

Sofia Manuela Almeida Calvo

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2008

Sofia Manuela Almeida Calvo

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2008

Sofia Manuela Almeida Calvo

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

A Aluna,

(Sofia Manuela Almeida Calvo)

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Licenciatura em Enfermagem

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2008

Sumário

O presente trabalho académico tem como tema “Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância na Maia”.

Este trabalho surge com o intuito de dar importância e avaliar os conhecimentos dos pais sobre esta temática, visto os dados relativos à saúde oral dos portugueses serem muito escassos, e pelo facto de esta ser de extrema importância na idade infantil.

Segundo Araújo (professorasdesesperadas.blogspot.com) é urgente investir na saúde oral em Portugal. “Não podemos somente em tratar dentes. É preciso investir na criação de uma cultura forte de saúde oral, um trabalho que começa nas escolas/infantários”.

No surgimento de uma problemática, é necessário formular questões capazes de orientar a investigação, no sentido da obtenção de resultados capazes de a responder. Para tal, este estudo é norteado pelas seguintes questões:

“Quais os conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância na Maia?” e “Qual a prática da lavagem dos dentes das crianças dos 3 aos 5 anos, no Jardim de Infância na Maia?”.

Pela natureza do estudo que se pretende efectuar, a estratégia versa a metodologia de investigação descritiva e transversal, inserida no paradigma quantitativo.

Para dar resposta às questões que guiam a investigação a população escolhida foi de 38 pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos, aos quais foi aplicado o instrumento de colheita de dados, o questionário.

De um modo geral, pelos resultados deste estudo, podemos concluir que os pais das crianças em estudo, na sua maioria, e em termos de senso comum, conhecem a importância da lavagem dos dentes, e qual a prática desta a seguir.

Dedico esta monografia aos meus Pais,
que sem os quais não podia ter realizado
o que até hoje cumpri.

Agradecimentos

Este é o espaço dedicado as pessoas que contribuíram directa e indirectamente para a concretização desta etapa da minha vida, a quem agradeço e demonstro os meus agradecimentos, e todo o carinho e afecto.

A meus Pais pelo carinho, apoio e incentivo. Sem eles não era possível ultrapassar esta fase tão importante da minha vida.

Aos meus avós maternos e à Mimi, que sempre depositaram toda o carinho, encorajamento e confiança em mim.

Às Amigas de toda uma vida, e que a marcaram significativamente, Irene, Joana e Guida.

À minha professora e orientadora Dra. Alice Martins, pela orientação, paciência e disponibilidade apresentadas, para a concretização deste extenso trabalho.

A todos os profissionais de saúde que, ao longo destes 4 anos, me inculcaram valores e conhecimentos essenciais para o desempenho da minha futura profissão.

Aos meus colegas e amigos de turma que estiveram presentes ao longo destes anos, nos bons e menos bons momentos, e com os quais passei as mais diversas ocasiões cómicas.

Ao Colégio Infantil “Os Ratinhos”, por me ter concedido a continuidade deste trabalho de investigação, e a todos os seus colaboradores.

Por fim, agradecer aos pais das crianças por se terem prontificado a participar neste estudo.

A todos os que não referi, e que sabem que são importantes para mim.

A todos os meus sinceros agradecimentos!

Índice

	Pág.
0. INTRODUÇÃO.....	15
I. FASE CONCEPTUAL.....	18
1. Matriz teórica.....	18
1.1. Conhecimento.....	18
1.2. Criança.....	19
1.3. Saúde.....	21
1.3.2. Saúde Infantil.....	22
1.4. Crescimento/Desenvolvimento da criança dos 3 aos 5 anos.....	22
1.5. Saúde Oral Infantil.....	28
1.6. Dentição.....	32
1.7. Higiene.....	38
1.7.1. Higiene Oral.....	39
1.8. Educação na criança.....	40
1.9. Saúde Comunitária.....	41
1.10. Papel dos enfermeiros e pais.....	44
II. FASE METODOLÓGICA.....	49
1. Considerações éticas.....	49
2. Tema.....	50
2.1. Delimitação do domínio.....	50
3. Questões de Investigação	51
4. Objectivo de estudo	52
5. Justificação do tema.....	52
6. Desenho de Investigação.....	53
6.1. Tipo de estudo.....	53
6.1.1. Meio.....	54
7. Estudo da População/Amostra.....	56
8. Variáveis.....	57
8.1. Operacionalização das variáveis.....	58
9. Instrumentos de colheita de dados e método de aplicação.....	59
9.1. Pré-teste.....	59

10. Tratamento e análises de dados.....	60
III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	62
IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	83
V. CONCLUSÃO.....	90
VI. BIBLIOGRAFIA.....	94
VII. ANEXOS.....	99
Anexo I - Pedido de autorização	
Anexo II - Questionário	

Índice de Quadros

Pág.

Quadro 1 – Estatística de distribuição das idades (em anos) da amostra.....	62
Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Género”.....	63
Quadro 3 – Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Estado Civil”.....	63
Quadro 4 – Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Habilitações Académicas”.....	64
Quadro 5 - Distribuição dos sujeitos segundo a Licenciatura.....	65
Quadro 6 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Actividade Profissional”.....	66
Quadro 7 - Distribuição dos sujeitos relativamente à profissão que exerce por conta de outrem.....	67
Quadro 8 - Distribuição dos sujeitos quanto à profissão que exerce por conta própria.....	68
Quadro 9 – Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Proveniência”.....	68
Quadro 10 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Número de filhos”.....	69
Quadro 11 - Distribuição dos sujeitos segundo idade pretendida para este estudo dos seus filhos.....	70
Quadro 12 - Distribuição dos sujeitos segundo idade dos outros filhos.....	71
Quadro 13 – Distribuição dos sujeitos segundo a variável “O que entende por saúde oral”..	71

Quadro 14 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Incentiva o (s) seu (s) filho (os) à lavagem dos dentes?”	72
Quadro 15 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Com que frequência o seu (s) filho (os) lava (m) os dentes?”	72
Quadro 16 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Em que momento do dia o (s) seu (s) filho (os) lava (m) os dentes?”	73
Quadro 17 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Uma escovagem correcta dos dentes demora em média cerca de”	74
Quadro 18 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Que tipo de movimento se deve utilizar para uma correcta lavagem dos dentes?”	74
Quadro 19 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Com que regularidade substitui a escova de dentes do seu (s) filho (os)?”	75
Quadro 20 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Acha relevante o (s) seu (s) filho (os) escovar a língua e a gengiva?”	75
Quadro 21 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “A alimentação é fundamental para ter dentes saudáveis?”	76
Quadro 22 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Com que frequência o (s) filho (os), ingerem alimentos cariogénicos (bolos, guloseimas, bolachas, refrigerantes ou bebidas gaseificadas fora das refeições)?”	76
Quadro 23 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Já levou o (s) seu (s) filho (os) ao dentista?”	77

Quadro 24 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Se sim, com que idade levou o (s) seu (s) filho (os) pela primeira vez ao dentista?”.....	77
Quadro 25 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Foi detectada alguma cárie dentária no (s) seu (s) filho (os)?”.....	78
Quadro 26 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “O (s) seus (s) filho (os) são portadores de precedentes que comprometam o estado de saúde dos dentes?”.....	79
Quadro 27 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Com que frequência deve levar o (s) seu (s) filho (os) ao dentista?”.....	79
Quadro 28 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Que implicações futuras podem surgir caso seu (s) filho (os) tenha uma higiene dentária deficiente?”.....	80
Quadro 29 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Na sua opinião, considera importante a intervenção dos enfermeiros nos Jardins de Infância, com ensinamentos sobre saúde oral?”.....	81
Quadro 30 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Concorda que o seu filho realize pelo menos uma das escovagens dos dentes no infantil?”.....	81

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1 – Histograma de número de filhos.....	69
Gráfico 2 - Distribuição das crianças segundo idade pretendida para este estudo.....	70

Abreviaturas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cm- Centímetros

INE – Instituto Nacional de Estatística

Kg - Kilogramas

MTC – Métodos e Técnicas de Comunicação

OMS – Organização Mundial de Saúde

Ppm – Partes por milhão

SPSS - Statistical Package for Social Science

0. INTRODUÇÃO

No âmbito das disciplinas Métodos e Técnicas de Comunicação I e II, e Estágio e Projecto de Graduação do curso da Licenciatura de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, foi proposta a realização da monografia, como requisito para obtenção do grau de licenciatura.

Nenhuma profissão poderá ter um desenvolvimento contínuo sem o contributo de uma investigação. Toda a actividade profissional exige ter por base um corpo de conhecimentos específicos aos quais é possível através da investigação que gera, inevitavelmente, novos conhecimentos que irão ser o suporte de qualquer profissional.

Segundo esta linha de pensamentos, a investigação em enfermagem torna-se fundamental: tem em vista novos saberes, conhecimentos e actuações. Esta área tem o intuito de aumentar o campo de conhecimentos nesta disciplina em estudo, contribuindo para a saúde das populações, através da melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem no seio do sistema de saúde.

Com a elaboração deste trabalho pretende-se atingir os seguintes objectivos académicos:

- Aprofundar conhecimentos na área de investigação;
- Planear e aplicar as etapas inerentes à execução de um trabalho de investigação;
- Entender a investigação como metodologia de trabalho e de produção de conhecimento;
- Adquirir competências para o desenvolvimento de trabalhos de investigação;

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

- Aprofundar conhecimentos acerca da problemática em estudo;
- Dar respostas a um requisito para obtenção do grau de licenciatura, funcionando como objecto de avaliação.

Definiu-se como área de investigação, avaliar os conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância na Maia, por se tratar de um tema de grande interesse e actual nos dias de hoje, e dado que os dados relativos em saúde oral são muito escassos.

As crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos estão susceptíveis à dependência dos adultos, pretendemos assim com este estudo avaliar os conhecimentos dos adultos sobre saúde oral, para posteriormente os consciencializar para as medidas a adoptar no sentido de promover uma boa saúde oral nas crianças, tornando assim este estudo válido e importante para os tempos de hoje.

Neste trabalho será considerada a seguinte questão: Quais os conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos, face a importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância na Maia.

Este trabalho científico tem como objecto de estudo, identificar os conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos, sobre a importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância na Maia, que estão matriculadas no ano lectivo de 2007/2008.

Com o intuito de atingir o objectivo pretendido, será realizado um estudo do tipo transversal, do tipo exploratório/descritivo, com paradigma quantitativo.

Através da consulta bibliográfica reconhecemos a importância e pertinência do tema, tendo em contas as consequências nefastas do problema, que para além de prejudicar a saúde e o

desenvolvimento futuro das crianças, condiciona também a atitude dos pais, incrementando o sentimento de culpa.

Com a realização deste estudo, foi possível contactar com o meio escolar das crianças e ter acesso aos seus pais e educadores. Deste modo, tornou-se possível detectar os conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à lavagem dos dentes, bem como encontrar causas e factores que condicionam a ocorrência de uma má higiene oral.

Este trabalho de investigação será estruturado em partes distintas: Introdução; Fase conceptual; Fase metodológica; Apresentação e análise dos dados; Discussão dos resultados; Conclusão; Bibliografia; Anexos.

Para a realização deste trabalho científico, serviram de base os conteúdos programáticos leccionados na disciplina de MTI I e II, e Estágio e Projecto de Graduação, bem como a pesquisa bibliográfica, para suportar teoricamente as diferentes partes da monografia. Tudo isto permitiu elaborar um bom suporte teórico, necessário para a compreensão de todo o estudo, e que ajudou ainda na realização do questionário de administração directa a 38 pais das crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos de idade de um Infantário da Maia.

A realização deste estudo, permitiu-nos retirar algumas conclusões. Importa referir que:

- Averiguamos que 44,7% dos pais, ainda não levaram o(s) seu(s) filho(s) ao dentista;
- Sendo a escovagem dos dentes da noite uma das mais importantes, apenas 18,4% das crianças o fazem;
- Verificamos que 57,9% das crianças têm moderada ingestão de alimentos cariogénicos;
- Por fim, que apenas 34,2% dos pais levam o(s) seu(s) filho(s) duas vezes por ano ao dentista.

I. FASE CONCEPTUAL

Conceptualizar refere-se a um processo, ou uma forma ordenada de formular e documentar ideias acerca de um assunto preciso com finalidade de chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo (Fortin, 2000, p. 39).

O investigador tem que aprender a pensar, a colocar uma boa questão, a encontrar uma resposta e a verificar a validade dessa resposta para que consiga levar a sua investigação a bom termo.

Esta fase é de extrema importância, porque é através dela que se vão construir as bases e perspectiva toda a investigação, e funciona como suporte de toda a pesquisa (Fortin, 2000, p. 39).

1. Matriz teórica

A matriz teórica é a etapa do trabalho em que se reflecte a informação da pesquisa bibliográfica realizada, e permitirá contextualizar o estudo pela referência de diferentes posições científicas perante o mesmo objecto.

Tendo em conta o tema escolhido, será definido o conceito de conhecimento, e feita uma breve referência à criança, saúde infantil, crescimento e desenvolvimento, saúde oral infantil, dentição, higiene oral, educação na criança, saúde comunitária, e por fim, o papel dos enfermeiros e pais.

1.1. Conhecimento

Através do conhecimento é possível haver aquisição de novas experiências que são úteis para desenvolver novas competências.

O Dicionário de Língua Portuguesa (1998, p. 384), define o conhecimento da seguinte forma:

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

“Acto ou efeito de conhecer; ideia; noção; informação; notícia; experiência; discernimento; (...) consciência de si próprio; instrução; perícia; irudição; cultura; reconhecimento; (...) a função teórica do espírito assim como o resultado dessa função, que tem como fim tornar presente aos sentidos ou à inteligência um objecto (interno ou externo), de modo a obter nele um entendimento ou uma representação adequada”.

Conhecer é incorporar um conceito novo, ou original, sobre um facto ou fenómeno qualquer. O conhecimento não nasce do vazio, mas sim das experiências que acumulamos na nossa vida quotidiana, através de experiências, dos relacionamentos interpessoais, das leituras de livros e artigos diversos. Tem um conteúdo específico do pensamento com base na sabedoria adquirida, ou na informação e competências aprendidas e, um domínio e reconhecimento da informação (CIPE, 1999, p. 45).

“ O conhecimento é aquilo que nos permite tomar decisões e, por isso, atuar. Se nos permite atuar, então adquire-se com o fazer, com a prática e demonstra-se através de ações, e não falando sobre ele. Avaliamos o conhecimento de uma pessoa a partir do seu desempenho e não sobre o que disse saber” (Martínez Aldanongo cit in Xavier 2006).

Carvalho e Sousa (1990, p. 8), afirmam que os pais têm uma opinião pouco realista e demasiado optimista sobre a capacidade dos seus filhos. Deste modo, os compartimentos prejudiciais à saúde podem-se manter porque existe um desconhecimento dos riscos e dos procedimentos saudáveis, ou porque o sistema de valores não consegue motivar de uma forma eficaz para que exista a mudança.

1.2. Criança

Monteiro (2005, p. 10) revela que desde a antiguidade que o estudo do desenvolvimento humano era uma prática frequente, sendo marcada por grandes avanços até aos nossos dias. A psicologia do desenvolvimento torna-se ramo da psicologia nos finais do século XX, tendo esta

acompanhado a evolução da ciência e das transformações socioeconómicas, bem como de representações sociais do que é ser criança.

Quinas (1990, p. 5) define que as crianças não são “joguetes” nas mãos dos adultos. São pessoas com sentimentos, interesses, direitos, personalidade, e por isso, necessitam de boas relações humanas.

A autora acima citada reafirma que a criança não é um “adulto em miniatura”, é sim um ser altamente dependente do ambiente humano e físico que o rodeia. As condições favoráveis ou adversas em que cresce e se desenvolve têm influência capital para a sua formação e para a sua saúde.

A definição do “ser criança” não tem sido consensual. Assim, para alguns “ser criança” começa quando se nasce, enquanto que outros defendem o início da infância ainda no ventre materno. (Maria, 2005). A Convenção dos Direitos da Criança (Declaração dos Direitos da Criança, 1959), considera como criança todo o ser humano até aos 18 anos, excepto se nos termos da lei atingir mais cedo a maioridade, estabelecendo uma equivalência entre ser criança, e atingir a totalidade dos direitos cívicos. A criança é encarada na sua individualidade plena com o direito a uma infância feliz, e não simplesmente uma etapa de transição para a idade adulta. Titular de direitos e de liberdades fundamentais e não mero objecto de programas de protecção e assistência, expressão de uma concepção paternalista (Freitas, 2007).

A verdade é que a criança de um período de observação passa para uma necessidade de saber o porquê das coisas e começa a efectuar um pensamento lógico, no entanto apresenta um conhecimento dos outros, das suas características, dos seus interesses e das suas motivações ainda em construção. Demonstra-se então, extremamente necessário o apoio dos adultos e a relação com os seus pares (Grupo Oceano, 2005).

1.3. Saúde

A palavra saúde conforme Louise e Poisier (1994, p. 108) deriva da raiz latina *Sanus* que significa são, começou por ser um conceito redutor – “ausência de doença”.

A obtenção de consensos na luta por melhores condições de vida à saúde na terra depende muito do valor e do significado atribuído à saúde. O conceito de saúde é um dos mais pronunciados, no entanto, não é fácil de precisar, uma vez que está relacionado com a percepção que cada pessoa ou comunidade tem num determinado momento e contexto, e depende de crenças relacionadas com a vida, o sofrimento e o significado da morte (Rodrigues et al., 2005).

Turabian e Franco (2001, p. 18), expressam esta dificuldade de conceptualização, e afirmam que a saúde é uma abstracção, uma vez que não existe senão “a minha saúde” e “a tua saúde”. A saúde de cada pessoa depende do seu projecto de vida, do seu sentido de felicidade, e da sua forma específica de estar no mundo.

Saúde é um fenómeno complexo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (Wong, 1999, p. 2), é “(...) um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”.

Bolander (1998, p. 428), definem como um “(...) estado dinâmico do ser, no qual o potencial de desenvolvimento e comportamento do mesmo é concretizado ao máximo”. A saúde é pois vista como a fonte que nos possibilita o desenvolvimento de uma vida social e economicamente produtiva.

Saúde é assim um recurso para actividade de todos os dias, na dimensão de qualidade de vida e não como objectivo de vida. É considerada actualmente como uma componente importante de desenvolvimento sócio-económico e factor imprescindível ao bem-estar humano, constituindo de facto uma meta a ser atingida (Louise e Poisier, 1994, p. 108).

Seguindo a linha de orientação de Louise e Poisier (1994), o aspecto chave da saúde é o ser-se capaz de pôr em prática, e na sua totalidade, todas as funções inerentes ao ser humano e, ao mesmo tempo, encontrar expressão em todos os domínios da vida: físico, emocional, social, espiritual, profissional, recreativo e político.

1.3.1. Saúde Infantil

De acordo com Faria (2004), o período infantil alarga-se por toda a vida evolutiva do indivíduo, desde a sua concepção até à maturação completa.

A mesma autora refere que para a criança atingir uma saúde plena, é necessária uma adaptação equilibrada, nas diversas etapas sucessivas do seu desenvolvimento, assim como uma melhoria constante das condições envolventes que promovam de forma eficaz a Saúde Infantil.

A finalidade do Programa de Saúde Infantil, de acordo com a Direcção Geral de Saúde (2005), consiste em preparar os futuros profissionais para um melhor desempenho na promoção do desenvolvimento harmonioso das crianças que lhes são confiadas.

De acordo com Stanhope e Lancaster (1999, pp. 568), “(...) as crianças representam um terço da nossa população e de todo o nosso futuro”. A característica da população pediátrica reflecte-se no processo contínuo do crescimento e desenvolvimento, donde resultam mudanças a nível físico, cognitivo e emocional. O enfermeiro é responsável pela prestação directa de serviços à criança e sua família, incluindo a avaliação, prestação de cuidados, educação e aconselhamento.

1.4. Crescimento / Desenvolvimento da criança dos 3 aos 5 anos

O crescimento e desenvolvimento, expressam o somatório de numerosas alterações que ocorrem durante a vida de um indivíduo (Wong, 1999, p. 74).

O crescimento reporta-se aos aspectos quantitativos ou mensuráveis relativos ao tamanho individual. Em contrapartida, o desenvolvimento são os aspectos qualitativos ou observáveis das mudanças do indivíduo (Stanhope e Lancaster, 1999).

O Crescimento refere-se às alterações físicas, e resulta da proliferação de células, crescimento celular ou manutenção e substituição de células (Bolander, 1998, p. 271). Na realidade, o conceito de crescimento engloba, para além do aumento de estatura e peso, o desenvolvimento e diferenciação sexuais e mentais (Lexicoteca, 1985, p. 122).

Desenvolvimento foi definido por Bronfenbrenner (*cit in* Bolander, 1998, p. 221), como “(...) um conjunto de processos através dos quais as propriedades das pessoas e do meio interagem para produzirem constância e alterações nas características da pessoa durante o ciclo de vida”.

A criança com idade entre os 3 e os 5 anos é muitas vezes referida como um pré-escolar, ao qual está habitualmente agrupado num período de desenvolvimento chamado “primeira infância” (Bolander, 1998, p. 245).

Da mesma opinião, Stanhope e Lancaster (1999, p. 570), explica que neste período existe um abrandamento e estabilização do crescimento, reflectindo-se alteração dos padrões do apetite e da alimentação. O aumento das capacidades físicas e a expansão das competências cognitivas tornam possível uma independência cada vez maior. Menciona também, que as intervenções de enfermagem incluem a vigilância do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, avaliação dos padrões de alimentação, sono e iniciação à avaliação dos dentes e esqueleto.

Existem padrões definidos e previsíveis no crescimento e no desenvolvimento que são contínuos, ordenados e progressivos. Esses padrões ou tendências são universais para todos os seres humanos, mas cada ser humano os realiza de maneira e no momento únicos para aquele indivíduo. Para tal, e de acordo com Wong (1999, p. 75), o período etário de desenvolvimento correspondente à idade pré-escolar, é definida como um período:

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

“(...) que se estende desde o momento que a criança atinge a locomoção erecta até à sua entrada na escola, caracteriza-se por descoberta e actividade intensa. É o momento de acentuado desenvolvimento físico e da personalidade. O desenvolvimento motor avança continuamente. As crianças nesta idade adquirem linguagem e relacionamentos sociais mais amplos, aprendem os padrões de função, ganham autocontrolo e domínio, desenvolvem crescente consciência da dependência e independência e começam a desenvolver um autoconceito”.

Entre os 3 a 5 anos, as crianças têm um padrão de crescimento lento e estável. O peso aumenta cerca de 2 a 3 Kg anuais. O peso médio dos 3 anos, encontra-se nos 14,6 Kg, aos 4 anos, por volta dos 16,7 Kg, e por fim aos 5 anos, em torno dos 18,7 Kg. (Wong, 1999, p. 343). As crianças pequenas segundo Bolander (1998, p. 245), perdem a aparência “roliça” de bebés, à medida que o seu crescimento em altura é superior ao ganho de peso, ficando com uma aparência magra e esguia.

Segundo Wong (1999, p. 77 e 343), o comprimento aumenta anualmente de 6 a 8 cm, e da altura do nascimento duplica, por volta dos 4 anos de idade. A altura média aos 3 anos é de 95 cm, aos 4 anos de 103 cm, e aos 5 anos de idade de 110 cm.

Segundo o pensamento de Quinas (1990, p. 6), a criança passa por ricas e variadas transformações de desenvolvimento. Cada ano traz consigo modificações no quadro da maturidade. As modificações do desenvolvimento, a partir dos três anos, são menos espectaculares do que nos anteriores, passando facilmente despercebidas tanto em casa como na escola. Contudo o crescimento é um processo que se opera sem interrupção.

No que respeita a criança de 3 anos, a autora acima citada, descreve que esta se encontra já “senhora de si”, conquista o poder de apreciar e de escolher entre duas alternativas contrárias. Emocionalmente está menos virada para si própria. As suas relações pessoais são mais flexíveis. A dependência de si mesma e a sua sociabilidade equilibram-se uma à outra. Cede lugar a uma compreensão nova das exigências sociais e ir ao encontro delas. Grande parte desta docilidade social assenta em pura maturidade psicomotora.

Relativamente à criança de 4 anos, Quinas (1991, p. 8) esclarece, que é expansiva e afirmativa. A sua actividade motora é muito maior. A actividade mental é mais activa, traduzida num descuidado emprego de palavras e em rasgos de imaginação e fantasia, o que prova ser uma autêntica improvisadora. É alegre, estonteada mas é mais assente do que superficialmente nos pode parecer. Emocional e intelectualmente dá conta de si. A criação de imagens mentais é muito volátil. Move-se numa configuração para outra com grande agilidade.

No que concerne aos 5 anos, Almeida e Soares (2007), explicam que há um rápido desenvolvimento muscular, e grande actividade motora, com maior controlo dos movimentos, já consegue escovar os dentes, pentear-se e vestir-se com pouca ajuda.

A autora Quinas (1990, p. 10), interpreta que aos 5 anos, as crianças são uma espécie de “idade de ouro”, visto as correntes de desenvolvimento fluírem com suavidade. Assinala simultaneamente o termo e o início duma época do desenvolvimento, é muito mais ponderada do que a criança de 4 anos. Não é agressiva nem combativa, amadureceu (Almeida e Soares, 2007). Já tem marcada a sua individualidade. Sente-se bem no seu mundo, que é um mundo de “aqui-e- agora”: o pai, a mãe, o seu vestuário, a cama, a rua, a escola.

Tem um sentido muito forte de posse, as coisas de que gosta, sente orgulho em possuí-las, tende a ser realista e concreta.. Busca o apoio e a orientação dos adultos, gosta de ser ensinada. Nesta idade é uma criança curiosa, fazendo inúmeras perguntas (Almeida e Soares, 2007). A nível intelectual, pensa antes de falar, possui um vocabulário alargado, manifesta um grande interesse pela linguagem, falando incessantemente, constrói frases bem estruturadas.

Busca simpatia e aplauso. É muitas vezes um êxito, é graciosa e sabe disso, tem elegância própria, “idade da graça”, como afirma Quinas, (1994, p. 12). Há pois, uma harmonia e um controlo da psico-motricidade Os seus estados emocionais alcançam os extremos, os psicoterapeutas Almeida e Soares (2007) dão o exemplo de que a criança é desafiante e depois bastante envergonhada. Tem uma confiança crescente em si própria e no mundo.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Em termos sociais, gosta de brincar com outras crianças, quando está em grupo, poderá ser selectiva acerca dos seus companheiros. Está a aprender a partilhar, a aceitar as regras e a respeitar a vez do outro, explicam Almeida e Soares (2007).

As realizações biológicas, psicossociais, cognitivas, espirituais e sociais combinadas durante o período pré-escolar (3 a 5 anos) preparam os pré-escolares, para a mudança mais significativa nos seus estilos de vida, ou seja, a entrada para a escola (Stanhope e Lancaster, 1999).

Freud (*cit in* Wong, 1999, p. 82), considerou os instintos sexuais como significativos no desenvolvimento da personalidade. Contudo usou o termo psicosssexual para descrever o prazer sexual.

Segundo Freud (*cit in* Abrunhosa, 2002, p. 29 e 31), as crianças que se encontram na faixa etária entre os 3-5 anos estão na fase fálica: é durante este período que rapazes e raparigas descobrem que o corpo do homem e da mulher são diferentes e começam a explorar o seu próprio corpo. Apresentam como características da personalidade: orgulho/humildade; sedução/timidez; castidade/promiscuidade.

Freud (*cit in* Grupo Oceano, 2005), explica que a criança demonstra interesse pelas diferenças entre os sexos e normalmente age segundo um jogo imaginativo. Deste modo, as crianças atravessam uma série de ambivalências que as conduzem ao desejo de uma relação com o progenitor do sexo oposto e a hostilidade com o progenitor do mesmo sexo.

A teoria de desenvolvimento da personalidade mais amplamente aceite é aquela avançada por Erikson, (*cit in* Wong, 1999, p. 81). Esta teoria é conhecida como desenvolvimento psicossocial, e enfatiza uma personalidade saudável em oposição a uma abordagem patológica.

No entanto Erikson (*cit in* Abrunhosa 2002, p. 34 e 35), afirma que “o desenvolvimento decorre ao longo da vida por estádios sequenciais”. De acordo com a faixa etária em questão, segundo

este autor, corresponde à 3.^a idade: a criança vai começar a desenvolver as suas próprias actividades. Faz distinção entre dois pólos: o positivo em que a criança desenvolve o sentido de iniciativa, tem objectivos e procura realizar tarefas e actividades, o que dá prazer. O pólo negativo refere-se à culpabilização da criança, com relutância em agir de acordo com os seus próprios desejos, e em ser independente, caso os pais sejam excessivamente punitivos, não permitindo que o filho desenvolva as suas próprias iniciativas.

O desenvolvimento cognitivo consiste em alterações ligadas à idade em que ocorrem as actividades mentais. A teoria mais conhecida, e abrangente das já descritas, em relação ao pensamento das crianças, foi desenvolvida pelo psicólogo Jean Piaget (*cit in* Wong, 1999, p. 81).

Para o psicólogo citado, o desenvolvimento é descrito a partir de quatro estádios, sendo o estádio pré-operatório (2-7 anos), o que se identifica neste estudo. A característica predominante do estágio pré-operacional do desenvolvimento intelectual, é o egocentrismo (Wong, 1999, p. 81). A criança acha que o mundo foi criado para si e não é capaz de perceber o ponto de vista do outro. Este egocentrismo estende-se aos objectos e outros seres vivos, aos quais a criança atribui intenções, pensamentos, emoções e comportamentos próprios do ser humano.

As crianças também adquirem raciocínio moral numa sequência de desenvolvimento. O desenvolvimento moral, conforme descrito por Kohlberg (*cit in* Wong, 1999, p. 82), baseia-se na teoria do desenvolvimento cognitivo. As crianças, nesta fase julgam se uma acção é boa ou má, dependendo dela resultar em recompensa ou castigo. Quando as crianças são castigadas. Quando não castigadas, a acção é boa, independentemente do significado do acto (Wong, 1999, p. 344).

Quinas (1990, p. 6) acrescenta ainda, em tom conclusivo, que o desenvolvimento leva tempo, é um processo continuado. Inicia-se com a concepção, avança fase após fase, numa sequência ordenada. O ciclo de desenvolvimento humano é contínuo. Todo o crescimento assenta num crescimento anterior. Contudo o passado é sempre o prelúdio de tudo. Assim, o conhecimento de

algumas características das crianças, contribuirá para a criação de condições ao seu bom desenvolvimento.

1.5. Saúde Oral Infantil

Com a evolução da sociedade, a preocupação com a saúde oral tem-se generalizado:

“Uma boca e uma dentição saudáveis são muito importantes, quer para o convívio social quer para a saúde global do corpo. Sendo um foco de infecção, uma carie dentária, que pode estar na origem de um problema de coração, da pele, das articulações ou dos rins” (Almeida cit in Madureira, 1994, p. 5).

Procedendo a ideia de Almeida (1994), a placa bacteriana é um aglomerado de bactérias que se junta no espaço entre as gengivas e os dentes e que, pela produção de ácidos de enzimas, está na base de cárie dentária e da gengivite. Uma escovagem dentária cuidadosa consegue remover grande parte da placa bacteriana, mas o seu controlo total é muito difícil porque existem espaços onde a escovagem não consegue actuar. Por isso, é importante auxiliar a acção da escovagem dentária com outros métodos de combate à placa bacteriana.

Segundo Bolander (1998, p. 1085), a saúde oral é de extrema importância. Os problemas orais podem causar diminuição de apetite, dor localizada e doença sistémica.

Os cuidados com a saúde oral das crianças devem assim começar durante a gravidez. A alimentação da mãe é decisiva para fornecer os nutrientes essenciais para um adequado desenvolvimento da dentição, nomeadamente cálcio e flúor (Pereira, 2007).

A Direcção Geral da Saúde (2005) aponta que na consulta de saúde materna ou de vigilância da gravidez, a boca da mãe deve merecer particular atenção. Em caso de gravidez programada, a futura mãe, deverá fazer todos os tratamentos dentários necessários a uma boa saúde oral. Se já

estiver grávida e tiver dentes cariados ou doença periodontal, não deve deixar de proceder ao necessário tratamento.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral foi alargado a grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde. O presente alargamento visa promover a saúde oral das grávidas, com o objectivo de avaliar e diminuir a incidência, e a prevalência das doenças orais, através da prestação de um conjunto de cuidados de medicina dentária, nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento (Diário da República, 2008).

O acesso às consultas de medicina dentária realiza-se através de um cheque-dentista, personalizado, emitido e entregue pelo centro de saúde onde a utente é seguida. Os cheques-dentista apenas começarão a ser disponibilizados às grávidas a partir de 1 de Maio (www.min-saude.pt). O somatório destes não podem ultrapassar os 120 euros. A execução dos tratamentos pode ser concluída até 60 dias após o parto (Diário da República, 2008).

É então considerado pelo Ministério da Saúde (2006), que uma boa saúde oral da mãe favorece a boa saúde oral do filho. Ainda antes de o bebé nascer, as consultas de vigilância da gravidez, são uma boa oportunidade para sensibilizar os pais para a importância da saúde oral no contexto de uma saúde global. Por isso, as mensagens devem dar destaque, aos cuidados a ter com a alimentação e a higienização da boca da criança, especialmente após a erupção do primeiro dente.

O Ministério de Saúde (2006) considera desta forma, que uma boca saudável na idade adulta depende dos cuidados que forem mantidos desde o berço. Quanto mais cedo se iniciar o hábito diário de higiene oral, melhores perspectivas há de evitar as doenças orais, por isso, é necessário criar junto da criança o hábito de higiene oral desde a erupção do primeiro dente.

Adoptando o raciocínio de Rosa (*cit in* Madureira, 1994, p. 7), os dentes são, por um lado, os elementos mais duros do nosso corpo, mas não deixam por isso de ser, também dos mais frágeis e susceptíveis de problemas que nos fazem sofrer e muito. Algumas vezes, mais ainda do que as

respectivas enfermidades e dores específicas, os dentes também estão, na origem de muitos e variados transtornos de saúde reflectidos em diversas partes do nosso organismo. Para tal, o autor citado expressa que “o que mais sempre vale é prevenir”, antes e mais do que ter de remediar.

Em concordância com Madureira (1994, p. 15), uma das mais recentes e importantes constatações é a crescente consciencialização da população em geral sobre a importância da prevenção, no que refere aos problemas de saúde e, em particular, à saúde oral. Se o conceito “prevenção” é da maior importância quando o tema é saúde, ele transforma-se em algo de prioritário quando se fala especificamente de saúde oral, que se deve iniciar de forma precoce e acompanhar todas as fases do indivíduo.

Ainda segundo Madureira (1994, p. 15), do mesmo modo que se submete o recém-nascido a um exame de rotina, deveria acompanhar-se, também por rotina, o desenvolvimento da dentição na criança. É muito importante que a boca e os dentes, que tanta relevância vão ter ao longo da vida, recebam atenção desde cedo. A boca e os dentes permitem-nos levar a cabo tantas funções e de forma tão rotineira que, na maior parte das vezes, perde-se a perspectiva da influência que têm na vida de cada um de nós.

Segundo Costa et al. (2006), os cuidados de saúde oral infantil devem iniciar-se no período pré-natal, fornecendo uma informação adequada aos futuros pais e sensibilizando-os para a importância e o impacto de uma boa saúde oral. Estes cuidados devem ser vistos como a base para uma educação preventiva que proporcione as condições para um óptimo crescimento, desenvolvimento e funcionamento. Antes do nascimento do primeiro dente, alguns factores podem afectar a sua aparência e a sua saúde de forma permanente. Existem alguns medicamentos que, se forem administrados às grávidas, às mães que amamentam ou às crianças, no período em que se estão a formar os dentes, podem causar a descoloração ou alterações na formação dos dentes (Ministério da Saúde, 2006).

Ainda o Ministério de Educação (2006) refere que os dentes temporários ou decíduos, habitualmente designados por dentes de leite, têm tanta importância para o correcto desenvolvimento da criança como qualquer outro órgão ou sistema. Passar os bons hábitos de higiene oral para as crianças é uma das lições de saúde mais importantes que se lhes pode ensinar

Falé (2006), afirma que um grande número de pessoas desconhece que cuidar dos dentes desde a infância tem um efeito muito importante sobre a saúde global. Atitudes e hábitos adquiridos na infância relativamente aos dentes são críticos para uma boa saúde oral e de todo o organismo no decorrer da vida.

É muito importante que os dentes de leite permaneçam na boca até chegar a altura de caírem naturalmente. Na opinião de Cordeiro (2007), são importantes porque ajudam: na manutenção de uma boa nutrição, ao permitirem uma boa mastigação; no desenvolvimento correcto da fala e da linguagem; na erupção dos dentes permanentes, estes guardam espaço necessário para correcta erupção, e ter um sorriso bonito, o que dá à criança uma maior aceitação social, melhorando auto-estima/imagem.

A avaliação do risco em saúde oral é pois um instrumento essencial, na área do planeamento em saúde, para a identificação precoce dos indivíduos ou grupos potencialmente susceptíveis de desenvolverem determinadas condições patológicas. Permite correlacionar a cárie dentária com os seus determinantes. O risco pode ser definido como a probabilidade de ocorrer um determinado evento num determinado período de tempo (www.dgsaude.pt).

Tendo em consideração a estratégia de intervenção individual e comunitária que o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (Ministério da Saúde, 2005) preconiza, a análise de risco baseia-se em:

- Exame objectivo da boca: experiência de cárie, incluindo número de dentes cariados, perdidos e obturados;

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

- Antecedentes pessoais: incluindo doenças sistémicas, doenças associadas com a cárie, medicação habitual (especialmente xaropes e fármacos xerostomizantes, tais como os antiadrenérgicos e parasimpaticolíticos);

- Conteúdo da dieta: ingestão de alimentos cariogénicos;

- Frequência de ingestão de alimentos;

- Controlo da placa bacteriana: reporta-se à frequência da escovagem dentária diária e aos utensílios utilizados;

- Utilização de fluoretos: escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado;

- Motivação para a saúde oral: opinião prognóstica do examinador baseada na motivação da criança para a profilaxia da cárie.

1.6. Dentição

Não os vemos, mas os dentes estão presentes logo no momento do nascimento. É que começam a ser formados durante a gravidez. Longo processo que só termina quando a chamada dentição definitiva está completa (Pereira, 2007).

Os anos pré-escolares produzem também notáveis mudanças nos dentes das crianças (Kail, 2004). A dentição, que é como quem diz, a erupção dos dentes, inicia-se habitualmente por volta dos 6 meses de idade e termina por volta dos 3 anos (Cordeiro, 2007).

De facto, e conforme Fernandes (2006) argumenta, a formação dos dentes, desenvolvimento da dentição, e crescimento do complexo craniofacial estão interligados quer durante o período pré-

natal quer pós-natal. Ao nascer não há normalmente dentes visíveis na boca, mas já se encontram muitos dentes nas diversas fases de desenvolvimento no interior da estrutura óssea das arcadas dentárias. A calcificação dos dentes de leite começa por volta do quarto mês de gestação, perto do fim do sexto mês todos os dentes de leite já começaram o seu desenvolvimento. Nos primeiros anos aparece a dentição decidual ou de leite e mais tarde a dentição permanente.

A boca constitui a primeira parte do nosso sistema digestivo, e é o local onde se realizam duas das funções essenciais para a digestão: a mastigação e a insalivação dos alimentos. Além disso, a boca intervém, também, no processo de respiração, na fonação, convertendo em fala as vibrações produzidas nas cordas vocais, e no sentido do gosto. Explica Rosa (*cit in* Madureira, 1994, p. 9).

Seguindo o raciocínio da autora acima referido, a cavidade bucal é composta por diferentes estruturas anatómicas. Destacam-se os lábios, as faces, a língua, as arcadas dentárias, o palato, a base da boca e os dentes. Os dentes têm a função indispensável: cortam e trituram os alimentos. Cada dente é constituído por diferentes zonas: a coroa (parte visível do dente), e a raiz que se denomina “colo” do dente. O dente é formado por um material duro, dentina ou marfim, encontrando-se a coroa coberta por uma substância branca, o esmalte. A raiz, por sua vez, está recoberta por uma camada - “cimento”, reforça Rosa (*cit in* Madureira, 1994, p. 9).

A boca divide-se em duas arcadas dentárias, onde estão implantados os dentes, afirma Rosa (*cit in* Madureira, 1994, p. 9). Normalmente começam a “nascer” por volta dos 6/7 meses de idade. Os incisivos centrais inferiores são os primeiros a aparecer. São seguidos um mês mais tarde pelos centrais superiores. Após 2 meses surgem os laterais inferiores e posteriormente os superiores. Os dentes em ambas as arcadas (maxilar superior e mandíbula), aparecem aos pares. Com cerca de 1 ano de idade, (Pereira, 2007), erupcionam os primeiros molares de leite. Os caninos deciduais aparecem por volta dos 16 meses e terminam o seu desenvolvimento quando surgem os segundos molares, e a criança atinge os 2,5-3 anos, em situações normais, com 20 dentes temporários (10 superiores e 10 inferiores). Por altura dos 5 anos de idade o crescimento

das arcadas dentárias é manifesto por alguma separação dos dentes deciduais. É usual que o aparecimento da dentição de leite provoque febre e fezes mais líquidas, explica Fernandes (2006).

Na dentição permanente, os primeiros dentes a emergir são os primeiros molares, seguidamente os segundos, na idade dos 6 anos. São muito maiores que qualquer dente decidual e não podem fazer a sua entrada antes que o desenvolvimento da mandíbula atinja um estágio que permita suficiente espaço. Este processo estará concluído entre os 18 e os 28 anos. Os últimos dentes a aparecer são os chamados “dentes do siso” (Fernandes, 2006).

Fernandes (2006), ressalva ainda que a dentição decidual, é considerado pela maioria, que não é séria, uma vez que será substituída. Na generalidade consideram que qualquer dano ou perda prematura, não é importante, é uma visão errada e tem prejudicado o desenvolvimento dental das crianças.

Segundo (Pereira, 2007), os dentes de leite desempenham funções importantes no desenvolvimento das crianças: ajudam à mastigação, contribuem para a manutenção do espaço em que vão nascer os dentes permanentes, facilitam a articulação dos sons, intervêm na respiração, na deglutição e no crescimento dos maxilares.

Kail (2005), partilha da mesma opinião, e afirma que pode parecer estranho dedicar tanto tempo a dentes que, de qualquer forma, irão cair, mas dentes de leite carenciados, podem prejudicar o desenvolvimento dos dentes permanentes.

Os dentes de leite são temporários mas devem ser levados a sério, pois são fundamentais para uma dentição permanente saudável. É certo que vão ser substituídos, mas a verdade é que se mantêm na boca por vários anos. Alguns podem estar mesmo em uso dos 6 meses aos 12 anos, o que justifica que se cuide deles como se definitivos fossem (Pereira, 2007).

Enquanto as crianças ainda são muito novas, nomeadamente até aos 3 anos, é conveniente serem os pais a lavar os dentes, de forma a garantir que são correctamente limpos. A partir dessa idade, já podem ser as próprias crianças a proceder à sua limpeza, explica médica dentista Coito (www.medicosdeportugal.iol.pt). Em contrapartida, a Direcção Geral de Saúde (2005) aponta que a partir dos 3 anos de idade a escovagem dos dentes, deve continuar a ser realizada ou supervisionada pelos pais, dependendo da destreza manual da criança.

Cordeiro (2007) defende que, “as crianças tendem a aprender por imitação”. Deste modo, é aconselhável lavar os dentes junto dos pais. Deve-se ensiná-las a proceder à lavagem duas vezes por dia (de manhã, após o pequeno almoço, e a noite antes de ir para a cama) durante dois minutos. Uma preocupação adjacente a toda essa educação deverá ser a desabituação e desencorajamento das chupetas e de “chuchar” no dedo. Essa atitude de desincentivo vai promover o correcto desenvolvimento do palato e, conseqüentemente, da estrutura maxilar.

Segundo o Ministério de Saúde (2006), uma boa forma de evitar as cáries dentárias não é só através de uma boa limpeza, como também pela aplicação de flúor. Nas crianças, o flúor deve ser administrado o mais cedo possível, desde a primeira dentição. Para isso, as crianças devem usar uma pasta que contenha entre 1000 a 1500 ppm de flúor. Pode-se absorver flúor também bebendo água da rede pública, leite ou com bochechos de elixires. Em contrapartida Cordeiro (2007) admite que entre os 3 e os 5 anos, a pasta de dentes deve ser adequada à idade por apresentar uma dose de flúor menor que a pasta dos adultos, devido ao risco de ingestão, ainda presente, deste modo sugere, 250 ou 500 ppm de flúor.

A escova deverá ser macia, as cerdas do mesmo tamanho, e de dimensão adequada a boca e mão da criança (Cordeiro, 2007). Os movimentos deverão ser vibratórios horizontais ou circulares suaves, tipo vai-vém. A quantidade adequada deverá ser idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança. Não é recomendado o suplemento sistémico de fluoretos, excepcionalmente a crianças de alto risco à cárie dentária.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral da Direcção Geral de Saúde (2005), propõe que a técnica de Escovagem dos dentes, para remover a placa bacteriana de modo eficaz, necessita “ser feita com rigor e demora 2 a 3 minutos”. Utilizando uma escova manual, a escovagem faz-se da seguinte forma:

- inclinar a escova em direcção à gengiva (cerca de 45°) e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares, de modo a que os pelos da escova limpem o sulco gengival (espaço que fica entre o dente e a gengiva);

- se for difícil manter esta posição, colocar os pêlos da escova perpendicularmente à gengiva e à superfície do dente;

- escovar 2 dentes de cada vez (os correspondentes ao tamanho da cabeça da escova), fazendo aproximadamente 5 movimentos nas superfícies dentárias abrangidas pela escova;

- começar a escovagem pela superfície externa (lado da bochecha) do dente mais posterior de um dos maxilares, e continuar a escovar até atingir o último dente da extremidade oposta desse maxilar;

- com a mesma sequência, escovar as superfícies dentárias do lado da língua;

- proceder do mesmo modo para fazer a escovagem dos dentes do outro maxilar;

- escovar as superfícies “mastigatórias” dos dentes, com movimentos de vaivém;

- por fim pode escovar-se a língua.

Segundo Madureira (1994), se a técnica de escovagem for correcta, uma única vez por dia pode ser suficiente. No entanto, para assegurar uma boa higiene dental, é recomendável fazê-lo duas a três vezes, depois de cada refeição, e com especial cuidado, antes de deitar.

Admite-se que uma escova, mesmo de boa qualidade, deve ser substituída de 3 em 3 meses (Pereira, 1993).

Idealmente a primeira visita ao médico dentista, deverá ser pelo menos aos 3 anos de idade, para se poder detectar qualquer problema na boca da criança, nomeadamente, cárie, alterações nos dentes e mucosas, alterações de crescimento ou estrutura, etc (Cordeiro, 2007).

Madureira (1994) afirma que, cada criança deverá ir de 6 em 6 meses ao dentista, ou com frequência indicada pelo profissional, em cada caso particular

A importância da dieta na etiologia da cárie dentária tem sido amplamente demonstrada, sendo grande a evidência científica de que o processo cariogénico está directamente relacionado com a produção de ácidos na placa bacteriana. Quaisquer modificações na dieta que resulte uma redução tão grande quanto possível dum substrato fermentável pelas bactérias cariogénicas traduzem-se, numa diminuição importante na incidência de cárie (Pereira, 1993).

Infelizmente, os alimentos mais apreciados pelas crianças são chamados cariogénicos, ou seja, contêm açúcar e causam a cárie. Na opinião de Cordeiro (2007, p. 144), “é preciso saber escolher os alimentos correctos e doseá-los”. Estes alimentos não devem ser dados várias vezes ao longo do dia, mas sim num determinado momento do dia, como após uma refeição e depois escovar os dentes.

A saliva desempenha um papel de extrema importância na patogénese da doença. Para além da função digestiva (lubrificação do bolo alimentar/deglutição), exhibe múltiplas propriedades protectoras, nomeadamente, na manutenção da integridade das mucosas, do equilíbrio ecológico,

do pH, e da integridade das estruturas dentárias, além de uma acção anti-bacteriana, anti-fúngica e anti-vírica (Pereira 1993).

Deste modo, Cordeiro (2007), explica a importância da escovagem da noite. É a altura propícia a criar condições ideais para a formação de cáries dentárias, porque a criança não come, nem fala, logo há uma diminuição da saliva (protectora de bactérias), os dentes não batem uns nos outros, o que leva a diminuir a autolimpeza, e por fim, a língua está parada e não ajuda na limpeza.

1.7. Higiene

Bolander (1998, p. 1074) aclara que a higiene é um conjunto de práticas que conduz à preservação da saúde assim como a limpeza. Na vida normal de todos os dias, nós satisfazemos as nossas próprias necessidades de higiene.

Ainda o autor citado acima refere que, os cuidados de higiene são baseados numa avaliação inicial das necessidades e preferências que ajuda a estabelecer objectivos desejáveis: conforto e relaxamento, estimulação da circulação, limpeza, melhorar a auto-imagem e tratar da pele.

Em concordância com a Organização Mundial de Saúde (2006), os hábitos de higiene pessoal desenvolvem-se durante a infância e são influenciados pela experiência cultural e os ensinamentos das pessoas significativas. A família e as influências culturais têm maior implicação nos comportamentos higiénicos actuais do que os princípios científicos.

Todos nós temos uma perspectiva individual das necessidades de higiene e conforto. Desenvolvemos essa perspectiva através das experiências de vida (antecedentes culturais e sociais, as práticas de pessoas significativas, estilos de vida individuais, problemas físicos, estado emocional, custo e publicidade) Bolander (1998, p. 1076).

1.7.1. Higiene Oral

O nascimento do primeiro dente é sempre um momento de expectativa. É também o momento essencial para investir nos cuidados de higiene oral: a prevenção é eficaz desde que iniciada precocemente (Pereira, 2007).

Segundo Pereira (1993), a higiene oral, quando entendida como um meio para prevenir as doenças orais, tem como objectivo principal, o controlo da placa bacteriana. A maioria das pessoas associa a prática da higiene oral apenas com a remoção de restos alimentares e outros depósitos que podem formar-se sobre as estruturas dentárias.

A Direcção Geral de Saúde (2005) afirma que a higiene oral deve ser abordada no contexto da aquisição de comportamentos de higiene pessoal. As aprendizagens deverão relacionar os saberes com as vivências, dentro e fora da escola. Deste modo, os conteúdos da saúde oral e da higiene oral podem ser associados ao desenvolvimento de hábitos de higiene pessoal e de vida saudável. Na escola, recomenda-se que as crianças façam uma das escovagens dos dentes no próprio estabelecimento de ensino que deve ser orientada pelos educadores. Será de estimular a auto-responsabilização da criança pela sua higiene oral, de manhã e à noite.

Se iniciada precocemente, a higiene oral permite um adequado crescimento, desenvolvimento, funcionamento e manutenção da dentição infantil. É meio caminho andado para ter dentes saudáveis toda a vida (Pereira, 2007).

Manter uma boa Higiene Oral é uma das atitudes mais importantes que pode fazer pelos dentes e pelas gengivas. Uns dentes saudáveis não só permitem que a pessoa pareça e sinta bem como, também, tornam possível que coma e fale adequadamente. Uma boa saúde oral é importante para um bem-estar total. Um cuidado diário preventivo vão ajudar a travar os problemas que surjam antes que evoluam, e é muito menos doloroso, dispendioso e incomodativo. Interpretação consumada por Colgate (2006).

Dentes saudáveis são muito mais do que um sorriso bonito. Ajudam a mastigar bem os alimentos e a falar com mais clareza, mas é preciso cuidar deles desde cedo, para que se mantenham saudáveis ao longo da vida (Pereira, 2007).

1.8. Educação na criança

A educação é determinante para a construção da cidadania e a apropriação das competências transformadoras e criadoras de condições de vida saudável na Terra (Rodrigues et al., 2005).

Segundo Cabrita e Custódio (2002, p. 56), é importante educar para que o indivíduo tenha a capacidade de optar de forma deliberada e consciente ao longo de toda a vida, porque a educação é um processo contínuo que se constrói desde o nascimento até à morte.

A educação tem como objectivo conseguir o máximo da criança, isto é, ajudá-la a desenvolver plenamente as suas qualidades e capacidades. Para tal, é preciso descobrir quais os métodos educacionais a aplicar, que não serão de modo nenhum, os mesmos para todas as crianças. Isto é importante em todas as idades, tanto no lar como na escola, tanto com os pais como os professores, explica Quinas (1990, p. 5).

De acordo Com a CIPE (1999, p. 66),

“(...) educação da criança é um tipo de processo familiar com as características específicas: socialização e educação da criança, satisfazendo as suas necessidades básicas e individuais, desempenhando comportamentos que suportam a transmissão da cultura e das tradições das gerações dos mais velhos para as novas gerações”.

Ensinar às crianças os cuidados de Higiene Oral correctos o mais cedo possível é um investimento para a saúde delas com resultados visíveis no futuro. Desde cedo incentivar as crianças a cuidar bem dos seus próprios dentes, é ideia que a saúde oral é algo a valorizar.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Qualquer coisa que se torne uma brincadeira, como escovar os dentes com os filhos ou deixar escolher a sua própria escova de dentes, incentiva um cuidado oral correcto. Aconselha Colgate (2006).

O Ministério da Saúde (2005) recomenda estimular a criança a ver que uma visita ao profissional de saúde oral é uma experiência positiva, e que ajuda a manter uma boa saúde. Ao incentivar uma atitude positiva, aumenta as hipóteses da criança visitar regularmente o profissional de saúde oral ao longo da vida, e reduz a necessidade de tratamentos mais invasivos e potencialmente geradores de medo e ansiedade.

Por tudo isto, é importante motivar e educar as crianças quanto à importância do cuidado com os dentes o mais cedo possível, não só numa perspectiva de saúde oral, mas também na alimentação, na aprendizagem da fala e no desenvolvimento da autoconfiança, de acordo com Coito (www.medicosdeportugal.iol.pt).

Em concordância com Quinas (1990, p. 5):

“Para uma boa educação é preciso ter presente que a criança é um ser que carece de uma família onde reine o amor, a disciplina, a ordem, em que os pais consigam tempo para estar com elas, e sintam satisfação no seu papel de pais”.

1.9. Saúde Comunitária

Saúde é o termo essencial numa estrutura da prática da enfermagem comunitária. A Enfermagem Comunitária centra-se na prevenção da doença e na promoção da saúde (Stanhope e Lancaster, 1999).

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

De acordo com a CIPE (1999, p. 67), “(...) é um tipo de composição da comunidade com as características específicas: taxa relativa de saúde numa comunidade, estado ou condições de uma comunidade quanto aos níveis relativos de saúde e de doença”.

Ainda Stanhope e Lancaster (1999), explica que saúde comunitária, é satisfazer necessidades colectivas através da identificação de problemas, de gestão das interações dentro dessa comunidade e da sociedade geral.

Os cuidados de enfermagem à comunidade tem o objectivo de promover e preservar a saúde da população, ao longo da vida do indivíduo entre um contínuo saúde-doença, com a participação do utente e outros profissionais de saúde (Bolander, 1998, p. 496).

Educação para a Saúde

Uma das vias para intervir nas várias esferas da vida das pessoas no sentido de promover a adopção/modificação de comportamentos saudáveis é a Educação para a Saúde. Visa ser um processo interactivo e dinâmico, informativo e formativo. Este processo, pretende reduzir a distância entre as práticas óptimas de saúde e o que se constata actualmente, sendo o principal objectivo promover alterações positivas nos comportamentos de saúde, motivando as pessoas a adquirirem a capacidade individual e colectiva de actuarem de forma a promoverem a saúde individual ou a da colectividade, através da comunicação (www.dgsaude.pt).

Seguindo o raciocínio de Rodrigues et al. (2005), a saúde é um bem, e a educação para a saúde uma missão que deve ser encarada com sentido pedagógico, didáctico e de investigação. A estratégia psicológica e pedagógica é determinante para a adesão dos sujeitos ao significado da mensagem.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Como propõe Russel (www.dgsaude.pt): “Para desenhar um programa de Educação para a Saúde é necessário ter conhecimentos sobre comportamentos e sobre os factores que produzem a mudança”.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (Madureira, 1994), o conceito de Educação para a Saúde consiste em “(...) proporcionar às pessoas conhecimentos e capacidades que lhes permitam resolver os seus problemas de saúde”.

Educar para a saúde implica abertura à criatividade. Educar os indivíduos para a criatividade, é fazê-los mais plenamente humanos, mais perceptivos, sensíveis, imaginativos, independentes, singulares, originais e distintos (Bono *cit in* Rodrigues et al, 2005). Ajuda-os na resolução de problema, na aquisição de novos conhecimentos, e nas gerações do presente e do futuro a sobreviver (Torrance *cit in* Rodrigues et al, 2005).

Deste modo, Cabrita e Custódio (2002, p. 56), asseguram que a educação para a saúde visa obter maior qualidade de vida, através da operacionalização de mudanças que se traduzem na adopção de comportamentos saudáveis, por parte do indivíduo, família e comunidade.

Stanhope e Lancaster (1999, p. 266), definem educação para a saúde como:

“(...) uma parte vital da enfermagem comunitária. A promoção, manutenção e restabelecimento da saúde requer que os utentes comunitários recebam um conhecimento periódico de informação relacionada com a saúde”.

No pensamento de Greene e Simons-Morton (*cit in* Rodrigues et al., 2005, p. 49), “diferentes indivíduos, grupos, comunidades ou instituições podem assumir diferentes papéis na educação para a saúde”.

De acordo com Rodrigues (2005), a educação para a saúde apresenta-se como um eixo prioritário de investigação em saúde, uma vez que demonstrou a necessidade de intervir cada vez mais em prevenção de doença e promoção de saúde, intervindo de forma precoce na saúde infantil.

Falando de educação para a saúde é necessário também falar de promoção de saúde, sendo esta um processo que permite o aumento e a melhoria da saúde para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social, assim como a promoção da saúde em saúde infantil como afirma Carvalho e Cordeiro (1990), tendo como objectivo privilegiar o crescimento e o desenvolvimento da criança, no contexto da promoção de saúde da família.

Na promoção da saúde, compete ao enfermeiro a identificação da situação de saúde da população e dos recursos da criança/família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde da criança através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; a disponibilização de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela criança (Rodrigues et al, 2005).

1.10. Papel dos Enfermeiros e Pais

O planeamento em saúde é então um processo de mudança através do qual se pretende melhorar o futuro tendo o passado ou presente como referência. Depende da qualidade do plano elaborado e da capacidade de o gerir e administrar. Igualmente os interesses e valores que a sociedade e os indivíduos atribuírem à saúde, são aspectos fundamentais a ter em conta na elaboração de qualquer plano (Ministério da Saúde, 2006).

Os enfermeiros são frequentemente chamados a assumir um papel importante no campo da educação para a saúde, pela sua formação, experiência e competência diferenciada em diversas dimensões dos cuidados de saúde (Rodrigues et al, 2005).

Neste contexto, é obrigação dos profissionais de saúde oral/enfermeiros levarem a cabo actividades através das quais se alcance uma preparação permanente das pessoas, no sentido de que estas aprendam a conhecer a sua boca, a sua fisiologia, as doenças mais frequentes, as medidas preventivas, a viver em saúde e a participar na protecção da saúde colectiva. Esta nova estratégia de tentar aumentar o grau de conhecimento da população sobre as questões de saúde, nomeadamente de saúde oral, pode constituir um primeiro passo decisivo para conseguir mudanças de comportamento duradouras, as quais conduzirão, a médio e longo prazo, a uma melhoria do estado geral de saúde pública (Madureira, 1994, p. 11).

A educação das crianças, com o objectivo de motivá-las para uma utilização regular, com técnica e horário convenientes da escova dentária, deveriam constituir para todos os profissionais de saúde oral/enfermeiros, um verdadeiro imperativo na sua prática clínica do quotidiano (Pereira, 1993).

Em concordância com Stanhope e Lancaster (1999), o papel do enfermeiro dá a oportunidade de ensinar as crianças e os prestadores de cuidados a nível da promoção, prevenção e manutenção da saúde e, no regime ambulatorio, de prestar cuidados centrados na família.

Neste sentido o enfermeiro, será um educador de saúde, que segundo Greene e Simons-Morton (*cit in* Rodrigues et al., 2005, p. 49), é descrito como:

“um especialista da equipa de saúde que diagnostica as questões de saúde numa perspectiva pedagógica, seguindo por esta via estratégias de intervenção educativa, através de uma metodologia programada e cientificamente avaliada”.

Atendendo que cada enfermeiro de saúde comunitária tem a seu cargo um determinado número de famílias, estas devem ser trabalhadas no sentido de as orientar a nível dos problemas que possam condicionar a saúde do agregado. Assim, devem haver orientações escritas (por exemplo, panfletos) sobre este tema. Deveriam também, ser realizadas reuniões periódicas à família, e visita domiciliária, em horário acessível à sua disponibilidade, promovendo uma actuação

continua na prevenção de modo a evitar a intervenção hospitalar. As intervenções e atitudes referidas anteriormente, pretendem promover a ligação estabelecida entre a família, a sociedade e a instituição que a criança frequenta (Stanhope e Lancaster, 1999).

Os infantários proporcionam um sistema ambiental para a população de crianças. O enfermeiro comunitário pode estabelecer programas e servir como recurso aos infantários. Podem fornecer informação aos educadores, e aqueles que trabalham com as crianças, sobre prevenção da doença, de forma a aumentar a saúde (Stanhope e Lancaster, 1999, p. 587).

O papel dos enfermeiros passa então, como expõe Hansons (2005), por uma interacção com as famílias, com outros profissionais de saúde, utilizando a perspectiva de família para orientar na prestação de cuidados de saúde, na educação para as famílias ou prestadores de cuidados, na investigação com o objectivo de potenciar a enfermagem em saúde infantil e também nas propostas e avaliação de políticas de saúde.

Para tal, os enfermeiros devem estar também conscientes de que as famílias com poucos recursos económicos, e as que não têm seguro de saúde, têm mais dificuldade em promover a saúde do que as que não têm outros métodos de pagamento. Por isso os enfermeiros devem ter esta questão em conta, que segundo Pridham (*cit in* Hanson, 2005, p. 272) deve ser: “(...) através de uma orientação antecipada, que passa por fornecer informação sobre o que esperar em várias situações, e como lidar com os problemas de desenvolvimento e mudanças na vida indesejados”.

Os enfermeiros desempenham um papel importante na sensibilização do ensino às famílias, quando adoptam estratégias com vista à redução das consequências face à higiene oral. Cabrita e Custódio (2002), constataam que a auto-participação e auto-responsabilização são um direito e dever em que o enfermeiro é o agente de mudança, levando para um trabalho com o utente e família, interagindo e determinando as necessidades para a sua satisfação, fazendo-o acreditar na capacidade que tem para gerir os seus próprios recursos.

Assim os programas de educação para além de fornecerem dados estatísticos, proclamam conselhos para valorizar a situação, devem ter em conta os indivíduos para quem a informação se dirige, incidindo sobre as formas de pensar e agir do indivíduo.

É importante que os enfermeiros que trabalham nos centros de saúde e muito competentemente os que desenvolveram a sua actividade na consulta de saúde infantil, aproveitem este espaço privilegiado para sensibilizarem os pais para a importância da lavagem dos dentes durante a infância (Direcção Geral de Saúde, 2006).

A família constitui “(...) o primeiro entorno educativo das crianças e também o principal, pois os seus pais têm uma acção mais contínua e estável, sendo o seu papel sem dúvida, muito significativo” (Garcia, 1991, p. 5). Por esta razão, a participação dos pais na educação dos filhos constitui um aspecto importante na função educativa.

Uma visão simplista da educação das crianças, é que a acção dos pais é tudo o que realmente importa. Com o seu comportamento, os pais determinam directa e indirectamente o desenvolvimento dos filhos (Kail, 2004).

Os pais são intervenientes fundamentais nos programas de saúde oral e é fundamental que sejam englobados na equipa de projecto enquanto parceiros activos na programação de actividades de modo a poder resolver-se eventuais resistências (www.dgsaude.pt).

A actuação dos pais na educação pode ser descrita em termos de dimensões gerais, que são como traços de personalidade, no sentido de que representam aspectos estáveis do comportamento parental – aspectos que se mantêm em várias situações (Holden e Miller *cit in* Kail 2004).

Uma vez estabelecidos os padrões, apropriados para a idade da criança, estes devem ser reforçados constantemente. Os pais devem insistir para que os seus filhos lavem os dentes sempre, e não só de vez em quando. Quando os pais reforçam as regras de maneira inconstante,

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

as crianças passam a encará-las como opcionais e não como obrigatórias, e tentam não cumpri-las (Conger, Patterson e Ge *cit in* Kail 2004).

Segundo Cordeiro (2007), os pais devem consciencializar-se de que a saúde oral dos seus filhos tem de ser uma preocupação, devendo regularmente levantar o lábio superior e procurar qualquer tipo de descoloração nos dentes da frente.

Neste período de progressiva autonomia da criança, o exemplo dos pais é da maior relevância. Na sua tentativa de imitação, a criança, vai adquirindo o hábito da higiene oral. Por isso, nesta fase deve-se fomentar o início da escovagem dos dentes (www.dgsaude.pt).

Baseado na Direcção Geral de Saúde (2006), o papel dos pais é de extrema importância na medida em que são os principais cuidadores. No entanto, cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, promoverem um ensino, com o intuito de proporcionar aos pais linhas orientadoras no que concerne, neste caso, à saúde oral.

II. FASE METODOLÓGICA

Esta etapa, é o caminho para o desenvolvimento e concretização dos objectivos de um trabalho de investigação.

A fase metodológica é, segundo Fortin (2003, p. 40) uma fase em que “(...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”.

A escolha da metodologia, teve em conta os objectivos de estudo, os recursos disponíveis, os conhecimentos adquiridos e, o tempo necessário para a sua realização.

Está estruturada basicamente em princípios éticos, tipo de estudo e meio onde foi realizada a investigação, população e amostra, variáveis, instrumento de colheita de dados, método de aplicação e pré-teste, tratamento e análise de dados.

1. Considerações éticas

Toda a investigação que envolva directa ou indirectamente os seres humanos deve ter em conta que estes têm direitos, e que não podem em caso algum serem desrespeitados, pelo que a ética em investigação em seres humanos é fundamental. Assim, os investigadores nunca devem ultrapassar o respeito pelo Homem, tendo sempre inerente a dignidade e o direito à liberdade. Sendo assim, os principais aspectos éticos a ter em conta são os seguintes:

- **Direito à Autodeterminação**: baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, em que qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino (Fortin, 2003, p. 116). Foi explicado aos pais das crianças que participam no estudo o seu direito de decidir por eles próprios ou não na investigação. Nenhum meio foi utilizado para influenciar as suas decisões;

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

- **Direito à Intimidade**: o estudo pretendeu ser o menos invasivo possível. Foi protegido o anonimato ao longo de estudo, bem como durante a divulgação dos resultados (Fortin, 2003, p. 117). Os pais tiveram a liberdade de decidir sobre a extensão da informação a dar;

- **Direito ao Anonimato e à Confidencialidade**: este direito é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais nem mesmo pelo investigador. (Fortin 2003, p. 117). Os resultados são apresentados de forma a que nenhum pai tenha a possibilidade de ser identificado;

- **Direito à Protecção contra o desconforto e prejuízo**: este direito diz respeito ao risco de “ordem física, psicológica, legal ou económica”, (Fortin, 2003, p. 118), que possa advir da realização do estudo, nomeadamente o desconforto de preencher o questionário, e o prejuízo do tempo gasto. Não estão previstos quaisquer riscos desta ordem no trabalho em causa;

- **Tratamento justo e equitativo**: refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação (Fortin, 2003, p. 119), para a qual é solicitada a participação dos pais das crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos.

2. Tema

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância na Maia.

2.1. Delimitação do domínio

O problema e delimitação do domínio consiste em formular o problema de investigação e seleccionar e delimitar a área do assunto a ser estudado, tendo em contas as circunstâncias de tempo, espaço e geografia.

No que respeita ao limite cronológico, este estudo foi realizado de Fevereiro de 2006 a Abril de 2008. A nível geográfico foi realizado numa região do norte, Maia. Por fim, no que concerne ao espaço, foi efectuado num Jardim de Infância.

Considera-se como justificação para a escolha deste tema o facto de ser um tema de grande actualidade e com bastante pertinência, Portugal apresenta um índice de cárie dentária moderada. Grande número de pessoas desconhece que cuidar dos dentes desde a infância tem um efeito muito importante sobre a saúde global. Atitudes e hábitos adquiridos na infância relativamente aos dentes são críticos para uma boa saúde oral e de todo o organismo no decorrer da vida. Deste modo, ensinar e encorajar o auto-cuidado oral são intervenções de enfermagem importantes.

3. Questões de Investigação

As questões de investigação são permissas através das quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciados interrogativos, precisos e que inclui geralmente uma ou duas variáveis, bem como, a população a ser estudada. Estas derivam directamente do objectivo e especificam os aspectos a estudar. Por outro lado, a maneira como se coloca a questão determina o método que irá ser utilizado para obter umas respostas.

Fortin (2003, p. 101), afirma que “as questões de investigação são as linhas orientadoras sobre as quais a investigação se apoia”. Seguindo este raciocínio, este estudo é norteado pelas seguintes questões:

- Quais os conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância na Maia?;

- Qual a prática da lavagem dos dentes das crianças dos 3 aos 5 anos, no Jardim de Infância na Maia?

4. Objectivo de estudo

Os objectivos de estudo de um trabalho científico, indicam qual o porquê da investigação.

Segundo Fortin “É um enunciado declarativo que precisa da investigação, segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica as variáveis-chave, a população e o contexto do estudo”. (Fortin, 2003, p. 135)

O objectivo de estudo é:

- Identificar os conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância na Maia.

5. Justificação do tema

A escolha deste tema reflecte-se na paixão e ambição de trabalhar junto de crianças. Sempre foi incutida a vertente pediátrica por familiares, e deste modo, torna-se visível a necessidade de aprofundar os conhecimentos nesta área.

Através da consulta bibliográfica reconhece-se a importância e pertinência do tema, sendo este um assunto em que as pessoas não tomaram ainda consciência sobre a importância da saúde oral infantil, e quais as complicações que podem advir de má higienização oral. Assim a prevenção deve ser incluída por parte dos pais e educadores na formação da criança, para que esta se torne num adulto saudável. Semelhantemente a educação torna-se num processo contínuo que se constrói desde o nascimento até à morte. Por outro lado considera-se relevante identificar quais os conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos, sobre a importância da lavagem dos dentes, para poderem encontrar estratégias que melhorem os mesmos.

6. Desenho de Investigação

O desenho de investigação é descrito por Fortin (2003, p. 132), como um plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas. Deste modo, é considerada válida a informação que dá do fenómeno em estudo uma imagem clara, permitindo tirar conclusões legítimas. Para além de visar responder às questões de investigação, o desenho tem por objectivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados de estudo.

6.1. Tipo de estudo

A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação.

Segundo Fortin (2003, p. 133), “(...) descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis”.

As opções metodológicas seguidas neste trabalho foram determinadas pelo tipo de problema em estudo, pelos objectivos definidas e pelos conceitos analisados. A revisão bibliográfica realizada, sugeriu um estudo do tipo transversal, que retrata a realidade num preciso momento, (Fortin, 2003), e do tipo descritivo/exploratório inserido no paradigma quantitativo.

Pretende-se que este estudo seja exploratório/descritivo, uma vez que visa obter informações sobre as características e fenómenos de uma população para os reconhecer e descrever, o que se aplica, visto que se pretende averiguar os conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos relativamente à importância da lavagem dos dentes.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Desta forma, seguindo novamente a opinião de Fortin (2003, p. 52), os estudos descritivos/exploratórios:

“(...) consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido (...) fornecem uma descrição dos dados, quer seja sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis (...) visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação”.

Tratando-se de um estudo de abordagem quantitativa, segundo Fortin (2003, p. 22):

“(...) o método de investigação quantitativo é, um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.”

6.1.1. Meio

O meio neste projecto é considerado como meio natural, que neste estudo foi num Jardim de Infância na Maia.

O colégio está situado numa zona urbana pertencente à freguesia de Barca do concelho da Maia.

Inserido numa zona de crescimento da cidade, nos últimos anos, tem vindo a modificar-se devido à expansão de construção de prédios de habitação/indústria.

Este infantário ministra o ensino em regime de co - educação a partir dos três meses, estando para tal autorizado com os alvarás da Segurança Social e da Direcção Regional de Educação do Norte.

Está aberto a todas as classes sociais e um dos seus objectivos prioritários é a democratização do ensino. Por isso, anualmente, celebra Contratos de Desenvolvimento com o Ministério da Educação em benefício das famílias com menos capitação.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Espaços físicos e recursos: Conta actualmente com:

-3 salas de actividades para o ensino pré – escolar; 1 sala de estudo; 2 refeitórios; 1 polivalente; 1 berçário; 1 sala parque; 1 sala de actividades dos 2 a 3 anos; 1 recreio; 1 parque com baloiços a escorregas, etc; 1 secretaria; 6 WC das quais 5 adaptadas para crianças e 1 dirigida ao pessoal de trabalho.

Sendo uma instituição de ensino particular e cooperativa integrada no sistema nacional de educação, tem como objectivos primordiais:

- a. Promover a inter ajuda, a cooperação e o respeito, mediando as relações entre os diferentes elementos da equipa pedagógica criando assim um bom ambiente de trabalho;
- b. Proporcionar a reflexão das diferentes práticas vividas nas diferentes salas, partilhando deste modo ideias e sugestões de actividades realizadas e a realizar;
- c. Incentivar a participação dos pais e da restante família na vida diária do Colégio;
- d. Fomentar a partilha de opiniões, saberes e interesses entre a família e os educadores tendo em vista o desenvolvimento integral da criança;
- e. Promover acções e actividades, para a participação e a consciencialização da família, quanto à qualidade de intervenção junto das crianças;
- f. Proporcionar o desenvolvimento de várias actividades englobando as diferentes expressões: plástica, dramática, musical, motora e verbal;
- g. Fomentar a identidade e a autonomia pessoal bem como a capacidade de socialização.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

- h. Estimular as capacidades de cada criança e favorecer a sua formação e o desenvolvimento equilibrado de todas as suas potencialidades; (...)
- i. Desenvolver as capacidades de expressão e comunicação da criança, assim como a imaginação criativa, e estimular a actividade lúdica.

7. Estudo da População/Amostra

População

Para a realização de qualquer estudo científico é necessário identificar elementos de uma população onde se obterão as respostas às questões de investigação inicialmente colocadas.

Fortin (2000, p. 202):

“Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. (...) todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

A população a utilizar neste estudo são 38 pais das crianças dos 3 aos 5 anos que frequentam o infantário seleccionado, que estão matriculados no ano lectivo 2007/2008.

Amostra

A amostra é um subconjunto de uma população que fazem parte de uma mesma população. Deve ser representativa da população, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.

Seguindo o raciocínio de (Gil, 1995), a amostra não é nada mais do que um subgrupo da população ou universo, por meio do qual se estabelecem as características desse mesmo universo ou população. É dita “(...) representativa se as suas características se assemelham o mais possível às da população” Fortin (2003, p. 213).

Nesta linha de pensamento, a escolha da amostra recai em 38 pais das crianças com idades compreendidas entre os 3 e 5 anos, que frequentavam o Jardim de Infância elegido no ano lectivo de 2007/2008. A amostra deste estudo coincide com a totalidade da população, deste modo, não existe processo de amostragem, processo pelo qual se determina a amostra.

8. Variáveis

Como o próprio nome indica, variáveis é algo que varia, são as propriedades que um investigador se propõe a estudar, estas variáveis assumem diferentes valores. Segundo Fortin (2000, p. 36): “(...) um conceito que entra em acção numa investigação. São qualidades, propriedades ou características de pessoas ou de situações que são estudadas numa pesquisa”. Deste modo, as variáveis podem ser medidas, experimentadas ou controladas, dependendo da natureza e do tipo de estudo e a forma de como são utilizadas.

Uma investigação científica tem inerentes as variáveis que influenciam os estudos. Para a presente investigação distinguem-se as seguintes variáveis:

Variável dependente

Para Fortin (2003, p. 37): “(...) é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”.

A variável dependente definida para este estudo é:

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância na Maia.

Variável Independente

É aquela que influencia ou determina a variável dependente, geralmente surge como presumível causa do problema.

“(…) a variável independente, geralmente simbolizada por “X” é a variável que tem um suposto efeito sobre a variável dependente” LoBiondo-Wood (2001, p. 39).

Para este estudo foram definidas as seguintes variáveis independentes:

- habilitações académicas; actividade profissional; proveniência.

Variável atributo

É uma característica dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra. Estas são geralmente variáveis demográficas. Fortin, (2003, p. 37 e 376):

- idade; género; estado civil; número de filhos; idade dos filhos.

8.1. Operacionalização das variáveis

De acordo com Fortin (2003, p. 38), “uma definição operacional precisa as acções ou os comportamentos enunciados, descrevendo a forma com uma variável será medida”.

Nesse sentido, conhecimento define-se como um tipo de:

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

“(...) pensamento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas; domínio e reconhecimento da informação”
CIPE (1999, p. 45).

9. Instrumento de colheita de dados e método de aplicação

Como instrumento de colheita de dados, foi seleccionado o questionário pois possibilita uma maior facilidade no tratamento de dados, abranger um maior número de pessoas e de informações em espaço de tempo mais curto do que outras técnicas. Neste caso, os pais têm tempo suficiente para reflectir sobre as questões e fornecer respostas mais adequadas e, é garantido o anonimato, consequentemente dá maior liberdade nas respostas com menor risco de influência do pesquisador sobre as mesmas.

Neste estudo utilizamos questões dicotómicas, de escolha múltipla, em que o sujeito deverá assinalar a sua resposta. A parte I consiste na caracterização da amostra, composta por 8 questões, sendo algumas de resposta aberta, e a parte II permite colher informação sobre os conhecimentos dos pais face à área em estudo, constituída por 18 questões. O questionário foi elaborado pela autora da investigação. O instrumento de colheita de dados e a respectiva autorização para a aplicação do questionário é possível visioná-lo em anexo.

O instrumento foi aplicado no momento em que os pais foram levar/buscar os seus filhos ao Jardim de Infância em questão, de acordo com a maior disponibilidade destes.

9.1. Pré-teste

A aplicação do pré-teste tem como objectivo de testar o instrumento de pesquisa sobre uma pequena parte da população do universo antes de ser aplicado definitivamente. Segundo Fortin, (2003, p. 253) “(...) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

reflecta a diversidade da população visada (...), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas (...)

Após elaboração do questionário, este deve ser testado. O pré-teste foi aplicado a 7 pais de crianças dos 3 aos 5 anos em outro Jardim de Infância, por apresentar características semelhantes à população e verificar a eficácia e pertinência.

Pretende-se então com esta aplicação, averiguar a validade da ficha de registo de dados, verificar se as perguntas se encontram bem formuladas, objectivas, claras e compreensivas. Após a aplicação do pré-teste, verificamos que não houve necessidade de alterar as perguntas.

10. Tratamento e análise de dados

Tratamento de dados

De acordo com Fortin (2003, p. 135), o “método de análise deve ser congruente em relação aos objectivos e ao desenho do estudo, segundo este vise descrever relações, verificar relações entre as variáveis ou comparar grupos”.

O tratamento dos dados obtidos através do questionário, procedeu-se ao processamento dos dados utilizando o software estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) 16.0 para o Windows, e o Microsoft Excel.

A apresentação dos resultados será feita através de gráficos e quadros com a sua respectiva descrição narrativa.

Análise de dados

Para Fortin (2003, p. 364), análise de dados é um “Conjunto dos métodos estatísticos, que permitem visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados colhidos junto dos sujeitos”. A análise dos dados será feita através da estatística descritiva que inclui as distribuições de frequência, as medidas de tendência centra (média, moda e mediana) e de dispersão (amplitude, variância, desvio padrão, e o coeficiente de variação).

III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Uma vez terminado o tratamento dos dados é efectuada a análise dos mesmos. A etapa seguinte consiste em apresentar os resultados para posteriormente interpretá-los à luz das questões de investigação (Fortin, 2003, p. 239). Apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e gráficos que ilustram os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas.

Após a realização dos 38 questionários procedeu-se à respectiva análise dos resultados e sua apresentação.

Parte I - Caracterização da amostra

Quadro 1 – Estatística de distribuição das idades (em anos) da amostra

Idade	
Média	35,24
Mediana	36
Moda	38
Mínimo	25
Máximo	47
Desvio padrão	4,767
Variância	22,726

Pelo **Quadro 1** pode verificar-se que a idade dos pais das crianças varia entre os 25 e os 47 anos, sendo a média de aproximadamente 35 anos, desvio padrão de 4,767 anos, e a moda de 38 anos.

Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Género”

Género	n	%
Masculino	8	21,1
Feminino	30	78,9
Total	38	100,0

Pode observar-se pela análise do **Quadro 2** que a 30 (78,9%) sujeitos, a que foi aplicado o instrumento de colheita de dados, são do sexo feminino, e apenas 8 (21,1%), são do sexo masculino.

Quadro 3 – Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Estado Civil”

Estado civil	n	%
Casado (a)	32	84,2
Solteiro (a)	1	2,6
Separado (a)	1	2,6
Divorciado (a)	2	5,3
Viúvo (a)	0	0
União de facto	2	5,3
Total	38	100,0

Quanto ao “Estado civil” pode observar-se pela análise do **Quadro 3** que 32 (84,2%) indivíduos são casados. São divorciados e vivem em união de facto 2 (5,3%) pais, e somente 1 (2,6%) são solteiros e separados.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Quadro 4 – Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Habilitações Académicas”

Habilitações Académicas	n	%
1.º ao 4.º ano	1	2,6
5.º ao 6.º ano	1	2,6
7.º ao 9.º ano	1	2,6
10.º ao 12.º ano	9	23,7
Licenciatura	23	60,5
Outros: Bacharelato	3	7,9
Total	38	100,0

Após observação do **Quadro 4**, verificamos que 23 da amostra (60,5%), são licenciados; 9 sujeitos (23,7%) possuem como habilitações académicas o secundário, 3 indivíduos responderam outras, em que escreverem “Bacharelato”, e apenas 2,6% possuem escolaridade mínima obrigatória do 1.º ao 4.º ano, e 2,6% do 5.º ao 6.º ano.

Quadro 5 - Distribuição dos sujeitos segundo a Licenciatura

Qual licenciatura?	n	%
Engenharia	2	5,3
Direito	1	2,6
Recursos Humanos	1	2,6
Design	1	2,6
Osteopatia	1	2,6
Educadora de Infância	3	7,9
Gestão Financeira	2	5,3
Enfermagem	2	5,3
Sociologia	3	7,9
Ensino Português/Inglês e 1.º ciclo do Ensino Básico	1	2,6
Medicina dentária	1	2,6
Ensino de geografia	1	2,6
Educação física	1	2,6
Tradução de Alemão	1	2,6
Economia	1	2,6
Medicina	1	2,6
Total	23	60,5

Dos indivíduos que referiram possuir uma licenciatura (23 sujeitos), pela análise do **Quadro 5**, verifica-se que com igual resultado, três dos inquiridos (7,9%) têm a licenciatura: Educadora de Infância, Sociologia. Quanto ao curso de Engenharia, Gestão Financeira e Enfermagem, responderam 5,3% dos indivíduos. Com a mesma percentagem de 2,6%, os pais registaram possuírem a licenciatura de Direito, Recursos humanos, Design, Osteopatia, Ensino Português, Medicina dentária, Ensino de geografia; Educação física, Tradução de alemão, Economia; Medicina.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Quadro 6 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Actividade Profissional”

Actividade Profissional	n	%
Doméstico (a)	1	2,6
Desempregado	0	0
Estudante	0	0
Reformado (a)	0	0
Trabalhar por conta de outrem	26	68,4
Trabalhar por conta própria	9	23,7
Trabalhar por conta de outrem e por conta própria	2	5,3
Total	38	100,0

Relativamente à “Actividade Profissional”, pode-se observar pela análise do **Quadro 6** que, 26 indivíduos (68,4%), trabalham por conta de outrem; 9 (23,7%) pais, trabalham por conta própria; 2 (5,3%) trabalham por conta própria e por conta de outrem, e apenas 1 indivíduo (2,6%), é doméstico.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Quadro 7 - Distribuição dos sujeitos relativamente à profissão que exerce por conta de outrem

Profissão (por conta de outrem)	n	%
Técnico de construção civil	1	2,6
Auxiliar de Acção educativa	2	5,3
Bancário	5	13,2
Técnico superior	3	7,9
Professor	4	10,5
Segurança	1	2,6
Cozinheira	1	2,6
Enfermeira	2	5,3
Secretária	2	5,3
Controlador de qualidade	1	2,6
Técnico oficial de contas	1	2,6
Educadora de infância	2	5,3
Médica	1	2,6
Delegada de informação médica	1	2,6
Total	27	71,1

Quanto à profissão que os pais exercem por conta de outrem, verificamos pela observação do **Quadro 7**, que (sendo N (número total dos sujeitos da amostra) é inferior a 38, remete para a questão em apenas responderam os sujeitos que trabalham por contra de outrem. Contudo, um sujeito não respondeu qual a profissão que exercia por conta de outrem. Averiguamos que 13,2% dos pais são Bancários; 10,5% são professores; 7,9% são técnicos superiores. Com igual percentagem de 5,3% dos indivíduos exercem funções de auxiliar de acção educativa, enfermeira, secretária, educadora de infância. Apenas com 2,6% os pais das crianças responderam que dedicam-se a técnico de construção civil, segurança, cozinheira, controladora de qualidade, técnico oficial de contas, médica, delegada de informação médica.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Quadro 8 - Distribuição dos sujeitos quanto à profissão que exerce por conta própria

Profissão (por conta própria)	n	%
Gestora	1	2,6
Gerente comercial	1	2,6
Osteopata	1	2,6
Educadora de infância	1	2,6
Consultor financeiro	1	2,6
Dentista	1	2,6
Empresário	3	7,9
Director técnico	1	2,6
Tradutora e formadora	1	2,6
Total	11	26,3

No que respeita à profissão que os pais exercem por conta própria, verificamos pela análise do **Quadro 8**, que (sendo N (número total dos sujeitos da amostra) é inferior a 38, remete para a questão em apenas responderam os sujeitos que trabalham por conta própria. Apuramos que 7,9% dos pais são empresários. De igual percentagem de 2,6%, os inquiridos responderam que por conta própria exercem a profissão de: gestora, gerente comercial, osteopata, educadora de infância, consultor financeiro, dentista, director técnico, e por fim, tradutora e formadora.

Quadro 9 – Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Proveniência”

Proveniência	n	%
Meio rural	4	10,5
Meio urbano	34	89,5
Total	38	100,0

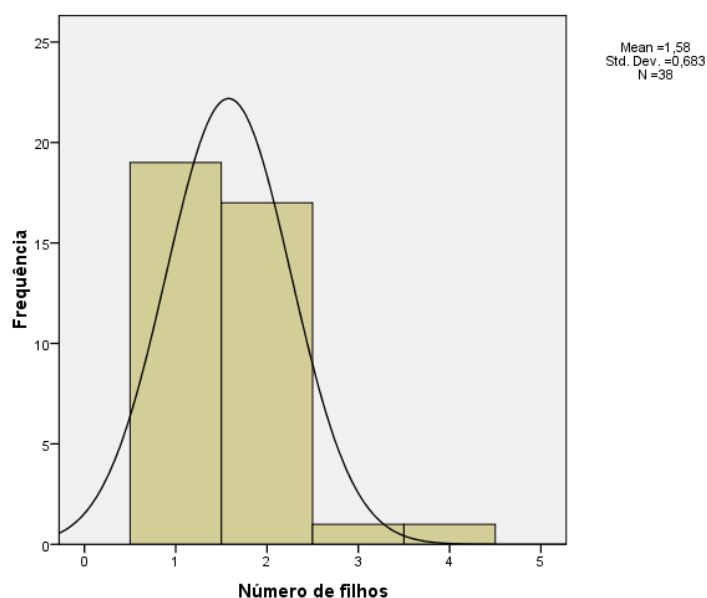
De acordo com o **Quadro 9**, apuramos que 34 das pessoas (89,5) residem em meio urbano, e apenas 4 (10,5%), em meio rural.

Quadro 10 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Número de filhos”

Número de filhos	n	%
Um filho	19	50,0
Dois filhos	17	44,7
Três filhos	1	2,6
Quatro filhos	1	2,6
Total	38	100,0

Através da observação do **Quadro 10**, averiguamos que 19 (50%) dos sujeitos têm apenas um filho; 17 (44,7%) dos sujeitos com dois filhos; com o mesmo resultado, apenas 2,6% têm 3 ou 4 filhos.

Gráfico 1 – Histograma de número de filhos



Como pode ser observado no **Gráfico 1**, remete-nos para um acentuado pico, sugerindo que o número de filhos, varia entre um e dois.

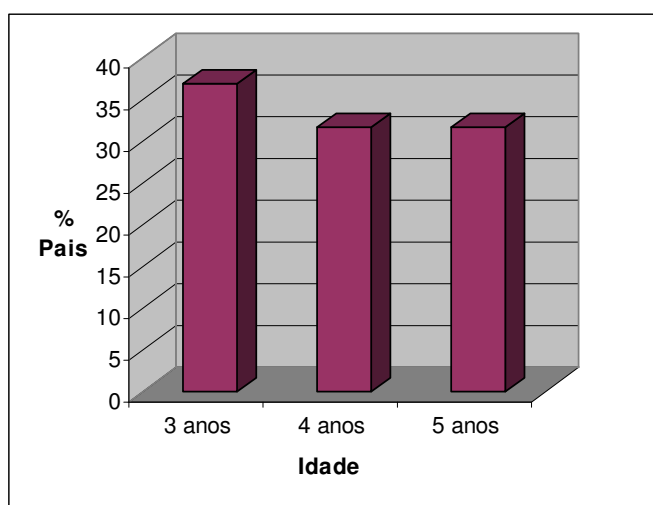
Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Quadro 11 - Distribuição dos sujeitos segundo idade pretendida para este estudo dos seus filhos

Idade do filho com idade pretendida para este estudo	n	%
3 anos	14	36,8
4 anos	12	31,6
5 anos	12	31,6
Total	38	100,0

Em relação a idade pretendida para este estudo, 3 aos 5 anos, através do **Quadro 11**, observamos que 14 pais (36,8%) têm filhos com 3 anos de idade. Com igual resultado, constata-se que 12 pais (31,6%) têm crianças com 4 ou 5 anos de idade.

Gráfico 2 - Distribuição das crianças segundo idade pretendida para este estudo



A análise do **Gráfico 2**, remete-nos para uma maior percentagem de filhos com idade de 3 anos.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Quadro 12 - Distribuição dos sujeitos segundo idade dos outros filhos

Idade (s) dos outros filhos	n	%
Inferior a 3 anos	4	10,5
3 aos 5 anos	2	5,3
Superior a 5 anos	13	34,1
Total	19	50,0

De acordo com o **Quadro 12**, podemos observar que (sendo N (número total dos sujeitos da amostra) é inferior a 38, remete para a questão em apenas responderam os sujeitos que têm mais de um filho. Constatou-se que 13 indivíduos (34,1%) têm filhos com idades superiores a 5 anos; 4 sujeitos (10,5%) têm mais um filho com idade inferior a 3 anos de idade. A percentagem de indivíduos com mais um filho com idade compreendida entre os 3 e 5 anos é de 5,3%.

Parte II – Conhecimento dos pais sobre a área em estudo

Quadro 13 – Distribuição dos sujeitos segundo a variável “O que entende por saúde oral”

O que entende por saúde oral?	n	%
Constitui uma dieta saudável; visitas regulares ao médico dentista; cuidado diário preventivo	8	21,1
Uma boca e uma dentição saudáveis são muito importantes, quer para o convívio social quer para saúde global do corpo	2	5,3
Reflecte o bem-estar de toda a cavidade oral incluindo os dentes, as gengivas e a língua	4	10,5
Todas as anteriores	23	60,5
Só tem importância na idade adulta	1	2,6
Total	38	100,0

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Relativamente à questão “O que entende por saúde oral?”, foi operacionalizada esta variável “O que entende por saúde oral” em resposta correcta a opção “todas as anteriores”. Observa-se pela análise do **Quadro 13**, que 23 pais (60,5%), responderam a opção correcta (todas as questões anteriores); 8 (21,1%) pais responderam que “Constitui uma dieta saudável; visitas regulares ao médico dentista; cuidado diário preventivo”; 4 pais (10,5%) afirmam que “Reflecte o bem-estar de toda a cavidade oral incluindo os dentes, as gengivas e a língua”; 2 dizem que “Uma boca e uma dentição saudáveis são muito importantes, quer para o convívio social quer para saúde global do corpo”; e apenas uma pessoa (2,6%), atesta que “Só tem importância na idade adulta”.

Quadro 14 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Incentiva o (s) seu (s) filho (os) à lavagem dos dentes?”

Incentiva o (s) seu (s) filho (os) à lavagem dos dentes?	n	%
Sim	38	100
Não	0	0
Total	38	100,0

Relativamente a “Incentiva o (s) seu (s) filho (os) à lavagem dos dentes” pode observar-se pela análise do **Quadro 14** que 38 (100%) pais, responderam afirmativo a esta questão.

Quadro 15 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Com que frequência o seu (s) filho (os) lava (m) os dentes?”

Com que frequência o seu (s) filho (os) lava (m) os dentes?	n	%
1 vez por dia	4	10,5
2 vezes por dia	26	68,4
3 vezes por dia	8	21,1
Dias alternados	0	0
Total	38	100,0

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Pela análise do **Quadro 15**, observamos que 26 crianças (68,4%), lava duas vezes por dia os dentes; 8 filhos (21,1%) 3 vezes por dia, e 4 crianças (10,5%), efectua a lavagem dos dentes uma vez por dia.

Quadro 16 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Em que momento do dia o (s) seu (s) filho (os) lava (m) os dentes?”

Em que momento do dia o (s) seu (s) filho (os) lava (m) os dentes?	n	%
Após o pequeno-almoço e jantar	19	50,0
Antes de dormir	7	18,4
Antes de cada refeição	2	5,3
Após pequeno almoço, almoço e antes de dormir	10	26,3
Total	38	100,0

Através da leitura do **Quadro 16** referente à questão “Em que momento do dia o (s) seu (s) filho (os) lava (m) os dentes?”, averiguamos que 19 pais (50%), afirmam que o momento do dia em que seu(s) filho(s) devem efectuar a lavagem dos dentes é após o almoço e jantar; 10 pais (26,3%) responderam que é após pequeno almoço, almoço e antes de dormir; 7 pais (18,4%) declaram que é antes de dormir, e apenas 5,3% (2 indivíduos), responderam que os momentos do dia em que seu(s) filho(s) lavam os dentes é antes de cada refeição.

Quadro 17 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Uma escovagem correcta dos dentes demora em média cerca de”

Uma escovagem correcta dos dentes demora em média cerca de:	n	%
2 min	8	21,1
3 min	14	36,8
5 min	13	34,2
7 min	3	7,9
Total	38	100,0

Relativamente a “Uma escovagem correcta dos dentes demora em média cerca de”, observamos pela análise do **Quadro 17**, que 14 pais (36,8%) responderam 3 minutos; 13 pais (34,2%) registaram 5 minutos; 8 sujeitos (21,1%), afirmaram 2 minutos, e 3 (7,9%), responderam que uma correcta lavagem dos dentes demora em média 7 minutos.

Quadro 18 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Que tipo de movimento se deve utilizar para uma correcta lavagem dos dentes?”

Que tipo de movimento se deve utilizar para uma correcta lavagem dos dentes?	n	%
Movimentos circulares e tipo vaivém	26	68,4
Movimentos em espiral	3	7,9
Movimentos verticais	9	23,7
Total	38	100,0

Através do estudo do **Quadro 18**, relativo a “Que tipo de movimento se deve utilizar para uma correcta lavagem dos dentes?”, observamos que 26 pais (68,4%), responderam movimentos circulares e tipo vaivém; 9 indivíduos (23,7%), realizam movimentos verticais, e 3 (7,9%), efectuem movimentos em espiral.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Quadro 19 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Com que regularidade substitui a escova de dentes do seu (s) filho (os)?”

Com que regularidade substitui a escova de dentes do seu (s) filho (os)?	n	%
A cada ano	0	0
Depois de se encontrar constipado	0	0
A cada 6 meses	10	26,3
2 vezes por mês	0	0
3 em 3 meses	28	73,7
Total	38	100,0

Relativamente a “Com que regularidade substitui a escova de dentes do seu (s) filho (os)?”, apuramos pela observação do **Quadro 19**, que 28 pais (73,7%), responderam, que mudam a escova do seu(s) filho(s) de 3 em 3 meses, e que 10 (26,3%) pais, a substitui de 6 em 6 meses.

Quadro 20 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Acha relevante o (s) seu (s) filho (os) escovar a língua e a gengiva?”

Acha relevante o (s) seu (s) filho (os) escovar a língua e a gengiva?	n	%
Sim	35	92,1
Não	3	7,9
Total	38	100,0

Quanto a “Acha relevante o (s) seu (s) filho (os) escovar a língua e a gengiva?”, podemos observar pela estudo do **Quadro 20**, que 35 pais (92,1%) responderam sim, e 3 sujeitos (7,9%), responderam não.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Quadro 21 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “A alimentação é fundamental para ter dentes saudáveis?”

A alimentação é fundamental para ter dentes saudáveis?	n	%
Totalmente de acordo	29	76,3
De acordo	9	23,7
Nem concordo nem discordo	0	0
Em desacordo	0	0
Totalmente em desacordo	0	0
Total	38	100,0

De acordo com a questão “A alimentação é fundamental para ter dentes saudáveis?”, e pela observação do **Quadro 21**, apuramos que 29 pais (76,3%), estão totalmente de acordo, e 9 (23,7%), responderam “de acordo”.

Quadro 22 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Com que frequência o (s) filho (os), ingerem alimentos cariogénicos (bolos, guloseimas, bolachas, refrigerantes ou bebidas gaseificadas fora das refeições)?”

Com que frequência o (s) filho (os), ingerem alimentos cariogénicos (bolos, guloseimas, bolachas, refrigerantes ou bebidas gaseificadas fora das refeições)?	n	%
Baixa ingestão de alimentos cariogénicos (1 dia/semana)	14	36,8
Moderada ingestão de alimentos cariogénicos (2 a 3 dias/semana)	22	57,9
Elevada ingestão de alimentos cariogénicos (todos os dias da semana)	2	5,3
Total	38	100,0

Após a observação do **Quadro 22**, detectamos que 22 pais (57,9%), responderam que o(s) filho(s), têm uma baixa ingestão de alimentos cariogénicos; 36,8% das crianças têm moderada

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

ingestão de alimentos cariogénicos. Por fim 2 pais responderam que seu(s) filho(s), possuem uma elevada ingestão de alimentos cariogénicos.

Quadro 23 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Já levou o (s) seu (s) filho (os) ao dentista?”

Já levou o (s) seu (s) filho (os) ao dentista?	n	%
Sim	21	55,3
Não	17	44,7
Total	38	100,0

Relativamente a “Já levou o (s) seu (s) filho (os) ao dentista?”, pela análise do **Quadro 23**, concluímos que 21 pais (55,3%), já levaram o(s) seu(s) filho(s) ao dentista, e 17 pais (44,7%) ainda não.

Quadro 24 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Se sim, com que idade levou o (s) seu (s) filho (os) pela primeira vez ao dentista?”

Se sim, com que idade levou o (s) seu (s) filho (os) pela primeira vez ao dentista?	n	%
2 anos	3	7,9
3 anos	10	26,3
4 anos	5	13,2
5 anos	3	7,9
Total	21	55,3

Em relação aos sujeitos que “com que idade levaram o (s) seu (s) filho (os) pela primeira vez ao dentista”, (sendo N (número total dos sujeitos da amostra)) é inferior a 38, pois remete para questão em apenas responderam os sujeitos que já levaram os filhos ao dentista. Como se pode observar pela análise do **Quadro 24**, 10 sujeitos (26,3%), responderam que levaram pela primeira

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

vez o seu filho ao dentista com 3 anos; 5 pais (13,2%), aos 4 anos; com igual resultado de 7,9% levaram os seu(s) filho(s) com as idades de 2 e 5 anos.

Quadro 25 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Foi detectada alguma cárie dentária no (s) seu (s) filho (os)?”

Foi detectada alguma cárie dentária no (s) seu (s) filho (os)?	n	%
Sim	3	7,9
Não	35	92,1
Total	38	100,0
Quantas cáries?	n	%
Uma cárie dentária	1	2,6
Duas cáries dentárias	2	5,3
Três cáries dentárias	0	0
Mais de 3 cáries dentárias	0	0
Total	3	7,9

Relativamente a “Foi detectada alguma cárie dentária no (s) seu (s) filho (os)?” pode observar-se pela análise do **Quadro 25**, que 35 (92,1%) filhos, não foram detectadas cáries dentárias, e que a 3 (7,9%) filhos foram detectadas cáries dentárias.

Quanto a “Quantas cáries”, (sendo N (número total dos sujeitos da amostra) é inferior a 38, pois remete para questão em apenas responderam os sujeitos em que já foram detectadas cáries dentárias aos seu(s) filho(s). A 2 (5,3%) crianças foram encontradas 2 cáries dentárias, e a uma única criança (2,6%) apenas uma.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Quadro 26 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “O (s) seus (s) filho (os) são portadores de precedentes que comprometam o estado de saúde dos dentes?”

O (s) seus (s) filho (os) são portadores de precedentes que comprometam o estado de saúde dos dentes?	n	%
Saudável: sem doença ou condição de saúde que possa influenciar o processo de cárie dentária	37	97,4
Com doença ou condição de saúde que possa influenciar o processo de cárie dentária	0	0
Doença severa e de longa duração: portador de incapacidade física ou mental com necessidades de saúde especiais / Consumo de medicação habitual (especialmente xaropes e fármacos xerostomizantes, nomeadamente antiadrenérgicos e parasimpaticolíticos)	1	2,6
Total	38	100,0

Relativamente à questão “O (s) seus (s) filho (os) são portadores de precedentes que comprometam o estado de saúde dos dentes?”, pela observação do **Quadro 26**, averiguamos que 37 crianças (97,4%) são saudáveis, e apenas uma (2,6%) possui doença severa e de longa duração.

Quadro 27 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Com que frequência deve levar o (s) seu (s) filho (os) ao dentista?”

Com que frequência deve levar o (s) seu (s) filho (os) ao dentista?	n	%
1 vez por mês	2	5,3
1 vez por ano	22	57,9
2 vezes por ano	13	34,2
Uma em cada quatro anos	1	2,6
Total	38	100,0

Pela análise do **Quadro 27**, e relativo a “O (s) seus (s) filho (os) são portadores de precedentes que comprometam o estado de saúde dos dentes?”, verificamos que 22 (57,9%) dos pais levam

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

o(s) filho(s) uma vez por ano; 13 pais (34,2%), duas vezes por ano; 2 indivíduos (5,3%) responderam uma vez por mês, e por fim apenas um indivíduo (2,6%), respondeu que levava o(s) seu(s) filho(s) uma vez de quatro em quatro anos.

Quadro 28 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Que implicações futuras podem surgir caso seu (s) filho (os) tenha uma higiene dentária deficiente?”

Que implicações futuras podem surgir caso seu (s) filho (os) tenha uma higiene dentária deficiente?	n	%
Dor, abcessos	13	34,2
Atraso no crescimento dentário	1	2,6
Problemas na posição dentária	2	5,3
Problemas na linguagem	0	0
Infecções em diversas partes do nosso organismo, nomeadamente no coração	0	0
Todas as anteriores	22	57,9
Nenhuma, como o dente de leite vai “cair”, não vale a pena tratá-lo	0	0
Total	38	100,0

Foi operacionalizada a variável “Que implicações futuras podem surgir caso seu (s) filho (os) tenha uma higiene dentária deficiente?”, como resposta correcta “Todas as anteriores”. Segundo a leitura do **Quadro 28**, verificamos que 57,9% dos inquiridos responderam a opção correcta; 34,2% dos pais seleccionaram a opção “Dor, abcessos”, 5,3% dos indivíduos afirmam que como implicações futuras podem surgir “Problemas na posição dentária”, e apenas 2,6% reponderam “Atraso no Crescimento”.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Quadro 29 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Na sua opinião, considera importante a intervenção dos enfermeiros nos Jardins de Infância, com ensinamentos sobre saúde oral?”

Na sua opinião, considera importante a intervenção dos enfermeiros nos Jardins de Infância, com ensinamentos sobre saúde oral?	n	%
Totalmente de acordo	26	68,4
De acordo	10	26,3
Nem concordo nem discordo	1	2,6
Em desacordo	0	0
Totalmente em desacordo	1	2,6
Total	38	100,0

Pelo estudo do **Quadro 29** relativo a “Na sua opinião, considera importante a intervenção dos enfermeiros nos Jardins de Infância, com ensinamentos sobre saúde oral?”, averiguamos que 26 pais (68,4%) estão totalmente de acordo, e 26,3 % (10 indivíduos) estão de acordo. Com igual percentagem de 2,6%, responderam nem concordo nem discordo e totalmente em desacordo.

Quadro 30 - Distribuição dos sujeitos segundo a variável “Concorda que o seu filho realize pelo menos uma das escovagens dos dentes no infantário?”

Concorda que o seu filho realize pelo menos uma das escovagens dos dentes no infantário?	n	%
Totalmente de acordo	24	63,2
De acordo	8	21,1
Nem concordo nem discordo	1	2,6
Em desacordo	4	10,5
Totalmente em desacordo	1	2,6
Total	38	100,0

Através da leitura do **Quadro 30**, referente à questão “Concorda que o seu filho realize pelo menos uma das escovagens dos dentes no infantário?”, 24 pais (63,2%) está totalmente de

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

acordo; 8 indivíduos (21,1%), responderam que estavam de acordo; 4 pais (10,5%) afirmam que estão em desacordo perante a que uma das lavagens dos dentes dos filhos se efectue no Jardim de Infância. Com igual resultado de 2,6%, responderam que nem concordam nem discordam, e totalmente em desacordo.

IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma vez terminada a apresentação e análise dos dados, o presente capítulo consiste na discussão e reflexão dos resultados, tendo em consideração todos os aspectos da investigação: o problema em estudo, o enquadramento teórico, os objectivos da investigação e os dados colhidos.

Pretendemos neste capítulo reflectir sobre o trabalho desenvolvido, adoptando-se um pensamento e análise crítica.

Para tal, iremos confrontar os resultados obtidos com os resultados dos diferentes autores, no sentido de dar resposta aos objectivos definidos para o presente estudo.

Neste ponto, irão então ser discutidos os dados atrás apresentados, relacionando-os com a revisão bibliográfica realizada. Em concordância com Fortin (2003, p. 333), neste estudo exploratório, “os resultados discutidos não são definitivos, mas preparam sobretudo o caminho para estudos de um nível mais avançado”.

Para a realização deste estudo científico foi necessário identificar elementos de uma população onde se obtiveram as respostas às questões de investigação inicialmente colocadas. Para tal, definiu-se como população a utilizar neste estudo 38 pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e 5 anos, que frequentam o Jardim de Infância seleccionado, e estão matriculados no ano lectivo 2007/2008.

Este estudo sugere-nos que a média relativa à idade dos pais das crianças (amostra), a quem lhes foi aplicado o questionário, se encontra nos 35 anos de idade. Este resultado vai de encontro a que as pessoas têm cada vez mais tarde filhos. Segundo resultados do INE, apesar do grupo etário com valores mais elevados de mulheres que optam por ter filhos mais tarde se situe entre os 25 e 29 anos, o grupo etário dos 30 aos 34 anos, cada vez está mais próximo.

Relativamente ao género, a amostra é constituída maioritariamente pelo sexo feminino (78,9%). Apenas 21,1% indivíduos são do sexo masculino.

Quanto ao estado civil, os elementos da amostra são maioritariamente casados (84,2%).

Verificamos também que, a quem foi aplicado o instrumento de colheita de dados, 60,5% são licenciados, e a maioria trabalham por conta de outrem (68,4%). Segundo resultados do INE, os pais têm um nível de escolaridade mais elevado que o nível nacional (Pereira, 2005). Tal facto pode justificar-se por se tratar de um infantário privado.

Apuramos que a maior percentagem de indivíduos 89,5% residem em meio urbano, e apenas 10,5% em meio rural. O nível de urbanização tem sido considerado capaz de influenciar a prevalência da cárie. Em concordância com Irigoyen (*cit in* Pereira 2003), verificou existir uma maior prevalência e uma maior gravidade de cárie na zona urbana.

Averiguamos que 50% dos sujeitos têm apenas um filho, e 44,7% pais com dois filhos. De igual resultado, apenas 2,6% dos pais têm 3 ou 4 filhos. Deste modo, sugere-nos para que o número de filhos varie entre um e dois. Tendo em conta as estatísticas do INE (Pereira, 2005), a média do número de filhos é de 1,3 filhos, o que vai de encontro ao presente estudo.

Em relação a idade pretendida para este estudo, 3 aos 5 anos, concluímos que 14 pais (36,8%) têm filhos com 3 anos de idade. Com igual resultado, constata-se que 12 pais (31,6%) têm crianças com 4 ou 5 anos de idade.

Relativamente à idade dos filhos que não são incluídos neste estudo, apenas responderam os sujeitos que têm mais de um filho. Constata-se que 13 indivíduos (34,1%) têm filhos com idades superiores a 5 anos; 4 sujeitos (10,5%) têm mais um filho com idade inferior a 3 anos de idade. A percentagem de indivíduos com mais um filho com idade compreendida entre os 3 e 5 anos é de 5,3%.

Na questão colocada aos pais, “O que entende por saúde oral”, a maior percentagem 60,5%, responderam que todas as questões anteriores estavam correctas. Os maioria dos inquiridos, vão de encontro ao que Almeida (*cit in* Madureira, 1994, p. 5) cita: “Uma boca e uma dentição saudáveis são muito importantes, quer para o convívio social quer para a saúde global do corpo”.

Colgate (2006) assume também que manter uma boa higiene oral é uma das atitudes mais importantes que pode fazer pelos dentes e pelas gengivas. Uma boa saúde oral é importante para um bem-estar total. Um cuidado diário preventivo vai ajudar a travar os problemas que surjam antes que evoluam.

Apenas 2,6%, atesta que “Só tem importância na idade adulta”. O Ministério de Saúde (2006) considera desta forma, que uma boca saudável na idade adulta depende dos cuidados que forem mantidos desde o berço. Quanto mais cedo se iniciar o hábito diário de higiene oral, melhores perspectivas há de evitar as doenças orais. Fernandes (2006), ressalva ainda que a dentição decidual, é considerado pela maioria, que não é séria, uma vez que será substituída. Na generalidade consideram que qualquer dano ou perda prematura, não é importante, é uma visão errada e tem prejudicado o desenvolvimento dental das crianças. Os dentes de leite são temporários mas devem ser levados a sério, pois são fundamentais para uma dentição permanente saudável (Pereira, 2007).

Kail (2005), partilha da mesma opinião, e afirma que pode parecer estranho dedicar tanto tempo a dentes que, de qualquer forma, irão cair, mas dentes de leite carenciados, podem prejudicar o desenvolvimento dos dentes permanentes.

Relativamente a “Incentiva o (s) seu (s) filho (os) à lavagem dos dentes” verificou-se que 100% dos pais, responderam afirmativo a esta questão. Os pais devem insistir para que os seus filhos lavem os dentes sempre, e não só de vez em quando (Conger, Patterson e Ge *cit in* Kail 2004).

Quanto à questão “Com que frequência o seu (s) filho (os) lava (m) os dentes?” observamos que 68,4%, crianças lava duas vezes por dia os dentes; 8 filhos (21,1%) 3 vezes por dia, e somente 4 crianças (10,5%), efectua a lavagem dos dentes uma vez por dia.

Segundo a Direcção Geral de saúde (2005), deve-se lavar os dentes pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar.

Da amostra, averiguamos que 50% dos pais, afirmam que o momento do dia em que seu(s) filho(s) devem efectuar a lavagem dos dentes é após o almoço e jantar; 26,3% dos sujeitos responderam que é após o pequeno almoço, almoço e antes de dormir; 7 pais (18,4%) declaram que é antes de dormir, e apenas 5,3% (2 indivíduos), responderam que os momentos do dia em que seu(s) filho(s) lavam os dentes é antes de cada refeição. Segundo Madureira (1994), é recomendável fazê-lo duas a três vezes, depois de cada refeição, e com especial cuidado, antes de deitar, as respostas foram então de encontro com o preconizado.

No que respeita à duração de uma escovagem correcta dos dentes 36,8% dos pais responderam 3 minutos; 34,2% registaram 5 minutos; 21,1% dos sujeitos, afirmaram 2 minutos, e por fim, 7,9% responderam que uma correcta lavagem dos dentes demora em média 7 minutos.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral da Direcção Geral de Saúde (2005), propõe que a técnica de escovagem dos dentes, para remover a placa bacteriana de modo eficaz, necessita “ser feita com rigor e demora 2 a 3 minutos”. Já Cordeiro (2007) assume que se deve ensinar as crianças a proceder à lavagem durante dois minutos.

Na questão colocada relativa à “Que tipo de movimento se deve utilizar para uma correcta lavagem dos dentes?”, grande percentagem, 68,4% pais responderam movimentos circulares e tipo vaivém, o que vai de encontro com o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral da Direcção Geral de Saúde (2005). Propõe que na escovagem dos dentes deve-se fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares, de modo a que os pelos da escova limpem o

espaço que fica entre o dente e a gengiva. Da mesma opinião, Cordeiro (2007), explica que os movimentos deverão ser vibratórios horizontais ou circulares suaves, tipo vai-vém.

Relativamente a “Com que regularidade substitui a escova de dentes do seu (s) filho (os)?”, apuramos, que a maioria dos pais, 73,7% responderam, que mudam a escova do seu(s) filho(s) de 3 em 3 meses. Tendo em conta que 26,3% dos pais, a substitui de 6 em 6 meses, este resultado vai de encontro com Pereira, (1993), que admite que uma escova, mesmo de boa qualidade, deve ser substituída de 3 em 3 meses.

Quanto à relevância da escovagem da língua e da gengiva, podemos constatar que 35 pais (92,1%) responderam sim, e 7,9% dos sujeitos responderam não. Os resultados vão de encontro a Cordeiro (2007, p. 150), que afirma que é muito importante escovar junto da gengiva para evitar inflamações nessa área. “A escova pode e deve tocar e escovar a gengiva”.

Colgate (2006) assume também que manter uma boa higiene oral é uma das atitudes mais importantes que pode fazer pelos dentes e pelas gengivas.

De acordo com a questão “A alimentação é fundamental para ter dentes saudáveis?”, apuramos que 76,3% dos pais estão totalmente de acordo, e 23,7%, responderam de acordo. A importância da dieta na etiologia da cárie dentária tem sido amplamente demonstrada, sendo grande a evidência científica de que o processo cariogénico está directamente relacionado com a produção de ácidos na placa bacteriana. (Pereira, 1993).

Quanto à frequência de ingestão de alimentos cariogénicos, detectamos que mais de 50% dos pais responderam que o(s) filho(s) têm uma baixa ingestão de alimentos cariogénicos. A qualidade da alimentação é determinante para a maturação orgânica e a saúde física e psicossocial. Nesta fase, a criança adquire muitos dos comportamentos alimentares e muitos dos erros nutricionais do adulto. A diversidade na alimentação é a principal forma de garantir a satisfação das necessidades

do organismo em nutrientes e evitar o excesso de ingestão de substâncias com riscos para a saúde (Direcção Geral de Saúde, 2005).

De acordo com Cordeiro (2007), infelizmente, os alimentos mais apreciados pelas crianças são chamados cariogénicos, ou seja, contêm açúcar e causam a cárie. Uma dieta com excesso de hidratos de carbono pode tornar-se nociva para a saúde dos dentes da criança, aumentando o risco de aparecimento de cárie dentária. Desaconselha-se o consumo de guloseimas e refrigerantes, sobretudo fora das refeições.

Relativamente a “Já levou o (s) seu (s) filho (os) ao dentista?”, concluímos que 21 pais (55,3%), já levaram o(s) seu(s) filho(s) ao dentista, e 17 pais (44,7%) ainda não. Comparativamente à idade com que levaram o(s) filho(s) pela primeira vez ao médico dentista, averiguamos que 26,3% dos sujeitos responderam que levaram pela primeira vez o seu filho ao dentista com 3 anos; 13,2% pais aos 4 anos; com igual resultado de 7,9% levaram os seu(s) filho(s) com as idades de 2 e 5 anos.

Idealmente a primeira visita ao médico dentista, deverá ser pelo menos aos 3 anos de idade, para se poder detectar qualquer problema na boca da criança, nomeadamente, cárie, alterações nos dentes e mucosas, alterações de crescimento ou estrutura, etc (Cordeiro, 2007).

Relativamente a “Foi detectada alguma cárie dentária no (s) seu (s) filho (os)?” detectámos que 92,1% filhos, não foram detectadas cáries dentárias, e que a 7,9% filhos foram detectadas cáries dentárias. De acordo com Pereira (1993, p. 132), a incidência de cárie apresenta para um pico dos 4 aos 8 anos.

Quanto a “Quantas cáries”, apenas responderam os sujeitos em que já foram detectadas cáries dentárias aos seu(s) filho(s). A 5,3% crianças foram encontradas 2 cáries dentárias, e a 2,6% das crianças apenas uma.

Relativamente à questão “O (s) seu (s) filho (os) são portadores de precedentes que comprometam o estado de saúde dos dentes?”, averiguamos que 97,4% das crianças são saudáveis.

A avaliação do risco em saúde oral é pois um instrumento essencial, na área do planeamento em saúde, para a identificação precoce dos indivíduos ou grupos potencialmente susceptíveis de desenvolverem determinadas condições patológicas (www.dgsaude.pt).

Relativa à questão a “Com que frequência deve levar o (s) seu (s) filho (os) ao dentista?”, verificamos que 57,9% da amostra dos pais levam o(s) filho(s) uma vez por ano; 13 pais (34,2%), duas vezes por ano; 2 indivíduos (5,3%) responderam uma vez por mês, e por fim apenas 2,6% dos indivíduos respondeu que levava o(s) seu(s) filho(s) uma vez de quatro em quatro anos. Madureira (1994) afirma que, cada criança deverá ir de 6 em 6 meses ao dentista, o que vai de encontro às respostas dos pais.

Relativamente à questão “Que implicações futuras podem surgir caso seu (s) filho (os) tenha uma higiene dentária deficiente?”, verificamos que 57,9% dos inquiridos responderam a opção correcta, o que vai de encontro ao que Almeida (cit in Madureira, 1994, p.5) cita: “(...) uma carie dentária, que pode estar na origem de um problema de coração, da pele, das articulações ou dos rins”.

No que se refere opinião dos pais relativa à importância da intervenção dos enfermeiros nos Jardins de Infância, com ensinamentos sobre saúde oral, averiguamos que 26 pais (68,4%) estão totalmente de acordo, e 26,3 % (10 indivíduos) estão de acordo. Com igual percentagem de 2,6%, responderam nem concordo nem discordo e totalmente em desacordo.

Em concordância com Stanhope e Lancaster (1999), o papel do enfermeiro dá a oportunidade de ensinar a crianças e a prestadores de cuidados a promoção, prevenção e manutenção da saúde e, no regime ambulatorio, de prestar cuidados centrados na família.

Os enfermeiros desempenham um papel importante na sensibilização do ensino às famílias, quando adoptam estratégias com vista à redução das consequências face à higiene oral. Cabrita e Custódio (2002), constataam que a auto-participação e auto-responsabilização são um direito e dever em que o enfermeiro é o agente de mudança, levando para um trabalho com o utente e família, interagindo e determinando as necessidades para a sua satisfação, fazendo-o acreditar na capacidade que tem para gerir os seus próprios recursos.

Referente à questão “Concorda que o seu filho realize pelo menos uma das escovagens dos dentes no infantário?”, 24 pais (63,2%) está totalmente de acordo; 8 indivíduos (21,1%), responderam que estavam de acordo; 4 pais (10,5%) afirmam que estão em desacordo perante a que uma das lavagens dos dentes dos filhos se efectue no Jardim de Infância. Com igual resultado de 2,6%, responderam que nem concordam nem discordam, e totalmente em desacordo.

De acordo com a Direcção Geral de Saúde (2005), todas as crianças que frequentam os Jardins de Infância devem fazer uma das escovagens dos dentes no estabelecimento de educação. A escovagem dos dentes no Jardim de Infância tem por objectivo a responsabilização progressiva da criança pelo auto-cuidado de higiene oral.

Na opinião da Direcção Geral de Saúde, a escovagem dos dentes deve ser feita diariamente no jardim-de-infância e na escola, após o almoço.

V. CONCLUSÃO

Perto da finalização deste trabalho, surge a necessidade de relembrar a essência do presente estudo, e daí retirar as conclusões de factos que permitiram a realização do mesmo. Será compensador verificar que o esforço dispendido para a sua realização dará frutos, que podem servir para modificar hábitos nas crianças, que são adultos de amanhã.

A realização deste trabalho de investigação, favoreceu a expansão de conhecimentos existentes, e adquirir novos, face a um problema que vem vindo aumentar.

Através da análise e da aplicação de testes nos dados obtidos, podemos chegar a algumas conclusões fundamentais.

No que concerne aos conhecimentos dos pais, relativamente, concluímos que 60,5% dos pais entende o que é saúde oral.

Relativamente à frequência e alimentos que impulsionam a caria dentária, detectamos que 36,8% das crianças têm moderada ingestão de alimentos cariogénicos.

Verificamos que grande percentagem dos pais (44,7%) ainda não levou o(s) seu(s) filho(s) ao dentista.

A maioria dos inquiridos, 76,3%, concorda que a alimentação é fundamental para ter dentes saudáveis.

Averiguamos por fim, que grande parte dos sujeitos são de opinião que concordam com a intervenção dos enfermeiros nos Jardins de Infância, com ensinamentos sobre saúde oral (68,4%), e que o(s) seu(s) filho(s) realizem pelo menos uma das escovagens dos dentes no infantário (63,2%).

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

O objectivo definido para este estudo é “Identificar os conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim Infantil na Maia”.

Para uma simplificação e para um melhor seguimento do estudo, foram elaboradas as seguintes questões de investigação: “Quais os conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim Infantil na Maia?” e “Qual a prática da lavagem dos dentes das crianças dos 3 aos 5 anos?”.

Podemos concluir que os objectivos académicos e de investigação descritos foram atingidos, e foram dadas as respostas às questões de investigação

Neste estudo a amostra é constituída por 38 pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos de idade.

Numa época em que cada vez mais os pais são chamados a entevir nos cuidados à criança, considera-se cada vez mais importante o papel dos pais no planeamento e avaliação dos serviços. Para tal, devem ser realizados ensinamentos ou palestras sobre este tema a todos os cuidadores para que possam prestar os melhores cuidados a estas crianças.

Este estudo pretende então mostrar a importância das sessões de educação para a saúde e identificar os conhecimentos dos pais sobre saúde oral nas crianças em idades compreendidas entre 3 e 5 anos.

Ao longo da elaboração deste trabalho as dificuldades sentidas foram superadas com a colaboração dos docentes da disciplina Métodos e Técnicas de Investigação I e II, Estágio e Projecto de Graduação, e pela Orientadora Científica, sendo todos os objectivos atingidos na totalidade.

Apesar de todas as dificuldades sentidas, e de ser o primeiro trabalho de investigação, a realização deste estudo revela-se proveitosa, uma vez que, cada estudo tem implicações em investigações futuras, quer sejam novas questões a explorar ou a melhoria dos instrumentos de medida, ou também, a replicação do desenho de estudo em outras populações/contextos.

Relativamente às sugestões: são necessários mais estudos nesta área, envolvendo um maior número de indivíduos, o que permitirá obtenção de resultados mais fidedignos, e para validar algumas das conclusões encontradas neste estudo. Por outro lado, é fundamental os profissionais de saúde, quer os enfermeiros de família, quer os enfermeiros de saúde escolar, trabalhem em parceria com os agentes de educação (pais e educadores), no sentido de dotá-los de conhecimentos para que sejam os veículos de transmissão de saber aos seus filhos e educandos, e promovam a aquisição de competências na área da saúde oral. Por fim, estabelecer parcerias com instituições, com intervenção na área de saúde oral.

Concluída a realização deste trabalho, pode-se afirmar que este foi um momento de descoberta, expectativa e aprendizagem, pelo contacto com esta nova realidade que é a investigação. Permitiu também adquirir e aprofundar conhecimentos sobre os princípios da metodologia científica essenciais à sua realização.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

VI. BIBLIOGRAFIA

Abrunhosa, M. A. E Leitão, M. (2002). *psicologia*. Porto, Areal Editores.

Almeida, C. C. e Soares, V. C. (2007). Fases de crescimento. [Em linha]. Disponível em <<http://www.insight.pt/fasescrescimento/5a6.htm>>. [Consultado em 16.02.07].

Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa, Edição Lusodidacta.

Cabrita M. e Custódio J. (2002). Educação para a Saúde: prioridade em cuidados de saúde primários, *Revista sinais vitais*, n.º 44 Setembro 2002, pág.48 a 55

Carvalho, M., Cordeiro, M., Sousa, A. (1990). *Manter a criança Saudável. Promoção da Saúde em saúde infantil*. Committe on Health Promotion, Direcção Geral Dos Cuidados de Saúde primários.

Colgate. (2006) Saúde Oral para crianças. [Em linha]. Disponível em <http://www.colgate.pt/oralcare/oral_higiene_basics/art_how_to_brush.shtml>. [Consultado em 08.02.07].

Conselho Internacional de Enfermeiras (s/d). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. 6ª Edição. Lisboa, Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Cordeiro, M. (2007). *O LIVRO DA CRIANÇA – Dos 1 aos 5 anos*. Lisboa, A Esfera dos Livros.

Costa, A. L. M. et al. (2006). Saúde oral infantil: uma abordagem preventiva. [Em linha]. Disponível em <<http://www.apmcg.pt/document/71479/884133.pdf>>. [Consultado em 08.02.07].

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Declaração dos Direitos da Criança (1959). [Em linha]. Disponível em <www.cm-seia.pt/asocial/proteccao.asp>. [Consultado em 08.02.07].

Diário da República (2008). *Diário da República*, nº 35, de 19 de Fevereiro, pp. 6497 e 6498.

_____(1998) *Dicionário Universal de Língua Portuguesa*. Lisboa, Texto Editora.

Direcção Geral de Saúde (2005). [Em linha]. Disponível em www.dgsaude.pt. [Consultado em 08.02.07].

Falé, R. M.. (2006). Saúde oral, flúor e crianças. [Em linha]. Disponível em <<http://saude.sapo.pt/gkBT/725730.html>>. [Consultado em 03.03.07].

Faria, M. C. C. dos S. (2004). Programa de Saúde infantil. [Em linha]. Disponível em <www.eseb.ipbeja.pt/cursos/ficheiro_disciplina.asp?id=DSC0253>. [Consultado em 03.03.07].

Fernandes, O. (2006). Formação dos dentes. [Em linha]. Disponível em <http://guiadobebe.uol.com.br/dentes/as_fases_de_crescimento_dos_dentes.htm>. [Consultado em 03.03.07].

Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. 2ª Edição. Loures, Lusociência.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. 3ª Edição. Loures, Lusociência.

Freitas, L. (2007). Um olhar sobre a criança. [Em linha]. Disponível em <www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=97>. [Consultado em 03.03.07].

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Garcia, D. G. Et al. (1991). *La Participacion en La Renovacion de La Escuela: La Participacion de Los Profesores en Los Centros Escolares*. Madrid, Consejería de Educación y Cultura.

Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de Pesquisa Social*. 5ª Ed..São Paulo, Editoras Atlas.

Grupo Oceano (2005). *ABC do crescimento – Biblioteca Médico – Científica para a Família*. Volume 12 e 13. Matosinhos. Editora Quidnovi.

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem Cuidados Saúde Família: teoria, Prática e Investigação*. Loures, Lusociência.

Kail, R. V. (2004). *A Criança*. São Paulo, Pretille Hall.

Lexicoteca (1985). *MODERNA ENCICLOPÉDIA UNIVERSAL*. Volume 6. Lisboa, Circulo de Leitores, p. 122.

Lobiondo-Wood, G. L. e Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem. Métodos de Avaliação Crítica e Utilização*. 4ª Ed.. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Louise B. e Poisier M. (1994). *Pessoas idosas : uma abordagem global : processo de enfermagem por necessidade*. Lisboa, Lusodidacta.

Madureira, J. (1994). *SAÚDE ORAL*. Lisboa, Editorial Formentera.

Maria, B. (2004). Dia Mundial da Criança. [Em linha]. Disponível em <<http://betty.blogs.sapo.pt/arquivo/169348.html>>. [Consultado em 03.03.07].

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Médicos de Portugal (2006). Saúde oral, flúor e crianças. [Em linha]. Disponível em <www.medicosdeportugal.iol.pt>. [Consultado em 08.02.07].

Ministério da Saúde (2005). Programa de Saúde oral. [Em linha]. Disponível em <www.dgsaude.pt>. [Consultado em 03.03.07].

Ministério da saúde. (2006). Saúde oral na infância. [Em linha]. Disponível em <www.portaldasaude.pt/portal>. [Consultado em 08.02.07].

Monteiro, M. M.e Santos, M. R. dos (2005). *Psicologia 2.ª Parte*. Porto, Porto Editora.

Ministério da saúde. (2008). Programa Nacional de saúde Oral. [Em linha]. Disponível em <www.min-saude.pt>. [Consultado em 03.03.07].

Pereira, A. (1993). *CÁRIES DENTÁRIAS. Etiologia, Epidemiologia e Prevenção*. Porto, Edição Medisa.

Pereira M. A. (2005). *resultados de um estudo experimental*. Loures, Editora Lusociência.

Pereira, C. (2007). SAÚDE ORAL NA INFÂNCIA DENTES PARA A VIDA. [Em linha]. Disponível em <www.farmaciacarloslucas.com/campanhas.php?id=34>. [Consultado em 22.09.07].

Professoras desesperadas. (2007). 70 por cento das crianças do Norte sofrem de cárie dentária. [Em linha]. Disponível em <<http://professorasdesesperadas.blogspot.com>>. [Consultado em 02.12.07].

Quinas, I. (1990). *VIVER COM A CRIANÇA*. Lisboa, ELO.

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

Rodrigues, M., Pereira, A. E Barroso, T. (2005). *EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DE EDUCADORES PARA A SAÚDE*. Edição Formasau – Formação e Saúde Lda.

Stanhope e Lancaster (1999). *ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª Edição. Lisboa, Lusociências.

Turabian, J. L. e Franco, B. P. (2001). *Actividades comunitárias en medicina de familia y atención primaria*. Madrid, Diaz de Santos.

Universidade Fernando Pessoa (1999). *Manual de estilo de elaboração de Monografias*. Porto.

Wong, D. L. (1999). *Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica Elementos. Essenciais à Intervenção Efectiva*. 5ª Ed.. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A..

Xavier, R. (2006). Uma definição de conhecimento. [Em linha]. Disponível em <<http://voosubterraneo.blogspot.com>>. [Consultado em 16.02.07].

Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia

VII. ANEXOS

Anexo I – Pedido de autorização

OS RATINHOS



Colégio Infantil Lda.

Exmo. Sr. Director
Faculdade de Ciências da Saúde
Prof. Doutor Luís Martins

20 de Janeiro de 2008

Assunto: Resposta ao pedido de autorização para proceder à recolha de dados através de um questionário


Exmo. Senhor Doutor

Vimos por este meio informar da nossa disponibilidade em colaborar com a vossa aluna, Sofia Manuela Almeida Calvo, autorizando a recolha de dados necessários para dar continuidade à sua monografia.

Com os melhores cumprimentos.

A Direcção

OS RATINHOS


Rua Padre Abílio Sampaio, 359
ARCA - MAIA - TEL. 944259

Anexo II – Questionário

Sofia Manuela Almeida Calvo, aluna do 4.º ano da Licenciatura de Enfermagem da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, com o objectivo de identificar os conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos, face à importância da lavagem dos dentes, do Colégio Infantil “Os Ratinhos”, vem solicitar, para a realização deste trabalho científico, a sua colaboração no preenchimento deste questionário que se segue.

O questionário é anónimo, e todas as respostas são confidenciais, utilizadas unicamente para este fim.

O preenchimento deste questionário demorará em média 7 minutos.

Instruções para o preenchimento do questionário:

Este questionário é composto por duas partes: I parte refere-se à caracterização do perfil dos pais, e a II parte, aos conhecimentos dos pais das crianças, face à importância da lavagem dos dentes.

O questionário consiste em questões fechadas, de escolha múltipla, em que deverá assinalar a sua resposta com × na respectiva opção.

Deverá responder a todas as questões.

Antecipadamente agradeço a sua colaboração

A Aluna,

(Sofia Manuela Almeida Calvo)

Parte I - Caracterização da amostra

1. Idade: _____

2. Sexo? Masculino Feminino

3. Estado Civil:

Casado (a)

Solteiro (a)

Separado (a)

Divorciado (a)

Viúvo (a)

União de facto

4. Habilitações Académicas:

1.º ao 4.º ano

5.º ao 6.º ano

7.º ao 9.º ano

10.º ao 12.º ano

Licenciatura Qual? _____

Outros Qual? _____

5. Actividade profissional:

Doméstico (a)

Desempregado (a)

Estudante

Reformado (a) Razão? _____

Trabalhar por conta de outrem Profissão? _____

Trabalhar por conta própria Profissão? _____

6. Proveniência:

Meio rural

Meio urbano

7. Número de filho (os) _____.

8. Idade (s) _____; _____; _____; _____.

Parte II – Conhecimentos dos pais sobre a área em estudo

9. O que entende por saúde oral?

Constitui uma dieta saudável; visitas regulares ao médico dentista; cuidado diário preventivo

Permite um adequado crescimento, desenvolvimento, funcionamento e manutenção da dentição

Uma boca e uma dentição saudáveis são muito importantes, quer para o convívio social quer para saúde global do corpo

Reflecte o bem-estar de toda a cavidade oral incluindo os dentes, as gengivas e a língua

Todas as anteriores

Só tem importância na idade adulta

10. Incentiva o (s) seu (s) filho (os) à lavagem dos dentes? Sim Não

11. Com que frequência o seu (s) filho (os) lava (m) os dentes?

1 vez por dia

2 vezes por dia

3 vezes por dia

Dias alternados

12. Em que momento do dia o (s) seu (s) filho (os) lava (m) os dentes?

Após o pequeno-almoço e jantar

Antes de dormir

Antes de cada refeição

Após pequeno almoço, almoço e antes de dormir

13. Uma escovagem correcta dos dentes demora em média cerca de:

2 min

3 min

5min

7 min

14. Que tipo de movimento se deve utilizar para uma correcta lavagem dos dentes?

Movimentos circulares e tipo vaivém

Movimentos em espiral

Movimentos verticais

15. Com que regularidade substitui a escova de dentes do seu (s) filho (os)?

A cada ano

Depois de se encontrar constipado

A cada 6 meses

2 vezes por mês

3 em 3 meses

16. Acha relevante o (s) seu (s) filho (os) escovar a língua e a gengiva? Sim Não

17. A alimentação é fundamental para ter dentes saudáveis?

Totalmente de acordo

De acordo

Nem concordo nem discordo

Em desacordo

Totalmente em desacordo

18. Com que frequência o (s) filho (os), ingerem alimentos cariogénicos (bolos, guloseimas, bolachas, refrigerantes ou bebidas gaseificadas fora das refeições)?

Baixa ingestão de alimentos cariogénicos (1dia/semana)

Moderada ingestão de alimentos cariogénicos (2 a 3 dias/semana)

Elevada ingestão de alimentos cariogénicos (todos os dias da semana)

19. Já levou o (s) seu (s) filho (os) ao dentista? Sim Não

20. Se sim, com que idade levou o (s) seu (s) filho (os) pela primeira vez ao dentista?_____.

21. Foi detectada alguma cárie dentária no (s) seu (s) filho (os)? Sim Não

Uma cárie dentária

Duas cáries dentárias

Três cáries dentárias

Mais de 3 cáries dentárias

22. O (s) seus (s) filho (os) são portadores de precedentes que comprometam o estado de saúde dos dentes?

Saudável: sem doença ou condição de saúde que possa influenciar o processo de cárie dentária

Com doença ou condição de saúde que possa influenciar o processo de cárie dentária

Doença severa e de longa duração: portador de incapacidade física ou mental com necessidades de saúde especiais / Consumo de medicação habitual (especialmente xaropes e fármacos xerostomizantes, nomeadamente antiadrenérgicos e parasimpaticolíticos)

23. Com que frequência deve levar o (s) seu (s) filho (os) ao dentista?

1 vez por mês

1 vez por ano

2 vezes por ano

Uma em cada quatro anos

24. Que implicações futuras podem surgir caso seu (s) filho (os) tenha uma higiene dentária deficiente?

Dor, abscessos

Atraso no crescimento dentário

Problemas na posição dentária

Problemas na linguagem

Infecções em diversas partes do nosso organismo, nomeadamente no coração

Todas as anteriores

Nenhuma, como o dente de leite vai “cair”, não vale a pena tratá-lo

25. Na sua opinião, considera importante a intervenção dos enfermeiros nos Jardins de Infância, com ensinamentos sobre saúde oral?

Totalmente de acordo

De acordo

Nem concordo nem discordo

Em desacordo

Totalmente em desacordo

26. Concorda que o seu filho realize pelo menos uma das escovagens dos dentes no infantário?

Totalmente de acordo

De acordo

Nem concordo nem discordo

Em desacordo

Totalmente em desacordo