportamentais, associados aos costumes socioculturais.

Segundo Fischer (1997, p. 17), é fundamental “Solicitar que a criança invente histórias e observar se a mesma não reflete algo sobre sua situação de vida. Ao utilizar esta técnica, é importante saber algo sobre a criança e sua vida e entender rapidamente o tema central da história narrada”. Para Matuck (2001), esta técnica permite ter uma visão geral da comunidade onde estão atuando, a partir das histórias de vida individuais que são sempre o espelho de seu grupo ou de sua classe.

Com base em Fischer (1997) e adaptação à temática da saúde, apresentamos algumas sugestões:

- a) Utilizar várias histórias relacionadas com saúde e, a partir das mesmas, criar a história da turma

Para desenvolver esta atividade, podem ser utilizados recortes de revistas, gravuras e imagens selecionadas da internet. Cada imagem será interpretada oralmente; depois, escrita em partes; e, por último, reescrita na forma de texto coletivo (Figura 10). De acordo com Fischer (1997, p. 17), “O estado de espírito, revelado pelo conjunto escolhido, pode contar algo sobre o que a criança está sentindo naquele momento ou na sua vida em geral”.



Figura 10 - Histórias de Saúde

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar Municipal (2006).

b) Elaborar um teatro com o texto criado pelos alunos

Com cartuchos de supermercado, cola e alguns retalhos, fazer máscaras e fantoches de personagens retirados tanto do meio social (bombeiro, médico, dentista, policial, personagens da televisão e outros), quanto do mundo das histórias (bruxa, lobo, rei, sapo e muitos outros). Fantoches também podem ser confeccionados com outros materiais de sucata, como rolos de papel higiênico, tiras de papel colorido e palito de picolé ou de churrasco (Figura 11). O teatro pode ser feito com a tampa de uma grande caixa de papelão (encapada com papel colorido) ou com pedaços de tecidos, deixando um espaço mais ou menos do tamanho de uma grande tela de televisão para as crianças brincarem com os fantoches (Figura 12).



Figura 11 - Teatro de fantoches

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar Municipal (2006).



Figura 12 - Fantoches na embalagem longa vida

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar Municipal (2005).

c) Transformar o texto em um livro (Figura 13)



Figura 13 - Leitura, livros e modelagem

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar Municipal (2006).

d) Expor os textos de todos os alunos em um cartaz ou no retroprojetor (Figura 14)



Figura 14 - Varal literário da Saúde

Fonte: Arquivo das autoras - Seminário de Socialização das Práticas de Promoção em Saúde/Saúde Bucal (2005).

e) Escrever diálogos para cenas de histórias mudas

f) Criar jogos a partir dos textos lidos (Figura 15)

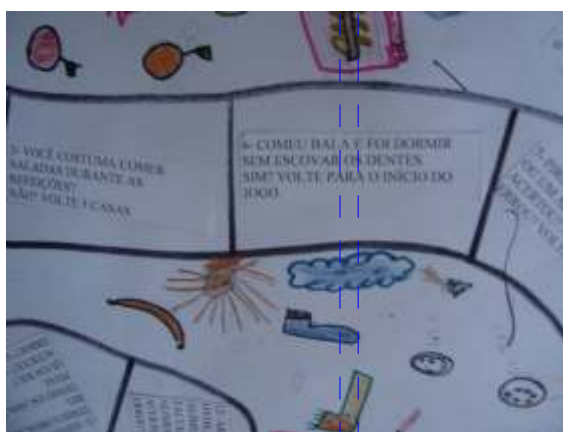


Figura 15 - Jogo da história

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar Municipal (2006).

g) Livro de vida dos alunos (Figura 16): construir um livro seguindo o roteiro a seguir ou adaptá-lo



Figura 16 - Professoras apresentando um livro de vida

Fonte: Arquivo das autoras - Curso para Professores das Escolas Especiais (2006).

Autoconhecimento - Eu sou assim:

- Eu sou assim
- Esta é a minha família
- Este é o meu amigo preferido
- Este é o meu cabelo
- Esta é uma foto minha
- Minhas mãos/ Meus pés
- Minha face/Minha boca/Meus dentes
- Meus dados pessoais
- Meu bichinho de estimação
- E isto é o que eu diria para mim...

Cada um dos itens do roteiro apresentado representa uma página do livro. (MEC, 2004 apud SANTA CATARINA, 1998).

4.3 A SAÚDE DO MEU AMBIENTE: UM OLHAR PARA A EDUCAÇÃO INFANTIL COMO ESPAÇO SAUDÁVEL

A escola infantil como espaço de convívio necessita que os ambientes estejam sendo organizados para o dia-a-dia das ações, visto que o bem-estar e a saúde são fundamentais para uma prática pedagógica condizente com as necessidades determinadas pelas idades. A seguir, apresentamos algumas reflexões para que, gradualmente, sejam inseridos hábitos saudáveis no cotidiano dos centros educacionais.

4.3.1 Quais as transformações no meu ambiente de trabalho para promover saúde?

O educador pode registrar relatos e colar fotografias nos portfólios (Figura 17) ou no projeto pedagógico da sua unidade, o que é possível de ser alterado no ambiente educacional para que este se torne um espaço promotor de saúde.

Outra sugestão é organizar, com os alunos, os espaços com os materiais com os quais procuram atingir aprendizado: fantoches, escovas, caixas, roupas e cenários a serem construídos.



Figura 17 - Portfólio da educação infantil

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar Municipal (2006).

4.3.2 Organizar o ambiente para os cuidados essenciais

Transformar os espaços educacionais em locais que atendam às necessidades de afeto, alimentação, segurança, integridade corporal e psíquica dos alunos durante a permanência dos mesmos nas instituições, como também trabalhar o relacionamento/afetividade: professora/criança, criança/criança.

4.3.3 Proteção

Observar se os ambientes são seguros e confortáveis. Para tanto, é preciso verificar a ventilação; tomar cuidados quanto à exposição das crianças ao sol; ficar atento à segurança; observar o estado das cadeiras, mesas e berços; utilizar colchões laváveis; evitar pisos e tapetes escorregadios; manter tanques de areia ensolarados e livres de animais; observar os objetos de manipulação quanto à toxicidade; ter cuidados em relação a produtos químicos, tais como flúor, creme dental, produtos de limpeza, hipoclorito; retirar as peças pequenas dos brinquedos e objetos; proteger os cantos pontiagudos; evitar objetos pesados, bem como portas que trancam e batem.

4.3.4 Contaminação cruzada

- Existe uma série de doenças que passam de pessoa para pessoa por meio de objetos, utensílios e materiais de uso comum. Por esse motivo, alguns cuidados são imprescindíveis:
- Evitar o contato entre escovas, mordedores, chupetas e mamadeiras, em virtude da contaminação, pela saliva, de doenças virais, das infecções bacterianas.
- Utilizar lixeiras com apoio de pé e usar saco plástico para separar o lixo úmido do seco.
- Higienizar os brinquedos que vão à boca.
- Oferecer as chupetas em curto período de tempo diário, restritas ao berço e identificadas.
- Utilizar mamadeiras com tampa, separadas em saco plástico.

4.3.5 Alimentação

De acordo com o Referencial Curricular Nacional (BRASIL, 1998, p. 55),

O ato de alimentar tem como objetivo, além de fornecer nutrientes para a manutenção da vida e saúde, proporcionar conforto ao saciar a fome, prazer ao estimular o paladar, e contribuir para a socialização ao revesti-lo de rituais. Além disso, é fonte de inúmeras oportunidades de aprendizagem.

Figura 18 - Adaptação aos novos alimentos

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar Municipal (2006).



Figura 19 - Adaptação aos novos alimentos

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar Municipal (2006).



Ainda sobre a alimentação, além do mencionado pelo Referencial Curricular Nacional (BRASIL, 1998), destacamos:

- Auxílio à prática de amamentação e adaptação de um local adequado para amamentar;
- Treinamento na introdução de novos alimentos;
- Substituição do leite materno;
- Mamadeira oferecida no colo: olhar nos olhos da criança, com calma, e usar cânticos conhecidos do ambiente familiar da mesma ou colocar a criança recostada, quando esta já puder segurar a mamadeira;
- Introdução dos talheres;
- Partilha da mesa.

4.3.6 Cuidados com os dentes

Conforme prevê o Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil (BRASIL, 1998), alguns cuidados a serem tomados são:

- Evitar oferecimento de mamadeiras antes de dormir e açucaradas, sem a posterior limpeza dos dentes;
- Restringir o uso de chupetas aos horários de sono dos bebês;
- No período em que a criança está sob os cuidados no Centro Educacional Infantil, é possível prever uma rotina de escovação dos dentes, visando desenvolver atitudes e construir habilidades para o autocuidado com a boca, com os dentes e com todo o ser.

A higiene da boca deve ser iniciada desde o nascimento.

4.3.7 Troca de fralda e higiene corporal

A organização do ambiente e o planejamento dos cuidados e das atividades com o grupo de bebês devem permitir um contato individual mais prolongado com cada criança. Os procedimentos de higiene e proteção da pele proporcionam bem-estar às crianças e possibilitam que elas percebam a sensação de estarem secas e molhadas.

A observação, pelo professor, da frequência das eliminações, do aspecto do cocô e do xixi e do estado da pele da criança fornece dados sobre a saúde e o conforto da mesma, bem como aponta para outros cuidados que forem necessários (desidratação, verminoses, infecções urinárias, alimentação inadequada, etc.). A troca de fraldas demanda ainda alguns procedimentos e condições ambientais adequados para evitar a disseminação de micróbios entre as crianças e adultos, o que geralmente é causa de surtos de diarreia e hepatite infecciosa nos Centros de Educação Infantis. Estudos comprovam que o risco aumenta quando são manipuladas fraldas sujas no ambiente do berçário ou não são adotados procedimentos corretos de higiene das mãos após esse cuidado.

Logo após a troca, é possível brincar de “esconde-esconde”, chamar a atenção da criança, mostrando-lhe satisfação por reencontrá-la.

Curiosidade:

Repouso é ato ou efeito de repousar; descanso; imobilidade; sossego; paz; tranquilidade. (WIKIPÉDIA, 2007, site).

4.3.8 Sono e repouso

O atendimento das necessidades de sono e repouso, nas diferentes etapas da vida da criança, tem um importante papel na saúde em geral e no sistema nervoso em particular. As necessidades e o ritmo de sono variam de

indivíduo para indivíduo, mas sofrem influências do clima, da idade, do estado de saúde, e se estabelecem, também, em relação às demandas da vida social.

Temperatura agradável, boa ventilação e penumbra, oferta de colchonetes plastificados, forrados com lençóis limpos e de uso exclusivo de cada criança, são necessários para um sono ou descanso seguro e reparador. Alguns cuidados precisam ser providenciados antes de os bebês e as crianças pequenas dormirem, como retirar calçados, verificar se há necessidade de troca de fraldas sujas e molhadas, retirar objetos ou roupas que apertam, colocar o bebê de lado para evitar acidentes, no caso de regurgitar ou vomitar durante o sono.

4.4 ATIVIDADES NA EDUCAÇÃO INFANTIL

4.4.1 Porta-escovas

Figura 20 - Porta-escovas feito de garrafas recicladas

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar Municipal (2006).



As escovas devem estar armazenadas em locais secos, arejados, livres de contato com outras escovas e com superfícies (Figura 20 e 21). Quando forem utilizadas, devem ser bem lavadas em água corrente e, após o uso, enxaguadas e movimentadas no sentido vertical, para eliminar o excesso de umidade. Estes cuidados evitam que fungos e bactérias proliferem nesse utensílio de higiene.

Figura 21 - Porta material de higiene em forma de sacola feita de garrafa pet

Fonte: Arquivo das autoras - Formações para Educação Infantil (2006).



4.4.2 Ampulhetas para a escovação

As ampulhetas de escovação (Figura 22) são importantes para as crianças desenvolverem a noção de tempo enquanto são auxiliadas na realização da higiene completa de todas as faces dos dentes, facilitando a visualização da espera na hora de realizar esse procedimento.



Figura 22 - Ampulheta decorada

Fonte: Arquivo das autoras.

Para construir uma ampulheta, podem ser usadas duas garrafas pet transparentes: colar uma contra a outra com fita adesiva, inserir uma quantidade de areia no interior, fazendo um pequeno orifício entre os dois gargalos com um papelão perfurado; virar as garrafas até passar toda a areia para o lado inferior, registrando o tempo de escovação no relógio.

4.4.3 Quebra-cabeças em forma de figuras, saudáveis jogos da memória ou jogos comuns transformados

Os quebra-cabeças servem de estímulo ao raciocínio, pois mantêm a atenção durante um longo tempo, favorecendo a sociabilidade e a cooperação quando montados em grupo. Crianças muito pequenas só conseguem montar quebra-cabeças bem simples, com uma ou duas figuras e fundo de apenas uma cor, evoluindo para mais figuras e fundo variado com a idade.

Crianças de 4 a 6 anos conseguem montar quebra-cabeças de média complexidade, com três a cinco figuras e fundo com pouca variação. Tudo vai depender da coordenação visomotora e da discriminação de formas, cores e orientação espacial da criança.

A colaboração modifica o desempenho. Vygotsky (1984) chama a atenção para a possibilidade de a criança se beneficiar da colaboração de outra pessoa, que só ocorre num determinado nível de desenvolvimento, destacando a importância da interação social na produção do conhecimento.

O jogo de memória (Figura 23) pode ser adaptado com figuras sobre

hábitos saudáveis e realizado de forma cooperativa. O objetivo principal desse jogo é descobrir os pares de cartas iguais; porém, nesta versão cooperativa, os jogadores atuam em conjunto na tarefa de descobrir 15 pares. Além disso, eles ainda poderão se ajudar se alguém não lembrar onde a carta está.



Figura 23 - Jogo da memória adaptado para a saúde

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar (2005).

4.4.4 Cânticos

A receptividade à música é um fenômeno corporal. Ao nascer, a criança entra em contato com o universo sonoro que a cerca: sons produzidos pelos seres vivos e pelos objetos. Sua relação com a música é imediata, seja por meio do acalanto da mãe e do canto de outras pessoas, seja por meio dos aparelhos sonoros da sua casa.

As crianças gostam de acompanhar as músicas com movimentos do corpo, tais como palmas, sapateados, danças, volteios de cabeça. Porém, inicialmente, é esse movimento bilateral que ela realizará. E é a partir dessa relação entre o gesto e o som que a criança – ouvindo, cantando, imitando, dançando – constrói seu conhecimento sobre música, percorrendo o mesmo caminho do homem primitivo na exploração e na descoberta dos sons. (JEANOT, 1990, p. 19). Uma bandinha pode ser um ótimo recurso para qualquer sala, feita com instrumentos simples, como chocalhos de lata e areia, pandeiros com tampinhas de garrafas ou tambores de latas. As crianças podem criar sons, tentando acompanhar músicas e fazendo brincadeiras de imitação. Podem imitar o número e o ritmo das palmas que acompanham a música.

Sugestões:

- Escrever as letras das músicas;
- Fazer um baile com a música e pedir para que as crianças acompanhem batendo palmas;
- Brincar de “coral” com as crianças: fazer de conta que “lêem” a letra da música que já conhecem;
- Realizar concurso de cantores usando uma televisão feita com caixa de papelão;
- Criar novas letras para as mesmas músicas;
- Ilustrar e dramatizar músicas; criar o caderno de músicas de maior sucesso ao longo do ano.

“As músicas infantis e as cantigas de roda contribuem para o enriquecimento da linguagem das crianças e favorecem a socialização, o desenvolvimento de seu senso de ritmo e o uso do corpo de maneira expressiva.” (JEANOT, 2002, p. 66-67).

4.4.4.1 Jogos envolvendo música

Como interagir com crianças, muitas vezes indisciplinadas, que vivem em meio a um barulho cotidiano das cidades ou são solicitadas por mil e um estímulos que dispersam sua atenção? Não há escuta sem motivação. A motivação está relacionada com o prazer obtido na atividade e pode ser despertada pelo jogo. O jogo estimula a criança a escutar e a discriminar o som dos instrumentos e os motivos sonoros que se repetem. (JEANOT, 1990).

Os jogos musicais, segundo Jeanot (1990), podem ser de três tipos, que correspondem a três fases do desenvolvimento infantil:

- o sensório-motor: envolve a pesquisa do gesto e dos sons. A criança poderá encadear gestos para produzir sons e ouvir música expressando-se corporalmente. A imitação é muito importante para o desenvolvimento sensório-motor;

- o simbólico: consiste em jogos por meio dos quais a criança representa a expressão, o sentimento e o significado da música;
- o analítico ou de regras: são jogos que envolvem a estrutura e a organização da música.

Inicialmente a criança brinca sozinha, mesmo estando perto de outras crianças. Encontrar-se-á exposta, no entanto, a um complexo universo de movimentos, ritmos do corpo e ritmos das músicas e das palavras. É aconselhável que as canções apresentadas sejam do gosto das crianças, sob pena de irritá-las.

A partir do momento em que a socialização se inicia, os jogos coletivos tornam-se possíveis e vão ficando cada vez mais elaborados. A criança não apenas maneará o seu instrumento musical ao lado do colega, mas juntamente com ele, escutando a si mesma e aos outros, esperando sua vez de cantar ou tocar, dialogando e expressando-se musicalmente.

Em relação à música, aproximadamente aos:

- 2 anos, a criança é capaz de cantar versos soltos, fragmentos de canções, geralmente fora do tom; reconhece algumas melodias e cantores; gosta de movimentos rítmicos em rede, cadeira de balanço;
- 3 anos, a criança consegue produzir canções inteiras, embora geralmente fora do tom; tem menos inibição para cantar em grupo; reconhece várias melodias; começa a fazer coincidir os tons simples de seu canto com as músicas ouvidas; tenta tocar instrumentos musicais; gosta de participar de grupos rítmicos: marcha, pula, caminha, corre, seguindo o compasso da música;
- 4 anos, a criança progride no controle da voz; participa com facilidade de jogos simples, cantados; interessa-se muito por dramatizar as canções; cria pequenas músicas durante a brincadeira;
- 5 anos, a criança entoia mais facilmente e consegue cantar melodias inteiras; reconhece e gosta de um extenso repertório musical; consegue sincronizar os movimentos da mão ou do pé com a música; consegue pular em um só pé e dançar conforme o ritmo da música. (JEANOT, 1990)

As características apresentadas variam de criança para criança, e seu desenvolvimento pode ser acelerado pela interferência do trabalho realizado na escola.

Jeanot (1990) sugere alguns jogos musicais que podem enriquecer o momento da aula de musicalização, sendo que podem ser usadas músicas com apologia à saúde no repertório da classe.

a) Barulho e silêncio

Pedir às crianças que façam barulho utilizando a voz, as mãos, as pernas e objetos; em seguida, pedir-lhes silêncio.

Perguntar:

- O que é necessário para haver barulho?
- O que é necessário para haver silêncio?
- É possível fazer barulho sem movimento?

Curiosidade:

A música (do grego μ - musiké téchne, a arte das musas) constitui-se basicamente de uma sucessão de sons e silêncio organizada ao longo do tempo. É considerada por diversos autores como uma prática cultural e humana. Actualmente não se conhece nenhuma civilização ou agrupamento que não possua manifestações musicais próprias. Embora nem sempre seja feita com esse objetivo, a música pode ser considerada como uma forma de arte, considerada por muitos como sua principal função. (WIKIPÉDIA, 2007, site).

Jeanot (2002) sugere alguns jogos musicais que podem enriquecer o momento da aula de musicalização, sendo que podem ser usadas músicas com apologia à saúde no repertório da classe.

As respostas das crianças podem ser várias. Algumas acharão que é possível falar e gritar sem se mexer. Neste caso, argumentar perguntando-lhes se não estão fazendo algum movimento com a boca, etc. A idéia é levar a criança a perceber que o som vem do movimento. A criança tentará ouvir o silêncio e prestará atenção no seu corpo e nos movimentos.

b) Brincando com objetos

Arrumar a sala de aula com vários objetos, de tal forma que as crianças possam manipulá-los com facilidade. Deixá-las pesquisarem à vontade, observando o que fazem. Depois, bater em alguns objetos, de forma variada, pedindo-lhes que imitem.

O espaço da sala de aula deve permitir, também, que a criança se movimente livremente, “vivendo” os sons e os ritmos que experimentar ou que forem sugeridos.

A criança pequena, mesmo cercada por outras que tocam ou manipulam instrumentos, percute e experimenta os objetos sozinha. Pode encontrar estímulo vendo outra criança produzir um som, mas não o faz para se entrosar com seu colega. Eis por que o professor deve colocar à disposição da criança de pré-escola bastante material e objetos sonoros que não sejam especificamente instrumentos musicais: chaves, tubos de PVC, pedaços de madeira e metal, garrafas plásticas, pedaços de bambu, etc.

A criança sente curiosidade pelo som. Procura sua fonte de emissão, seu sustento, sua evolução. Deve, para isso, ser favorecida e incentivada.

c) Os sons da boca

Pedir aos alunos, sentados em roda, que experimentem os sons que podem produzir com a boca, que são variados e gostosos. Cada criança mostra uma possibilidade, e as outras devem imitá-la. Elas gostam muito de vibrar os lábios com os dedos, de estalar a língua, bater nas bochechas cheias de ar.

Perguntar o que acharam de cada som, de qual mais gostaram de ouvir e de fazer. A seguir, uma das crianças produzirá um som com a boca, sem que as outras a vejam. O jogo consiste em descobrir o que o colega fez e tentar imitá-lo.

Esta atividade incentiva a criança a produzir sons, a se expressar, verificando as possibilidades sonoras com a boca.

d) Brincadeira de roda

Nosso repertório cultural é muito vasto em cantigas de roda. A movimentação, o canto e o ritmo podem ser simples ou complexos, mas sempre agradam às crianças. Sempre que possível, aproveitar o repertório das crianças e introduzir novas canções. Por exemplo, brincando de “Onde está a Margarida?”, combinar com as crianças que uma de cada vez dirá o que a Margarida está fazendo, e todas, ao mesmo tempo, farão o gesto:

- | | |
|--|------------------|
| - Onde está a Margarida? | - Olé, olé, olá. |
| - Onde está a Margarida? | - Olé, olé, olá. |
| - Ela está no seu castelo (casa, escola, jardim, etc.) | - Olé, olé, olá. |

- O que ela está fazendo?
- Ela está tomando banho.
- O que ela está fazendo?
- Ela está se enxugando.
- Olé, olé, olá.
- Olé, olé, olá.
- Olé, olé, olá.

Continuar até que a brincadeira se esgote. Esta atividade envolve, além da memorização, a improvisação, a expressão gestual e a socialização, pois a criança tem que estar atenta ao que os outros fazem e esperar a sua vez para se expressar.

Apresentamos, a seguir, algumas sugestões de versos, adaptados, pela cirurgiã-dentista Adriana Schimidt, à melodia de tradicionais cantigas de roda.

Os meus dentes são branquinhos
 Os meus dentes são branquinhos (nhos)
 Porque escovo (vo)
 Todinhos bem (bem).
 De manhã cedo (do),
 Ao meio-dia (ia),
 E à noite, e à noite
 Escovo também.

Frutas, ovos e verduras (ras),
 Até doces (ces)
 Posso comer (er),
 Desde que (que)
 Eu não esqueça
 De depois, de depois
 Escová-los muito bem!
 (melodia: Atirei o pau no gato)

Neste dia tão bonito
 Neste dia tão bonito,
 Os dentinhos vou escovar.
 Vou usar creme dental
 Pra fazer Há! Há! Há! Há!
 Da boquinha irei cuidar,
 E a pasta irei usar,
 Fio, flúor, revelador,
 E com água bochechar.
 Neste dia tão bonito,
 Rapidinho irei brincar,
 Pois com meus dentinhos limpos
 Eu farei Há! Há! Há! Há!
 (melodia: Estrela Guia)



Dentes limpos, boca saudável...

É muito importante

Ter dentes bem limpinhos,

Fazer escovação

E também um bochechinho.

Escova, pasta com flúor,

São indispensáveis

Para poder dar gargalhadas.

Peço para mamãe

Passar fio dental,

Levar-me ao dentista,

Isso é muito natural!

Para que eu não tenha cárie,

Uso escova, pasta com flúor,

Para poder dar gargalhadas.

(melodia: Chiquititas)



Bicho - Papão

Bicho-papão hoje está doente,

Bicho-papão não escova os dentes,

Bicho-papão não tem educação,

Lancha e almoço sem lavar as mãos.

Eu não sou não, eu não sou não,

Como o bicho-PAPÃO.



Se esta boca fosse minha

Se esta boca,

se esta boca fosse minha,

eu mandava, eu mandava enfeitar,

com dentinhos,

com dentinhos de brilhante,

para o meu, para o meu amor beijar.

(melodia: Se esta rua fosse minha)

O dente brigou com a escova

O dente brigou com a escova,

por ser um malcriado.

O dente saiu furado,

e a escova descabelada.

(melodia: O cravo brigou com a rosa)



aprendizagem

Meu dentinho
 Meu dentinho,
 meu dentinho,
 vou escovar,
 vou escovar,
 pra ficar limpinho,
 pra ficar branquinho,
 e brilhar,
 e brilhar.
 (melodia: Meu lanchinho)



Dente-de-leite
 Dente-de-leite tá doendo,
 ele está bem cariado.
 Dente-de-leite precisa
 é ser bem escovado...
 Escova, escova, escova, o lelê, 2X
 Escova o dente de leite, o lelê.
 (melodia: Samba Lelê)



Pela estrada afora
 Pela estrada afora,
 eu vou bem contente,
 levar as escovas
 para meus dentinhos.
 Eles moram longe,
 o caminho é deserto,
 e o bicho da cárie
 mora aqui por perto.
 Mas à tardinha, ao sol poente,
 com dentinhos brancos
 sorrirei contente...
 (melodia: Chapeuzinho Vermelho)



Na boca do Senhor
 Na boca do Senhor,
 não existe bactéria.
 Xô, bactéria!
 Xô, bactéria!
 (melodia: Xô satanás)



aprendizagem

DENTES DO JACARÉ
 De manhã até a noite,
 jacaré escova os dentes,
 escova com muito zelo
 os dentes do meio e os da frente.
 - E os dentes de trás, jacaré?
 De manhã escova os da frente
 e de tarde os dentes do meio.
 Quando vai escovar os de trás,
 quase morre de receio.
 - E os dentes de trás, jacaré?
 Deseja visitar
 seu compadre crocodilo,
 mas morre de preguiça:
 Que bocejos! Que cochilos!
 - Jacaré, e os dentes de trás?
 - Foi a pergunta que ouviu
 num sonho que então sonhou,
 caiu da cama assustado
 e escovou, escovou, escovou.
 (CAPARELLI, 1983, p. 20)



Outra atividade que pode ser desenvolvida é a seguinte:

- 1) Reescreva o poema de Sérgio Caparelli, substituindo o jacaré por você mesmo. Pense no que faz quando escova os dentes (quando, como, por quê?) e mude o que não combinar com os hábitos do jacaré.
- 2) O jacaré caiu da cama provavelmente porque seu sonho foi assustador. Invente e escreva qual foi o sonho do jacaré.
- 3) Atividade proposta: construir um fantoche, utilizando duas caixas de creme dental, imitando a boca do jacaré ou embalagens longa vida, recipiente para ovos (Figura 24).

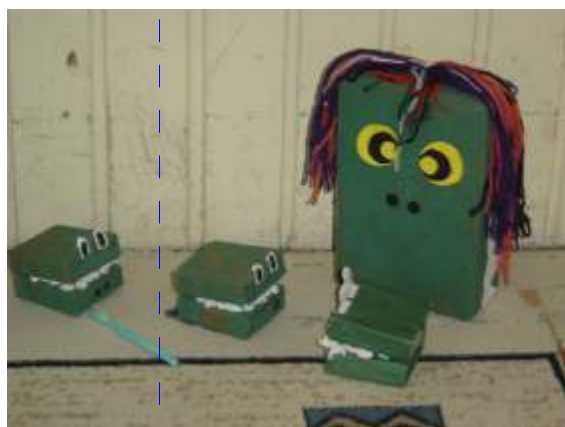


Figura 24: Dentes de jacaré

Fonte: Arquivo das autoras.

4.4.5 Móviles (produtos de higiene, pessoas sorrindo, poucos elementos)

É importante destacar que os brinquedos sugeridos para os primeiros dois anos de vida assumem, muitos deles, características bem diversas daquelas comumente conhecidas e recomendadas para etapas evolutivas superiores de vida. Além de serem adequados e estimuladores para a primeira infância, devem ser atrativos para quem os utiliza nas brincadeiras com a criança.

4.4.6 Chocalhos transparentes (garrafas pet, com vários elementos no interior)

Movimentar, na frente do bebê, o chocalho transparente, chamando sua atenção para as bolinhas que se movimentam ao balançar o brinquedo. Deixá-lo próximo ao bebê para que possa apanhá-lo e manipulá-lo. Tal situação o ajudará a desenvolver sua capacidade de observação e iniciativa, como também a estabelecer relação com seu movimento e com os efeitos que produzem no brinquedo que manipula.

4.4.7 Mordedores

Os mordedores produzem a massagem das gengivas, eliminando o desconforto causado pela erupção dos dentes. É preciso ter o cuidado para mantê-los higienizados.

4.4.8 Estimulador de respiração (tule e bolas de isopor)

Cortar uma garrafa de plástico no terço próximo ao gargalo, recobrir a parte cortada com tule duplo e bem fino, preenchendo o espaço com bolinhas de isopor. Manter bem fechado e amarrado. As crianças deverão assoprar, estimulando a respiração (Figura 25).



Figura 25 - Garrafa e estimulador de respiração

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar Municipal (2006).

4.4.9 Estimulador de respiração: algodão e canudinho

A atividade proposta serve para auxiliar o desenvolvimento, o controle do corpo, a percepção, a atenção, a concentração e a capacidade respiratória dos alunos para que os mesmos possam ter condições de manter um tipo respiratório adequado e que sejam capazes de perceber e desfazer pontos de tensão (Figura 26).



Figura 26 - Estimulador de respiração: algodão e canudinho

Fonte: Arquivo das autoras - Formação para Educação Infantil (2006).

4.5 Garrafas Mágicas

Esta atividade é uma adaptação de Fischer (1997). Com garrafas pet de vários tamanhos, recortar gravuras, ou com o auxílio dos alunos, que já conseguem escolher figuras que representam elementos saudáveis, selecioná-las e inseri-las nas garrafas com água, deixando um espaço de, aproximadamente, 6cm, fechando bem a garrafa (Figura 27).



Figura 27 - Garrafas coloridas aprendizado de cores e sons

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar Municipal (2006).

Antes de iniciar o trabalho com recortes, utilizar as garrafas cheias de água. Estas têm efeito de lente de aumento e podem ser utilizadas para contar uma história do Chapeuzinho Vermelho e Lobo Mau, em jogo de boliche e jogo de argola ou inserindo anilina no seu interior como se fosse mágica.

1 INTRODUÇÃO

O autoconhecimento é o caminho pelo qual as pessoas podem conduzir sua vida de forma saudável e autônoma em relação ao autocuidado. Além disso, dá as bases para que ultrapassem as barreiras físicas, psicológicas e sociais que impedem o desenvolvimento de todo o seu potencial como seres humanos.

Segundo Alencar (1986 apud BRASIL, 2002), o autoconceito se refere à imagem subjetiva que cada um tem de si mesmo e a qual, durante toda a vida, tenta manter e melhorar. É formado por crenças e atitudes, sendo altamente influenciado pela percepção que temos do que os outros pensam sobre nós.

O autoconceito se forma a partir do nascimento, quando a criança começa a perceber suas experiências de fracasso e sucesso, bem como se está sendo criticada ou elogiada. Se a criança, cedo em sua vida, viver muitas experiências negativas, poderá passar a perceber-se como incapaz e incompetente. Não encontrando receptividade, poderá não se sentir aceita e compreendida e perder a confiança em si mesma e nos outros. Com esse tipo de experiência, dificilmente desenvolverá um autoconceito positivo e utilizará todo seu potencial como ser humano.

De acordo com o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (BRASIL, 1998), a construção da identidade e da autonomia diz respeito ao conhecimento, ao desenvolvimento e ao uso dos recursos pessoais para fazer frente às diferentes situações da vida.

A fonte original da identidade está no círculo de pessoas com quem a criança interage no início da vida, sendo a família, em geral, a primeira matriz de socialização. A criança participa, também, de outros universos sociais, ou seja, pode ter as mais diversas vivências, das quais resultam um repertório de valores, crenças e conhecimentos.

O ingresso na Educação Infantil pode alargar o universo inicial das crianças, tendo em vista a possibilidade de conviverem com outras crianças e com adultos de origens e hábitos culturais diversos, de aprenderem novas brincadeiras e de adquirirem conhecimentos sobre realidades distintas.

A maneira como cada criança se vê depende, igualmente, do modo como é vista pelos outros. Assim, a forma como os traços particulares de cada uma são recebidos pelo professor e pelo grupo em que se insere causa grande impacto na formação de sua personalidade e de sua auto-estima, já que sua identidade está em construção.

A criança gradualmente se percebe, bem como percebe os outros como diferentes. Isto permite que acione seus próprios recursos, o que representa uma condição essencial para o desenvolvimento da autonomia.

A autonomia aqui definida registra uma passagem da fase de dependência da criança ao gerenciamento das ações concretas conscientes e importantes para si e para a sociedade na qual está inserida. Com o passar do

Completando:

“No processo de formação pessoal e interação com a sociedade, o autoconceito positivo pode ser fundamental para a criança e para o adolescente, uma vez que aquilo que pensamos a respeito de nós mesmos influencia no que podemos fazer e alcançar, na forma como vamos estabelecer relacionamentos com o mundo.” (BRASIL, 2002, p. 15).

Curiosidade:

“Autonomia - do grego, *autos*, por si só, mais *nomós*, que pode ser duas coisas: lei, e ao mesmo tempo, território.” (WIKIPÉDIA, 2007, site).

tempo, passa a exercitá-la no plano das idéias e valores.

Quando a criança ingressa no Ensino Fundamental, o seu autoconceito está relativamente formado. Suas crenças sobre si mesma e as suas atitudes determinarão, em grande parte, a forma como reagirá às experiências de aprendizagem e de socialização. Não obstante, no Ensino Fundamental, a influência do professor torna-se muito significativa para que desenvolva uma imagem positiva de si mesma.

A valorização da auto-estima tem sido um caminho importante para a superação de muitos problemas de aprendizagem identificados nas classes de Ensino Fundamental. Cada mensagem de confiança e de valorização pessoal transmitida pelo professor pode adquirir, para a criança, valor inestimável para a promoção do desejo e da capacidade de aprender e participar, de cuidar e de cuidar-se.

No período da adolescência, o corpo sofre tantas transformações que a estrutura e a dimensão corporal, antes tão familiares, assumem, em curto espaço de tempo, proporções desconhecidas. Numa visão biológica, a adolescência abrange um período de intensas transformações anatômicas e fisiológicas. O corpo que, na infância, fica aos cuidados dos pais ou responsáveis, na adolescência, passa a depender do próprio adolescente.

O primeiro passo para aceitar e aprender a cuidar do próprio corpo é conhecê-lo e respeitá-lo (Figura 28): descobrir suas necessidades e explorar os mistérios que envolvem o seu funcionamento. Para isso, gerar experiências educativas que favoreçam o autoconhecimento e a auto-estima é essencial para que as crianças e os adolescentes desenvolvam as competências necessárias para dar conta das mudanças práticas em sua vida.



Figura 28 – Conhecendo o próprio corpo

Fonte: Arquivo das autoras - Feira Multidisciplinar (2006).

No sentido apontado, os objetivos principais deste módulo são:

- a) Possibilitar à criança o conhecimento do corpo para a promoção do autocuidado;
 - b) Levar a criança à percepção da anatomia bucal como parte integrante do sistema digestório;
 - c) Contribuir para que o professor e a criança reconheçam os elementos que possam desencadear desequilíbrios na cavidade bucal;
 - d) Trabalhar a aplicação do índice de placa;
 - e) Desenvolver atividades de psicomotricidade;
- Apresentar sugestões de situações de exploração do corpo com os sentidos – tato, audição, olfato e visão.

Completando:
Por isso, cabe à escola e, em especial, ao professor, "construir um ambiente estimulador, no qual os alunos procurem, desde pequenos, estabelecer as suas próprias metas, ultrapassar seus próprios limites, buscar satisfação em suas atividades diárias e aprender a assumir responsabilidades por suas próprias opções, fortalecendo sua auto-estima." (VIRGOLIM, 1994 apud BRASIL, 2002, p.16).

2 CONCEITUAÇÃO

Iniciamos a trajetória do autoconhecimento para o autocuidado apresentando os tipos de dentições e as funções dos dentes, tendo como referencial teórico Kirchner; Mendonça; Costa (1992).

2.1 DENTIÇÕES

O ser humano desenvolve, durante a vida, duas dentições. A primeira, a dos dentes temporários, é constituída por 20 dentes, também chamados decíduos, dentes-de-leite ou primários. Posteriormente, essa dentição é substituída pela segunda: a dos dentes permanentes ou definitivos, que é constituída por 32 dentes.

2.1.1 Dentição decídua

A primeira dentição começa a se formar na fase intra-uterina (a partir do 3º mês de gravidez) e tem seu desenvolvimento completado depois do nascimento. A erupção (nascimento) desses dentes tem início a partir do 6º mês de idade e ocorre sucessivamente até cerca do 36º mês de vida (aproximadamente 3 anos de idade), quando, então, já existem 10 dentes (inferiores), na mandíbula, e 10 (superiores), na maxila (Figura 29).

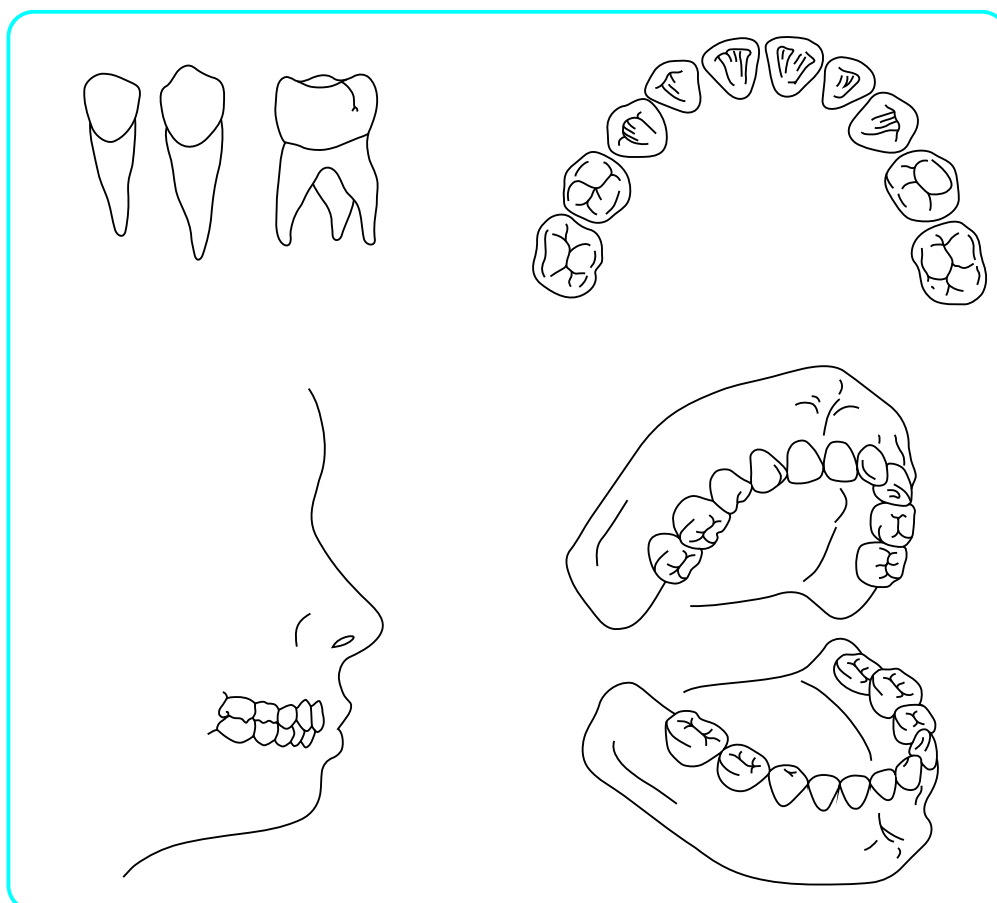


Figura 29 – Dentição decídua

Fonte: Adaptado de Kirchner; Mendonça; Costa (1992).

A série de dentes temporários apresenta três diferentes grupos de dentes: incisivos, caninos e molares. Considerando-se que cada arcada é simétrica e dividida bilateralmente em duas (2) hemiarcadas, cada hemiarcada é composta integralmente por representantes desses três (3) grupos, ou seja: dois (2) incisivos, um (1) canino e dois (2) molares. Assim, as quatro (4) hemiarcadas totalizam oito (8) incisivos, quatro (4) caninos e oito (8) molares, que somam 20 dentes temporários. Nessa dentição, não existe, ainda, o grupo dos pré-molares.

Conforme pode ser observado no Quadro 1, existem épocas aproximadas de erupção dos dentes temporários. Entretanto, essas épocas podem variar de uma criança para outra, dependendo das condições normais, de grupos étnicos, sexo, estado nutricional e fatores congênitos, endócrinos e patológicos. Porém, o padrão normal é bastante consistente.

Quadro 1 – Idade aproximada de erupção dos dentes temporários

Fonte: Adaptado de Kirchner; Mendonça; Costa (1992).

Nomes dos dentes	Dentes	Idade aproximada de erupção
I – Incisivos Centrais		6 meses
II – Incisivos Laterais		8 meses
III - Caninos		16 meses
IV - Primeiros Molares		12 meses
V - Segundos Molares		20 meses

Como a estrutura óssea de uma criança é menor do que a de um adulto, os dentes temporários são menores em número e tamanho. Na dentição temporária, muitas vezes há espaços interdentais, ou seja, espaços entre os dentes vizinhos. Uma vez formados, os dentes não aumentam de tamanho, além de que, na dentição temporária, normalmente se apresentam mais brancos que na dentição permanente, em virtude de a calcificação ser constante.

Os dentes temporários mantêm os espaços para que os dentes permanentes nasçam nos lugares certos. Por isso, devido à fragilidade maior que apresentam em relação aos dentes permanentes, devem receber intensos cuidados. Uma lesão cáriosa extensa ou a perda precoce temporária podem trazer conseqüências prejudiciais, como a perda de espaço para o nascimento do dente

permanente correspondente, devido à inclinação dos dentes vizinhos. Assim, o dente permanente pode não nascer ou nascer fora do lugar, ficando “apinhado” .

Por apresentarem maior dificuldade de limpeza, os dentes “apinhados” são mais propensos ao aparecimento de cárie dental e inflamações gengivais. Além disso, favorecem o desenvolvimento de desequilíbrios na relação dos dentes entre si, pois, estando fora da posição, perdem o “encaixe” harmonioso original. Em consequência, podem surgir desvios de crescimento e de desenvolvimento normais dos ossos da face, problemas no osso que sustenta os dentes (doença periodontal) e também sobrecarga na articulação entre a mandíbula e o crânio (localizada na região próxima ao ouvido).

2.1.2 Dentição permanente

A segunda dentição se desenvolve na profundidade do osso da mandíbula e da maxila e constitui-se dos chamados dentes permanentes, num total de 32 (Figura 30).

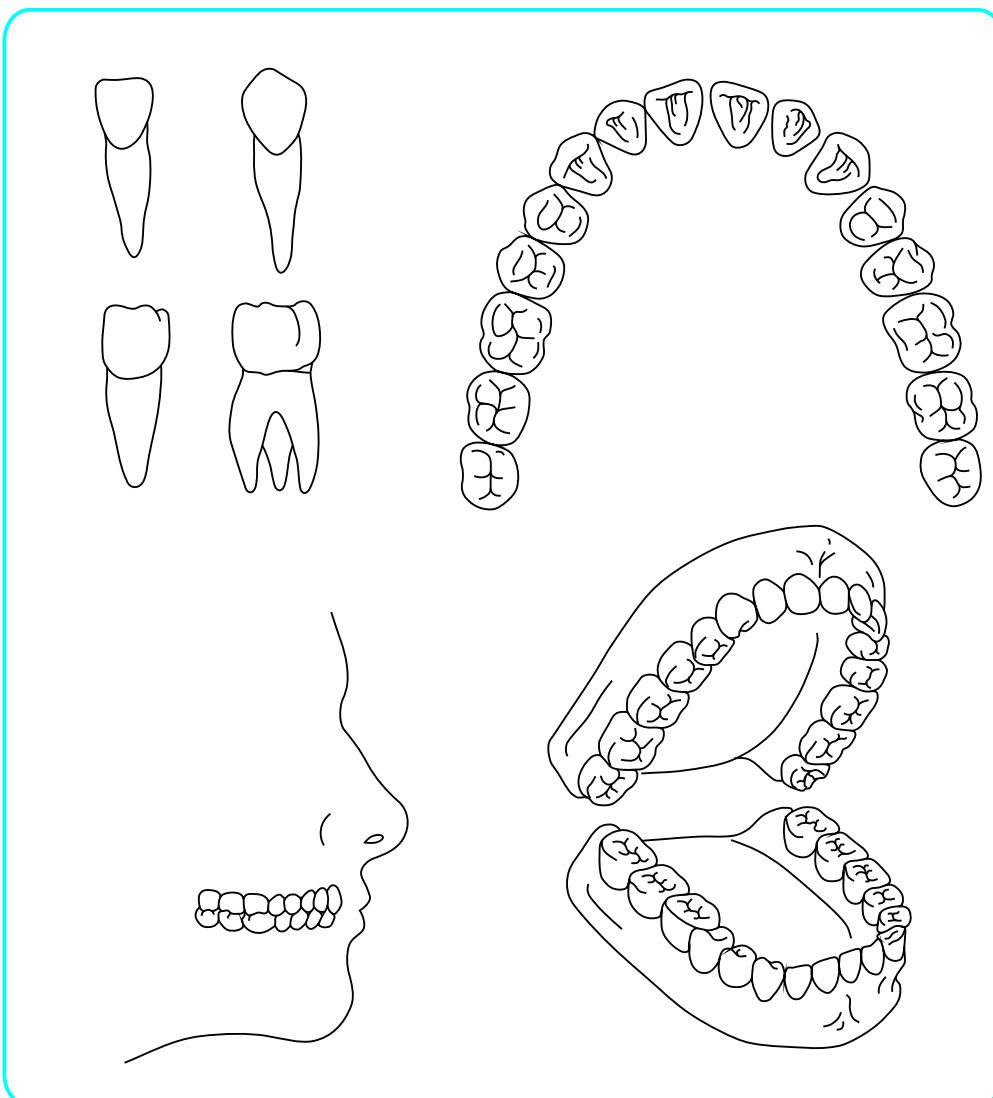


Figura 30 – Dentição permanente

Fonte: Adaptado de Kirchner; Mendonça; Costa (1992).

A segunda dentição, em relação à primeira, apresenta um acréscimo de 12 dentes que não possuem decíduos antecessores. À medida que os dentes permanentes crescem em direção à superfície, os dentes-de-leite que estão à sua frente têm suas raízes reabsorvidas. À medida que as raízes dos dentes temporários são reabsorvidas, as coroas ficam sem sustentação e se desprendem naturalmente, em geral sem dor e sem sangramento. O intervalo entre a exfoliação (queda) do dente temporário e o nascimento do dente permanente é de, aproximadamente, um mês. A ausência de erupção de um dente definitivo por um período de 2 a 4 meses após a queda do dente temporário correspondente ou, mesmo, a exfoliação de um dente temporário muito além da época esperada, certamente revelam a existência de algum problema. Nesses casos, é fundamental procurar orientação com o (a) dentista. Quanto aos germes dentários dos pré-molares, estes se encontram posicionados entre as raízes divergentes dos molares temporários.

Na dentição permanente, existem oito (8) dentes em cada hemiarcada, sendo: dois (2) incisivos, um (1) canino, dois (2) pré-molares e três (3) molares. Isso totaliza, nas quatro (4) hemiarçadas: oito (8) incisivos, quatro (4) caninos, oito (8) pré-molares e 12 molares, ou seja, 32 dentes permanentes. Em relação à dentição temporária, a dentição permanente tem a adição de um grupo de dentes, que são os pré-molares, substitutos dos molares temporários. A dentição permanente se completa entre 18 e 21 anos de idade com a erupção dos terceiros molares.

A idade aproximada de erupção, em anos, dos dentes permanentes pode ser vista no Quadro 2.

Quadro 2 – Idade aproximada de erupção dos dentes permanentes

Fonte: Adaptado de Kirchner; Mendonça; Costa (1992).

Nomes dos dentes	Dentes	Idade aproximada de erupção
I – Incisivos Centrais		6 - 7 anos
II – Incisivos Laterais		8 anos
III - Caninos		11 anos
IV - Primeiros Pré-Molares		9 anos
V - Segundos Pré-Molares		10 anos
IV - Primeiros Molares		5 - 6 anos
V - Segundos Molares		12 anos
V - Terceiros Molares		18 anos

Os dentes permanentes substituem os dentes temporários de acordo com o crescimento da arcada dentária, e cada um tem sua forma, número de raízes e tamanho típicos do seu grupo. Essas características estão relacionadas com as funções que exercem. Os dentes permanentes têm coloração ligeiramente mais escura que os dentes temporários, fato que, além das diferenças na forma e tamanho, facilita a distinção entre as duas dentições.

Os dentes permanentes quase sempre nascem desalinhados, mas, geralmente, no prazo de um ano, posicionam-se naturalmente. A troca é contínua até os 11 - 12 anos de idade, quando a criança passa a ter 24 dentes permanentes. Logo depois, nascem os segundos molares permanentes, totalizando 28 dentes. Dos 17 aos 21 anos podem nascer os terceiros molares (dentes do siso ou juízo). A dentição permanente completa tem 32 dentes. Em algumas pessoas, os terceiros molares podem não nascer por vários motivos, como, por exemplo, falta de espaço ou germes dentários malformados, malposicionados ou inexistentes. Nesses casos, o(a) dentista deve ser consultado(a).

Os Primeiros Molares Permanentes, denominados também de Molares dos 6 Anos, nascem entre os 5 e 6 anos de idade, atrás dos últimos molares temporários, no canto da boca. Aparecem sem serem notados, pois não necessitam da queda de um dente-de-leite para que possam nascer. Justamente porque aparecem tão repentinamente, muitas pessoas pensam que ainda são dentes-de-leite e, geralmente, os deixam negligenciados e malcuidados. Em consequência disso e devido à sua constituição morfológica e anatômica (presença de numerosas fissuras e "sulcos profundos"), os molares dos 6 anos tornam-se mais susceptíveis à cárie dental, podendo, eventualmente, trazer problemas por toda a vida. Esse primeiro molar permanente nasce justamente em uma época importante na vida da criança, ou seja, quando acontece sua entrada na escola, que marca o início de suas atividades intelectuais e quando, conseqüentemente, ocorrem mudanças psicológicas. Essa situação especial pode ser usada nas aulas do 1º e do 2º ano do Ensino Fundamental como importante ponto de referência quanto à atenção e aos cuidados que devem ser dados a esses dentes.

Só então, após o surgimento dos Molares dos 6 anos, é que começa a troca dos dentes-de-leite propriamente dita. Essa troca se inicia com a perda dos dentes anteriores (incisivos inferiores) e com o subsequente aparecimento dos dentes permanentes correspondentes.

Curiosidade:

O terceiro molar é chamado também de dente do juízo, pois costuma nascer no final da adolescência, marcando a entrada na vida adulta.

2.2 DESCRIÇÃO E FUNÇÃO DOS DENTES

2.2.1 Grupo de dentes anteriores

- a) Incisivos [oito (8) temporários/oito (8) permanentes]
 - Nome derivado da palavra latina incidere, que significa cortar.
 - Têm a função de cortar alimentos.
 - Anatomicamente, os incisivos superiores (maxila) apresentam-se maiores que os inferiores (mandíbula), embora sua forma seja basicamente a mesma.
 - Apresentam borda incisal larga e adequada para cortar os

Para Conhecimento:
 “Os microorganismos, chamados ainda de micróbios, são quaisquer organismos microscópicos, como bactérias, protozoários ou fungos. Cabe ressaltar que não há uma definição precisa para esses termos, mas, de maneira geral se referem a seres unicelulares que podem causar doenças ao homem ou aos animais ou plantas com importância na sua vida. A maior parte das bactérias e protistas, e alguns fungi, são unicelulares, apesar de muitas vezes formarem colônias. No entanto, cada célula de uma colônia mantém a sua individualidade, a sua vida independente das restantes. A disciplina que estuda os micróbios é tradicionalmente chamada microbiologia.”
 (WIKIPÉDIA, 2007, site).

alimentos, uma vez que esta constitui sua principal função.

- Possuem uma única raiz; os incisivos laterais apresentam-se um pouco menores que os centrais.

b) Caninos [quatro (4) temporários/quatro (4) permanentes]

- Nome derivado da palavra latina *canis*, que significa cachorro;
- Têm forma cônica, sendo os dentes superiores semelhantes aos inferiores.
- Têm a função essencial de rasgar os alimentos.
- Possuem as maiores raízes de todos os dentes e suportam grandes forças.

2.2.2 Grupo de dentes posteriores

a) Pré-molares [oito (8) permanentes]

- Não existem na primeira dentição e, ao nascerem, substituem os oito (8) molares temporários.
- Apresentam-se sob forma mais cilíndrica, com duas (2) cúspides (pontas): uma ao lado dos lábios (vestibular), e outra, ao lado oposto em direção ao palato ou língua (palatal ou lingual).
- Possuem como principal função amassar os alimentos.
- Geralmente apresentam uma (1) ou duas (2) raízes superior(es) ou apenas uma (1) raiz inferior.

b) Molares [doze (12) permanentes/oito (8) temporários]

- Nome derivado da palavra latina *mola*, que significa moinho; tem como sinônimo o termo pilão.
- Têm forma cúbica, com quatro (4) ou cinco (5) cúspides (pontas), separadas por sulcos profundos, sendo os maiores dentes da boca (em volume).
- Têm como função principal a trituração dos alimentos.
- Normalmente os molares superiores têm três (3) raízes e os inferiores, duas (2).

2.3 O QUE É PLACA DENTAL?

De acordo com ABOPREO (2003), é uma massa de bactérias que gruda continuamente nos dentes, próteses e tecidos moles, não sendo removida por meio de bochechos com água, jatos fortes de ar nem por meio da mastigação de alimentos duros ou fibrosos (maçãs, cenouras e similares).

2.3.1 O meio bucal

As bactérias habitam a boca desde o nascimento, aumentando o número de colônias a partir da erupção dos dentes. Um (1) ml de saliva pode conter mais de 200 milhões de microorganismos, representando mais de 300 espécies diferentes. As bactérias aderem aos tecidos moles da boca (gengiva, bochechas e língua) e aos dentes.

2.3.2 O habitat para as bactérias da placa

As bactérias são imóveis, mas podem ser conduzidas de um local para outro por meio de objetos inanimados (colheres, chupetas, mamadeiras, mordedores, etc.) ou animados (as mães podem servir como reservatório das bactérias que colonizarão a boca de seus filhos).

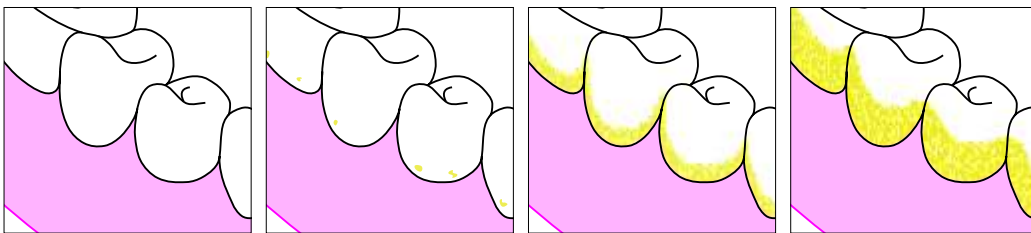
A língua é um grande reservatório de bactérias, exigindo, também, limpeza.

2.3.3 A película adquirida

Composta por proteínas, é uma camada fina que recobre os dentes e separa a saliva da superfície dentária; os microorganismos aderirão a ela, formando a placa dental. Embora seja uma camada fina, é importante para proteger o esmalte da abrasão e do atrito.

2.3.4 formação da placa dental

As bactérias iniciam a colonização da superfície dentária minutos após a realização da limpeza dos dentes. Quatro (4) horas após uma boa limpeza, é possível detectar um número muito pequeno de bactérias (intervalo comumente usado entre uma escovação e outra). Após 24 horas, esse número pode aumentar de 100 a 1000 vezes. Após três (3) ou quatro (4) dias, a espessura da placa formada aumenta drasticamente, alcançando seu máximo após sete (7) dias (Figura 31).



Curiosidade:

Hábitat ou *habitat* (do latim, ele habita) é em geral usado em referência a uma ou mais espécies no sentido de estabelecer os locais e as condições ambientais onde o estabelecimento de populações desses organismos é viável. (WIKIPÉDIA, 2007, site).

Figura 31 – Placa em seus vários estágios de formação

Fonte: Vieira (2007).

2.3.5 como a placa se transforma em doença?

Segundo estudos feitos, após três (3) semanas de placa acumulada sobre os dentes, aparecem os sintomas de gengivite (sangramento e inchaço); uma semana após retornar à escovação adequada, a inflamação desaparece.

Manchas brancas (início da cárie) aparecem após três (3) semanas de placa acumulada livremente nos dentes, junto com a ingestão de alimentos açucarados nove (9) vezes ao dia. Um (1) mês após retornar à limpeza diária adequada dos dentes, associada ao uso de flúor, as manchas se tornam inativas.

É importante saber que a utilização freqüente de açúcar na ausência da placa não resulta no desenvolvimento de cárie, o que mostra que a doença só se desenvolve quando bactérias cariogênicas estão presentes na superfície do dente.

2.4 CONCLUSÕES

O controle da placa por meio da higiene oral é a medida mais direta e abrangente de controle e prevenção da cárie dentária e de doenças gengivais, pois se direciona para a causa determinante dessas doenças: as bactérias patogênicas que colonizam as superfícies dos dentes, formando a placa dental.

Curiosidade:

“O termo patogênese (patogênese, no Brasil; patogenesis, patogenia, nosogenia ou patogenia) refere-se ao modo como os agentes etiopatogênicos agredem o nosso organismo e os sistemas naturais de defesa reagem, surgindo mesmo assim, lesões e disfunções das células e tecidos agredidos, produzindo-se a doença.”
(WIKIPÉDIA, 2007, site).

3 CONVERSA COM OS EDUCADORES

3.1 TRABALHAR A CORPOREIDADE É EDUCAR PARA A SAÚDE

Conduzir uma ação educativa nas escolas para compreender o funcionamento do corpo é um dos caminhos para uma vida com mais equilíbrio e qualidade, mais saúde física, psíquica e social. Quando nos sentimos bem com nosso corpo, nos cuidamos melhor e temos condições de mostrar às pessoas com quem convivemos a importância desses cuidados, tanto com a saúde geral quanto com a saúde bucal.

Em consonância com a afirmação anterior, Buischi (2000), uma autora da área da Odontologia, sugere que, em educação para a saúde, para que se estabeleçam novos hábitos de higiene bucal, visando atender às necessidades de controle de placa, é fundamental que o grupo seja educado para a saúde.

A educação para a saúde bucal deve fazer parte da educação para a saúde geral. Somente por meio da educação para a saúde, teremos um grupo bem motivado, bem informado e bem treinado. Da mesma forma, é por meio da educação para a saúde que podemos despertar no grupo interesse para promover e manter saúde. Portanto, educar para a saúde é o meio mais importante de controle das doenças dentárias. Para Buischi (2000), os pontos básicos do processo de educação para a saúde são: motivação, informação, sujeito como diagnosticador e instrução em higiene.

3.1.1. Motivação

No trabalho de educação para a saúde, a motivação somente se expressa quando as pessoas assumem maior compromisso com a saúde individual, sendo que apenas quando todas as necessidades fisiológicas são saciadas é que é dada atenção aos cuidados com o corpo. Isto significa que, inicialmente, é imprescindível fazer um diagnóstico individual com os membros do grupo para determinar as necessidades individuais e, em seguida, procurar conhecer a história de vida de cada um (que foi o objetivo principal do Módulo I).

Neste Módulo II os aprendentes já estão aptos a receberem as informações e se autodiagnosticarem.

É importante que um grau alto de motivação seja mantido em todas as etapas do processo de educação para a saúde. Neste sentido, as atividades devem encorajar, valorizar as opiniões diferentes, estimular o acesso de todos às atividades e à sua consecução, promovendo um clima de respeito em sala.

As situações de motivação em sala de aula ocorrem quando despertam o desejo de autonomia; quando é grande a motivação de filiação dos alunos; e quando são propostas diferentes tarefas, todas direcionadas aos mesmos objetivos: estrutura multidimensional (TAPIA; MONTERO, 2004).

Para conhecimento:

“Corporeidade é a maneira pela qual o cérebro reconhece e utiliza o corpo como instrumento relacional com o mundo.” (WIKIPÉDIA, 2007, site).

Complementando:

O significado do trabalho escolar depende de suas implicações para a auto-estima.

Fonte: Tapia; Montero (2004).

Os Temas Transversais dão sentido social a procedimentos e a conceitos próprios das áreas convencionais, superando assim o aprender apenas pela necessidade escolar. [...] Como a transversalidade os temas passam a ser partes integrantes das áreas e não externos e/ou acoplados a elas, definindo uma perspectiva para o trabalho educativo que se faz a partir delas. (BRASIL, 2001b, p.41)

Sendo assim, as abordagens apresentadas neste módulo vão ao encontro da metodologia proposta para trabalhar, nas escolas, os temas referentes à saúde, por meio de diferentes caminhos – seja em Artes (desenho e teatro), Literatura, Português, Educação Física, Matemática, História ou Geografia, que estimulem o desenvolvimento psicomotor dos alunos, como também a autonomia em relação ao autocuidado.

3.1.2 Informação

Estando os sujeitos motivados para aprenderem mais sobre causa, controle e tratamento das doenças em geral, os professores podem, de acordo com a curiosidade e o interesse dos alunos, iniciar o processo de informação e desenvolver os temas em saúde, sem se esquecerem de utilizar vocabulário adequado à idade e às séries trabalhadas. É importante correlacionar as enfermidades que apresentam fatores causais comuns e procurar focar mais a saúde do que a doença.

Nessa etapa, as escolas poderão solicitar a visita de profissionais da área da saúde e buscar, por meio de pesquisas, mais informações na internet, em enciclopédias, em livros e nas unidades básicas de saúde.

3.1.3 O sujeito como diagnosticador

Essa etapa objetiva levar o aluno a observar, a partir do autoconhecimento, as alterações corporais nas diversas fases de desenvolvimento. Essa observação é realizada por meio da visualização e exploração consciente da imagem real, com o uso de espelho, dinâmicas e conversas (Figura 32).



Figura 32 - O autoconhecimento da cavidade bucal

Fonte: Arquivo das autoras.


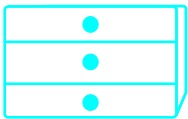
Para auxiliar no autoconhecimento da cavidade bucal, os aprendentes, munidos de espelho de aumento e evidenciador, poderão localizar áreas de maior acúmulo de placa ou dentes mais afetados por cárie e doenças periodontais e, assim, determinar as prioridades no controle de placa. Da mesma forma, o aluno poderá, com as atividades de autoconhecimento, apreender hábitos de autocuidado, não só a partir do seu corpo, mas também a partir do corpo de seus colegas.

4. ATIVIDADES EM AÇÃO: atividades de autoconhecimento e para o autocuidado

Para melhorar o autoconhecimento dos educandos, principalmente no que se refere aos aspectos relacionados à valorização pessoal e, conseqüentemente, à motivação e às habilidades para a promoção do autocuidado, apresentamos algumas sugestões.

4.1 COMO CRIAR UMA ESCOLA ACOLHEDORA


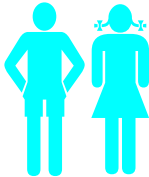
Objetivo: Obter informações que permitam conhecer melhor os alunos, utilizando, para isso, atividades simples que possibilitem a eles descobrirem o que sentem e, ao professor, observar e atuar de forma a contribuir com a aprendizagem. Neste sentido, a Revista eletrônica Nova Escola apresenta sugestões (Quadro 3).

Atividade	Objetivo	Aplicação
<p>Jogo das expressões (Educação Infantil)</p> 	<p>Levar a criança a reconhecer os sentimentos e dar nome a eles. É bem prático: ao recordar fatos, ela toma consciência das causas e conseqüências do que sente.</p>	<p>Esse é um jogo da memória. Fazer com a turma cartas (que formam pares) com desenhos de expressões faciais — triste, alegre, bravo. A cada par formado, a criança lembra de um momento em que se sentiu como no desenho. Depois de unir todos os pares, cada aluno procura a expressão que melhor representa como ele se sente no momento.</p>
<p>Gavetas dos sentimentos (Educação Infantil e 1ª a 4ª)</p> 	<p>As crianças reconhecem o que sentem e manifestam emoções guardadas, que não puderam demonstrar em nenhuma ocasião. Elas guardam, simbolicamente, fora de si fatos importantes e marcantes.</p>	<p>Providenciar um miniarmário com três gavetas, cada uma com um sentimento (alegria, tristeza e saudade, por exemplo). Deve partir da criança a iniciativa de desenhar ou escrever sobre fatos que provocaram esses sentimentos, caso tenham necessidade. É importante respeitar sempre a intimidade da criança.</p>

Continuação...

Quadro 3 – Sugestões para falar sobre os sentimentos da turma

Fonte: Revista eletrônica Nova Escola (2006, site).

Atividade	Objetivo	Aplicação
<p>Jogo das cadeiras (1ª a 8ª)</p> 	<p>Estimular o estudante a refletir sobre como agiria em situações diversas. Desafiá-lo a sustentar opiniões e expor o que pensa e sente, mesmo que isso seja constrangedor no começo. Desenvolver o autoconhecimento (ao fazer isso, ele consegue estabelecer relações com os sentimentos dos outros).</p>	<p>Posicionar quatro cadeiras em torno de uma mesa. Preparar quatro envelopes, cada um com cinco frases, que podem ser sobre atitudes (Quando vejo uma briga eu...) ou sentimentos (Fico triste quando...). Numerar as cadeiras de 1 a 4. Cada número corresponde a um envelope. Na cadeira 1, o aluno começa completando a primeira frase de seu envelope. Quem discordar dele deve se levantar, completar a frase com a sua opinião e retornar à mesa somente ao concordar com alguma afirmação, numa próxima rodada.</p>
<p>Planeta "Eu" (1ª a 8ª)</p> 	<p>Fazer a turma se conhecer melhor e mostrar que as pessoas podem ter ou não coisas em comum. Propiciar que todos se posicionem exercitando a tolerância e o respeito. Valorizar os estudantes (eles se consideram importantes quando é reservada parte da aula para que falem de si).</p>	<p>Confeccionar uma tabela para cada aluno. Na linha superior, escrever "do que mais gosto" e "do que não gosto". Na coluna esquerda, tópicos variados (comida, dia da semana, lugar, filme, cheiro). Para dar um ar de brincadeira, usar uma ampulheta para limitar o tempo. Cada um deve preencher com o que gosta ou não gosta em cada tópico. Depois disso, pedir que, em duplas, comparem as respostas.</p>

Sugestão de bibliografia:

BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano — compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

MORENO, Montserrat et al. Falemos de sentimentos: a afetividade como um tema transversal. São Paulo: Moderna, 2000.

TOGNETTA, Luciene Regina Paulino. A construção da solidariedade e a educação do sentimento na escola. Campinas: Mercado de Letras, 2003.

VINHA, Telma Pileggi. O educador e a moralidade infantil: uma visão construtivista. Campinas: Mercado de Letras, 2000.

4.2 RECRIANDO O SER HUMANO: JOGO

Objetivo: Observar que, apesar de todos serem diferentes, são seres humanos.

Jogadores: quatro (4) ou mais

Equipamentos: Fotos de pessoas famosas – uma para cada jogador

Antes de a festa começar, recortar fotos de pessoas famosas. As fotos deverão ter o mesmo tamanho. Recortar as fotos novamente, agora em cinco partes: cabeça, abdômen, pernas e pés. Todos os jogadores deverão ter pedaços das fotos para juntar.

Misturar todos os pedaços e distribuí-los ao acaso, de modo que cada jogador receba cinco pedaços (Figura 33). Ao ouvirem a palavra “Vão!”, os jogadores começam a negociar as partes do corpo que receberam, com o intuito de conseguirem outra parte que se encaixe na figura corretamente ou conseguir cinco pedaços das diversas partes do corpo (de fotos diferentes) para criar a sua própria pessoa. Quando todos os jogadores tiverem formado uma pessoa, o jogo estará terminado, e as figuras serão mostradas para todos (Figura 34).



figura 33 e 34 -
Recriando o ser humano

Fonte: Arquivo das autoras.

4.3 DINÂMICA COM A FOLHA DE PAPEL E HIGIENE

Objetivo: Demonstrar que, com uma folha de papel sulfite, é possível realizar uma série de situações de dramatização com as crianças.

Esta dinâmica consiste em usar uma folha de papel para simular o banho.

O restante do papel é aproveitado para simular o banho, como atividade de faz-de-conta: o balançar da folha faz o barulho do chuveiro; a folha amassada recebe a forma de sabonete ou de esponja, que é passada por todas as partes do corpo, da cabeça aos pés. O papel recebe, igualmente, a forma de xampu; de toalha de banho, com o cuidado de secar bem todo o corpo; de hastes flexíveis; e assim por diante. A brincadeira prossegue com o mesmo papel que, depois de auxiliar no banho, se transforma em instrumentos musicais. Assim, além de trabalhar as formas e funções dentais, esta dinâmica busca integrar os hábitos de higiene condutores à saúde, além de introduzir músicas durante as ações.

À medida que solicita que todos participem, a brincadeira desenvolve a noção do esquema corporal, a discriminação visual e auditiva e a socialização do grupo.

Após a transformação do papel em instrumentos musicais, este é desenrolado e utilizado para moldar várias partes do corpo. Por último, se

Esta atividade é uma sugestão de Aschenbach; Elias; Fazenda (1990), cabendo ao educador adaptá-la de acordo com a criatividade e o projeto que está desenvolvendo.

transforma em objetos, como guarda-chuva, cogumelo, abajur, etc.

4.4 DINÂMICA COM A FOLHA DE PAPEL RELACIONADA COM AS FUNÇÕES MASTIGATÓRIAS DOS DENTES

Esta **dinâmica** é uma adaptação das autoras deste módulo.

Objetivo: Introduzir o tema aparelho digestório a partir de questionamentos relacionados às funções dos dentes.



Figura 35 – Dinâmica com a folha de papel

Fonte: Arquivo das autoras.

Inicialmente, com tesoura, cortar uma folha A4 no meio para mostrar a função dos incisivos; depois rasgá-la para demonstrar a função dos caninos; amassá-la tal qual os pré-molares; e, por último, triturá-la, como o fazem os molares. O momento é aproveitado para falar da função da saliva neste processo e da importância da mastigação na digestão dos alimentos (Figura 35).

4.5 O APARELHO DIGESTÓRIO

Objetivo: Mostrar aos alunos, por meio de oito (8) experiências simples e uma química, que dá gosto de aprender como se dá a digestão no nosso corpo, esse fantástico laboratório ambulante. Essas experiências sobre o aparelho digestório, que vão de 4.5.1 a 5.5.8, foram extraídas da Revista Eletrônica Nova Escola – (2006).

4.5.1 O começo: a ação da saliva

Material

- vidro conta-gotas com tintura de iodo
- saliva
- amido
- batata cortada ao meio (para cada aluno ou uma por equipe de 4)

Colocar, em apenas uma das metades da batata, um pouco de saliva (deixar a outra metade natural). Esperar 30 minutos e pingar uma gota de iodo em cada metade da batata.

Fonte: Revista eletrônica Nova Escola (2006, site).

Conclusão: O amido, ao reagir com o iodo, apresenta uma coloração roxa; entretanto, a mistura com a saliva não fica roxa por causa da atuação da enzima ptialina, a qual transforma o amido em maltose, que não reage com o iodo.

4.5.2 É Importante Mastigar Bem

Material

- 2 copos com água
- 2 comprimidos efervescentes

Triturar um dos comprimidos sobre uma folha de papel e manter o outro inteiro. Colocar, simultaneamente, o comprimido inteiro em um copo com uma quantidade menor de água e o triturado, em outro copo com uma quantidade maior de água (Figura 36).



Figura 36 - É importante mastigar bem

Fonte: Arquivo das autoras.

Conclusão: O comprimido triturado se dissolve bem mais rápido. Essa é uma das características da digestão: quanto menores os pedaços de alimento maior é o tempo de mastigação, maior é a ação e a quantidade de saliva sobre estes e mais rapidamente os nutrientes presentes nele são digeridos ao invés de absorvidos pelo organismo.

4.5.3 Sentindo os Sabores

Material

- 4 conta-gotas contendo cada um: suco de limão, água com açúcar, água com sal e chá de carqueja
- açúcar
- colher

Dizer aos alunos que algumas regiões da língua são mais sensíveis a certos gostos que outras. Pingar os líquidos em diferentes regiões da língua (Figura 37) de um aluno que queira participar. Depois, colocar açúcar na língua seca de um aluno.



Figura 37 - A Língua

Fonte: Cabral (2007).

Notas de aprendizado:
O sabor das coisas do mundo e o sabor das pessoas não está nas coisas ou nas pessoas mas no momento em que nossos sentidos encontram as coisas do mundo e as pessoas.

Fora dos encontros tudo não passa de um amontoado de idéias, memórias e sonhos.

Porém, existe o medo de que o encontro seja doce demais, salgado demais, ácido demais, amargo demais...

4.5.4 O movimento da digestão

Material

- meia-fina
- bolinha de isopor ou de tênis
- bolacha

Pedir aos alunos para colocar a mão no pescoço, enquanto engolem uma

Figura 38 - O movimento da digestão

Fonte: Arquivo das autoras.



bolacha. Ao engolirem a bolacha, sentirão o movimento peristáltico feito pelos músculos do esôfago. Colocar a bolinha (que representa a comida) dentro da meia-fina (que representa o esôfago). Fazer a bolinha deslizar pela meia, empurrando-a com os dedos (Figura 38).

Conclusão: Os músculos do esôfago se contraem de forma parecida com a meia para levar o alimento ao estômago. Esses movimentos ocorrem em todos os órgãos do sistema digestório.

Curiosidade:

“Movimentos peristálticos são movimentos involuntários que empurram o alimento (também denominado bolo alimentar, quimo ou quilo, de acordo com a fase da digestão) ao longo do canal alimentar, para que ocorra sua digestão ao nível devido.” (WIKIPÉDIA 2007, site).

4.5.5 A acidez do suco gástrico

Material

- 1 copo plástico para café
- leite
- vinagre ou suco de limão

Colocar leite no copo e adicionar vinagre.

Conclusão: O vinagre talha o leite da mesma maneira que o suco gástrico que, produzido pelo estômago, quebra as moléculas grandes dos alimentos em partículas menores. Isso ocorre porque o suco é composto por ácido clorídrico, enzimas e muco.

4.5.6 O detergente da digestão

Material

- dois copos com água
- óleo de cozinha
- detergente

Colocar óleo nos dois copos com água. Em um deles, acrescentar detergente e agitar.

Conclusão: Assim como o detergente, a bile, que é um suco gástrico produzido pelo fígado, transforma as gorduras em gotículas muito pequenas, facilitando a digestão.

4.5.7 Quebrando as proteínas

Material

- clara de ovo cozido
- 4 tubos de ensaio numerados
- água
- suco de mamão, de limão e de abacaxi
- algodão

Fonte: Revista eletrônica Nova Escola (2006, site).

Colocar: água no tubo 1; suco de mamão no tubo 2; suco de limão no tubo 3; e suco de abacaxi no tubo 4. Cortar a clara de ovo em cubos iguais e colocar um em cada tubo (Figura 39). Tampar com algodão e deixar em repouso por três dias.



Figura 39 - Quebrando as proteínas

Fonte: Arquivo das autoras.

Conclusão: Apenas no tubo 4 será possível perceber a diminuição da clara de ovo, já que a bromelina, enzima presente no abacaxi, provocou a quebra da proteína albumina. No estômago e no intestino delgado, as proteínas também são quebradas pelas enzimas.

4.5.8 Absorção da Água Pelo Corpo

Material

- copo com água
- esponja

Colocar a esponja seca no copo com água.

Conclusão: A esponja age da mesma maneira que o intestino grosso, que absorve vitaminas e sais minerais de parte da água que estava nos alimentos ou que foi ingerida com eles. Depois, esses nutrientes são levados pelo sangue para as células.

Sugestão de bibliografia:

ESPÓSITO, Breno Pannia. Química em casa. São Paulo: Atual, 2003.

SALVADOR, Edgard; USBERCO, João; BENABOU, Joseph Elias. Química e aparência. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

Exclusivo on-line: Animação mostra viagem pelo sistema digestório (http://revistaescola.abril.com.br/multimedia/pag_animacao/gal_animacao_243282.shtml).

Fonte: Revista eletrônica Nova Escola (2006, site).

4.6 INFORMAÇÕES SOBRE DENTIÇÕES – DECÍDUA, MISTA E PERMANENTE

Objetivo: Abordar questões relativas ao número de dentes, como ocorre a troca de dentições e formas de dentes permanentes associadas à sua respectiva função. Este estudo inicial visa facilitar o preenchimento da ficha de índice de placa proposta para o projeto nas escolas.

Em relação a este tema, pode ser estudada a cronologia de erupção dos dentes e correlacioná-la à idade dos alunos. Também é possível discutir os cuidados que precisam ser enfocados quanto à consciência sobre o surgimento de novos elementos dentários nos passos de higienização.

4.7 DINÂMICA COM O CHICLETE

Objetivo: Moldar as superfícies mastigatórias dos dentes nas arcadas utilizando como recurso a goma de mascar, que possui características elásticas.

Desembrulhar três gomas de mascar separadamente, com calma, sem rasgar o papel, desenvolvendo a coordenação motora fina e solicitar que os alunos criem uma história a partir das figurinhas dos chicletes.

Após, pedir aos alunos que cortem cada chiclete em 3 partes, do que resultarão 6 pedaços. Três pedaços serão usados para morder no hemiarco posterior direito, no hemiarco posterior esquerdo, anterior em cima, e embaixo. Os outros 3 pedaços serão usados para moldar o arco inferior. Isso facilita a contagem e a visualização da forma oclusal e o número de dentes presentes em cada aluno.

A atividade não é estimulante para os professores que não simpatizam com a goma de mascar no dia-a-dia de sala de aula, por ser cariogênico e provocar o desvio da atenção e prejuízos digestivos, por exemplo. Porém, acreditamos que esse momento seja propício para discutir com as crianças questões como: composição da goma de mascar e prejuízos para a saúde, além das alternativas diet do produto, menos prejudiciais aos dentes.

Fonte: Tomio (2002).

4.8 ODONTOGRAMA PARA IDENTIFICAR O NÚMERO DE DENTES PRESENTE NAS ARCADAS (Figura 40)

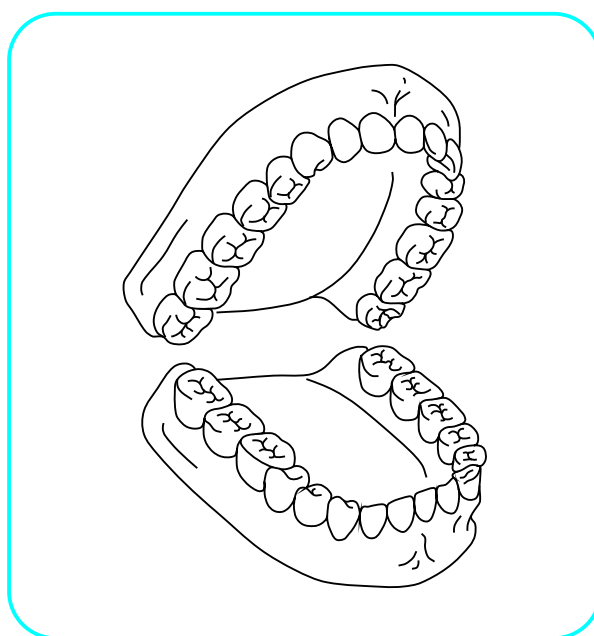


Figura 14 - Arcada dentária

Fonte: Vieira (2007).

Objetivo: Facilitar a visualização da representação dos arcos dentários na forma de fichas e num único plano. Propiciar a execução de fantoches, máscaras, modelagem das situações reais da forma e número dos dentes das crianças.

Para o odontograma, são utilizadas, como modelo, fichas clínicas de uso odontológico e simplificado com desenhos, de acordo com a faixa etária do aluno.

4.9 MASSAS DE MODELAGEM E MONTAGEM DAS ARCADAS

Objetivo: Produzir a arcada dentária de cada aluno utilizando massa de modelar, massa de sal (Figura 41), etc.

A confecção de materiais pedagógicos com os alunos apresenta como característica principal alto impacto visual e didático, com possibilidade de sua

confecção a partir de matéria-prima de baixo custo e de fácil aquisição.

Para o aluno conhecer a própria boca, é possível realizar um trabalho com diversas receitas de massa de modelar (massa de sal, massa de chocolate e massa de biscuit). Igualmente é possível utilizar a massa para produzir letras, frases, sistema digestório, etc.



Figura 41 – Construção de arcada dentária com massa de sal

Fonte: Sebold (2006, p. 45).

A realização deste trabalho com situações concretas que envolvem o corpo favorece a assimilação e facilita futuras representações mentais da boca, dos dentes, do sistema digestório e de todos os temas trabalhados.

Poderá ser usado papel amassado em forma de bolinhas que representam os dentes, grãos de milho e feijão, bolas de isopor e outras adaptações, tais como botões ou pedras.

Receitas de Massa

Massa de Sal

A massa de sal, além de ser de fácil preparo, apresenta uma consistência que se presta muito bem a trabalhos de modelagem. Para modelar estruturas diferenciadas, corantes podem ser adicionados durante o seu preparo. A massa pode, também, ser feita sem eles, deixando sua pintura para depois de pronto o trabalho.

Em regiões que apresentam elevada taxa de umidade do ar, os trabalhos têm menor durabilidade, pois a massa absorve a umidade e torna-se mole com o tempo. Para aumentar a durabilidade, é aconselhável que os trabalhos sequem bem ao sol ou, melhor ainda, num forno. Após secagem, os modelos podem ser pintados, caso necessário.

Ingredientes:

- farinha de trigo (2 partes)
- sal (2 partes)
- água (1 parte)

Como preparar: Misturar bem os ingredientes e amassar até conseguir uma consistência semelhante à massa de pão.

Massa de Biscoito

Ingredientes:

- 3 xícaras de trigo
- 1 xícara de açúcar
- 1 xícara de margarina
- 2 gemas

Como preparar: Numa bacia, misturar o trigo, o açúcar, a margarina e as gemas e amassar bem.

Complementando:

As receitas de massa apresentadas são sugestões de Fischer (1997).

Complementando:

As receitas de massa apresentadas são sugestões de Fischer (1997).

Massa de Chocolate

Ingredientes:

- 1 lata de Nescau
- 1 lata de Leite Ninho
- 1 lata de leite condensado

Como preparar: Misturar bem todos os ingredientes.

Massa de Biscuit

Ingredientes:

- 1 xícara de maisena
- 1 xícara de cola branca (Cascorez de rótulo azul)
- 1 colher de sopa de vaselina líquida
- 1 colher de sobremesa de suco de limão
- 1 colher de chá de creme hidratante para as mãos

Como preparar: Em uma vasilha de vidro, colocar a maisena, a cola, a vaselina e o limão e mexer muito bem até que essa mistura fique homogênea. Levar ao microondas, na frequência alta, por 50 segundos. Tirar do forno, misturar bem a massa e levá-la novamente ao microondas, por mais 50 segundos. Retirar do forno e verificar: se desgrudar do fundo do refratário, é sinal de que está pronta. Do contrário, levar ao microondas por mais 20 segundos ou até que desgrude do fundo do refratário. Untar uma superfície com o hidratante e despejar a massa ainda quente. Amassar como se estivesse fazendo pão, sovando sem parar. Esperar esfriar e colocar anilina da cor que preferir. Após, armazenar a massa em sacos plásticos hermeticamente fechados para conservar a umidade. Esperar 24 horas para começar modelar.

Como modelar a arcada dentária de cada aluno: Previamente trabalhar com os alunos forma e função dos dentes. Após, cada aluno desenhará sua arcada com o número de dentes que possui, se possível verificando a falta de algum elemento e deixando o espaço em branco.

4.10 SENSIBILIDADE DA LÍNGUA

Objetivo: Desenvolver a parte fonoarticulatória, aprimorar a linguagem oral e escrita e desenvolver a sensibilidade para reconhecer locais com placa.

A língua, com sua sensibilidade aguçada, pode auxiliar na contagem dos dentes e na percepção da localização de placa bacteriana aderida às superfícies internas e externas dos dentes.

Este trabalho com a língua – denominado balé de línguas – foi desenvolvido por Fischer (1997) e consiste no seguinte: em grupo, os alunos recebem pacotes de anilina comestível e uma folha de papel sulfite ou um caderno e elaboram uma história. O grupo dramatiza a sua história, utilizando os movimentos e os sons produzidos pela língua. Antes da apresentação das histórias, os alunos pintam as suas línguas com a anilina. Um aluno de cada grupo lê a história para os outros colegas enquanto os demais a dramatizam por meio da mímica

"As papilas gustativas são estruturas compostas por células sensoriais que são capazes de discernir entre quatro sabores primários: o amargo, o ácido, o salgado e o doce. Cada substância excita um tipo de célula sensorial, que é o que determina a sua percepção de sabor. Quando determinada substância não provoca reações sensitivas nos órgãos do paladar, diz-se que é insípida." (WIKIPÉDIA 2007, site).

utilizando apenas a língua. Fischer (1997) explica que os sons e os movimentos podem ser produzidos de diversas formas e sugere:

- tocar os dentes com a ponta da língua;
- tocar o canto dos lábios com a ponta da língua;
- colocar a língua para fora da boca, explorando: direita, esquerda, para cima, para baixo;
- estalar a língua (imitar o trote do cavalo);
- lamber picolés, pirulitos grandes e pequenos;
- escovar a língua de dentro para fora, em cima;
- circular a ponta da língua entre os lábios e os dentes;
- dobrar a ponta da língua passando-a no céu da boca;
- tossir;
- raspar a garganta;
- gargarejar;
- bocejar; e
- explorar gestos e mímica facial: expressão de alegria, tristeza, espanto, etc.

Fischer (1997) ainda sugere a criação de histórias da própria língua como personagem, com a utilização de variados movimentos e sons do aparelho fonoarticulatório.

4.11 A PLACA BACTERIANA

Objetivo: Trabalhar o tema placa dental, instrumentalizando os alunos com atividades práticas que os levem às formas de contágio e à progressão de germes que, embora invisíveis a olho nu, produzem alterações visíveis nas experiências.

As sugestões a seguir, de experiências que dão significado concreto a esta temática – de 4.11.1 a 4.11.5 – foram extraídas da Revista eletrônica Nova Escola (2006, site).

4.11.1 Cultivando bactérias

Objetivo: Mostrar a existência de micróbios e como eles contaminam o meio de cultura.

Material (para o meio de cultura):

- 1 pacote de gelatina incolor
- 1 xícara de caldo de carne
- 1 copo de água

Dissolver a gelatina incolor na água, conforme instruções do pacote.
Misturar ao caldo de carne coado.

Material (para a experiência):

- Duas placas de petri (ou duas tampas de margarina ou dois potinhos rasos), com o meio de cultura cobrindo o fundo
- cotonetes
- filme plástico

Fonte: Revista eletrônica Nova Escola (2006, site).

- etiquetas adesivas
- caneta

Procedimento:

Os alunos passam um cotonete no chão, outro entre os dentes ou, ainda, outro entre os dedos dos pés (de preferência depois de eles ficarem por um bom tempo fechados dentro dos tênis!). Há, ainda, outras opções, como usar um dedo sujo ou uma nota de 1 real. O cotonete é esfregado levemente sobre o meio de cultura para contaminá-lo. Tampar as placas de petri ou envolver as tampas de margarina com filme plástico. Marcar nas etiquetas adesivas que tipo de contaminação foi feita. Depois de três dias, observar as alterações.

Explicação:

Ao encontrar um ambiente capaz de fornecer nutrientes e condições para o desenvolvimento, os microorganismos se instalam e aparecem. Esse ambiente pode ser: alimento mal embalado ou guardado em local inadequado. O mesmo acontece com o nosso organismo: sem as medidas básicas de higiene, torna-se um excelente anfitrião para bactérias e fungos.

4.11.2 Testando produtos de limpeza

Objetivo: Provar a eficácia de desinfetantes e de outros produtos que prometem acabar com os microorganismos.

Material:

- Bactérias criadas na experiência Cultivando Bactérias (com sujeira do chão ou com a placa bacteriana dentária)
- 1 placa de petri limpa (ou tampa de margarina), como meio de cultura
- 1 pedaço de filtro de papel
- 1 pinça
- 1 tubo de ensaio
- 1 copo de desinfetante
- água sanitária ou antisséptico bucal
- 1 estufa (é possível improvisar uma com caixa de papelão e lâmpada de 40 ou 60 watts)
- água

Procedimento:

Raspar um pouco das bactérias que estão nas placas já contaminadas, diluí-las em algumas gotas de água (usar um tubo de ensaio) e espalhar a mistura de água com bactérias na placa de petri como meio de cultura. Com a pinça, molhar o filtro de papel no desinfetante (se usar as bactérias criadas com a sujeira do chão, do dedo ou da nota de papel) ou no antisséptico bucal (se usar as originadas da placa bacteriana dentária). Colocar o filtro no meio da placa contaminada por bactérias e guardá-la na estufa. Aguardar alguns dias. Quanto melhor o produto,

Fonte: Revista eletrônica Nova Escola (2006, site).

maior será a auréola transparente que aparecerá em volta do papel; se for ruim, nada acontecerá.

Explicação:

Para serem eficientes, os produtos devem impedir o crescimento dos microorganismos. Os bons desinfetantes usam compostos com cloro ou outros produtos químicos tóxicos para alguns micróbios.

4.11.3 Pega-pega contra os germes

Objetivo: Analisar o funcionamento do sistema imunológico, como o corpo se cura e como as doenças ocorrem.

Material (para 30 alunos):

- 10 cartões retangulares brancos representando os anticorpos
- 15 cartões retangulares coloridos representando os antígenos (microorganismos invasores)
- 5 cartões coloridos com formatos diferentes dos anteriores

Procedimento:

Distribuir os cartões para os alunos. Os que estão com cartões brancos procuram os colegas que estão com cartões coloridos. Cada aluno com cartão branco pode encontrar somente um aluno com cartão colorido. Depois que os pares são formados, parar a brincadeira e conversar com os alunos sobre a simulação do sistema imunológico que acabaram de fazer.

Explicação:

Os cartões brancos representam os anticorpos, que têm a função de combater os diversos antígenos, causadores de doenças. Para cada antígeno, existe um anticorpo. Quando o aluno com cartão branco encontra o colega com cartão colorido do mesmo formato, representa a vitória do corpo sobre o germe. Mas, quando o par é formado por cartões com formatos diferentes, está representado que o organismo não conseguiu produzir o anticorpo necessário — ou não produziu em quantidade suficiente — para combater aquela doença.

4.11.4 Estragando o mingau

Objetivo: Perceber a necessidade de guardar bem os alimentos para que eles não se contaminem.

Material:

- 5 copos pequenos para café numerados
- 1 saco plástico ou filme plástico
- 2 colheres de amido de milho ou outro tipo de farinha
- 1 colher de óleo
- 1 colher de sopa

Fonte: Revista eletrônica Nova Escola (2006, site).

Fonte: Revista eletrônica Nova Escola (2006, site).

- 1 panela pequena
- 1 copo de vidro
- 1 colher de vinagre
- água

Procedimento:

Preparar o mingau com o amido de milho e um copo de água. Misturar bem e levar ao fogo até engrossar. Colocar o mingau ainda quente até a metade dos copos. Deixar o copo 1 aberto, em cima da pia do laboratório. Cobrir o 2 com o filme plástico, vedá-lo e deixá-lo também sobre a pia. O copo 3 é completado com óleo, e o copo 4, com vinagre. O copo 5 é colocado na geladeira, sem cobertura.

Observar com a turma em qual mingau apareceram as primeiras alterações. Depois de uma semana, pedir a todos que descrevam a aparência de cada copo e façam desenhos coloridos sobre o que viram em cada um deles.

Explicação:

A temperatura alta, usada no cozimento do mingau, matou os microorganismos. Já o calor que ultrapassa os 30 graus Celsius deixa o ambiente propício para a proliferação de micróbios, que se depositam no mingau deixado ao ar livre.

Descrição do que acontece com cada copo de mingau:

Copo 1: é o que apresenta mais alteração, pois ficou na temperatura ambiente e sem proteção, exposto aos microorganismos; copo 2: está menos estragado que o primeiro, porque o filme plástico impede que os micróbios se depositem sobre ele; copo 3: o óleo funciona como cobertura ou embalagem, impedindo qualquer contato com o ar e, por consequência, com os micróbios; copo 4: a acidez do vinagre impede o aparecimento de microorganismos (é o princípio de preparação de algumas conservas); copo 5: as baixas temperaturas são as que mais retardam o aparecimento de fungos; por isso, a geladeira é o melhor lugar para conservar alimentos.

4.11.5 Mãos Limpas

Objetivo:

Mostrar que mãos aparentemente limpas podem conter microorganismos.

Material:

- 1 colher de fermento biológico diluído em um copo de água
- água com açúcar em uma tigela
- 1 tubo de ensaio
- 1 funil
- 1 rolha para fechar o tubo de ensaio
- 1 chumaço de algodão
- algumas gotas de azul de bromotimol

Fonte: Revista eletrônica Nova Escola (2006, site).

Procedimento:

Pedir para os alunos lavarem bem as mãos. Dividir a classe em grupos de cinco. Um aluno joga o fermento biológico na mão direita e cumprimenta um colega com um aperto de mão. Este cumprimenta outro e assim por diante. O último lava as mãos na tigela com água e açúcar. Com o funil, colocar um pouco dessa água no tubo de ensaio. Molhar o algodão no azul de bromotimol e colocá-lo na boca do tubo de ensaio, sem encostar no líquido. Fechá-lo com a rolha e esperar alguns dias.

Explicação:

Dentro do tubo de ensaio, a água com açúcar fornece o alimento necessário para os microorganismos — no caso, fungos — se desenvolverem. Os fungos respiram e soltam gás carbônico, o que torna o ambiente do tubo ácido. Com isso, o azul de bromotimol, sensível à alteração de pH, muda sua cor para amarelo. Ressaltar que medidas de higiene pessoal, feitas com regularidade, evitam uma série de doenças.

Sugestão de bibliografia:

MARTHO, Gilberto. Pequenos seres vivos. São Paulo: Ática, 1990.

RAW, Isaias; SANT'ANNA, Oswaldo Augusto. Aventuras da microbiologia. São Paulo: Hacker, 2002.

TELAROLLI, JÚNIOR, Rodolpho. Epidemias no Brasil: uma abordagem biológica e social. São Paulo: Moderna, 1995.

Sugestão de filme:

Série nosso corpo: os germes e o que causam e como o corpo cura a si mesmo, Didak Tecnologia Educacional, 22 min., tel. 0800-175233, didak@didak.com.br, (VCD ou VHS).

Exclusivo on-line:

Um game que vai ajudar você e seus alunos a identificar os tipos de micróbios existentes no mundo

4.12 SEQÜÊNCIAS DIDÁTICAS PARA DESENVOLVER A LOCALIZAÇÃO ESPACIAL

Objetivos:

- Determinar relações espaciais entre objetos ou pessoas no ambiente próximo, utilizando pontos de referência.
- Elaborar uma linguagem apropriada para comunicar essas relações espaciais sem ambigüidades.
- Descobrir a necessidade de explicitar os pontos de referência utilizados.
- Explicar a posição do observador e/ou modelo de orientação selecionado.

Fonte: Revista eletrônica Nova Escola (2006, site).

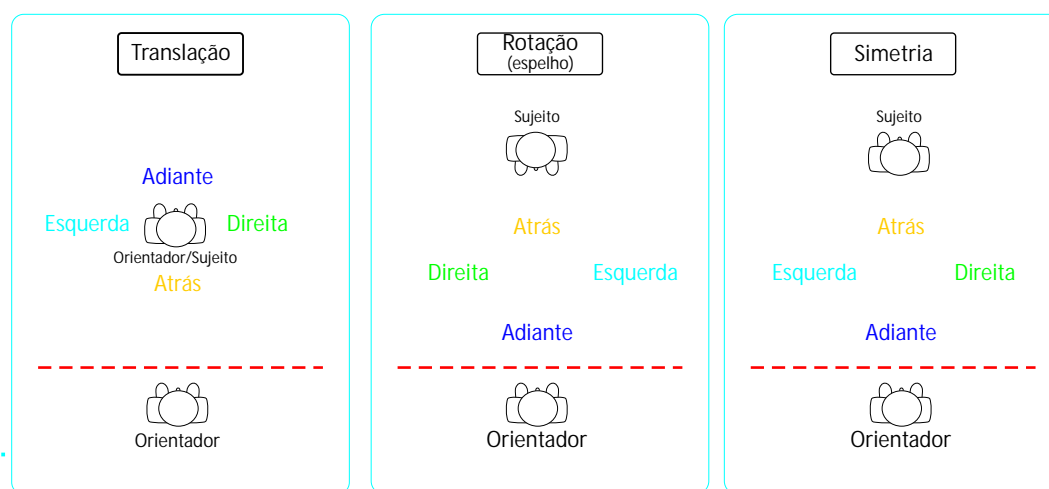
As crianças, tanto quanto os adultos, precisam manejar relações espaciais em sua vida cotidiana, em sua localização ou na busca de objetos ou, de forma mais geral, na manipulação de objetos, nos deslocamentos em um bairro ou na cidade, mas também em sua própria casa, na construção ou no uso de diversos objetos, nas informações espaciais que demandam ou recebem, nas instruções para realizar atividades, etc. Localizar-se no espaço significa também ser capaz de utilizar um vocabulário que permita diferenciar e interpretar informações espaciais.

No entanto, a localização no espaço não é evidente. O próprio corpo de um sujeito pode ser utilizado para estruturar o espaço que o rodeia, pode ser delimitada a zona que se encontra à sua direita, a que se encontra à sua esquerda, à frente ou atrás.

Apresentaremos algumas seqüências didáticas que podem contribuir para o processo de elaboração coletiva de conceituações que dizem respeito à organização do espaço (primeira seqüência) e à orientação de objetos (no segundo caso), que poderão auxiliar na transcrição das fichas de índice de placa a serem preenchidas pelos alunos.

4.12.1 Projeção do esquema corporal

Lurçat (1976 apud PANIZZA, 2006) aponta três maneiras básicas de projetar sobre um objeto o próprio esquema corporal: por translação, por rotação ou por simetria (Figura 42)



Orientar um objeto por translação significa atribuir ao objeto os referenciais próprios do corpo do observador. Assim, por exemplo, se tratar de uma árvore, colocada na frente de um sujeito, corresponde atribuir à direita e à esquerda do mesmo lado que os do sujeito observador, atribuir adiante da região mais afastada do sujeito e atrás à região mais próxima ao observador, isto é, a compreendida entre o sujeito e a árvore.

Orientar um objeto por rotação significa atribuir os referenciais do próprio corpo depois de fazer uma rotação de 180°. À direita e à esquerda se invertem, adiante passa a designar a região mais próxima ao observador e atrás, a região mais afastada.

Orientar um objeto por simetria significa atribuir ao objeto os referenciais

Complementando:

“Cada objeto do espaço estrutura o espaço que o circunda: aparece como o centro de um plano local no qual as grandes polaridades são as mesmas do esquema corporal: adiante, atrás, direita, esquerda, acima, abaixo. Contudo, os planos que circundam os objetos se superpõem e se inter-relacionam tanto como o plano atribuído ao próprio corpo. Aparecem, assim, grandes conflitos que nascem da interpenetração desses planos” (LURÇAT, 1976 apud PANIZZA, 2006, p.14).

Figura 42 – Projeção por translação, por rotação ou por simetria

Fonte: Adaptado de Lurçat (1976 apud PANIZZA, 2006).

do esquema corporal a partir de uma simetria relacionada com o plano vertical paralelo à frente do corpo observador. Assim, direita e esquerda se encontram do mesmo lado do observador; em contrapartida, adiante designa a região mais próxima do observador; e atrás, a região mais afastada, isto é, próxima da parede.

4.12.2 O escorregador

A finalidade desta atividade sugerida por Lurçat (1976 apud PANIZZA, 2006) é levar os alunos a determinarem a informação necessária para identificar as crianças presentes na representação gráfica de um parque.

Esta atividade consiste em distribuir os alunos em um número par de grupos, com dois (2) ou três (3) participantes em cada. Distribuir, para a metade de cada grupo (grupo emissor), o desenho de um parque com quatro (4) crianças e seus nomes dispostos ao redor do escorregador (Figura 43). A outra metade recebe o mesmo desenho sem os nomes das crianças (grupo receptor).

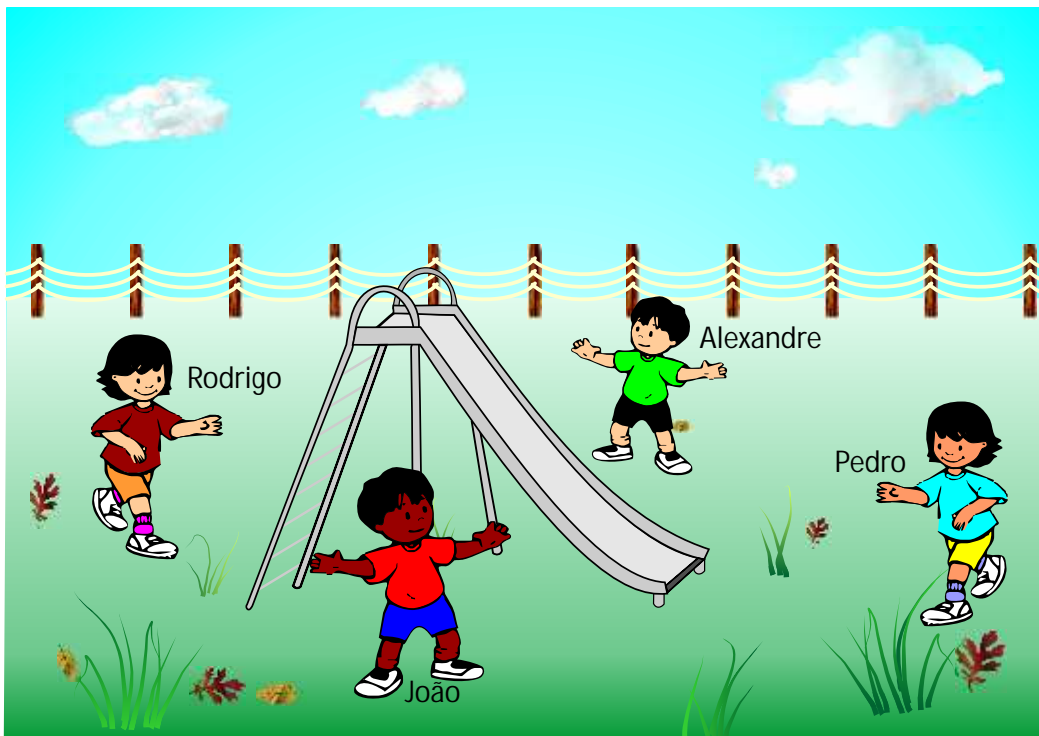


Figura 43 – Atividade: o escorregador

Fonte: Adaptada de Lurçat (1976 apud PANIZZA, 2006).

O grupo emissor manda mensagens escritas, sem desenhar, para o grupo receptor em relação às posições em que se encontram as quatro (4) crianças. Se o grupo receptor precisar de mais informações, para saber como preencher os nomes das crianças no parque, o mesmo pergunta por escrito para a equipe emissora.

4.12.3 Percepção espacial, lateralidade, coordenação

Cória-Sabini; Lucena (2005) sugerem vários exercícios para o desenvolvimento da percepção, lateralidade e coordenação. Alguns desses exercícios são realizados na recreação e outros, na sala de aula, sendo que todos utilizam, como material, folhas duplas de jornais.

Para a recreação, Cória-Sabini; Lucena (2005) sugerem:

1º exercício

Preparação: Folhas duplas de jornal.

Desenvolvimento: cada criança pega uma folha e se posiciona ao lado do colega. Segurando a folha de jornal pelas extremidades, ao comando de "já", as crianças, umas ao lado das outras, soltam a folha de jornal aberta na frente do seu corpo e, andando com passadas largas e rápidas, a mantêm junto ao corpo sem segurá-la com as mãos, até chegarem ao outro lado do pátio. Esse exercício deve ser repetido 2 ou 3 vezes.

2º exercício

Preparação: As mesmas folhas de jornais.

Desenvolvimento: pedir às crianças que enrolem sua folha de jornal, transformando-a num canudo (que pode representar uma escova dental, um pente ou algo relacionado à higiene). Em seguida, cada criança coloca o canudo no chão e se posiciona perto dele. Aos comandos de "direita" e "esquerda", as crianças, com os dois pés, pularão ao lado do canudo.

3º exercício

Preparação: As mesmas folhas de jornais enroladas.

Desenvolvimento: Solicitar que cada criança pegue uma folha e a amasse, formando uma bolinha. Ao sinal de "já", as crianças devem lançar essa bolinha para cima e pegá-la, procurando não deixar cair. O exercício deve continuar até ser dado o sinal de parada.

4º exercício

Preparação: Usar as mesmas bolinhas de papel do exercício anterior.

Desenvolvimento: as crianças devem se movimentar, ao mesmo tempo em que jogam a bolinha para cima e batem palmas quando ela estiver no alto. O final do exercício será determinado pela professora.

5º exercício

Preparação: Uma caixa de papelão e as mesmas bolinhas de jornal dos dois exercícios anteriores.

Desenvolvimento: As crianças, de posse de suas bolinhas, devem se posicionar em círculo ao redor da caixa de papelão. Ao comando do(a) professor(a), devem jogar as bolinhas procurando fazê-las cair dentro da caixa.

Sugestão de Cória-Sabini; Lucena (2005).

6º exercício

Preparação: As mesmas bolinhas de papel.

Desenvolvimento: As crianças, de posse de suas bolinhas, devem sentar em círculo. Ao sinal de “já”, devem passar sua bolinha para o colega à sua esquerda, ao mesmo tempo em que pegam a bolinha que o colega da direita está passando para elas. Deve formar-se uma corrente de bolinhas sendo passadas de uma criança para outra, sem que caiam no chão. O fim do exercício deve ser determinado pelo(a) professor(a)

Para a sala de aula, Cória-Sabini; Lucena (2005) sugerem:

- Picotar, com as mãos, folhas de jornal e colocá-las dentro de uma meia velha, confeccionando uma bola de meia. Em seguida, dar os comandos “direita” e “esquerda” para fazer as crianças passarem a bola para o lado indicado pela ordem.

- Formar bolinhas pequenas de jornais ou similares para serem coladas em círculos desenhados num papel sulfite (representando uma boca). Cada criança formará, inicialmente, dez bolinhas, que deverá colocar no semicírculo indicado, ocupando todo o espaço: cinco (5) à direita e cinco (5) à esquerda. Num segundo momento, deverá colocar outras dez bolinhas, da mesma forma, no outro semicírculo, de acordo com a faixa etária, procurando distribuir simetricamente os elementos dentais simbolizados pelas bolinhas.

- As crianças recebem folhas de papel sulfite divididas ao meio por um traço, devendo desenhar o que quiserem do lado direito ou do lado esquerdo do traço, conforme a solicitação da professora. Em seguida, descrevem, também a pedido do(a) professor(a), o que desenharam.

- As crianças recebem uma folha quadriculada, com quadrados em tamanho grande, e um lápis colorido. O(a) professor(a) desenha, na lousa, o mesmo quadriculado. As crianças marcam o ponto de partida e o de chegada (o mesmo é feito pela professora na lousa). Começando pelo ponto de partida, o(a) professor(a) “dá ordens”, executando-as na lousa para que as crianças entendam bem o que é para ser feito. Por exemplo: “Um tracinho para direita”; “Agora um para cima”; “Outro tracinho para direita”; “Agora um para baixo” e assim por diante. O(a) professor(a) continua até que ele(a) e as crianças tenham atingido, com os traços, o ponto de chegada (sugestão – formar um desenho referente à higiene). Quando estiverem bem treinados, os alunos podem receber folhas de papel quadriculadas e seguir outras seqüências de “ordens”, sem, entretanto, ter um modelo na lousa. A mesma brincadeira pode ser feita substituindo o traço do lápis por um barbante, uma fita crepe, etc.

Sugestão de Cória-Sabini; Lucena (2005).

4.12.4 Ritmo, coordenação, lateralidade

Cória-Sabini; Lucena (2005) também sugerem, para o desenvolvimento do ritmo, da coordenação e da lateralidade, alguns exercícios que utilizam como material o giz. Alguns desses exercícios são realizados na recreação e outros, na sala de aula.

Para a recreação, Cória-Sabini ; Lucena (2005) sugerem:

1º exercício

Preparação: Este exercício não requer nenhum material específico.

Desenvolvimento: Distribuir as crianças em duas filas. Cantar, com as crianças, as cantigas a seguir, enquanto elas marcham, batendo os pés e alternando a perna esquerda e a direita no ritmo da marcha.

Marcha, soldado

Um, dois

Marcha, soldado

1, 2 feijão com arroz

Cabeça de papel

3,4 feijão no prato

Se não marchar direito,

5,6 feijão de freguês

Vai pro quartel.

7,8 feijão com biscoito

O quartel pegou fogo,

9,10, vai na bica lavar os pés

A polícia deu sinal,

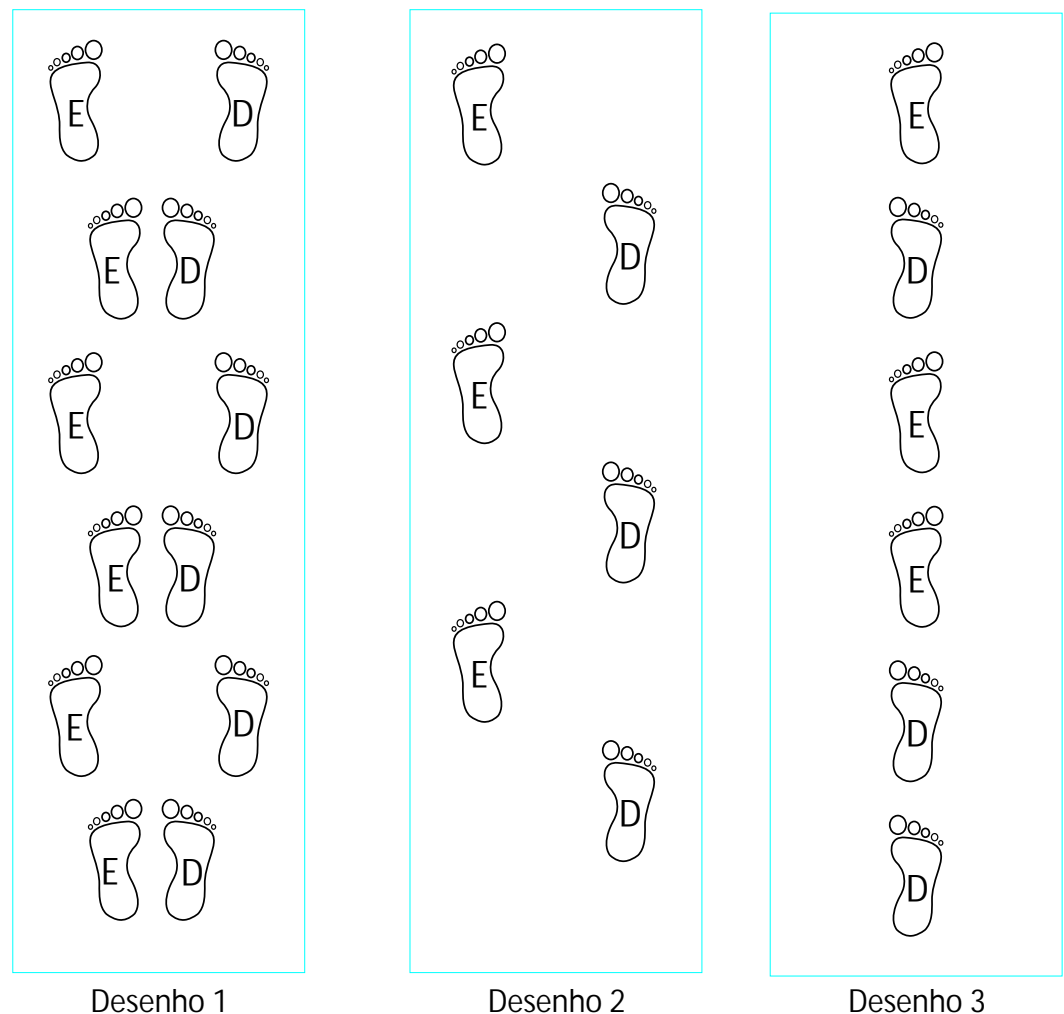
Acudam, acudam, acudam

A bandeira nacional.

As músicas devem ser repetidas em ritmos diferentes (mais rápido, mais lento).

2º exercício

Este exercício exige que sejam desenhadas, no chão, três (Figura 44).



Desenho 1

Desenho 2

Desenho 3

Curiosidade:

“A cantiga de roda ‘marcha soldado’ é de George Savalla Gomes, o palhaço ‘Carequinha’. Seu vasto repertório musical, quase integralmente por cantigas de roda, constitui hoje, clássicos da música infanto-juvenil, folclórica e carnavalesca. Dentre elas destacam-se ‘sapo cururu’, ‘marcha soldado’, ‘escravos de jó’, e dezenas de outras. (WIKIPÉDIA 2007, site).

Figura 44 – Desenhos para execução de exercício

Fonte: Adaptado de Cória-Sabini; Lucena (2005).

Desenvolvimento: Em relação ao primeiro desenho, pedir às crianças que pulem nos traçados (pés) da seguinte forma: a) com os dois pés juntos; b) com as pernas afastadas, um pé em cada traçado no chão. Quanto ao segundo desenho, solicitar que as crianças pulem com um pé em cada traçado (alternando esquerda e direita). No que se refere ao terceiro desenho, as crianças deverão, sozinhas ou com a ajuda da professora ou de colegas, pular nos quadrados da seguinte forma: duas vezes com o pé direito, duas vezes com o pé esquerdo e, no final, dar um pulo com o direito e um com o esquerdo. Os quadrados podem ser desenhados com imagens relacionadas à saúde (frutas, material de higiene, etc.).

3º exercício

Preparação: Desenhar várias linhas no chão do pátio conforme os desenhos da Figura 45.

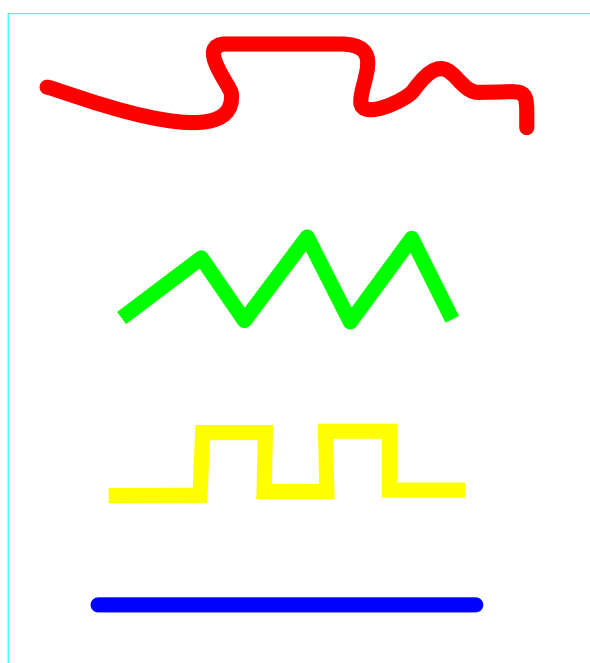


Figura 45 – Desenhos para execução de exercício

Fonte: adaptado de Cória-Sabini; Lucena (2005).

Desenvolvimento: As crianças devem caminhar sobre as linhas. Na primeira passagem, devem andar lentamente; na segunda, andar mais rapidamente; e, na terceira, correr.

4º exercício

Preparação: Desenhar, com giz, no solo, três linhas do mesmo comprimento (aproximadamente três metros) e de larguras diferentes (40cm, 30cm e 20cm) (Figura 46).

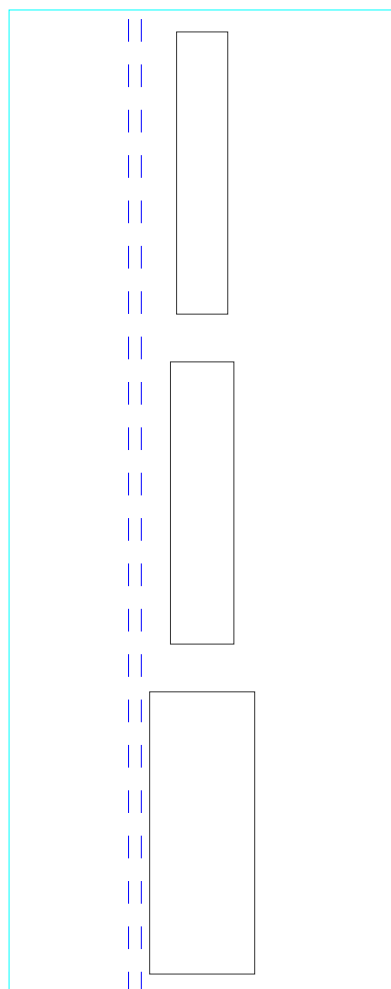


Figura 46 – Desenhos para execução de exercício

Fonte: Adaptado de Cória-Sabini; Lucena (2005).

Desenvolvimento: As crianças devem se posicionar numa fila única, de frente para a primeira linha. Num primeiro momento, devem caminhar sobre a linha, na ordem da mais larga para a mais estreita, com os braços abertos na altura dos ombros; num segundo momento, devem realizar o mesmo exercício, porém com os olhos fechados. De vez em quando, devem abrir os olhos para verificar se estão caminhando corretamente sobre as linhas.

Para a sala de aula, Cória-Sabini; Lucena (2005) sugerem:

- As crianças podem receber folhas pontilhadas, no formato de vários alimentos, materiais de higiene etc. Devem, então, contornar os pontilhados para verificar que figuras aparecerão na folha.
- Distribuir folhas com desenhos de retas nas posições horizontal, vertical e inclinada. As crianças podem recortar tiras de papel e colá-las sobre as linhas.
- Solicitar que as crianças façam bolinhas de papel. Em seguida, entregar a elas uma folha de papel com desenhos de linhas curvas para que as crianças colembolinhasacompanhando as curvas.
- As crianças recebem uma folha de papel com desenhos de linhas paralelas, com diferentes espaçamentos entre os pares de linhas. Devem desenhar uma linha entre as paralelas, sem que o traçado toque nas bordas, começando das mais espaçadas às mais próximas. Em outra folha, devem desenhar laçadas entre as linhas.
- Dizer palavras, frases ou, ainda, fazer gestos, e as crianças devem realizar sua representação por linhas em uma folha de papel. Por exemplo: "ondas do mar", "gira, gira", "sobe e desce", "escadinha", etc.

4.12.5. Brincando com o corpo

O lúdico pode ser tomado como aquele movimento que tem a intenção (sem garantias) do prazer, do estabelecimento de vínculo com o outro ou consigo mesmo, o que se dá por meio dos sentidos. Para brincar com o corpo, pais e professores podem criar, vivenciar e propor inúmeras atividades, baseadas nos movimentos representados pelos sentidos: ver, ouvir, experimentar, cheirar, tocar...

- Desenhar o contorno do corpo e fazer quebra-cabeça com suas partes;
- Em pares, brincar de cego e mudo (uma criança com os olhos vendados é conduzida por outra que não pode falar);
- Fazer mímica de orquestra ou banda muda, com instrumentos escolhidos;
- Fazer e brincar com bolinhas de sabão;
- Dramatizar histórias com final feliz/infeliz;
- Derrubar garrafas de boliche (pets coloridas), dominós, pilhas, castelos de areia, construções;
- Empilhar almofadas, rolar sobre elas, brincar de jogar travesseiro;
- Pular numa perna só alternadamente, pular com as duas, jogar amarelinha;
- Imitar movimentos dos animais (sapo, canguru, tartaruga, macaco, etc.);
- Encher e esvaziar caixas, brincar de fazer compras com vasilhames e sucatas;
- Brincar de professor, de médico, de dentista, de motorista, de mágico, de palhaço, etc.;
- Encher balões e soltá-los para que voem; brincar com eles e estourá-los;
- Produzir sons com o corpo (estalar os dedos e a língua, bater os pés e mãos, etc.);
- Carimbar os pés e as mãos em folhas de papel, paredes, painéis, etc.;
- Virar cambalhota, brincar de circo (equilibrista, malabarista, entre outros).

Algumas brincadeiras com o corpo são bastante conhecidas ou podem ser aprendidas:

- Macaco Simão manda: levantar o pé... abraçar o amigo... andar para trás... sorrir... escovar os dentes... pentear os cabelos... lavar as mãos...;
- Para entrar na casa do José, você tem que bater o pé... Na casa do João, lavar a mão. Na casa do Botelho, dobrar o joelho....;
- Cantar: fui ao mercado comprar café, veio a formiguinha e subiu no meu pé... Carne com osso... no meu pescoço... Atum... no meu bumbum...;
- Cantar: carneirinho, carneirão, neirão, neirão, olhai pro céu, olhai pro chão, pro chão, pro chão... Manda El-Rei nosso senhor, senhor, senhor, para todos se levantarem... abaixarem... deitarem... acordarem...;

Complementando:

Estas são algumas sugestões de Emerique (2005).

- Morto-vivo;
- Brincar de estátua e escultor (um modela o corpo do outro e, depois, imita);
- Se você está contente bate palmas... dá um pulinho... diz bom dia...;
- Brincar de caçador de avestruz (não pode pegar se o outro ficar numa perna só); de tartaruga (se o outro deitar de costas); de onça (se ficar de quatro);
- Aplaudir de formas diferentes (batendo duas partes do corpo que não as mãos);
- Cantar: palminhas, palminhas, nós vamos bater, depois as mãozinhas nós vamos esconder...comer...beber...;
- Cantar: cabeça, ombro, joelho e pé...;
- Brincar de: Atenção, tam, tam, tam (três palmas)... Concentração... ritmo...vai começar... já começou... a brincadeira... (por exemplo, "comidas brasileiras" – e cada um vai falando uma: arroz, feijão... vatapá... ovo frito);
- Cantar: ai, bota aqui, ai, bota aqui o seu pezinho....;
- Cantar: era um cavalo guloso, que só comia capim, de tanto comer capim, sua mão ficou assim (entortar), a outra mão ficou assim, o pé ficou assim (relacionar a necessidade de comer todo tipo de alimentos)

4.12.6 Brincando com as emoções

Complementando:
Estas são algumas sugestões de Emerique (2005).

Brincar com as emoções é o que preconiza o Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil (BRASIL, 1998, apud EMERIQUE, 2005), ao afirmar que, por meio da repetição de determinadas ações imaginadas que se baseiam nas polaridades presença/ausência, bom/mau, prazer/desprazer, coragem/covardia, e outras, as crianças podem internalizar e elaborar suas emoções e seus sentimentos.

Emerique (2005) dá as seguintes sugestões para que as crianças brinquem com suas emoções:

- Brincar de você é capaz de....? (desafios);
- Fazer uma lista de coisas impossíveis de fazer (limites);
- Construir máquinas malucas e divertidas com o corpo;
- Brincar de Macaco Simão manda, fazendo o contrário do que for dito;
- Fazer jogo de sombras;
- Andar de olhos fechados, conduzido por um colega (trabalhar a diversidade – cego);
- Passar por uma ponte (tábua no chão) sem cair no rio;
- Serpentear como cobra pelo chão, segurando o tornozelo do colega;
- Sair para um passeio imaginário, caçar tigre, entrar numa caverna, etc.;
- Contar histórias, dramatizá-las, expressando as emoções sentidas.

Para o desenvolvimento de outras atividades, Emerique (2005) sugere aos pais e professores que:

- Acolham manifestações de raiva, de tristeza, de agressividade, de desinteresse, etc.;

- Não se identifiquem com a emoção da criança; deixem-na falar sobre sua própria emoção;
- Incentivem a criança para que nomeie seu sentimento e o expresse de outra forma;
- Acolham a euforia, a alegria, a bagunça de certos momentos de êxtase;
- Estimulem a disciplina e a organização sem rigidez;
- Não usem chantagem emocional, como: "A professora não gostou, ficou triste...";
- Estabeleçam formas socialmente aceitas de lidar com a agressividade, como reclamar de seus direitos com o outro, defender-se, bater na almofada, fazer cara feia, sem violência;
- Permitam a expressão do sentimento de liberdade, euforia, entusiasmo;
- Acolham a criança para que pare de brincar, desmonte o que montou, saia do jogo, mas, ao mesmo tempo, estimulem para que complete, arrume, guarde, termine o que começou;
- Valorizem as atividades que a criança consegue realizar sozinha, independentemente;
- Dêem objetos para rasgar, amassar, cortar e jogar, expressando a agressividade;
- Aceitem a competição e a cooperação presentes nas brincadeiras e atividades;
- Provoquem o riso, o cômico, o engraçado, a palhaçada, o inesperado, a gargalhada;
- Não dêem "lições de moral", não façam drama por pouco, levem ao questionamento;
- Não usem e não permitam rótulos, estigmas; não marquem como "terríveis" ou como "boazinhas" certas crianças; lembrem-se da ambivalência – as pessoas podem ser do "mal" e do "bem", "mocinhos" ou "bandidos", dependendo da disposição momentânea;
- Deixem que a criança descarregue no brinquedo suas emoções;
- Alternem atividades calmas com outras mais agitadas: o movimento e o relaxamento;
- Mostrem o prazer da descoberta, alegrem-se com as conquistas;
- Não repreendam quando a criança se sujar, quando errar, quando deixar cair as coisas;
- Não usem brincadeiras de exclusão, de competição excessiva;
- Orientem, quando as ações se tornarem perigosas, sem dizer "é feio fazer isso".

Complementando:

Estas são algumas sugestões de Emerique (2005).

Emerique (2005) ainda sugere a atividade intitulada “Planeta Eu” (desenho, colagem):

Quadro 4 -
“Planeta Eu”

Fonte:
Emerique (2005).

	De que mais gosto	De que não gosto
Comida		
Na escola		
Brincar		

4.13 Índice de placa visível

Objetivo: O objetivo principal dessa atividade é evidenciar, com os recursos táteis, visuais e da língua, os elementos dentários que possuem placa bacteriana na face de fora em contato com os lábios, denominada superfície vestibular. As crianças fazem a observação de seus próprios dentes, sendo que os locais onde detectam a presença de placa são pintados por elas com lápis de cor amarela nos retângulos da ficha que, por sua vez, significam a face de fora dos dentes.

As crianças fazem a observação de seus próprios dentes, sendo que os locais onde detectam a presença de placa são pintados por elas com lápis de cor amarela nos retângulos da ficha que, por sua vez, significam a face de fora dos dentes.

4.14 Índice de placa corada

Objetivo: O uso do índice de placa revelada – os alunos preenchem, no diagrama, os dentes corados de rosa, com lápis de cor vermelha ou rosa – serve como elemento motivacional inicial a longo prazo e como comparativo em relação ao índice de placa visível. Utiliza estímulo visual para identificar as áreas onde deve ser aprimorada a higiene bucal. A eritrosina, substância utilizada para visualização da placa bacteriana, não está disponível em todos os momentos de higiene das pessoas e serve como instrumento de aprendizado de cunho motivacional utilizável no cotidiano escolar.

- Quantidade e índice de placa

Segundo Buischi, Axelsson e Siqueira (2000), a quantidade de placa presente nas superfícies dentárias é normalmente expressa por índices específicos, sendo o Índice de Placa de Silness & Løe o mais utilizado. Segundo esse sistema, quatro medições são feitas em cada superfície lisa de cada dente, ao longo da margem gengival, obedecendo ao seguinte critério (Figura 47):

- 0 = Ausência de placa,
- 1 = Placa invisível a olho nu, mas que pode ser removida do terço gengival com o auxílio de uma sonda exploradora,
- 2 = Placa visível e
- 3 = Quantidade abundante de placa.

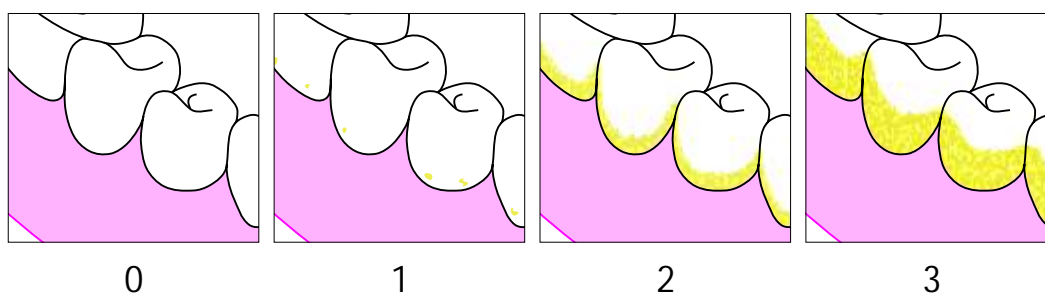


Figura 47 – Critério de medição de índice de placa (Índice de Placa de Silness & Løe)

Fonte: Adaptada de Buischi; Axelsson; Siqueira (2000).

Os quatro escores obtidos para cada dente são somados e divididos por 4, resultando, assim, um valor médio de índice de placa para cada elemento dentário. Somando-se esses escores e dividindo o valor obtido pelo número total de dentes examinados, é obtido o valor de índice de placa para o indivíduo (BUISCHI; AXELSSON; SIQUEIRA, 2000, p. 175).

Índice de placa visível

O índice de placa visível (IPV) e o sangramento gengival (ISG) dão informações valiosas sobre o controle do biofilme dental feito pelo paciente, bem como possibilitam ao profissional e ao professor quantificar seu progresso ao longo do tratamento. Utilizando um odontograma, as faces em que é observada a presença do biofilme e de sangramento gengival são marcadas. É possível apresentar o resultado desses índices sob forma percentual:

$$\% \text{ de placa visível} = \frac{\text{número de faces com placa}}{\text{total de faces presentes na boca}} \times 100$$

$$\% \text{ de sangramento} = \frac{\text{número de faces com sangramento}}{\text{total de faces presentes na boca}} \times 100$$

Deve ser levado em consideração que o índice de placa visível demonstra a qualidade da última escovação feita, enquanto o índice de sangramento gengival se refere à qualidade das últimas escovações. Assim, o índice de placa pode ser baixo, pois o paciente escovou bem os dentes antes de ir à consulta, mas, se normalmente não realiza uma escovação eficiente, o índice de sangramento gengival deverá ser alto. (PETRY, 1975 apud AINAMO; BAY, 2003 apud ABOPREV 2003).

No trabalho com os escolares, é aplicado um índice de placa visível simplificado, no qual é considerada, ao invés de todas as faces presentes na boca, somente a face vestibular, que é aquela em contato com os lábios, para facilitar a coleta do dado. Na representação apresentada a seguir, foi reduzido o número de faces do cálculo, porém não foi alterado o percentual:

$$\% \text{ de placa visível} = \frac{\text{número de faces com placa} \times 100}{\text{total de faces presentes na boca}}$$

A ficha apresenta um alto grau de complexidade, ainda mais para ser utilizada por escolares e professores, pois precisa que sejam trabalhados outros conceitos para o seu preenchimento. Disto resultam novos caminhos para o trabalho com instrumentos de transcrição. Porém, o valor do autoconhecimento propiciado pela atividade e o conjunto de noções que trabalha para o seu preenchimento não invalida a importância de continuar utilizando mecanismo semelhante de diagnóstico, aprendizado e controle da saúde bucal.

Transcrição nas fichas de índice de placa

A aplicação do índice de placa exige que os alunos estejam munidos de espelho bucal, evidenciador e espelho de aumento, para que possam localizar primeiramente a olho nu, com auxílio da sensibilidade tátil e da língua, e, posteriormente, com revelador de placas, uma vez que não será possível ter ao alcance sempre este artifício. Isso permite que a criança passe a perceber melhor os seus dentes mais afetados por placa dental, cárie e doenças periodontais. A compreensão da natureza das doenças que afetam os dentes, aliada à conscientização sobre seu próprio estado de saúde bucal, inclusive das áreas de maior acúmulo de placa e das de maior risco às doenças, pode capacitar o indivíduo a determinar quais deveriam ser suas prioridades no controle de placa.

É mais difícil a contagem do dentes posteriores, dada a dificuldade de abstração de algumas crianças, ou seja, muitas delas consideram os dentes que possuem duas cúspides como se fossem dois dentes.

Para treinar os alunos a marcarem, na ficha de índice de placa, é necessário o resgate de atividades que trabalhem o esquema corporal, a lateralidade direita e esquerda, em cima e embaixo, lado de dentro, lado de fora, sensibilidade tátil, visual e lingual e higiene das mãos, unhas e dentes.

A sugestão para trabalhar a transcrição na ficha de maneira espelhada é fotografar os rostos das crianças sorrindo bem próximas à câmera, colar a foto numa folha, observar os lados direito e esquerdo que ficam opostos na folha, e observar que, embora a pessoa pareça ser totalmente simétrica, apresenta diferenças entre os lados do rosto e de todo o corpo.

O grau de dificuldade na realização da contagem e obtenção do índice abre caminhos para o desenvolvimento do autoconhecimento do corpo para o autocuidado, além de mostrar a importância do desenvolvimento do esquema corporal para o aprendizado da escovação. Essas situações servem de treino para o desenvolvimento da lateralidade e da psicomotricidade.

Alguns elementos básicos, que se apresentam como experiências não-verbais, estudados pela psicomotricidade, tais como coordenação global e óculo-manual, espaço-temporal, esquema corporal, lateralidade e discriminação visual, interessam para o desenvolvimento de autoconhecimento e preenchimento de ficha de índice de placa.

O esquema corporal, na execução dessa atividade, se traduz pela representação mental que a criança tem de seu corpo, por meio da percepção e do

Os estudos de Fischer e Tafner (2005) revelam a necessidade do trabalho com situações concretas para a aquisição das representações abstratas mais complexas. O uso das mãos constitui um importante meio de percepção e aquisição cognitiva. Em relação à contagem e obtenção do índice, o uso das mãos propicia o domínio cada vez maior e de representação na esfera cognitiva dessas estruturas exploradas. Isso leva a um conhecimento da cavidade bucal e de suas estruturas por meio das mãos, região de maior representação no córtex cerebral.

O esquema corporal, conforme explicam Tafner e Fischer (2004, p. 136), “[...] não é apenas uma percepção espacial que a criança tem de si mesma, mas também um conhecimento acerca da coordenação de suas ações e de suas potencialidades motoras.”

controle do próprio corpo, a partir da interiorização das sensações. Ela se utiliza de seu corpo como ponto de referência para perceber-se e perceber as coisas do mundo.

Pela lateralidade, a criança chega à interiorização de seu eixo corporal, em relação às coisas existentes no mundo, importante para a leitura, direção gráfica, aritmética, etc.

Para o preenchimento da ficha de índice de placa, a criança precisa estar com a lateralidade desenvolvida, pois necessita usar noções de direção, de contagem e de transcrição do que sente (tato) e vê para o papel (coordenação óculo-manual e discriminação visual); tem que seguir uma seqüência no tempo e espaço – primeiro, o arco superior e, depois, o inferior – noções também importantes nos procedimentos de escovação.

Em relação ao esquema corporal, dos estudos de Le Boulch (1984, apud OLIVEIRA, 1995 apud SISTO et al., 1996) sobre a terceira etapa do desenvolvimento psicomotor interessam para o educador aqueles que se referem ao denominado “corpo representado”, que ocorre dos 6 aos 12 anos de idade. Diz Le Boulch (1984 apud OLIVEIRA, 1995 apud SISTO et al., 1996) que, no início dessa fase, a representação mental da imagem do corpo consiste numa simples imagem reprodutora e que ela é estática e feita da associação estreita entre os dados visuais e cinestésicos. Por essa razão, há dificuldade para as atividades que envolvam o esquema corporal.

Perto dos 7 anos, ocorre a integração progressiva de um corpo vivido para uma tomada de consciência de seu “próprio corpo”. “A imagem do corpo torna-se então verdadeira estrutura cognitiva materializada e orientada, podendo servir de referencial à estruturação espaço-temporal” (LE BOULCH, 1984 apud OLIVEIRA apud SISTO, 1996). Aos 12 anos, a imagem do “corpo representado” permite à criança dispor de uma imagem de corpo operatório, que é o suporte que permite programar mentalmente as ações em torno dos objetos e em torno de seu próprio corpo no espaço. (LE BOULCH, 1984 apud OLIVEIRA, 1995 apud SISTO et al., 1996)

Nos procedimentos de coleta do índice de placa visível existe maior interação do sujeito com o seu corpo, por meio do contato dos dedos das mãos com a boca e suas estruturas. Isso propicia um caminho maior de aprendizagem significativa, dada a representatividade no córtex cerebral (sensitivo e motor) das áreas das mãos e da boca. A sua execução, ao longo do tempo, como atividade rotineira, capacita os alunos para conhecerem os locais de sua dentição que necessitam de maior atenção. Aliando isso à representação mental dessas estruturas e à coordenação treinada, o aluno conseguirá atingir os resultados de melhoria dos procedimentos de higiene bucal por meio do autoconhecimento para o autocuidado.

saúde

saúde educação vida autocuidado aprendizagem autoconhecimento lúdico corpo

educação

Módulo 3

O Corpo e o Lúdico na Aprendizagem da Saúde

saúde



aprendizagem autocuidado autoconhecimento lúdico corpo vida ed

1 INTRODUÇÃO

A educação, segundo Rezende (1986), é um instrumento de transformação social; não só a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores e que estimule a criatividade. Neste sentido, encontra-se a Educação para a Saúde, cuja maior contribuição consiste em olhar, identificar necessidades e manter a postura ativa quanto à qualidade de vida e à saúde, como também incorporar esse conteúdo aos projetos pedagógicos e prover aos estudantes experiências positivas e integradas que promovam e protejam a saúde.

Na direção apontada por Rezende (1986), podemos citar os jogos nas diversas fases e séries em que os alunos se encontram, os quais poderão ser úteis para a concretização de situações abstratas de higiene e saúde, bem como poderão levá-los a experimentarem e fixarem de forma lúdica conceitos importantes para as suas vidas.

Os conceitos principais relacionados à higiene e à dieta são fundamentais para a manutenção da saúde, podendo ser levados às crianças por meio de abordagens que considerem os aspectos pertinentes aos sabores, às cores, aos cheiros, aos gostos e às funções dos alimentos. Igualmente os fatores causais das principais doenças da infância e da adolescência poderão ser trabalhados por meio de diversas atividades e jogos, sempre com a intenção de determinar mudanças conscientes de hábitos que se refletirão na qualidade de vida (Figura 1).



Os objetivos deste módulo são:

a) Socializar conhecimentos a respeito das práticas de higiene corporal e bucal a serem aprendidas na escola como suporte para hábitos e comportamentos que influenciarão uma vida saudável.

b) Oferecer subsídios para a organização de situações de aprendizagem sobre hábitos saudáveis que exijam reconhecimento dos limites do próprio corpo e do corpo das outras crianças, a partir de atividades de psicomotricidade, de

Curiosidade:

“Dieta refere-se aos hábitos alimentares individuais. Cada pessoa tem uma dieta específica (saudável ou não). Cada cultura costuma caracterizar-se por dietas particulares. Contudo, em termos gerais, o uso popular desta palavra costuma apenas definir dieta como uma forma de conter o peso e manter sua saúde em boa condição.”

Fonte: Wikipedia (2008).

Figura 1: O corpo e o lúdico

Fonte: Arquivo das autoras (2006).

2 CONCEITUAÇÃO

2.1 REPENSANDO A SAÚDE BUCAL

O município de Rio do Sul, Santa Catarina, com uma experiência acumulada em programas de prevenção em saúde bucal, constantemente passa por um processo de revisão dos conceitos de diagnóstico, das estratégias dos programas preventivos/educativos e das decisões de tratamento das principais doenças bucais.

Quando se fala em saúde bucal, é difícil não pensar na cárie como principal vilã e em tratamentos no consultório. O ato de restaurar os dentes não significa que a doença esteja totalmente controlada. Assim, todo tratamento restaurador deve ser seguido por um programa específico de manutenção de saúde.

A gengivite, a periodontite e a cárie são doenças infecciosas causadas por bactérias que colonizam a superfície dos dentes formando a placa dental. Um estudo clássico, realizado na Dinamarca, mostrou que sintomas clínicos de gengivite se desenvolveram no período de duas a três semanas, quando o paciente deixou placa acumular livremente, e que, uma semana após a retomada da prática de limpeza dos dentes, a inflamação gengival desapareceu (BUISCHI, 2000).

Por outro lado, ainda de acordo com Buischi (2000), lesões incipientes de cárie se desenvolveram no período de duas a três semanas em indivíduos que deixaram a placa se acumular livremente sobre os dentes, em paralelo à realização de bochechos com solução de sacarose a 50%, nove vezes ao dia. Um mês após retomada a limpeza diária e adequada dos dentes, associada a bochechos diários com solução de fluoreto de sódio (NaF a 0,2%), as lesões se apresentaram inativas. Esses resultados mostraram que não só é possível produzir alterações clinicamente detectáveis de cárie em três semanas de acúmulo de placa e alta frequência de ingestão de sacarose, mas também que essas alterações são reversíveis (BUISCHI, 2000).

Ainda de acordo com Buisch (2000), em contrapartida, a utilização frequente de sacarose na ausência de placa não teve como resultado o desenvolvimento de cárie, o que revelou que a doença só se desenvolve com a presença de bactérias cariogênicas. Os trabalhos mencionados, considerados clássicos na literatura odontológica, são extremamente importantes, “[...] pois não apenas estabelecem uma relação causa-efeito entre placa e doenças dentárias prevalentes, mas também abordam o tratamento das doenças, mostrando que a remoção de placa nas fases iniciais das doenças promove a volta à saúde” (BUISCHI, 2000, p. 177).

Os conhecimentos inadequados sobre a etiologia e a patogenia da cárie dentária fizeram com que, durante muitas décadas, seu tratamento fosse sinônimo de restauração de dentes com cavidades, perpetuando, na Odontologia, a distinção marcante entre procedimentos de prevenção e de tratamento da doença cárie. Essa distinção marcante origina-se do conceito antigo e equivocado de que

Quando se fala em saúde bucal, é difícil não pensar na cárie como principal vilã e em tratamentos no consultório.

Complementando:

“A utilização sistemática de flúor, a racionalização do consumo de açúcar e o controle adequado de placa, procedimentos tidos anteriormente como meramente preventivos, quando introduzidos nos estágios iniciais da doença cárie, possibilitam sua paralisação antes da ocorrência da cavidade de cárie, evitando, assim, o tratamento restaurador. Particularmente, a remoção diária de placa é vista atualmente como tratamento de lesões ativas, pois, embora o uso do flúor e o aconselhamento de dieta colaborem de maneira importante para a redução da progressão da doença cárie, sua paralisação total só pode ser conseguida por meio da limpeza adequada e sistemática dos dentes” (BUISSCHI, 2000, p. 178).

um dente passa, de um dia para o outro, diretamente de hígido para cavitado, sem que nenhum estágio intermediário ocorra. Contudo, na última década, pesquisas demonstraram que o desenvolvimento dos sintomas da doença cárie envolve uma gama complexa de alterações no esmalte dentário, desde a dissolução microscópica dos cristais individuais até a lesão clinicamente detectável.

O diagnóstico de cárie passa por uma avaliação de fatores biológicos, culturais e sociais, que propiciarão ou não o aparecimento de novas lesões. Da mesma forma, a cárie não pode ter uma única abordagem de cura, devendo ser controlada durante toda a vida. Em analogia, a promoção da saúde bucal implica a existência de vários fatores, como, por exemplo, a cárie – sua evolução, sinais e sintomas –, o uso de fluoretos, a intervenção preventiva, os procedimentos invasivos, os agentes etiológicos, a dieta, a saliva e o diagnóstico por meio do cariograma.

O esmalte dos dentes, o qual é sólido, consiste de vários filamentos compostos por minerais. Quando comemos, as bactérias presentes na boca formam ácidos no exterior do dente, os quais entram nos filamentos do esmalte. Este processo de desmineralização pode produzir um ponto fraco na superfície do dente. Caso não seja tratado, poderá surgir cárie no esmalte, criando uma cavidade.

A cárie apresenta a seguinte evolução: placa, açúcar, mancha branca, cavidade, envolvimento pulpar, pulpite, necrose, lesão apical, tratamento endodôntico ou perda do dente. Quanto aos seus sinais e sintomas, estes são os seguintes: dor com frio e com doces, alteração de cor do dente – mancha branca ou escurecimento do dente – e fio dental que desfia.

A cárie dentária faz parte de um grupo de doenças consideradas complexas ou multifatoriais, como câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e tantas outras de difícil abordagem. Não pode ser considerada uma doença infecciosa causada por um único agente específico, mas reflete uma mudança na composição e metabolismo da placa dental, por intermédio de um desequilíbrio do meio e do esmalte dentário. As lesões de cárie recorrentes demonstram que houve um controle insuficiente da doença, e não um novo evento diferente da doença cárie.

A cárie dentária pode ser prevenida com o uso do flúor, o qual abranda a quebra do esmalte e acelera o processo natural de remineralização.

Na concepção de Menezes (2004), existe um consenso de que o flúor é o grande responsável pelo declínio da cárie, sendo que deve estar presente de forma constante na boca, apesar de não interferir diretamente nos fatores responsáveis pela doença, pois seu efeito é terapêutico.

Dois métodos de aplicação de flúor se destacam: 1) dentifício fluoretado (uso tópico), com a concentração ideal entre 1000 e 1100 ppm (parte por milhão) de flúor, embora, no Brasil, seja comum encontrar dentifícios com 1500 ppmF, sendo a quantidade máxima permitida, concentração maior que pode garantir ao flúor ficar ativo até o prazo de sua validade; 2) água fluoretada (uso sistêmico), cujo nível de flúor, no Brasil, pode variar de 0,7 a 1,0 ppm dependendo da variação climática. Ambos os métodos podem estar associados, dependendo da atividade de cárie. Entretanto, há necessidade de monitoramento do seu uso racional, para

evitar a fluorose (MENEZES, 2004).

Outra alternativa no combate à cárie é acrescentar o uso de fluoretos, nas suas diversas formas (verniz fluoretado, bochechos com fluoreto de sódio ou aplicações tópicas de flúor). Entretanto, destacamos que os fluoretos contribuem somente com cerca de 40-50% na redução de cárie em crianças.

Em se tratando de cárie e de prevenção, existem as intervenções preventivas, que são consideradas, na filosofia da Odontologia, de mínima intervenção, tratamentos não-invasivos que têm como objetivo restaurar o equilíbrio do microambiente bucal.

Já a Odontologia restauradora invasiva é considerada exclusivamente sintomática, ou seja, os procedimentos invasivos, mesmo os mais conservadores, sofrem deterioração e estão sujeitos aos diferentes fatores hostis proporcionados pelas características inerentes ao ambiente bucal: umidade, presença de microorganismos, grandes diferenças de temperatura e texturas diversas de alimentos, entre outros.

Infelizmente, com todo o progresso da ciência, até o momento, não foi identificado um único teste que, isoladamente, possa prever o risco individual à cárie. Podemos afirmar que não é possível determinar que essa doença tenha apenas um fator causal, bem como atribuir sua etiologia a mutações de um único gene ou a um único fator ambiental. A cárie é uma associação de mutações de vários genes e possui fatores ambientais modificadores. Além disso, alguns comportamentos e estilos de vida são considerados de risco para o aparecimento da doença.

As condições e a estrutura social são os verdadeiros agentes etiológicos na maioria das doenças crônicas. Quanto aos comportamentos relacionados à saúde bucal, estes se encontram envolvidos em condições socioambientais mais complexas. Assim, a abordagem sobre fator de risco comum a várias doenças e seus determinantes sociais subjacentes fornece uma linha de pensamento para o trabalho em conjunto, um princípio essencial na prática de promoção de saúde.

A dieta, por sua vez, influencia significativamente o aparecimento e o incremento de novas lesões e, dependendo da frequência, a qualidade e a quantidade do consumo de carboidratos interferirão na diminuição do pH da placa e na suscetibilidade ao aparecimento de cáries. É importante consultar o grupo de alimentos de acordo com a pirâmide alimentar, a frequência e a quantidade de açúcares e sua relação com cárie. Os alimentos mais associados à cárie em crianças são: refrigerantes, bolachas e guloseimas, como chicletes, balas, pirulitos e chocolates.

Mais um elemento a ser citado, no que se refere à carie, é a saliva. Elemento de tamponamento da acidez bucal, quando sua produção está diminuída, automaticamente diminui a sua eficácia. Outro aspecto a ser mencionado é o cariograma individual, que poderá ajudar na visualização de como os fatores de risco à cárie em percentual podem ser distribuídos e prever o risco à doença. No Gráfico 1, apresentamos um cariograma para avaliação do risco da cárie.

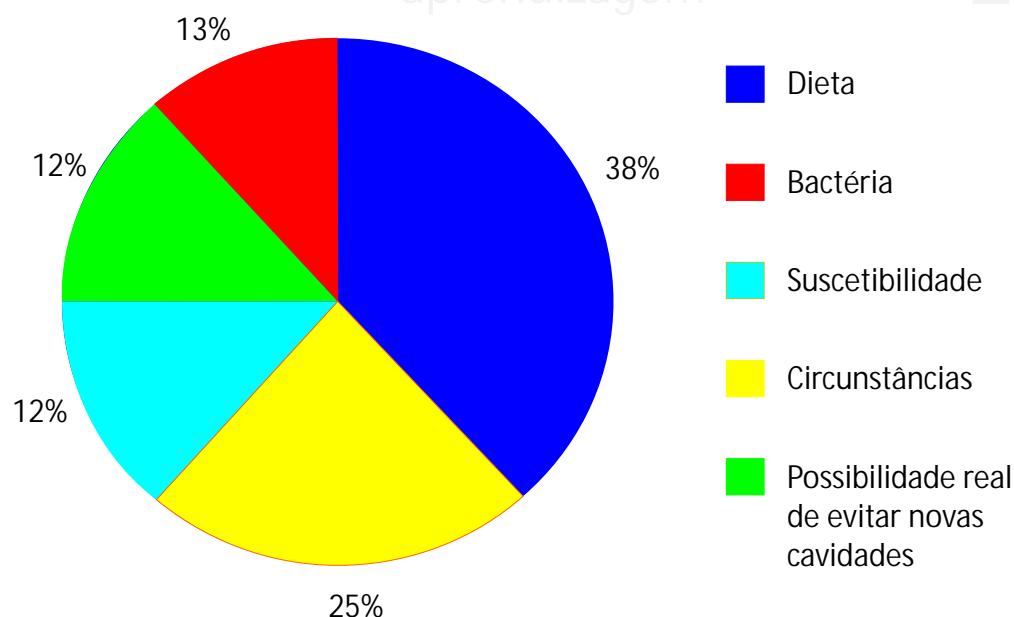
Para Curiosidade:

“A odontologia é a área da saúde que estuda e trata o sistema estomatognático; compreendendo a face, pescoço e cavidade bucal e abrangendo ossos, musculatura mastigatória, articulações, dentes e tecidos. Cirurgião-dentista é a denominação dada a estes profissionais no Brasil.”

Fonte: Wikipedia (2008).

Figura 1 – Cariograma para avaliação do risco de cárie

Fonte: Adaptada de Dias e Cols. (2007).



Na Figura 1, os fatores de risco à cárie estão distribuídos uniformemente, mas não é assim que acontece quando é feita uma análise criteriosa de cada indivíduo, sendo esse desequilíbrio o responsável pelo processo carioso. A estimativa é feita por um programa de computador, no qual o cirurgião dentista registra dados individuais, possibilitando o planejamento do tratamento.

2.2 A EXPERIÊNCIA DE RIO DO SUL

O Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Rio do Sul apresenta um conjunto de programas que prioriza a promoção da saúde. As ações desses programas são direcionadas para as diversas vertentes de atenção e controle da saúde bucal:

- PRÓ-BEBÊ: abrange crianças na faixa etária de 0 a 3 anos,
- DENTINHO-DE-LEITE: destinado às crianças de 3 a 6 anos e
- ESCOLA SORRISO- PROMOTORA DE SAÚDE: para crianças de 7 a 12 anos.

2.2.1 A Promoção de Saúde se Faz Presente diariamente nas Unidades Escolares

A ação do professor se concentra:

- na abordagem de forma transversal dos temas relacionados à saúde,
- nos projetos pedagógicos multidisciplinares,
- na criação dos entornos saudáveis e
- no acompanhamento dos hábitos diários de higiene: higiene oral e aplicação tópica de flúor (conforme idade e necessidade individual da criança).

• Crianças de 0 – 3 anos:

- higiene oral: com gaze ou escova umedecida em água oxigenada diluída (1/4), realizada diariamente;
- aplicação tópica de flúor (quando tiver dentes): com gaze embebida em flúor 0,02%, realizada diariamente.

▲ Crianças de 3 – 6 anos:

- escovação dental: diariamente, com dentifrício fluoretado em pequena quantidade;
- Revelação de Placa Bacteriana – semanalmente.

b) A ação do cirurgião-dentista se concentra:

- no acompanhamento dos auxiliares de consultório dentário (ACDs) que atuam nos Centros Educacionais Infantis e no monitoramento das ações preventivas,
- na implementação da rotina de hábitos saudáveis,
- na formação continuada das educadoras,
- na sensibilização dos pais e equipe de saúde,
- na criação de redes de apoio e de ações interdisciplinares e multiprofissionais e
- no exame dos alunos e encaminhamento para o tratamento:
 - * Exame clínico (anual): é a 1ª atividade realizada pelo cirurgião-dentista (CD), no Centro Educacional Infantil (CEI), no início do ano letivo;
 - * Ficha clínica individual: cada criança possui uma, onde fica registrada a sua condição bucal (ex.: cárie, mancha branca, trauma, fratura, oclusão, condição periodontal, etc.);
 - * Atualização do exame clínico: ocorre a cada visita do dentista à unidade;
 - * Classificação das crianças: é feita com base no exame clínico, segundo a ATIVIDADE e o RISCO à CÁRIE, da seguinte forma:

SAC/BR: sem atividade de cárie / baixo risco à cárie,

SAC/AR: sem atividade de cárie / alto risco à cárie e

CAC/AR: com atividade de cárie / alto risco à cárie.

Os critérios para classificação de atividade e risco à cárie – com base nos quais as crianças receberão atenção adequada à sua condição bucal – são os seguintes:

- CAC/AR – (com atividade de cárie / alto risco): pacientes que apresentam cavidade de cárie ativa, mancha branca ativa e/ou dentes com extração indicada;
- SAC/BR – (sem atividade de cárie / baixo risco): pacientes que apresentam os dentes hígidos, sem sinais clínicos de cárie em nenhum estágio de desenvolvimento;
- SAC/AR – (sem atividade de cárie / alto risco): pacientes que apresentam dentes hígidos, porém com:
 - molares em erupção (decíduos ou permanentes),
 - placa visível,
 - gengivite generalizada,
 - cáries crônicas,
 - opacidade,
 - áreas retentivas (restaurações maladaptadas, aparelhos ortodônticos ou ortopédicos),
 - hipoplasia do esmalte; amelogenese imperfeita,
 - fluorose moderada ou severa,
 - fratura de esmalte e/ou pequena quantidade de dentina (menos de 1/3

A ação do cirurgião-dentista se concentra no acompanhamento dos auxiliares de consultório dentário (ACDs) que atuam nos Centros Educacionais Infantis e no monitoramento das ações preventivas.

da coroa) e

- restaurações (história de cárie pregressa).

c) A ação do ACD – que é formado para atuar nas escolas e nos Centros de Educação Infantil, paralelamente à atuação do CD – se concentra:

• nas crianças de 0 a 3 anos e de 3 a 6 anos:

* revelação de placa bacteriana com crianças de 3 a 6 anos (duas vezes ao ano);

* escovação supervisionada com crianças de 3 a 6 anos (duas vezes ao ano);

* Aplicação Tópica de Flúor (ATF) gel em todas as crianças de 3 a 6 anos (duas vezes ao ano);

* ATF solução 0,2% em todas as crianças de 0 a 3 anos e em crianças de 3 a 6 anos SAC/BR (em todas as visitas ao CEI).

• nas crianças de 7 a 12 anos:

- visitas aos locais para estipular os horários de atendimento;

- preenchimento de lista de alunos com controle da quantidade de placa visível;

- orientações em forma de rodas de conversa;

- higiene bucal associada à higiene oral e a outros conceitos pedagógicos, utilizando jogos, atividades lúdicas que tenham o corpo como referencial para o aprendizado do autocuidado;

- reavaliação da quantidade de placa visível com revelação de placa para comparação e assimilação dos cuidados pessoais orais.

2.2.2 Ações Curativas

a) Realizadas no Centro de Educação Infantil

São procedimentos de baixa complexidade, realizados pelo CD e ACD, com o intuito de impedir/diminuir a progressão da doença cárie. São eles:

* ATF:

- Flúor gel para crianças de 3 a 6 anos, pertencentes aos grupos SAC/AR e CAC/AR (em todas as visitas ao CEI);

- Flúor 0,2% para crianças de 0 a 3 anos, pertencentes aos grupos SAC/AR e CAC/AR (em todas as visitas ao CEI).

* Aplicação de Verniz Fluoretado em dentes com:

- mancha branca ativa, hipoplasia de esmalte, amelogenese imperfeita, fluorose moderada ou severa, fratura de esmalte e/ou dentina (04 aplicações ao ano) e

- molares decíduos ou permanentes em erupção (1 aplicação ao ano).

* Aplicação de cariostático (diamino fluoreto de prata): em dentes com cavidade de cárie (4 aplicações ao ano).

* Aplicação tópica de flúor

São Realizadas nos Centros de Educação Infantil procedimentos de baixa complexidade, realizados pelo CD e ACD, com o intuito de impedir/diminuir a progressão da doença cárie.

b) Realizadas na Unidade Básica de Saúde / Unidade Móvel / Odontopediatria

São procedimentos invasivos, realizados pelo CD, da seguinte forma:

- Encaminhamento das crianças com necessidade de tratamento curativo para a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima, onde o CD fica comprometido em realizar o tratamento da mesma;

- Visita da Unidade Móvel Odontológica (UMO) ao CEI que não possui UBS próximo;

- Atendimento das crianças na Odontopediatria da Policlínica.

Em algumas Unidades Básicas de Saúde, também são realizados os tratamentos odontológicos das gestantes como parte do seu pré-natal.

2.3 AÇÕES DE CONTROLE DA ODONTOPEDIATRIA: PARCERIAS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Este texto foi escrito pela Odontopediatra Sandra Denise Fachini Sedrez, coordenadora da Odontopediatria do Departamento de Odontologia da Policlínica de Referência Regional Leandro Dellagiustina, de Rio do Sul.

O atendimento odontopediátrico deve ser visto como a possibilidade de tratar a criança e o seu núcleo familiar. Já que está sempre acompanhada por um adulto responsável, devemos encontrar uma maneira de engajar a família no seu tratamento, ampliando, dessa forma, a abrangência dos serviços, integralizando as ações e promovendo saúde.

O novo protocolo de atendimento do serviço de odontopediatria contempla ações educativas, preventivas e curativas. Procura, com isso, um tratamento integral, humanizado e multiprofissional do paciente infantil, objetivando a resolução dos problemas bucais e correlacionados.

Para a família que busca atendimento para a sua criança, inicialmente é agendada uma ação educativa, da qual apenas os pais participam. Nessa oportunidade, é preenchida uma ficha com dados de identificação e anamnese sobre a saúde geral do paciente. A ação educativa consta de orientações sobre cárie, gengivite, dieta, aleitamento materno, uso de chupetas e mamadeiras, flúor e aspectos gerais que beneficiam a saúde. O novo protocolo de atendimento é exposto à família, dando ênfase à importância da participação familiar, tanto no que diz respeito à execução e supervisão caseira da higiene oral e controle da dieta das crianças, como ao comparecimento às consultas. Após esse primeiro contato com os pais e com suas crianças, é agendada uma segunda consulta com um intervalo máximo de uma semana.

Nessa segunda consulta, é realizada, em um escovódromo, uma ação educativa, preventiva, específica para a higiene oral. As crianças menores e suas mães ou acompanhantes são orientadas pelo cirurgião-dentista sobre a higiene oral da criança, utilizando gaze\escova embebida em água oxigenada diluída na proporção de 1:4. Depois de receber a orientação, a mãe é convidada a repetir a ação. Durante esse procedimento, o cirurgião-dentista tem possibilidade de sanar

O atendimento odontopediátrico deve ser visto como a possibilidade de tratar a criança e o seu núcleo familiar. O atendimento odontopediátrico deve ser visto como a possibilidade de tratar a criança e o seu núcleo familiar.

as dificuldades da mãe, o que a faz sentir mais confiança. A criança recebe, então, uma aplicação de flúor executada pelo dentista.

Quanto às crianças de maior idade, é revelado o biofilme (placa bacteriana) e dada orientação aos pais para que possam auxiliar na higiene bucal de seus filhos. Utilizando escova e creme dental infantil fluoretado, os pais são encorajados a participar da higiene oral de seus filhos. Isto não só melhorará a qualidade de higiene das crianças, mas também a dos pais, pois é chamada a atenção dos mesmos para aspectos que possivelmente lhes passavam despercebidos. O objetivo é buscar co-participação dos pais e responsabilizá-los pelo sucesso do tratamento clínico, além de fazer da família um agente multiplicador de conhecimento que atuará em seu núcleo familiar e comunidade. Após, é realizada a aplicação de flúor gel na escova.

Os procedimentos realizados nessa segunda consulta são anotados em ficha clínica, bem como o comportamento da criança frente à atividade. Em seguida, as crianças são encaminhadas para o ambulatório, onde são realizados o exame clínico odontológico e o plano de tratamento, prevendo o número de consultas necessárias para o término do mesmo. Dessa forma, é feito um agendamento das consultas até o final do tratamento, sendo que a criança perde a vaga se faltar, sem justificativa, a 2 consultas consecutivas. Nessa oportunidade, o CD, se perceber a necessidade, encaminhará a criança para o tratamento com profissionais de áreas afins, como fonoaudiologia, psicologia, pediatria, otorrinolaringologia, entre outras.

Além das ações de controle da odontopediatria expostas, são desenvolvidas ações destinadas às gestantes de Rio do Sul, por meio da participação das mesmas em cursos ministrados pelo Centro de Atendimento à Mulher (CAM).

Uma equipe multiprofissional e interdisciplinar desenvolve ações educativas com o intuito de preparar a gestante para uma gestação saudável e a geração de uma criança também saudável. As gestantes têm contato com médicos pediatras, obstetras, anestesistas, enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, entre outros, além de fazerem visita à maternidade. Os pais que tiverem participação no curso podem assistir ao trabalho de parto com o consentimento médico.

A Odontologia participa desses cursos levando às participantes temas como odontologia para gestantes e odontologia para bebês. Além disso, interage com parcerias da comunidade no sentido de contemplar as gestantes carentes com enxoval para o bebê, além de lanches para os dias de curso. As gestantes que participam do curso também recebem tratamento clínico odontológico como parte do seu pré-natal, o que é de grande valia para sua saúde geral, bem como para a do seu bebê.

Por volta de um mês após o parto, cada gestante que concluiu o curso de gestantes do CAM é convidada a comparecer na Policlínica de Referência com seu bebê, ocasião em que a criança receberá atendimento da enfermagem para tomada do peso e medida e seguirá para as consultas com profissionais das seguintes áreas: Odontologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Neonatologia. Cada profissional fará sua anamnese e exame clínico e anotar os achados em ficha

A Odontologia participa desses cursos levando às participantes temas como odontologia para gestantes e odontologia para bebês.

clínica específica para a sua área, mas que é de uso comum de todos os profissionais. Em seguida, são agendadas, para essas mães, consultas no CAM com o médico ginecologista e com o psicólogo.

A equipe multiprofissional reúne-se a cada mês para discussão dos casos e encaminhamento dos mesmos. Estando os profissionais de acordo com os achados, os bebês e as mães ou cuidadores retornam a cada semestre para nova consulta com a equipe multiprofissional, a menos que o profissional de determinada área detecte a necessidade de acompanhamento ou, mesmo, de tratamento da criança ou da mãe e faça o agendamento para a sua especialidade. Nesse caso, a criança e a mãe retornam com os outros profissionais, conforme o protocolo do programa (semestralmente) e com a frequência com que o profissional da área a ser tratada julgar ideal e necessário.

A criança é acompanhada até completar 3 anos de idade, quando então poderá, de acordo com a necessidade, receber atendimento no serviço de odontopediatria da policlínica que possui controle multidisciplinar ou permanecer em tratamento com profissional da área específica.

As ações relacionadas à puericultura constituem uma extensão do Programa Pró-Bebê que, como visto, tem vários focos de atenção, sendo um deles a gestante e seus bebês. Por meio de ações integradas, esse programa promove o saber consciente da mãe e da família, interferindo positivamente na aquisição de hábitos saudáveis desde a gestação, auxiliando no estabelecimento da amamentação, orientando e dando suporte à família para ações que promovam o crescimento e o desenvolvimento sadio da criança. Assim, o programa transforma o núcleo familiar em um grande colaborador desse processo.

2.4 BONS HÁBITOS DE SAÚDE HIGIENE A SEREM INSERIDOS E CONSOLIDADOS NA EDUCAÇÃO INFANTIL E NO ENSINO FUNDAMENTAL

Dentes sadios equivalem a uma boa mastigação dos alimentos, que é o início da digestão. A escolha de bons alimentos garante dentes saudáveis, devendo ser dada preferência às frutas, legumes e verduras. Através da boca, com a mastigação, inicia o processo de digestão realizado pelo aparelho digestório (Figura 2).

Dieta adequada e higiene bucal devem ser hábitos, para que possam se refletir, durante toda a vida, na saúde dos indivíduos que deles se utilizam. Se bons hábitos forem inseridos cedo na vida das crianças, maiores serão as possibilidades de



Figura 2 – Aparelho digestório

Fonte: Arquivo das autoras (2007).

persistirem de forma adequada, uma vez que passa a ser automática a sua consecução.

A criação e/ou a mudança de hábitos, entretanto, requer um trabalho de conscientização sobre os prejuízos e benefícios da ação, ou seja, exige uma educação para hábitos saudáveis que, por sua vez, pode ser realizada pela escola, em cumprimento de sua função social. Assim, a escola vai além das rotinas de higiene usadas para organizar o dia-a-dia escolar e se transforma em agente de um ato cognitivo com reflexo na qualidade de vida, presente e futura, das crianças.

No que se refere às habilidades psicomotoras, a escola poderá, por meio de brincadeiras, estimular a percepção dos estudantes sobre o seu corpo; trabalhar o esquema corporal, lateralidade direita e esquerda; fazer analogias com situações da vivência da criança, como, por exemplo, observação de como escovar uma folha de papel, uma parede com azulejo; fazer a criança utilizar o seu corpo para captar as sensações de movimento, textura, coordenação, preensão da escova e força da escovação; e criar situações que a faça se lembrar das noções espaciais e conceitos de em cima, embaixo, lado de dentro, lado de fora. Além disso, a escola poderá proporcionar ao aluno o desenvolvimento do seu potencial motor necessário para o bom desempenho escolar, assim contribuindo para a superação das dificuldades de aprendizagem.

É importante lembrar que a psicomotricidade é muito mais do que o treino intensivo, com gestos repetitivos e atividades automáticas e mecânicas. Sua preocupação é o movimento de um corpo que auxilia o conhecimento do mundo que o rodeia. Por meio das percepções e sensações, da manipulação dos materiais que o cercam e da interação com as pessoas, esse corpo adquire oportunidades de descobrir-se. Para Le Boulch (1984 apud OLIVEIRA apud SISTO, 1996), o movimento é utilizado como meio para alcançar aprendizagens mais elaboradas nos planos cognitivo e social.

Segundo Oliveira (apud SISTO, 1996), para uma criança agir segundo seus aspectos psicológicos, psicomotores, emocionais, cognitivos e sociais, precisa ter um corpo organizado. O corpo é o ponto de referência que o ser humano possui para conhecer o mundo e com ele interagir. Esse ponto de referência servirá de base para o desenvolvimento cognitivo e para a aprendizagem de conceitos importantes para a alfabetização.

O domínio dos movimentos é essencial para a criança desempenhar suas atividades acadêmicas e para a execução de atividades do cotidiano. Ao ter facilidade para controlar seus movimentos, poderá ficar livre para focalizar a atenção nos aspectos mais abstratos das aprendizagens. O importante, para Oliveira (apud SISTO, 1996), não é o desempenho perfeito dos movimentos, mas como a criança os utilizará para resolver os problemas com os quais se defrontará.

Freire (1991 apud OLIVEIRA apud SISTO, 1996, p. 175) analisa a importância dos atos motores, não só na relação da criança com o mundo, mas também na compreensão dessas relações. Para o autor, a atividade corporal liga a atividade simbólica, as representações mentais, ao mundo concreto, real, com o qual o sujeito se relaciona.

Neste sentido, os momentos de higiene bucal supervisionada pelo professor e profissionais de saúde serão propícios para o desenvolvimento de habilidades psicomotoras, essenciais no processo de internalização do aprendizado.

“[...] não se passa do mundo concreto para a representação mental senão por intermédio da ação corporal. A criança transforma em símbolos aquilo que pode experienciar corporalmente: o que ela vê, cheira, pega, chuta, sente e assim por diante.”

Freire (1991, apud OLIVEIRA apud SISTO, p. 175)

Freire (1991, apud OLIVEIRA apud SISTO, 1996) ainda comenta que o acesso ao símbolo significa acesso à representação mental das ações. A criança imagina, reflete e raciocina, conferindo essa construção com um saber fazer físico ou mental.

Por meio do planejamento de atividades psicomotoras para o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado, é possível conseguir que a inteligência se materialize, pois, por seu intermédio, as percepções se afirmam, as imagens dos atos são elaboradas e são construídas as representações mentais dos hábitos de rotina.

Oliveira (apud SISTO, 1996, p. 179, grifo no original) elucida:

A motricidade intervém em todos os níveis do desenvolvimento das funções cognitivas, na percepção e nos esquemas sensório-motores, pois a inteligência é o resultado de uma certa experimentação integrada e interiorizada que, como processo de adaptação, é essencialmente movimento.

Criar situações que proporcionem oportunidades de movimento aos alunos é essencial. Uma criança precisa possuir o domínio do gesto e do instrumento para a manipulação dos objetos de sala de aula e de seu cotidiano, como lápis, tesoura, borracha, escova de dentes, sabonete, roupas, etc. Para isto, é necessário que possua precisão e destreza manual, aliadas à boa coordenação visual. Contudo, o mais importante é que as estratégias utilizadas para o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado ocorram em um clima de bom relacionamento e afetividade, o que evitará bloqueios e desequilíbrios tônico-emocionais nos educandos.

No que se refere aos procedimentos de escovação, estes são facilitados quando a criança tem percepção dos conceitos de direita e esquerda, a partir da linha média delimitada entre os dentes incisivos centrais, obtidos com o desenvolvimento do esquema corporal e da lateralidade.

As experiências não-verbais, segundo Oliveira (apud SISTO, 1996), são as que as crianças primeiramente integram, e delas dependem muitas outras aprendizagens, em cujos processos o corpo tem uma função essencial.

De acordo com Tafner e Fischer (2004), o corpo, que é o que de mais concreto o ser humano possui, é de suma importância na infância para o processo cognitivo.

Não obstante a importância desempenhada pelo corpo no processo de aprendizagem, em se tratando da saúde bucal, ao longo dos tempos, eram feitas, nos Centros Educacionais de Rio do Sul, intervenções preventivas e educativas de escovação dental, por meio de técnicas expositivas (Figura 3). Para isso, eram utilizados macromodelos de escovas e de arcadas dentárias, e as crianças apenas



Os autores enfatizam que:

O corpo é o que a criança possui de mais concreto em sua vida até então e, por isso, existe a necessidade de tocar os objetos como parte do seu processo de formação cognitiva. O pensamento concreto domina as relações de aprendizado da criança com o mundo até que ela consiga, mentalmente, reproduzir o concreto ou a ação usando o recurso da abstração, ou seja, até que a realidade possa existir no âmbito das idéias, da imaginação e das lembranças sem a necessidade da existência material ou concreta. (FISCHER; TAFNER, 2005, p. 22)

Figura 3 - Intervenção preventiva e educativa de escovação dental por meio de técnica expositiva.

Fonte: Arquivo das autoras (2005).

Figura 4 - Higiene oral

Fonte: Arquivo das autoras (2006).

Higiene oral (HO) significa a remoção total da placa bacteriana em todas as faces dos dentes e compreende o uso de escova, fio dental e meios auxiliares. De um modo geral, os odontólogos ensinam a técnica correta de escovação e uso de fio dental. Outros, ainda, explicam por que devemos escovar os dentes corretamente e esclarecem que a má higiene oral acarreta cáries e doença periodontal. Essas explicações são dadas de forma elementar e rotineira, isto é, de uma forma padronizada, sem considerar características individuais do paciente, como grau de instrução, e de conhecimento sobre educação odontológica, idade, cognições, etc. O que ocorre é que a maioria dos pacientes escova corretamente os dentes por um período de tempo e acaba voltando ao seu antigo padrão de comportamento – que é o de uma higiene oral inadequada ou deficiente” (Seger, 2002, p. 184).

reproduziam os movimentos em grupo; quando muito, havia uma intervenção individual. A intenção era que, com esses procedimentos, as crianças internalizassem esses conhecimentos. Entretanto, isso não ocorria, pois, nas visitas subseqüentes do cirurgião-dentista, não eram constatados resultados que mostrassem melhora nos índices de placa bacteriana nas superfícies dentárias.

Na situação descrita, não era levado em consideração que, embora o ato de escovação fosse uma experiência concreta, exigia o desenvolvimento de habilidades psicomotoras.

2.4.1 Higiene Oral



Durante séculos, a higiene oral foi parte essencial dos esforços para manter um sorriso agradável, bem como para a saúde bucal. A higiene oral tinha como objetivo a remoção de manchas e restos de alimentos que aderem aos dentes.

(Figura 4) Atualmente, é fundamental ter em mente a função da placa dentária no desenvolvimento da doença cárie para poder analisar e entender o efeito da higiene oral sobre essa doença. No que se refere à placa, a qualidade da remoção da mesma parece ser muito mais importante que a frequência.

Para Thylstrup e Fejesrkov (2001), também parece importante reconsiderar a ortodoxa recomendação de que os dentes devem ser limpos “após as refeições”, porque estudos indicaram que a inibição da lesão de cárie por meio da limpeza mecânica estava mais relacionada com a supressão do metabolismo da placa estabelecida do que com a remoção dos restos alimentares. Para os mesmos autores, é indicado escovar os dentes após as refeições quando forem consumidos alimentos com carboidratos.

Cabe ao cirurgião-dentista o ensino das técnicas de HO mais adequadas. Isto inclui métodos de ensino, escolha do material necessário e checagem do aprendizado. Contudo, o aumento do conhecimento, ou seja, as instruções dadas pelo CD, nem sempre são acompanhadas de mudanças de comportamento. Portanto, não basta ensinar as técnicas corretas para garantir que o paciente as utilize.

Se a técnica de HO for corretamente utilizada, porém com uma frequência inadequada, acarretará maior acúmulo de placa bacteriana e, como conseqüência, será mais difícil a sua remoção. Por outro lado, uma escovação freqüente, com técnica inadequada, também acarretará acúmulo de placa bacteriana. Logo, é imprescindível que a qualidade e a frequência sejam mantidas para que não ocorra uma recidiva das doenças cárie e periodontal. Ocorre que, como a recidiva não é imediata e não havendo dor ou sintomas perceptíveis, a menos que seja feita evidenciação de placa bacteriana e outros exames bucais, o paciente começa a diminuir, de forma gradual, o controle sobre a higienização e, sem perceber, volta a

ter uma HO deficiente.

Para manter constante a HO por um maior período de tempo, é necessário alterar a percepção e o comportamento dos pacientes em relação à mesma, bem como quanto à sua importância para a saúde do indivíduo.

Uma escovação adequada e o uso do fio dental (Figura 5) garantem o controle das principais doenças bucais: a cárie e a doença periodontal.



Figura 5 – Escovação adequada e uso do fio dental.

Fonte: XXX

Conforme mostra a Figura 2, a escovação adequada consiste em escovar os lados direito e esquerdo, por fora e por dentro, das arcadas superior e inferior, e usar o fio dental para limpar entre os dentes. A escolha da escova adequada se reflete na qualidade da escovação, devendo ser dada preferência à escova reta, com cerdas macias, a qual deverá ser trocada tão logo seja percebida a abertura das cerdas.

Segundo Buischi, Axelsson e Siqueira (2000, p. 179), “O importante não é a técnica, mas a eficiência da escovação na remoção da placa”. Para realizar uma escovação com eficiência, devemos observar alguns aspectos:

- Fases externas (vestibulares): devem ser escovadas no sentido da gengiva para o dente, em pequenos movimentos circulares ou varreduras verticais;

- Devem ser realizados movimentos circulares com os dentes cerrados, contornando o arco gengival;

- As cerdas da escova devem ser posicionadas perpendicularmente sobre a superfície do dente a ser escovado, junto à margem gengival, para então ser iniciado o movimento de varredura. Devido à posição da gengiva, esse movimento será executado de cima para baixo (nos dentes superiores) e de baixo para cima (nos dentes inferiores);

- Fases internas (linguais ou palatais): com a boca aberta, deve ser escovada a superfície interna dos dentes superiores e inferiores. O método de varredura vertical é o mais indicado e deve ser usado, também, no sentido da gengiva para a borda do dente;

- Superfícies oclusais (mastigatórias): a boca deve permanecer aberta, e as cerdas da escova devem realizar um movimento de vaivém horizontal. Esse movimento deve ser pequeno, abrangendo cerca de 3 dentes por vez, num tempo aproximado de 10 segundos para cada grupo de 3.

Para que todos os dentes sejam escovados, e nenhum seja esquecido, é aconselhável seguir sempre a mesma seqüência de escovação.

Finalmente, a língua deve ser cuidadosamente escovada (Figura 4), pois retém resíduos alimentares, bactérias e células descamadas da mucosa.

Figura 6 – Escovação da língua

Fonte: Arquivo das autoras.



A limpeza da língua é essencial, pois a maioria das bactérias orais – especialmente as associadas aos Compostos Sulfurados Voláteis (CSV) que causam o mau hálito – a habitam. De forma mais específica, as bactérias orais se acumulam, sobretudo nas papilas filiformes e no fundo da língua, formando a saburra lingual.

Placa esbranquiçada que recobre a superfície da língua, a saburra lingual é formada por “restos alimentares, células descamadas da mucosa bucal e bactérias, que se alimentam das proteínas presentes nessas células. Nesse processo ocorre a liberação de enxofre, em forma de CSV que causam um hálito muito forte”. (HÁLITO PURO, 2007)

Durante muitos anos, a orientação dada pelos dentistas aos pacientes consistia em apenas escovar a língua e usar enxaguantes bucais. Porém, a tentativa de escovar o fundo da língua provoca facilmente o vômito, para muitas pessoas, impedindo a remoção total da saburra lingual, além de que enxaguantes comuns não a penetram e não promovem o bom hálito por um tempo prolongado. Diante disso, surgiu o limpador de língua, cuja função é remover a saburra lingual, sendo, de um modo geral, suficientes duas raspagens por dia para deixar a língua limpa.

2.4.2 Como Usar o Fio Dental

Retirar cerca de 40cm de fio dental e enrolar suas extremidades em volta do dedo médio de cada mão. Com as pontas dos dedos polegar e indicador, esticar o fio dental, diminuindo a distância livre (cerca de 2cm), o suficiente para guiar e controlar o movimento entre os dentes. Forçando-o e deslizando-o até chegar próximo à gengiva, passar o fio dental entre os dentes, com cuidado, para não atingi-la. Forçar levemente o fio esticado, de encontro ao lado de um dos dentes, abraçando-o, e movimentar o fio de 5 a 6 vezes, para cima e para baixo, para remover a placa dentária de toda a superfície. A operação deve ser repetida para cada dente, até que todos tenham sido bem limpos, inclusive a superfície de trás do último dente (Figura 7).



Use aproximadamente 40 centímetros de fio, deixando um pedaço livre entre os dedos.

Siga, com cuidado, as curvas dos dentes.

Assegure-se de limpar além da linha da gengiva, mas não force demasiado o fio contra a gengiva.

Figura 7 – Uso correto do fio dental.

Fonte: Colgate www.colgate.com.br (2008).

A superfície da língua é a principal base de reprodução das bactérias e da placa bacteriana que posteriormente ataca os dentes e gengivas. Algumas das bactérias que são facilmente removidas da língua com o limpador de língua são as mesmas bactérias responsáveis pela dor e infecção da garganta. Então, além de eliminar o mau hálito, a limpeza da língua também contribui para melhorar a higiene oral dos dentes, gengivas e garganta. (HÁLITO PURO, 2007)

Guedes Pinto (1997) sugere algumas técnicas de escovação:

- Técnica de fones: empunhar a escova e, com os dentes cerrados, fazer movimentos circulares na face vestibular de todos os dentes superiores e inferiores, indo do último dente do hemiarco a outro. Nas faces palatinas ou linguais, os movimentos também são circulares, com a boca aberta; e nas faces oclusais e incisais, os movimentos são no sentido ântero-posterior.

- Técnica de Stillman modificada: colocar a escova com o longo eixo das cerdas lateralmente contra a gengiva e deslizá-la de gengival para oclusal ou incisal. Quando as cerdas estiverem no ponto de contato dos dentes, fazer movimentos vibratórios. Repetir esse movimento várias vezes para cada grupo de dentes que está sendo escovado. O movimento é igual para as arcadas superior e inferior e para as superfícies vestibular e lingual.

- Técnica de Bass: durante a escovação, forçar as cerdas diretamente no sulco gengival, num ângulo de 45 graus com o eixo do dente. Forçar as cerdas o máximo possível para dentro do sulco e fazer um movimento curto para a frente e para trás, vibratório, deslocando todo o resíduo existente na área; conforme é movimentada a escova, os dentes e a gengiva vão sendo limpos. Para escovar as superfícies oclusais, mover a escova para frente e para trás.

Algumas sugestões de Guedes Pinto (1997) sobre técnicas de escovação.

aprendizagem

saúde

corpo

aprendizagem

educação

vida

vida

corpo

3 CONVERSA COM OS EDUCADORES

3.1 A EDUCAÇÃO PARA HÁBITOS SAUDÁVEIS NO CONTEXTO DA VIDA DIÁRIA

De acordo com Gutiérrez (2004), os hábitos, como já elucidamos, são como costumes, atitudes, formas de conduta ou comportamentos diante de situações concretas que envolvam diretrizes de condutas e aprendizagens; são mecanismos estáveis formados por uma montagem de reflexos condicionados que se encadeiam e, a mesmo tempo, são flexíveis e possibilitam que nossos atos se reorganizem em cada momento.

Além do exposto, reafirmamos que o hábito bem adquirido e usado nos permite fazer frente aos acontecimentos cotidianos.

Gutiérrez (2004) afirma que, para trabalhar os hábitos de forma educativa, é necessário:

- Concretizar o número de hábitos a aprender simultaneamente, trabalhando poucos hábitos, mas bem selecionados, pois a consolidação de um hábito é uma tarefa muito complexa, sendo que, além de ser um exercício motor e mental, traz consigo exigências de correção, normas, valores e condutas globais;

- Ser coerente, pois é muito negativo, no processo de aquisição dos hábitos, que as palavras e exigências do adulto não correspondam aos fatos que manifesta;

- Manter um ritmo adequado na distribuição dos exercícios, ou seja, realizar a seqüência do hábito proposto, decompondo-o em exercícios fundamentais e realizando cada exercício até observar que a criança, tenta realizá-lo sozinha, bem como conectar esse exercício com o seguinte sem deixar de repetir a seqüência aprendida até o momento. É relevante mostrar para a criança na prática, o que desejamos dela e cuidar para que a mesma não perca isto de vista.

- Valorizar o esforço conseguido, tendo em vista que a valorização do que a criança conseguiu transforma-se, para ela, em estímulo para que desenvolva um esforço maior e mais perfeito;

- Centrar o esforço no essencial, pois, somente quando possuímos o fundamental, devemos prestar atenção ao secundário. O domínio do movimento e a sintonização possibilitarão o uso posterior correto de instrumentos.

Da mesma forma, em crianças e adultos jovens, o controle de placa, realizado de acordo com a localização da placa e das doenças dentárias, deve iniciar com a aplicação de dentífrico fluoretado nas superfícies proximais de molares e pré-molares, as quais devem ser, então, meticulosamente limpas com fio dental. Como o uso da escova de dente nas superfícies vestibulares é um hábito bem estabelecido, não existe risco de esquecê-las, podendo ser deixadas para o final da limpeza. A escova deve, primeiramente, ser empregada nas superfícies linguais dos dentes posteriores inferiores, onde a maioria das pessoas não usa a

Além dos pontos básicos já relacionados para firmar novos hábitos, há o método associativo que, proposto por Buischi (2000), consiste em associar novas rotinas aos hábitos já estabelecidos. Esse método é utilizado principalmente no controle da placa bacteriana das superfícies dentárias.

escova de forma eficiente. (BUISCHI, 2000)

Com base em estudos que vêm investigando mudanças de comportamento relacionadas à saúde, podemos concluir, com base em Bönecker e Sheiham (2004), que:

- um novo comportamento relacionado à saúde é difícil de ser adquirido e mantido, a não ser que se torne rotineiro;
- é mais fácil a nova atividade se tornar rotineira quando for integrada às atividades diárias sem que isso represente grande esforço e gasto de tempo adicional;
- o hábito ou o comportamento precisa ser ressaltado, tanto para que sua mudança aconteça, quanto por um período de tempo;
- o hábito ou o comportamento não pode fazer parte das estratégias do indivíduo para lidar com as dificuldades da sua vida;
- as mudanças tendem a ocorrer quando há mudanças no contexto social em que a pessoa vive, como, por exemplo, na família, no trabalho, transição cultural, treinamento especial; e
- o indivíduo precisa ter suporte ou apoio social.

3.2 OS PRINCIPAIS HÁBITOS A SEREM DESENVOLVIDOS NOS PRIMEIROS SEIS ANOS DE VIDA

Gutiérrez (2004) apresenta os principais hábitos a serem adquiridos pelas crianças em seus primeiros seis anos de vida. Dos inúmeros hábitos citados pelo autor, destacamos os hábitos relacionados às vivências vitais e os hábitos que reforçam a autonomia e a imagem positiva da pessoa.

3.2.1 Hábitos Relacionados às Vivências Vitais

Esses hábitos estão relacionados com o mais essencial e simples da existência, e as crianças tentam adquiri-los por meio da imitação.

A fim de evitar conflitos irrelevantes, convém dialogar amplamente com os pais ou, pelo menos, deixar bem clara a eles a proposta escolhida e os automatismos que a criança adquirirá, com sua significação concreta, podendo ser reforçado positivamente se praticado de maneira similar na família.

3.2.1.1 Hábitos Relacionados à alimentação

Para a criança, a refeição é uma atividade essencialmente afetiva. Pode ser revestida de pequenos ritos: jogos com utensílios de comer; músicas e canções adequadas; frases para os demais, ou seja, para as outras crianças que, no momento, não estão sendo atendidas diretamente, desejando-lhes prazer; perfume nas mãos depois de lavá-las, etc. É importante que a refeição não se converta em ameaça para a criança, tampouco em angústia para o adulto. Os

Dos inúmeros hábitos citados pelo autor, destacamos os hábitos relacionados às vivências vitais e os hábitos que reforçam a autonomia e a imagem positiva da pessoa.

educadores devem se manter calmos e entender o que ocorre com a criança: se devora ou se nega-se a comer. É necessário não permitir chantagem envolvendo a comida, para que as crianças aceitem as normas como algo positivo. Na alimentação, os conflitos mais frequentes costumam centrar-se especialmente nos hábitos que afetam a saúde alimentar. Um acordo mútuo entre a escola e a família beneficiará o bem-estar da criança.

3.2.1.2 Hábitos Relacionados à Higiene

Além de uma necessidade para a vida, a higiene é um meio de defesa contra muitas doenças que podem causar dano. É, também, uma atividade muito afetiva para a criança e que precisa de uma educação equilibrada. O treinamento para a limpeza pessoal tem muito mais repercussões na personalidade da criança do que à primeira vista podemos imaginar. É preciso que os educadores a programem com cuidado, especialmente nos primeiros anos. Esses hábitos reforçam a autonomia da criança e servem de estímulo para avaliação positiva de sua própria imagem.

O temor pela limpeza pessoal remonta, muitas vezes, às experiências dos primeiros dias de vida: o desagrado que produziam nos adultos excrementos ou vômitos da criança e, por outro lado, as reações bruscas e rudes que, por isso mesmo, sua pele sentia mediante o ato de limpeza. Se a essa experiência for acrescentado o fato de terem padecido de posturas rígidas ou dolorosas pela maneira como os adultos a seguravam ou a limpavam, ninguém deve estranhar que, mais tarde, a criança sinta uma intensa aversão a todos os estímulos que a façam se recordar daqueles momentos desagradáveis. Pelo contrário, quando a higiene se converte em um ato agradável e prazeroso realizado com alegria pelo adulto, é possível que as novas experiências possam substituir as negativas anteriores e sejam refeitos sentimentos e vivências.

• Hábitos a serem iniciados entre 2 e 4 anos:

- sentar-se e levantar-se do penico/da privada,
- lavar as mãos,
- notar quando o nariz está sujo e pedir ajuda,
- secar as mãos,
- usar a lixeira,
- controlar os esfíncteres,
- pedir ajuda quando sentir que está com cocô,
- saber quando está suja ou limpa,
- deixar utilizáveis os espaços de asseio e
- continuar com a higiene oral, complementando com a introdução da escova dental de acordo com a erupção dos molares.

• Hábitos a serem consolidados ou iniciados entre 3 e 6 anos:

- limpar-se depois de fazer cocô ou xixi,
- utilizar o papel higiênico,
- dar descarga,
- gostar do banho,

Esses hábitos reforçam a autonomia da criança e servem de estímulo para avaliação positiva de sua própria imagem.

- ensaboar as diferentes partes do corpo,
- enxaguar-se após ensaboar uma parte do corpo,
- secar-se depois do banho,
- utilizar a ducha,
- usar a toalha,
- lavar bem o rosto,
- assoar o nariz e usar o lenço,
- controlar o uso do sabão e consumo de água,
- deixar limpos os espaços de asseio,
- manter limpos os espaços de uso comum: salas de aula, corredores, jardins, etc.,
- usar lixeiras e cestos de lixo,
- escovar os dentes,
- tampar a boca ou virar a cabeça quando tossir,
- valorizar o asseio e a boa apresentação e
- tomar remédios ou aceitar as medidas para cuidar das doenças ou acidentes: xaropes, dietas, supositórios, termômetros, etc.

•Orientações para a prática educativa

A higiene é uma relação entre a criança e um adulto. É momento de personalização importante para a criança. Com calma, preparar jogos, palavras, canções ou versos adequados, manter um diálogo de gestos, sorrisos e intercâmbios com a criança enquanto ensinamos a ela o nome de cada parte do corpo, associamos a peça de roupa à parte do corpo ou reforçamos oralmente o movimento que realizamos podem ser atividades estimulantes da imagem positiva de suas possibilidades e do próprio corpo.

Os pais podem ser orientados no sentido de que o banho oferece o cenário mais natural para desfrutar e apreciar as possibilidades de movimento e sensações do próprio corpo e da própria pele.

Há muitas crianças que têm medo do banho ou da privada, seja porque foram ameaçadas com tais elementos, seja porque foi forjada a fantasia de que podem sumir nas descargas, da mesma forma que acontece com os excrementos ou com a água e o sabão do banho, no ralo.

É importante prever atividades que ajudem a criança a manter coerência entre a imagem mental e a realidade. Isso pode concretizar-se por meio de dois tipos de atividades:

a) Dispor, para a criança, recursos simbólicos que recriem situações de asseio: banhos para bonecos, lavabos em miniatura, sabão, toalhas, etc. (Figura 8);

b) Possibilitar que a criança brinque no banho com os bonecos antes e depois de sua sessão de higiene pessoal.



Figura 8 – Uso de recursos simbólicos que recriam situações de asseio

Fonte: Arquivo das autoras (2007).

Muitas situações de higiene provocam ruptura nas relações com os adultos, porque estes as transformam em “ordens autoritárias”, que não respeitam os sentimentos da criança ou o ritmo de assimilação que ela deseja. Para que isso não ocorra, é preciso:

- valorizar cada esforço feito pela criança em seu asseio
- ser sensível às vivências que a criança experimenta e respeitar o ritmo que ela deseja;

- transmitir à criança a sensação de que acreditamos que ela é capaz de dominar tarefas tão simples e necessárias à vida, como as de conseguir lavar-se ou limpar-se sozinha;

- procurar fazer com que a criança não sinta que a higiene é uma batalha perdida, porque deverá aceitar sempre a vontade do adulto quanto aos momentos e à forma de fazer isso.

A higiene proporciona, sob outro enfoque, situações que permitem experimentar sensações cutâneas muito diversas e diferenciadas: temperatura, densidade, odores, texturas, etc. É preciso oferecer à criança oportunidade para que chegue à higiene a partir das possibilidades que tem em seu corpo, (por exemplo: raspar a placa bacteriana dos incisivos centrais superiores, observar a consistência, odor, cor, etc.)

A possibilidade de aprender a própria anatomia e as diferenças e semelhanças entre a sua e a das demais crianças é outra fonte de aprendizagem prazerosa para a criança que não se pode desperdiçar.

3.2.1.3 Hábitos Relacionados ao Descanso

O descanso, com ou sem sono, é necessário (Figura 9).

Os hábitos relacionados ao descanso têm duas vertentes: a individual e a de convivência. É importante educar não só as destrezas, mas também as atitudes. Ao criar um clima que propicie a chegada do sono às crianças, o que desejamos é que



relaxem e se esqueçam, por um tempo, da atividade em que estavam envolvidas. Ao despertarem, desejamos exatamente o contrário, isto é, que voltem a restabelecer o controle sobre si mesmas e sobre a realidade à sua volta. Para ambas as situações, a criança deve se sentir segura com a presença do adulto.

3.2.2 Hábitos que Reforçam a Autonomia Pessoal

- Hábitos a serem iniciados entre 1 e 3 anos:
 - tirar os sapatos e as meias;
 - tirar o abrigo e a jaqueta;
 - despirm-se erguendo os braços, as pernas, etc.;

Figura 9 – O hábito do descanso

Fonte: Arquivo das autoras (2007).

- pendurar, no cabide, o abrigo, a jaqueta, a mochila;
- ajudar a tirar as calças, as fraldas, as malhas, as camisetas;
- distinguir o direito e o avesso de uma peça de roupa;
- saber a que pé ou mão pertencem os sapatos ou as luvas;
- buscar os símbolos que ajudam a conciliar o sono;
- dormir sozinho quando desejar;
- acordar sem chorar;
- despedir-se e cumprimentar, respectivamente, antes e depois do sono;
- dobrar a roupa que tirar.

• Hábitos a serem consolidados ou iniciados entre 3 e 6 anos:

- pôr e recolher colchonete; estender cobertas e lençóis e recolhê-los;
- respeitar o descanso de todos;
- ajudar os menores a conciliar o sono;
- vestir-se, despir-se e abotoar suas roupas;
- dar laços e nós;
- ordenar gavetas e armários de roupa;
- cumprimentar e despedir-se no ambiente cultural em que vive;
- arrumar-se depois do descanso;
- ajudar a deixar em ordem os espaços de convívio.

É fundamental ter presente que as habilidades exigidas são difíceis de adquirir, pela complexidade e pelo grau de coordenação motora que requerem.

É fundamental ter presente que as habilidades exigidas são difíceis de adquirir, pela complexidade e pelo grau de coordenação motora que requerem. É necessário, então, programá-las cuidadosamente, distribuir no tempo sua aquisição, passo a passo, e valorizar os esforços que a criança realiza para conseguí-las.

De qualquer modo, devido às constantes compensações que o desenvolvimento evolutivo requer nessa faixa etária, é possível que, nessas atividades, mais do que em outras, muitas crianças regridam, com frequência, às idades anteriores, exigindo do adulto que as vista ou dispa, abotoe ou arrume, como no tempo em que eram menores.

Jamais podemos qualificar tal exigência como reprovável, nem em particular e, muito menos, em público. Simplesmente é preciso fazer a criança sentir a confiança de que, apesar da ajuda, é capaz de realizar essas ações tão essenciais para si mesma. Apenas assim terá um estímulo para realizar os esforços necessários que a levem à conquista de sua autonomia e independência. Nenhuma criança que possua energia emocional suficiente prefere que outro a vista, dispa ou arrume.

3.2.3 Hábitos que Reforçam a Imagem Positiva da Pessoa

O cuidado pessoal e a agilidade e habilidade de condutas estão relacionados a muitos usos e costumes culturais, a valores que não devem ser menosprezados na educação das crianças.

3.2.3.1 Hábitos em Relação ao Cuidado Pessoal

• A serem iniciados e consolidados desde o primeiro ano de vida:

- desfrutar do fato de estar limpa;
- solicitar que a lavem, a limpem ou a penteiem para ficar “bonita”;
- valorizar o cheiro bom do corpo;
- valorizar a boa apresentação das outras crianças;
- deixar que cortem suas unhas;
- deixar que cortem e arrumem seu cabelo;
- manter limpos e bem postos os calçados;
- lavar, sozinho, rosto, nariz e mãos, quando estiverem sujos;
- cuidar bem da roupa;
- trocar a roupa íntima quando perceber que está suja;
- arrumar os cabelos e enfeitá-los;
- manter as unhas limpas e bem cortadas;
- limpar os sapatos;
- manter sem manchas as roupas externas;
- tirar algumas manchas simples;
- valorizar as roupas bonitas, a combinação de cores e desenhos, os enfeites apropriados, quando possível;
- usar produtos naturais para o cuidado pessoal: hidratantes, bronzeadores, protetores, etc.

3.2.3.2 Hábitos Relacionados à Agilidade de Condutas

Para a aquisição de agilidade nas condutas, é preciso, primeiramente, regular com prazer movimentos voluntários (Figura 10).

Regular com prazer movimentos voluntários implica ter adquirido o controle dos movimentos fundamentais do corpo “em geral” e dos seus



segmentos em particular. O qualitativo “ágil” supõe rapidez e precisão e “hábil”, disposição e destreza para realizar algo ou dominar tarefas com certa perfeição.

• Hábitos a serem adquiridos desde o primeiro ano de vida:

- coordenar bem os movimentos globais e segmentários;
- fazer com rapidez movimentos precisos para pegar objetos;
- coordenar os movimentos com as idéias;
- realizar com agilidade condutas simples, como sentar, levantar, correr, andar, trazer e levar coisas cada vez mais complexas;
- manejar os instrumentos necessários para realizar uma tarefa;
- realizar tarefas que exigem certas habilidades e destrezas: cortar,

Figura 10 – Agilidade e habilidade nos movimentos

Fonte: Arquivo das autoras (2007).

Nas tarefas apresentadas, é muito valiosa a colaboração dos pais, pois isso reforçará os laços com a escola, como também os valores familiares, bem como fará com que a criança se sinta protagonista diante de seus pais e fortaleça seu vínculo com o grupo.

- recortar, apontar, fazer tranças e cordões, etc.;
- responder com gestos e movimentos determinadas mensagens;
- amarrar e desamarrar, fazer nós, unir e colar dois panos ou papéis;
- responder com agilidade ao que é pedido.

Nas tarefas apresentadas, é muito valiosa a colaboração dos pais, pois isso reforçará os laços com a escola, como também os valores familiares, bem como fará com que a criança se sinta protagonista diante de seus pais e fortaleça seu vínculo com o grupo.

Além dos hábitos apresentados, ainda citamos, com base em Gutiérrez (2004):

✿ Hábitos relacionados à própria defesa:

- ao fogo e à fumaça,
- à água,
- ao uso de instrumentos e produtos e
- ao trânsito e à rua.

✿ Hábitos relacionados ao trabalho e à atividade:

- à ordem,
- ao trabalho intelectual e
- às atividades corriqueiras.

✿ Hábitos relacionados à comunicação e à convivência:

- ao desenvolvimento da autonomia pessoal,
- para favorecer as relações interpessoais e
- para favorecer as experiências grupais.

✿ Outros hábitos relacionados:

- à natureza,
- ao ambiente,
- às plantas e
- aos animais.

4 CONTINUANDO A CONVERSA

4.1 O PROFESSOR E A ZONA DE DESENVOLVIMENTO PROXIMAL

Segundo Gutiérrez (2004), o cotidiano é a base da vida diária, sendo que o diário constitui o sentido do tempo, da história e do futuro, tanto no aspecto pessoal quanto no coletivo. A vida cotidiana é a situação mais próxima e mais estável para os seres humanos, especialmente quando são crianças. Sob a perspectiva pedagógica, a vida cotidiana é um dos grandes recursos educativos com que pode e deve contar o educador nesta etapa.

O mais importante no dia-a-dia da escola não é somente a rotina de higiene, porém a reflexão a respeito dos hábitos das crianças. Os contextos habituais e os rituais dão às crianças a segurança de saber o que fazer em cada momento e de conhecer os costumes do grupo social. É muito importante fazer uma distinção entre rotina e hábito. Uma rotina é um costume pessoal mecanizado por conveniência; é inflexível: não permite modificação e também não cria nenhuma destreza específica, servindo mais para a memorização. Um hábito, no entanto, é um mecanismo estável que cria destrezas ou habilidades. Além disso, é flexível: pode ser utilizado em situações distintas e modificado se for preciso.

Os contextos habituais e rituais proporcionam um componente de grande importância: a constância e a regularidade. Por isso, são fundamentais, tanto para a vida escolar como para a familiar. São esses contextos que permitem à criança lidar mentalmente com relações de tempo essenciais: o antes e o depois, o simultâneo, o sucessivo, o permanente, o esporádico. O plano da escola, de acordo com Gutiérrez (2004), deve definir os contextos habituais e os rituais. Uma vez definidos, é preciso mantê-los com regularidade e constância e não alterá-los sem motivo e/ou sem aviso prévio às crianças.

Nos contextos habituais, as crianças treinam a sua capacidade de realizar tarefas. O educador poderá observar as tarefas que as crianças já podem desempenhar de forma independente. Esse desempenho é chamado por Vygotsky de nível de desenvolvimento real da criança, sendo que resulta de processos de desenvolvimento já consolidados. Segundo Vygotsky (apud OLIVEIRA, 2004), para compreender adequadamente o desenvolvimento, deve ser considerado, também, o nível de desenvolvimento potencial, isto é, a capacidade de a criança desempenhar tarefas com a ajuda de adultos ou de companheiros mais capazes. A capacidade de se beneficiar de uma colaboração de outra pessoa vai ocorrer num certo estágio de desenvolvimento, mas não antes.

É a partir da postulação da existência dos dois níveis de desenvolvimento mencionados – real e potencial – que Vygotsky define a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP).

O habitual pressupõe, com frequência, acomodações e adaptações entre o que estamos acostumados e o que exigem de nós. Essas reorganizações de nossos hábitos e costumes ajudam nossa personalidade a ser mais dinâmica e criativa. (GUTIÉRREZ, 2004, p. 85)

Para conhecimento:

“A zona de desenvolvimento proximal refere-se, assim, ao caminho que o indivíduo vai percorrer para desenvolver funções que estão em processo de amadurecimento e que se tornarão funções consolidadas estabelecidas no seu nível de desenvolvimento real. A zona de desenvolvimento proximal é, pois, um domínio psicológico em constante transformação, aquilo que uma criança é capaz de fazer com a ajuda de alguém hoje, ela conseguirá fazer sozinha amanhã.” (apud OLIVEIRA, 2004, p. 60).

O professor tem o papel explícito de interferir na Zona de Desenvolvimento Proximal dos alunos, provocando avanços que não ocorreriam espontaneamente. A intervenção de outras pessoas, professores e demais crianças, na demonstração, na assistência, no fornecimento de pistas, nas instruções é fundamental para a promoção do desenvolvimento do indivíduo.

Quanto à ZDP, os jogos poderão criar situações que interfiram em seu desenvolvimento. Neste sentido, Vygotsky (1988, apud KISHIMOTO, 2003) esclarece que, nos primeiros anos de vida, a brincadeira é a atividade predominante e constitui fonte de desenvolvimento ao criar Zonas de Desenvolvimento Proximal. Ao prover uma situação imaginativa por meio da atividade livre, a criança desenvolve a iniciativa, expressa seus desejos e internaliza as regras sociais.

4.2 JOGOS PARA RECREAR E APRENDER

Para trabalhar o aprendizado de hábitos de higiene e executá-los com eficiência, podemos lançar mão da experiência concreta de jogos recreativos e cooperativos. Os jogos e as brincadeiras, encontrados nas diversas culturas, envolvem complexas seqüências motoras a serem produzidas, propiciando conquistas no plano de coordenação e precisão de movimento. Trabalhar o jogo no contexto escolar resgata o prazer de aprender, pois a criança, quando brinca, deixa refletir não só sua forma de pensar ou sentir, mas também como está organizando a realidade, de acordo com Kramer (1991) e Kramer e Souza (1988 apud CÓRIA-SABINI; LUCENA, 2005).

A partir dos jogos, o professor poderá trabalhar os hábitos em situação lúdica, estimulando, assim, em qualquer idade, prontidão para ações complexas. Para Vygotsky (1989, apud CÓRIA-SABINI; LUCENA, 2005), em situação de brincadeira, a criança se projeta nas atividades adultas de sua cultura e ensaia seus futuros papéis e valores. Começa a adquirir a motivação, as habilidades e as atitudes necessárias para sua participação social, que só pode ser completamente atingida com a interação de companheiros da mesma idade. Nesse sentido, as brincadeiras em situação escolar podem criar condições para a criança avançar no seu desenvolvimento cognitivo. Porém, essas brincadeiras precisam ser cuidadosamente planejadas pelo professor. As generalizações e os significados que a criança retira na sua situação de brincar precisam ser discutidos e trabalhados pelo adulto para que possam tornar-se um conceito específico.

Ainda para o mesmo autor, "A criança que joga desenvolve suas percepções, sua inteligência, suas tendências à experimentação, seus instintos sociais etc." (PIAGET, 1975, apud CÓRIA-SABINI; LUCENA, 2005, p. 158)

Na escola tradicional, os jogos só aparecem nas horas reservadas ao esporte, e a vida social entre as crianças não é utilizada para a aprendizagem. Os exercícios falsamente chamados de coletivos são, na realidade, apenas uma justaposição de trabalhos individuais executados no mesmo local. Da mesma forma, na escola tradicional, os conceitos são ensinados sempre no seu aspecto estático, e não em seus aspectos dinâmicos. Isso talvez se deva ao fato de que os aspectos estáticos dos conceitos podem ser indicados e memorizados, enquanto os

Complementando:

"[...] o jogo é um caso típico das condutas negligenciadas pela escola tradicional, dado o fato de parecerem destituídas de significado funcional. Para a pedagogia corrente, é apenas um descanso ou um desgaste de um excedente de energia. Mas esta visão simplista não explica nem a importância que as crianças atribuem aos seus jogos [...]" (PIAGET, 1975, apud CÓRIA-SABINI, LUCENA, 2005, p.41).

dinâmicos só podem ser compreendidos por meio do raciocínio.

Do ponto de vista intelectual, na primeira série, a Escola cumpre, em sala de aula, programas pedagógicos que solicitam da criança o pensamento operatório-concreto, a criança já consegue usar a lógica para chegar às soluções da maior parte dos problemas concretos. Entretanto, sua dificuldade aumenta quando se trata de lidar com problemas não-concretos. Essas operações concretas manifestam-se visivelmente quando a criança joga, com forte tendência para discutir com o outro, entrar em acordo com ele e discutir regras. (PIAGET, 1973, apud FREIRE; SCAGLIA, 2003, p.18)

Na fase mencionada por Piaget (1973 apud FREIRE; SCAGLIA, 2003, p.18), se fazem perceber as noções de espaço-tempo, que se constituem, primeiro, no plano motor e, depois, no intelectual. É típico as crianças do 2º ano do Ensino Fundamental socializarem suas habilidades motoras e, caso sintam alguma dificuldade em algum jogo, conseguem êxito depois de conversarem entre si sobre tais dificuldades. Isso é comum nos jogos coletivos, como queimada, pega-pega, pique-bandeira, entre outros.

Do ponto de vista moral, nessa fase, a criança precisa aprender a julgar valores, como certo e errado, bem e mal, e assim por diante. Dessa forma, nesse período, o jogo de excelência é o jogo de regra. A partir dos 6 - 7 anos, os jogos infantis evoluem para o jogo social, que representa, com exatidão, a forma como os homens devem atuar para se tornarem fortes, constituindo-se, assim, em um ótimo exercício de atuação coletiva (FREIRE; SCAGLIA, 2003).

Sugerimos uma série de adaptações de jogos conhecidos que simulam situações de cuidados com a saúde/saúde bucal e que, no processo de aplicação, estimulam outras áreas do desenvolvimento infantil, como coordenação motora ampla, coordenação motora fina, psicomotricidade, sensibilidade, entre outras.

4.3 A IMPORTÂNCIA DE BRINCAR NA EDUCAÇÃO INFANTIL

De acordo com Oliveira (2002), a Educação Infantil deve ter um espaço organizado para a criança interagir espontaneamente, desde que não encontre cerceamento físico e/ou pessoal à sua liberdade de movimento, expressão e comunicação. Oliveira (2002) Da mesma forma, um contato mais sistemático, próximo, confiante e descontraído com os pais das crianças, ouvindo-as, em suas queixas e satisfações, muito pode contribuir para que a criança brinque mais, já que o brincar com envolvimento e alegria expressa um sentir-se bem, um bom relacionamento com os pais.

Os temas relacionados a usos e costumes dos locais de origem dos pais – bairros distintos e diferentes etnias – trazem sensação de bem-estar para as crianças, momento propício para conversar sobre a dieta da família; da mesma forma os momentos das grandes festas anuais, resgatam “[...] a memória cultural, indispensável à construção da identidade social, ao senso de cidadania”. (OLIVEIRA, 2002, p. 105)

De acordo com Oliveira (2002), a Educação Infantil deve ter um espaço organizado para a criança interagir espontaneamente, desde que não encontre cerceamento físico e/ou pessoal à sua liberdade de movimento, expressão e comunicação.

Aprender a brincar de forma simbólica, representando a realidade onde vivem, resgatando suas lembranças e valores, regras e fantasias, faz parte do desenvolvimento humano das crianças de hoje e de sempre. De acordo com Arribas (2004), é durante o primeiro ano de vida que a criança mais necessita de contato corporal com o adulto, chamado de seu jogo.

4.3.1 Movimentos Para os Bebês e Estimulação Precoce

De acordo com Dolz (2004), nos primeiros anos de vida, muito mais que em outras etapas evolutivas, é difícil parcializar as condutas motoras e, por conseguinte, as intervenções educativas. As finalidades devem ser voltadas a acompanhar, orientar e estimular o desenvolvimento psicológico e motor da criança por meio de diferentes experiências educativas que levem a um desenvolvimento integral. Não é possível afastar a intervenção para a melhoria do conhecimento do corpo e da motricidade de premissas válidas para qualquer proposta educativa dirigida a esses primeiros anos de vida.

É fundamental, entretanto, estar atento à estimulação motora, pois esta é positiva desde que não peque por excesso e provoque fadigas, malformação ou desajustes no desenvolvimento orgânico. Ao realizar os movimentos propostos seguidamente, é preciso conseguir, sempre, uma resposta positiva e de prazer da criança (sorriso ou tranquilidade). Se não for assim, não é necessário continuar ou forçar a situação.

É fundamental, entretanto, estar atento à estimulação motora, pois esta é positiva desde que não peque por excesso e provoque fadigas, malformação ou desajustes no desenvolvimento orgânico.

4.3.1.1 Movimentos Assistidos Recomendáveis para Bebês

Para bebês, Dolz (2004) recomenda alguns movimentos assistidos:

- 1- Flexionar e estender, de forma alternada, as pernas do bebê;
- 2- Estender as duas pernas ao mesmo tempo e flexioná-las contra o abdome, pressionando ligeiramente;
- 3- Flexionar e estender os braços;
- 4- Flexionar e estender as mãos e os dedos;
- 5- Flexionar, estender os pés sobre as pernas e fazer o movimento de rotação dos mesmos;
- 6- Colocar a criança em posição ventral e, com estímulos visuais e auditivos, tentar mantê-la com a cabeça erguida;
- 7- Segurar a criança pelos pulsos, elevá-la suavemente do chão, rapidamente retornando à posição ventral inicial;
- 8- Ajudar a criança a dar voltas, estirada, sobre o eixo vertical;
- 9- Fazer a criança subir pelo peito de um adulto: com os pés da criança apoiados na cintura do adulto, estimular para que suba;
- 10- Pegar a criança pelos pés e deixá-la de cabeça para baixo por uns segundos (isto é possível, entre 3 e 6 a 8 meses). Essa posição ativa todos os músculos do corpo, especialmente os das costas. Isso pode dar prazer à criança, desde que não tenha problemas vestibulares.
- 11- Realizar massagens corporais: friccionar as extremidades, da parte distal à proximal (mãos/braços; pés/pernas); o peito e as costas, do centro para a

periferia; e o ventre, de forma circular.

Todos os movimentos que estimulem a percepção do bebê serão benéficos, já que são os órgãos funcionais que codificam o contato com o exterior.

4.3.2 A Educação dos Sentidos: Proposta de Intervenção e Jogos

Segundo Dolz (2004), para que a criança conheça o corpo, diferencie suas partes e suas funções e estabeleça relações com os objetos, é imprescindível desenvolver suas possibilidades perceptivas e motoras, sendo que todo conhecimento do meio externo ou interno nasce da interpretação das mensagens provenientes dos diferentes receptores sensoriais, distribuídos por todo o corpo.

Em relação ao tato, podem ser propostas atividades direcionadas a pôr em ação todos os receptores da pele, que envolvam frio ou calor, pressão, contato e dor, e que mobilizem o maior número possível de partes do corpo.

No que se refere à visão, esta é uma importante fonte de experiências e conhecimentos do ambiente e de si mesmo. A partir dela, com um tratamento positivo e estimulante desde os primeiros momentos, poderemos abrir as portas ao desenvolvimento da maior parte das capacidades motoras básicas. Uma boa estruturação espaço-temporal é apoiada constantemente pela visão, assim como o desenvolvimento do equilíbrio e o conhecimento do próprio corpo.

As atividades propostas, em se tratando da educação dos sentidos, deverão estar focadas em duas direções:

1- Desenvolver e maximizar as possibilidades da visão, envolvendo o bom trabalho de todos os elementos do órgão e

2 - Educar a capacidade de "olhar" além de "ver", desencadeando uma melhoria geral das possibilidades do corpo da criança.

4.3.3 Brincando, Jogando e Aprendendo a Partir do Maternal

Dos 2 aos 3 anos, a criança já é capaz de correr, saltar, lançar uma bola e chutá-la. Contudo, ainda não é o momento de lhe propor jogos elaborados, cujas regras não conseguiriam acompanhar. Nessa fase, a criança sente prazer em imitar, o que torna esse momento propício para introduzir e fazê-la experimentar sozinha novos movimentos.

No período sensório-motor, se a escola criar um ambiente com diversos tipos de material concreto para que a criança os manipule, criará oportunidades para a formação de conceitos práticos dos objetos que a cercam. O jogo é importante nesse período, pois permite uma ampliação e flexibilização dos conceitos. Os jogos com regras, por sua vez, possibilitam a adaptação de ações individuais à coerência e às regras do grupo, bem como o respeito às diferenças, que são pré-requisitos para convivência harmoniosa entre indivíduos. Daí a importância de incorporar os jogos e as brincadeiras aos procedimentos pedagógicos. (CÓRIA-SABINI E LUCENA, 2005, p. 41),

Complementando:

As distinções entre sentir e perceber, devido ao seu uso indiscriminado, muitas vezes não são claras. A comparação entre alguns verbos pode exemplificar o fato de sentir e o de perceber: ver/olhar; tocar/apalpar; ouvir/escutar. (DOLZ, 2004 ,p. 60).

Entre os inúmeros jogos utilizados com muita frequência na Educação Infantil, estão os tradicionais infantis, os de faz-de-conta e os de regras, que poderão ser utilizados nas situações de educação em saúde.

4.3.3.1 Jogos Tradicionais

Alguns jogos tradicionais, utilizados como coadjuvantes do amadurecimento das funções cerebrais conhecidos e adaptáveis ao aprendizado da saúde são: ioiô, arco, gangorrra, balanço, pião, pipa, pular corda, amarelinha, subir em árvores, boliche, bola, pular sela, andar sobre latas, perna-de-pau, carrinho-de-mão, jogos de mãos e bater palmas, teatro de sombra, esconde-esconde, “está ficando quente”, contar pondo um pé na frente do outro, barquinho, cavalinho-de-pau, atirar argolas, catavento, flecha, máscara, fantoche de dedo, jogo da velha, bilboquê, soldadinho de chumbo, patinete, patins, rolimã e estilingue. Outros jogos referem-se a brincar de casinha, dança de roda, passa anel, estátua, boneca de papel, teatrinho, carrinhos, puxar bichinhos de madeira atados a um cordão. Existe uma quantidade de ações envolvidas nesses jogos.

Do ponto de vista neuropsicológico, todos os planos do sistema nervoso, desde os mais básicos até os mais complexos, participam dos jogos mencionados: a afetividade (sistema límbico); a conação; a disponibilidade para a ação (sistema motor); e a intelectual (sistema neocortical). Os jogos contribuem para o desenvolvimento integral do sistema nervoso em seus aspectos psicomotores e cognitivos, sendo que isto justifica a compulsão com que as crianças a eles se dedicam. Em muitos jogos, estão presentes a indução, a imitação, a perspicácia, a observação, a memória e o raciocínio. Aspectos verbais e não-verbais, melódicos e harmônicos, automatismos, relaxamento, tempo e espaço ajudam na integração do ser e na segurança perante si e perante o outro. Pular corda, por exemplo, acompanhado de canções e ritmo, favorece o desbloqueio corporal e lingüístico.

Incluir os jogos tradicionais no plano educacional prende-se a alguns aspectos:

a) Econômico: tratando-se de brincadeiras calcadas na mais longínqua tradição de épocas alheias à industrialização, seus materiais são de natureza artesanal e estão à disposição de qualquer criança na natureza, sendo, por isso, bem recebidos por elas, com os quais se identificam, resgatando e descobrindo seus valores e suas aptidões;

b) Lúdico: os jogos não são sentidos como matéria a serem aprendidas. São sentidos como experiências, vivências, associadas ao prazer, bem como à satisfação de todas as tensões geradas pelo organismo, procurando descargas de toda a ordem;

c) Cognitivo: todos os jogos requerem uma fase de aprendizagem, em que o conjunto das funções intelectuais entra em cena. Desde a instrução verbal relativa à estrutura do jogo até as mais complexas regras que devem ser seguidas, o plano intelectual é totalmente mobilizado. Funções perceptivas, sobretudo visuais, são também requisitadas, desde a simples observação, quando só os colegas jogam, na fase ainda de imitação, até as fases posteriores em que a criança, em plena função, deve tomar decisões e estabelecer planos e perspicácias;

d) Psicomotor: é o plano privilegiado pelos jogos. Todas as brincadeiras

Do ponto de vista neuropsicológico, todos os planos do sistema nervoso, desde os mais básicos até os mais complexos, participam dos jogos mencionados.

exigem e promovem desenvolvimento motor de todas as ordens;

e) Afetivo-emocional: além da resolução prazerosa, todo o elenco de emoções entra em cena durante os jogos: a frustração da perda; o orgulho da vitória; a dependência dos amigos, pois, sem eles, muitas brincadeiras não podem ser realizadas; a agressão derivada das dificuldades interpessoais; e o medo e o enfretamento das lesões ocorridas em brigas, em quedas ou encontrões. Por sua vez, também ocorre o oposto: o relacionamento corporal-afetivo, o abraço, o contato, a exposição do seu corpo e o conhecimento do outro.

4.3.3.2 O Brincar de Faz-de-Conta

De acordo com Oliveira (2000), o brincar de faz-de-conta é extremamente rico quando:

- possibilita e agiliza continuamente a integração e a adequação dos desejos, sonhos e fantasias à realidade, mantendo aberto e fluente o acesso a mecanismos e conteúdos menos conscientes;

- favorece a separação saudável da realidade e fantasia;

- integra o passado ao presente, por meio das lembranças que carregam consigo os desejos e sonhos, construindo a memória.

A brincadeira de faz-de-conta está ligada ao sentimento de “como se”, que caracteriza o jogo simbólico, o qual, de acordo com Piaget (1951, apud OLIVEIRA, 2000), tem seu apogeu aos quatro anos. Para Vygotsky (1984, apud OLIVEIRA, 2000), no brincar, a criança está sempre acima de sua idade média, acima de seu comportamento diário. Assim, na brincadeira de faz-de-conta, as crianças manifestam certas habilidades que não seriam esperadas para a sua idade. Nesse sentido, a aprendizagem cria ZDP, ou seja, a aprendizagem desperta vários processos internos de desenvolvimento.

De acordo com o Referencial Curricular Nacional (RCN) para Educação Infantil, para que o faz-de-conta se torne, de fato, uma prática cotidiana entre as crianças, é preciso que seja organizado, na sala, um espaço – separado por uma cortina, biombo ou outro recurso qualquer –, no qual as crianças poderão se esconder, fantasiar-se, brincar, sozinhas ou em grupos, de casinha, construir uma nave espacial ou uma boca gigante ou um trem (BRASIL, 1998).

No espaço mencionado, podem ficar à disposição das crianças panos coloridos, grandes e pequenos, grossos e finos, opacos e transparentes; e cordas, caixas de papelão para que as crianças modifiquem e atualizem as suas brincadeiras em função das necessidades de cada enredo. Pode, também, ser afixado um espelho que permita uma visão do corpo inteiro, de maneira que as crianças possam se reconhecer, imitar-se, olhar-se, admirar-se. É possível, ainda, agregar um pequeno baú de objetos e brinquedos úteis para o faz-de-conta, que pode ser complementado com um cabideiro contendo roupas velhas de adultos ou fantasias, (BRASIL, 1998).

Fundamentais, também, nesse mesmo espaço, são os materiais e acessórios para a casinha, tais como uma pequena cama, um fogão confeccionado com uma velha caixa de papelão, louças, locais para realizar higiene, banheiras,

Na brincadeira de faz-de-conta, as crianças manifestam certas habilidades que não seriam esperadas para a sua idade. Nesse sentido, a aprendizagem cria ZDP, ou seja, a aprendizagem desperta vários processos internos de desenvolvimento.

penicos, pia e utensílios de cozinha e de higiene. Igualmente é importante que esses materiais e acessórios estejam bem organizados de maneira a facilitar as ações simbólicas das crianças, sendo diariamente arrumados e mantidos por elas e professores. Auxiliadas pelo professor e arrumando o material depois de brincar, as crianças podem transformar a sala e o significado dos objetos cotidianos enriquecendo sua imaginação (BRASIL, 1998).

4.3.3.3 Jogos de Regras

Por meio dos jogos de regras o professor poderá determinar um objetivo didático para a atividade lúdica, neste caso o professor saberá que as crianças não estarão brincando livremente. O professor torna-se o mediador entre as crianças e a situação e objetos a serem apreendidos. Neste jogo ocorre uma troca mútua entre o que o educando já sabe com a atividade pré-elaborada pelo educador, chegando a um consenso de regras antes e durante o jogo.

“Os jogos com regras, que envolvem atividades em grupo, permitem que cada criança desempenhe um papel ou uma tarefa para a realização de um objetivo comum. A cooperação, necessária para o desenvolvimento dessas atividades faz com que ela consolide as interações e caminhe em direção à autonomia”.

(CÓRIA-SABINI e LUCENA, 2005, p. 46)

5 ATIVIDADES EM AÇÃO

Dolz (2004) propõe um conjunto de atividades que ilustram como trabalhar com o corpo no dia-dia na Educação Infantil. Apresentamos essas atividades nos itens de 5.1 a 5.7.

5.1 APALPAÇÃO POR DUPLAS

A criança, que é apalpada, limita-se a sentir (0-2 anos). Quem toca é o adulto. Quem apalpa fixa-se nas formas e texturas e vai mudando a pressão. Quem é tocado verbaliza a parte que o toca, fazendo apreciações como:

- forte/frouxo/cócegas,
 - frio/quente (3 a 5 anos) e
 - partes moles e partes duras do corpo entre as duplas de crianças.
- Uma criança está com olhos vendados e deve reconhecer a parte que está tocando. O que é tocado diz se está correto ou não (4 a 6 anos).

5.2 RECONHECIMENTO DOS OBJETOS

Iniciar com os olhos abertos e, mais adiante, ficar com os olhos fechados. Para a realização da atividade, são usadas as duas mãos e utilizados objetos de texturas, formas, pesos, dimensões e temperaturas diferentes. Podem ser utilizados, por exemplo, objetos de higiene.

5.3 GRUPOS DE CINCO

Com os olhos abertos, os participantes tocam-se com as mãos por um tempo. Imediatamente, são tapados os olhos de um de cada grupo e este tem que adivinhar a quem pertencem as mãos que o tocam (quatro colegas). O exercício pode ser ampliado, podendo, nesse caso, ser apalpado todo o corpo.

5.4 RECONHECER TEMPERATURAS

Utilizar diferentes partes do corpo para reconhecer temperaturas: mãos, bochechas, nariz, boca, barriga, pés; e objetos: peças de vestimenta, frutas e sementes, lixas de diferentes números, e caixas de tamanhos diferentes.

5.5 CABRA-CEGA

O grupo se coloca em círculo e um componente fica no centro com os olhos vendados. Todos cantam e dizem:

- “– Cabra-cega, o que foi que você perdeu?
- Uma agulha e um dedal.
- Então, dê três voltas e o encontrará”.

Ao terminar a música, a criança que está com os olhos vendados tenta pegar um colega e identificá-lo apenas pelo tato. Se acertar, o que foi pego passará a ser a cabra-cega. Se não, voltará para o círculo.

Sugestões de Dolz (2004).

4.6 O MAQUINISTA

Sugestões de Dolz
(2004).

Os alunos são distribuídos em grupos de 5, todos com os olhos vendados (exceto o último), e colocados em uma coluna, segurando o da frente pelo ombro. O maquinista toca suavemente o ombro do que está na frente, o qual vai passando o toque até o primeiro que, em função dos toques, marcará a direção do trem.

Outras opções para esta atividade são: os alunos, munidos de escova de dentes, poderão ser orientados para os movimentos nas diversas direções; pode ser usado um maestro como instrutor, e os orientados, com ou sem venda; e as orientações, a cada dia, podem ser dadas por um aluno diferente.

Sugestões de músicas relacionadas com trem:

“Piuí, piuí, piuí:
Coloca a mão no meu ombro
Piuí, piuí, piuí
Não deixa o trem descarrilhar
Eu sou a máquina
E vocês são os vagões
E os passageiros são os nossos corações.

Eu vou pegar o trem
Eu vou pegar o trem e
Você vai também
Só falta pagar passagem
Passagem no velho trem
Parou! Cabeça pra cima
Xuí, xaxá
Xuí, xaxá
(Obs.: ir acrescentando as partes do corpo.)

Pra onde você quer ir
Depressa, depressa o trem já vai partir
Quer ir para um planeta onde o cabelo não cresça
Os olhos estão nos pés e os pés estão na cabeça

Tampa as orelhinhas
Tum tum tum
Mexe o cabelinho
Tim, tim, tim
Mexe o narizinho
Abre os olhinhos
E dá três beijinhos (estalos).



- uma palavra relacionada à higiene
- uma palavra relacionada à higiene oral;
- c) recortar
- um número relacionado aos dentes (e justificar).

5.10 SENTADOS TODOS JUNTOS PARA RESPONDER COLETIVAMENTE

Como na dança convencional da cadeira, a cada rodada, é retirada uma cadeira. No entanto, ninguém sai da brincadeira. Todos têm que sentar e só podem se levantar ao responderem à questão proposta sobre os dentes.

São feitas duas hemiarçadas, com cadeiras; quando não responder à pergunta de cuidados com os dentes, uma criança sentará no colo da outra que representará a placa; e se responder corretamente, ela sentará no chão, e os dentes que estão sentados ficarão livres da placa.

5.11 JOGO IMAGINANDO A ESCOVAÇÃO



Figura 12 - Alunos jogando o "imaginando a escovação"

Fonte: Arquivo das autoras (2007).

Este jogo (Figura 12 e 13) consiste em uma demonstração da escovação utilizando pessoas como dentes para formar as arcadas superior e inferior. Um aluno de cada vez será a escova, e outro, o fio dental. Ambos imitam os movimentos. Os alunos imitam, pelas costas e pela frente, os movimentos do sentido da gengiva

para o dente: os dentes de cima, de cima para baixo; e os dentes de baixo, de baixo para cima. Ao retornarem para sua posição inicial, passam a mão pelos cabelos dos colegas, que representam a face oclusal. O fio dental passa vagarosamente entre os amigos. Ao final, alguns alunos deitam no chão da quadra e simulam a escovação da língua.



Figura 13 - Alunos jogando o "imaginando a escovação"

Fonte: Arquivo das autoras (2007).

Este jogo estimula o contato entre as crianças, a disciplina, a necessidade do asseio pessoal e a integração entre os colegas. É de grande importância no aprendizado da higiene oral, pois possibilita perceber concretamente uma atividade abstrata que, assim como a escrita, é a escovação para a criança. O uso do corpo na obtenção

de letras e palavras pode ser aproveitado neste momento com crianças em fase de alfabetização ou com dificuldades na escrita.

5.7 JOGO EM DUPLAS OU DE TODO GRUPO

Este jogo tem o objetivo de exercitar os músculos internos do olho para favorecer uma boa visão (3 a 4 anos) e pode ser desenvolvido com tamanhos e cores diferentes de objetos ou balões. Consiste em fazer o acompanhamento visual de objetos sem mover ou movendo a cabeça, podendo ser também feito o acompanhamento de objetos lançados pelo educador ou por um colega.

Tomio (2002) adaptou alguns jogos conhecidos para serem utilizados em sala no aprendizado da saúde bucal. São esses jogos que relatamos nos itens de 5.8 a 5.10.

5.8 UM ABRAÇO NA ESCOVA PARA SE SALVAR

Um integrante (representando a bactéria da cárie), com um balão (representando o ácido) faz o papel do pegador. Com o balão, tenta tocar o peito de alguém; se conseguir, passa o balão e se invertem os papéis. Para não serem pegos, os participantes têm que se abraçar aos pares (escova e ser humano), encostando o peito um no



outro, salvando-se mutuamente. As escovas têm fitas na cabeça. A brincadeira pode ser variada colocando mais pegadores ou propondo abraços em trios (escova, flúor e ser humano). (Figura 11).

Os jogos de perseguição estimulam o processo de descentração do pensamento que as crianças estão começando a elaborar. Permitem que percebam o ponto de vista de seu oponente, pegando-o de surpresa, pois os participantes do jogo têm que distinguir quem é o perseguido e quem é o perseguidor e que, às vezes, muda no decorrer do jogo. Além de estimular o raciocínio espacial, os participantes pegam o caminho mais curto ou invertem a direção para surpreender o colega.

5.9 JOGO DA REVISTA

A cada pergunta do professor, as equipes selecionam informações das revistas e correm para:

- a) colar no seu mural (todos têm que colar)
 - uma figura em que apareçam os dentes incisivos e caninos;
 - uma figura de dentição decídua;
 - uma figura de dentição permanente;
 - uma figura de alimento cariogênico;
 - uma figura com hábito saudável;
- b) montar:
 - uma frase que possa servir de campanha para saúde bucal;
 - uma frase que possa servir de campanha para saúde geral;

Figura 11- Professores jogando

Fonte: Arquivo das autoras (2007).

5.12 ESCOVA AMARELINHA

A sugestão é fazer um desenho no chão na forma de dois dentes, como se fossem duas caixas abertas; escovas usadas são jogadas nas faces onde a escova alcança e caixas de fio dental são usadas nas faces onde estas devem ser utilizadas (Figura 14)

Este jogo estimula os participantes a desenvolverem a percepção sobre os diversos lados dos dentes a serem escovados, por meio da projeção de um dente “gigante” desenhado no chão. Como no jogo de amarelinha tradicional, desenvolve a participação paralela, a comparação entre jogadores, a percepção da força emitida no arremesso da escova ou do fio dental, comparando pesos e funções distintas entre estes objetos de higiene, além de trabalhar a psicomotricidade em relação ao equilíbrio e a lateralidade dos jogadores.



Figura 14 - Escova amarelinha

Fonte: Arquivo das autoras (2007).

5.13 LUDO GIGANTE



Deve ser confeccionado um dado com uma caixa grande de papelão e construído, na sala de aula, um percurso no chão, com giz ou com cadeiras, criando situações de saúde no decorrer do mesmo. Esse tipo de jogo feito pelas próprias crianças tem alto valor educacional, pois o pensamento delas atravessa várias

áreas de conhecimento. Raciocínio espacial para organizar um jogo de tabuleiro, escrita de lembretes/avisos nos vários quadrados de um caminho, exercício do pensamento e diálogo entre as crianças para decidirem uma regra, além de inventar, escrever, contar e ler mensagens, são de grande importância. (Figuras 15 e 16)



Figura 15 - Ludo gigante

Fonte: Arquivo das autoras (2007).

Figura 16 - Ludo gigante

Fonte: Arquivo das autoras (2007).

5.14 CONHECER OS SONS PRODUZIDOS DURANTE A ESCOVAÇÃO

O professor deve explicar aos alunos, antes da prática, que eles deverão ir ao local onde normalmente fazem a escovação em completo silêncio e a executarem completamente. Ao final, devem voltar para a sala. Todos ficam sentados em círculo, e o professor pedirá que descrevam os sons ouvidos (passos, abrir a torneira, água caindo, escova nos dentes, risos, bochechos, pássaros cantando, barulho das outras salas, etc.)

5.15 COM O AUXÍLIO DO PROFESSOR E EM REPOUSO, CONTAR OS BATIMENTOS CARDÍACOS

Como o título indica, esta atividade consiste em, com o auxílio do professor e em repouso, contar os batimentos cardíacos. Além de ser uma questão funcional – a de aprender a avaliar uma dada atividade física, por meio de contagem dos batimentos cardíacos antes, logo depois e a intervalos posteriores – a atividade tem outro objetivo. Para contar os batimentos, o professor deve pedir à criança que coloque os dedos indicador e médio sobre o pulso ou que ponha os mesmos dedos sobre um determinado ponto no pescoço (sobre a jugular). As crianças também podem tocar o lado esquerdo do peito, a virilha e explorar todos os pontos nos quais os batimentos podem ser sentidos. Finalmente, é possível pedir aos alunos que contem os batimentos sem colocar os dedos em parte alguma do seu corpo.

Durante todo esse processo, as crianças terão sua atenção voltada para o próprio corpo.

5.16 BRINCADO DE ROBÔ, PARADO E EM MOVIMENTO

Uma criança é o robô, e seu parceiro, o guia. Auxiliados pelo professor, as crianças devem estabelecer sinais para a movimentação do robô. Por exemplo, se o guia tocar o lado esquerdo superior da sua boca com a escova dental, o robô deve imitá-lo e assim sucessivamente até terminar a escovação. Em seguida, invertem-se os papéis. As duplas combinam novos sinais, com um toque para iniciar e outro para terminar (desligar o robô).

5.17 O JOGO DAS PARTES DO CORPO

A um sinal do professor, as crianças devem se movimentar, andando ou correndo pelo espaço da sala. De repente, o professor deve parar a música e falar o nome de uma parte do corpo. Então, sem parar de se movimentar, cada criança deve tentar encostar, em um colega, na parte do corpo mencionada pelo professor. Por exemplo, se o professor disser “mão”, cada aluno deve encostar sua mão na mão de algum colega e continuar o movimento que vinha realizando (por exemplo, andar). Devem ser feitas poucas solicitações, pois esta brincadeira é indicada para crianças com pouca idade.

5.18 SEGUIR O GUIA

O professor deve orientar a turma, que estará de olhos vendados, durante a escovação, seguindo todas as orientações (por exemplo, iniciar pelo lado superior direito, contando 15 vezes cada grupo de dentes escovados e assim sucessivamente, até terminar a escovação, não se esquecendo da língua).

5.19 PINTURA DOS MOVIMENTOS DA ESCOVAÇÃO

Para esta atividade, é necessário o seguinte material: escovas dentais velhas, papel sulfite ou pardo e tinta colorida.

Utilizando uma folha de papel pardo grande ou sulfite, distribuir escovas de dentes usadas para as crianças e permitir que elas, utilizando a escova e tinta colorida, façam, no papel, os



movimentos necessários para uma adequada higiene oral. Reproduzir depois os movimentos com escova individual e com creme dental, nos próprios dentes, para fixação do exercício.

5.20 CAÇA AO TESOURO

O facilitador do jogo faz um mapa que mostra a trilha do tesouro e o esconde no local que corresponde ao X do mapa. O tesouro deverá ser algo de conotação saudável (Ex.: frutas, flores ou uma mensagem).

O facilitador rasga o mapa em pedaços pequenos e esconde em vários pontos da escola (ou em algum outro lugar, aproveitando um passeio). Todos farão um trabalho de equipe com o intuito de achá-lo. Os jogadores sairão em busca de provas ou pedaços do mapa. Acharão tudo o que puderem e se reagruparão para colocar o mapa em ordem. Tentarão organizar o mapa e interpretá-lo. Mapas de tesouro geralmente são vagos e não muito claros.

O facilitador dirá aos jogadores em que lugares as pistas poderão ser encontradas e esconderá o tesouro em alguma área longe desses lugares. Afinal de contas, ninguém quer que o tesouro seja encontrado por acaso enquanto os jogadores estiverem seguindo as pistas.

5.21 VIAJANDO PELA TRILHA

Para esta atividade, adaptada de Deacove (2004), o equipamento utilizado é: caixas, pneus e um espaço amplo. Arrumar os pneus, de forma regular ou irregular, de um em um ou de dois em dois, de modo a deixar espaços e tamanhos diferentes entre eles. O jogo deve ser preparado de maneira a desafiar ao máximo os jogadores.

Figura 17: Mostra da pintura dos movimentos da escovação

Fonte: Arquivo das autoras (2005).

Este jogo foi adaptado de DEACOVE (2004).

A trilha representará a travessia sobre um rio, a passagem pela boca ou alguma etapa de uma viagem. Os jogadores se alinharão numa fila em algum ponto de partida, e o primeiro deles tentará correr e pular ao longo da trilha o mais rápido que puder.

O jogador deverá passar por dentro ou sobre cada ponto do caminho. Se o jogador deixar de passar por algum ponto do trajeto ou derrubar algum, ficará naquele local, devendo ser colocado de lado para dar passagem ao próximo jogador. O próximo jogador começará, então, sua jornada e, se conseguir chegar perto do jogador que está parado, nele tocará. A partir daí, o primeiro jogador estará livre para seguir a viagem. Porém, deverá deixar o jogador que o libertou se distanciar dele antes de recomeçar a caminhada. Desse modo, cada jogador tentará libertar um outro jogador conforme for passando pelo caminho.

O objetivo é que todos os jogadores cruzem o caminho do começo ao fim. Às vezes acontece de não haver novos jogadores para reiniciar a caminhada e, por isso, um ou mais jogadores ficam parados no meio da trilha. Nesse caso, o jogo segue da seguinte maneira: os jogadores que chegaram ao fim da travessia voltam e tocam em um dos jogadores que ficaram parados esperando para serem libertados. Então esse salva-vidas seguirá novamente até o final do circuito.

Observação: criar as situações para serem ultrapassadas (perguntas, contas, etc., relacionadas com a promoção de saúde).

5.22 ESCOVINHA CHOCA



Figura 18 - Alunos brincando de escovinha choca

Fonte: arquivo das autoras (2007).

Essa atividade é semelhante à habitual brincadeira do ovo choco: ao invés do ovo, é colocada a escova atrás de uma das crianças dispostas em dois semicírculos (Figura 18). Até que uma das crianças seja escolhida, elas irão escovando as costas dos amigos com movimentos simulados e cantando a paródia: “Escova choca,

tchic, tchic, escovinha na mão caiu no chão, não olhe para trás, não tem perigo, meu amigo chamado Rodrigo, muito querido.” Aquele que for pego vai para o centro.

6 EXPERIÊNCIAS E ATIVIDADES

6.1 EXPERIÊNCIA DO ISOPOR

Para realizar esta experiência, que tem como objetivo demonstrar a evolução da cárie, o material necessário é: isopor, gasolina, conta-gotas e jornal velho. Os alunos poderão desenhar um dente no isopor e recortar para, depois, fazer a experiência. Assim, já podem ser abordadas forma e função dos dentes (Figura 19).



Figura 19 - A experiência com o isopor.

Fonte: Arquivo das autoras (2007).

Depois que cada aluno estiver de posse do dente, a mesa de trabalho forrada com o jornal, o professor deverá passar com o vidro de gasolina e um conta-gotas. O conta-gotas representa a bactéria, e a gasolina, o ácido por ela produzido. Deverão ser pingadas de duas a quatro gotas sobre o dente de isopor. Em poucos segundos, será formada uma cavidade no dente, que corresponde à evolução da cárie de uma forma acelerada, mas que serve de exemplo para os alunos visualizarem e entenderem o processo de evolução da cárie.

6.2 EXPERIÊNCIA DO OVO

Para esta experiência, o material necessário é: um ovo cru com casca; vinagre; um copo descartável para café; um copo de vidro médio; flúor fosfato acidulado 1,23%.

Iniciar a experiência passando flúor gel na metade do ovo e aguardar 4 minutos. Após, colocar o ovo na solução de ácido acético (vinagre) e aguardar 15 minutos. Observar a desmineralização que ocorre na parte da casca do ovo que não recebeu flúor e comparar com a que foi protegida pelo flúor.

A explicação é a seguinte: o ácido acético descalcifica a casca do ovo e, na presença do flúor, a reação é impedida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Educadores, de posse destes três módulos, vocês poderão utilizá-los na elaboração e implementação do plano pedagógico da sua escola ou Centro de Educação Infantil, lembrando sempre da dimensão dos objetivos principais de educar para a saúde.

A compreensão da Saúde como direito, o reconhecimento dos seus determinantes, a sua interação com o meio físico, social e cultural, bem como o conhecimento dos limites do próprio corpo encerram os principais objetivos a serem alcançados num trabalho escolar ético e cidadão.

A saúde se encontra em todos os momentos da atuação escolar e, muitas vezes, ela se mescla com a atividade em si, pois o ato de cuidar e de cuidar-se educa pelas atitudes, pelo zelo e pelo exemplo. Criar uma rotina de hábitos saudáveis enriquecida pela ludicidade, pelo afeto e pela cientificidade ressignifica o dia-a-dia, transformando rotinas em momentos de aprendizagem significativa.

Os módulos muitas vezes não delimitam a idade e podem ser utilizadas atividades para ilustrar aulas do berçário ao 5º ano, conforme o frisado nos Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001a, p. 122: “O reconhecimento da fase do crescimento e desenvolvimento e das necessidades e agravos mais comuns naquele período da vida, assim como dos cuidados em saúde a eles associados, são considerados elementos motivadores de aprendizagem”.

O caderno aqui apresentado serve de referência, e a participação dos professores nas formações propostas pelo Programa Escola Sorriso –Promotora de Saúde possibilita a abertura de uma gama de caminhos a serem utilizados com esta obra. As avaliações constantes das atividades, por sua vez, determinarão a eficácia da metodologia e as realidades que reagem a determinadas modalidades de pesquisa. O importante é que, no decorrer do processo de educar para a saúde, um maior número de disciplinas estejam envolvidas nos projetos, que se levem em conta os componentes e agravos regionais e que haja um trabalho conjunto com a família e grupos de forte influência social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(PETRY, 1975, apud AINAMO; BAY, 2003 in ABOPREV, 2003)

ARRIBAS, LLEIXÀ, Teresa e Cols. Educação infantil: desenvolvimento, currículo e organização escolar. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ASCHENBACH, Lena; FAZENDA, Ivani; ELIAS, Marisa. A arte e a magia das dobraduras: histórias e atividades pedagógicas com origami. São Paulo: Scipione, 1990.

BÖNECKER, Marcelo; SHEIHAM, Aubrey. Caderno de Odontopediatria promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas. São Paulo: Livraria Santos, 2004.

BRASIL. Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

_____. Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental - temas transversais. Brasília: MEC/SEF, 1998.

_____. Parâmetros curriculares nacionais: apresentação dos temas transversais - ética. 3. ed. Brasília: MEC/SEF, 2001b.

_____. Saúde na escola. Textos de apoio. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BUISCHI, Yvone de Paiva. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. 22. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000. (Séries EAP-APCD)

Buischi, Y. P.; Axelsson P.; Siqueira T.R.F. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas. 2000.

CAPARELLI, Sergio. Boi da cara preta. Porto Alegre: L&PM, 1983.

CARDOSO, D.; SEBOLD, Roselita. 2006 Completar esta referência.

COLGATE. Disponível em: <www.colgate.com.br> Acesso em: 20 jan.2008.

CÓRIA–SABINI, Maria Aparecida, LUCENA, Regina Ferreira. Jogos e brincadeiras na educação Infantil. São Paulo: Papirus, 2005.

DEACOVE, Jim. Manual de jogos cooperativos: joguem uns com os outros e não uns contra os outros. Santos,SP: Projeto Cooperação, 2002.

DIAS, Aldo Angelim e Cols. Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2007.

DOLZ, Marta Carranza Gil. Como é meu corpo?. In: ARIBAS, Teresa Lleixà e Cols. Educação infantil: desenvolvimento, currículo e organização escolar. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 53-84.

EMERIQUE, Paulo Sérgio. Brincaprende: dicas lúdicas para pais e professores. Campinas, SP: Papirus, 2005.

ESFÓSITO, Erenio Pannia. Química em casa. São Paulo: Ed. Atual, 2003.

FISCHER, Julianne. Sugestões para o desenvolvimento do trabalho pedagógico. Timbó: Tipotil, 1997.

FISCHER, Julianne; TAFNER, Malcon Anderson. Alfabetização ao alcance de suas mãos. Blumenau: Estúdio Criação, 2005.

FREIRE, Batista João; SCAGLIA, Alcides José. Educação como prática corporal. São Paulo: Scipione, 2003.

GUTIÉRREZ, Antonia Fernández. Os hábitos na educação durante os seis primeiros anos de vida. In: ARRIBAS, Teresa Lleixà e Cols. Educação infantil: desenvolvimento, currículo e organização escolar. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 85-105.

HÁLITO PURO. Disponível em: < http://www.halitopuroprodutos.com.br/produtos-detahes.php?codigo_produto=5>. Acesso em: 15 mar. 2008.

JEANOT, Nicole. Explorando o universo da música. Editora Scipione: São Paulo, 1990.

KISHIMOTO, Tizuko Morchida. O jogo e a educação infantil. São Paulo: Pioneira, 2003.

KIRCHNER, Ursula Luise; MENDONÇA, Lisette Lobato; COSTA, Rodrigo Norremose. Educação para a saúde bucal: manual para o ensino na escola do primeiro grau. Belo Horizonte: Editora UFMG/ISHIS, 1992.

KICKBUSH – 1996 Não encontrei esta referência.

KRAMER, S. (org.) Com a pré-escola nas mãos: uma alternativa curricular para a educação infantil. São Paulo: Ática, 1991.

MENEZES, Léa Maria de Bezerra. Flúor e a Promoção da Saúde Bucal. In DIAS, Aldo Angelim e cols. Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas. 1. ed. São Paulo: Livraria Santos, 2004. p. 211-230.

MINKLER, M; WALLERSTEIN, N. Improving health through community organization and community building. In: GLANZ, K.; LEWIS, F.M.; RIMER, B. Health behavior and health education theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.

NUTBEAM, D. Achieving best practice in health promotion: Improving the fit between research and practice. Health Education Research, 11, 1996, p.317-326.

OLIVEIRA, Vera Barros (Org.) O brincar e a criança do nascimento aos seis anos. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

PANIZZA, Mabel e Cols. Ensinar matemática na Educação Infantil e nas séries iniciais: análise e propostas. São Paulo: Artmed, 2006. p.155-159.

PESSINI, L. Em busca de uma política de equidade e solidariedade: o paradigma da promoção da saúde. *O Mundo da Saúde*, v. 20, n. 9, set./out. 1996.

REVISTA ELETRÔNICA NOVA ESCOLA. Disponível em: < revistaescola.abril.com.br/edicoes/0180/aberto/mt_241980.shtml -46k. Acesso em: 2 jan. 2008.

REZENDE, A. L. M. Saúde dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Ed Cortez, 1986.

SALVADOR, Edgard; USBERCO, João; BENABOU, Joseph Elias. Química e aparência. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

SANTA CATARINA. Proposta curricular de Santa Catarina: educação infantil, ensino fundamental e médio: formação docente para educação infantil e séries iniciais. Secretaria de Estado da Educação e do Desporto. Florianópolis: COGEN, 1998.

SIMÕES Regina; LOPES, Luciane. Diálogo com a saúde. GAIO, Roberta; MENEGHETTI, Rosa G. Krob. Caminhos pedagógicos da educação especial. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

SISTO, Fermio Fernandes et al. (org.). Atuação psicopedagógica e aprendizagem escolar. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SEGER, Liliana (cols). Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora. 4. ed. São Paulo: Santos, 2002.

TAFNER, Malcon Anderson; FISCHER, Julianne. O cérebro e o corpo no aprendizado. Indaial: Editora UNIASSELVI, 2004.

TAPIA, Jesús Alonso; MONTERO, Ignácio. Orientação motivacional e estratégias motivadoras na aprendizagem escolar. In: COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesús (col.). Desenvolvimento psicológico e educação, psicologia da educação escolar. 2. ed. Porto Alegre: Atmed, 2004. p.177-192.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud. In: OPAS/OMS. Promoción de la salud: uma antologia. Washington, EUA: OPAS, 1996.

THYLSTRUP, Anders; FEJERSKOV, Ole. Cardiologia clínica. 3. ed. São Paulo: Santos Livraria, 2001.

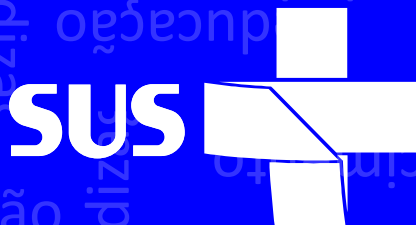
TOMIO 2002 Não encontrei esta referência.

Vigotsky 1984 Não encontrei esta referência.

WESTPHAL, M. F. Recursos educativos e métodos de avaliação em promoção de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1998

WIKIPÉDIA. Disponível em: <www.wikipedia.org>. Acesso em: 3 jan. 2008.

Disque Saúde
0800 61 1997



Prefeitura Municipal



Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Educação



Governo do Estado
SANTA CATARINA
GERED

Secretaria de Gestão
Estratégica e Participativa

Ministério
da Saúde

