

Universidade De Trás-Os-Montes E Alto Douro
Escola Superior de Saúde

Comportamentos de saúde oral de alunos do 3º ciclo

Estágio e Relatório

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Filipa Alexandra da Silva Fraga

Orientador

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho



Vila Real, 2019

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Escola Superior de Saúde

Comportamentos de saúde oral de alunos do 3º ciclo

Estágio e Relatório

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Filipa Alexandra da Silva Fraga

Orientador

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho

Composição do júri:

Presidente: Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira
Prof^ª. Coordenadora, ESS – UTAD

Arguente: Professora Doutra Maria de Fátima Moreira Rodrigues
Prof^ª. Adjunta, ESE – Lisboa

Arguente: Especialista na Área de Enfermagem Maria do Carmo Martins Pires e Sousa
Prof^ª. Coordenadora, ESS - UTAD

Vila Real, 2019

Este trabalho foi expressamente elaborado como Estágio e Relatório original para efeito de obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

AGRADECIMENTOS

Chegada o final desta etapa, só posso agradecer a todos que direta ou indiretamente me ajudaram nesta fase tão conturbada, mas tão enriquecedora tanto a nível profissional, como pessoal.

Ao Professor Doutor Amâncio Carvalho, por todas as orientações, disponibilidade, dedicação e paciência que sempre manteve ao longo deste percurso.

À Enfermeira Anabela Vicente, da Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Flor/Carrazeda de Ansiães, por todo o apoio e pela forma como me integrou na equipa.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pela paciência e apoio.

À minha querida amiga e colega de trabalho Mónica Sobreira, pela aventura que juntas iniciamos, e juntas com muita persistência conseguimos.

Ao meu querido amigo Daniel Gonçalves, por todo o apoio incondicional e por nunca me deixar desistir.

Aos meus queridos pais, por toda a paciência nas minhas ausências, e pelo amor e apoio que sempre me transmitiram.

RESUMO

Introdução: O presente relatório diz respeito à unidade curricular Estágio e Relatório, a qual integra o Plano de Estudos, do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, tendo o estágio sido desenvolvido, no período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Carrazeda de Ansiães e Unidade de Saúde Pública de Chaves, surgindo como um documento que pretende descrever as atividades realizadas e o desenvolvimento de competências, de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Neste estágio, a principal atividade foi a implementação de um projeto de intervenção designado “Sorrir com Saúde”, no âmbito dos comportamentos de saúde oral, procurando capacitar os alunos sobre adequados comportamentos de saúde oral. Um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil são as doenças orais devido à sua prevalência. Estas apresentam uma elevada vulnerabilidade com elevados custos económicos e ganhos em saúde relevantes, pelo que devem ser adequadamente prevenidas e precocemente tratadas

Objetivos: i) Descrever de forma clara e concisa as atividades realizadas ao longo do estágio e as competências desenvolvidas no âmbito da EC; ii) Relacionar as atividades realizadas com o desenvolvimento de competências específicas, tendo como matriz o Regulamento de competências para o EEECS da OE; iii) Refletir sobre as experiências vividas ao longo do estágio e as dificuldades sentidas, enquanto momentos privilegiados de aprendizagem; iv) Apresentar as fases da metodologia do planeamento em saúde, desde o diagnóstico de situação até à avaliação das intervenções, que nos permitiu mensurar os resultados obtidos; v) Desenvolver competências crítico-reflexivas na elaboração do relatório de estágio; vi) Dar resposta à vertente de avaliação da UC, servindo de instrumento de avaliação.

Metodologia: A metodologia seguida foi a do planeamento em saúde, desde o diagnóstico de situação, até à avaliação das intervenções. No diagnóstico de situação foi realizado um estudo cuja amostra integrou 76 alunos de uma Escola EB 2,3 ciclo, aos quais foi aplicado um questionário de autopreenchimento, construído e validado para o efeito. Foram identificadas prioridades e implementado um projeto de intervenção. Na avaliação foi utilizado o mesmo instrumento de recolha de dados. Os dados foram tratados com recurso ao *Statistical Package for the Social Science*.

Resultados: A maioria dos alunos que integraram o diagnóstico de situação era do sexo masculino (53,9%), o grupo etário mais prevalente (61,8%) tinha entre 12 e 13 anos, o maior grupo frequentava o 7º ano de escolaridade (46,1%) e a maioria residia numa aldeia (53,9%). Quanto aos comportamentos de higiene oral a maioria da amostra escovava os dentes duas vezes por dia (67,1%), sendo que a grande maioria tinha consultado o médico dentista nos últimos 12 meses (98,7%). Na alimentação 54% dos alunos consumiam doces com regularidade, e a maioria consumia refrigerantes (88,2%). Foi identificado um conjunto de problemas, tendo o Problema 1 “81,6% dos alunos têm um comportamento não adequado na frequência no consumo de refrigerantes” sido considerado o problema mais prioritário. As estratégias desenvolvidas centraram-se na realização de educação para a saúde sobre saúde oral e alimentação, demonstração de adequados comportamentos de higiene oral com dentadura gigante. As metas dos indicadores de adesão foram ultrapassadas. A média da pontuação dos comportamentos de higiene oral aumentou do primeiro momento para o segundo momento, verificando-se diferenças estatísticas altamente significativas ($t: p < 0,000$).

Conclusão: Os conhecimentos dos alunos foram desenvolvidos e fortalecidos, como foi constatado pelas avaliações das sessões de Eps realizadas e globalmente os comportamentos de SO melhoraram com as intervenções realizadas, que tiveram um efeito positivo nos mesmos. Estes resultados constituem ganhos em saúde. A realização do projeto de intervenção espelhado no presente relatório, revelou-se fundamental para a aquisição de competências específicas para a prática de cuidados especializados em Enfermagem Comunitária. O diagnóstico de situação permitirá a estes profissionais intervenções mais ajustadas às necessidades desta comunidade escolar, tornando-as mais eficazes.

Palavras-chave: Adolescentes em idade escolar; Higiene oral; Saúde oral; Planeamento em saúde; Enfermagem em saúde comunitária.

ABSTRACT

Introduction: This report concerns the Internship and Report unit, which integrates the Study Plan, the Master's Degree in Community Nursing, the School of Health, the University of Trás-os-Montes and Alto Douro, in the period from September 2017 to February 2018, in the Community Care Unit of Carrazeda de Ansiães and the Public Health Unit of Chaves, appearing as a document that intends to describe the activities carried out and the development of Nurse Specialist in Community Nursing and Public Health. At this stage, the main activity was the implementation of an intervention project called "Smile with Health", in the scope of oral health behaviors, seeking to enable students on appropriate oral health behaviors. One of the main health problems of children and adolescents is oral diseases due to their prevalence. These are highly vulnerable with high economic costs and relevant health gains and should therefore be adequately prevented and treated early

Objectives: i) Describe in a clear and concise manner the activities carried out during the internship and the competences developed within the scope of the CE; ii) To relate the activities carried out with the development of specific competences, having as a matrix the Regulation of competences for the EEE-SPE; iii) Reflect on the experiences lived along the stage and the difficulties experienced, as privileged moments of learning; iv) Present the phases of the health planning methodology, from the situation diagnosis to the evaluation of the interventions, which allowed us to measure the results obtained; v) To develop critical-reflexive skills in the preparation of the internship report; vi) To respond to the evaluation aspect of the CU, serving as an evaluation tool.

Methodology: The methodology followed was that of health planning, from the diagnosis of the situation to the evaluation of the interventions. In the diagnosis of the situation, a study was carried out whose sample included 76 students from a 2, 3 EB school, to whom a self-filling questionnaire was constructed and validated for this purpose. Priorities were identified and an intervention project was implemented. In the evaluation, the same data collection instrument was used. The data were treated using the Statistical Package for the Social Science.

Results: The majority of the students included in the situation diagnosis were male (53.9%), the most prevalent age group (61.8%) were between 12 and 13 years old, the largest group attended the 7th year of schooling (46.1%) and the majority resided in a

village (53.9%). Regarding oral hygiene behaviors, most of the sample brushed their teeth twice a day (67.1%), and most of them had consulted the dentist in the last 12 months (98.7%). In food, 54% of students consumed sweets regularly, and most consumed soft drinks (88.2%). A set of problems was identified, with Problem 1 "81.6% of students having an inappropriate behavior in the frequency of soft drinks consumption" was considered the most important problem. The strategies developed focused on health education on oral health and nutrition, demonstrating adequate oral hygiene behaviors with giant dentures. The goals of the accession indicators have been exceeded. The average score of oral hygiene behaviors increased from the first moment to the second moment, with highly significant statistical differences (t: $p < 0.000$).

Conclusion: The knowledge of the students was developed and strengthened, as evidenced by the evaluations of the Eps sessions performed and overall the OS behaviors improved with the interventions performed, which had a positive effect on them. These results constitute gains in health. The implementation of the intervention project reflected in this report has proved to be fundamental for the acquisition of specific competences for the practice of specialized nursing in Community Nursing. The diagnosis of the situation will allow these professionals to be more responsive to the needs of this school community, making them more effective.

Keywords: School-aged adolescents; Oral hygiene; Oral health; Health planning; Community health nursing.

ÍNDICE

PENSAMENTO	III
AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VII
ABSTRACT	IX
ÍNDICE DE TABELAS	XV
LISTA DE ABREVIATURAS	XVII
INTRODUÇÃO	1
I- ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	3
1. NO CONTEXTO DA UCC	5
2. NO CONTEXTO DA USP	9
II- PROJETO DE INTERVENÇÃO	
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: A SAÚDE ORAL ENQUANTO SUBPROGRAMA DA SAÚDE ESCOLAR	11
1.1. Saúde oral na adolescência	12
1.2. Comportamentos de saúde oral	13
1.2.1. Higiene oral.....	14
1.2.2. O flúor.....	15
1.2.3. Consultas no médico dentista.....	16
1.2.4. Hábitos alimentares.....	16
1.3. Papel do EEECSPP na promoção da saúde oral	17
2. METODOLOGIA: PLANEAMENTO EM SAÚDE	21
2.1. Tipo de estudo	22
2.2 População e amostra	23
2.3 Questões e hipóteses de investigação	24
2.4 Variáveis em estudo	25

2.5. Instrumento de recolha de dados.....	26
2.6. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas.....	27
2.7. Tratamento e análise de dados.....	29
3. DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO AO PROJETO DE INTERVENÇÃO: SORRIR COM SAÚDE.....	31
3.1. Diagnóstico de situação em saúde	31
3.1.1. Apresentação e discussão dos resultados obtidos	31
3.1.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	32
3.1.1.2. Caracterização dos comportamentos de Higiene Oral.....	33
3.1.1.3 Caracterização dos comportamentos de vigilância de SO.....	35
3.1.1.4. . Comportamentos alimentares relacionados com a SO.....	37
3.1.1.5. Relação entre a adequação dos comportamentos de SO e as variáveis sociodemográficas.....	39
3.2. Determinação de prioridades.....	40
3.2.1. Necessidades identificadas na população.....	41
3.2.2. Priorização dos problemas.....	42
3.2.3. Hierarquização dos problemas.....	42
3.3. Fixação dos objetivos.....	44
3.4. Seleção de estratégias	45
3.5. Preparação operacional/programação.....	45
3.5.1. Execução das atividades.....	48
3.6. Avaliação das atividades	49
4. OUTRAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	53
4.1. Em contexto da Unidade Cuidados na Comunidade.....	53
4.2. Em contexto da Unidade de Saúde Pública	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
APÊNDICES.....	65
Apêndice A – Questionário de avaliação de conhecimentos sobre Saúde Oral.....	67
Apêndice B – Pedido de autorização ao MIME.....	73
Apêndice C – Pedido de autorização para a aplicação de questionários ao Diretor do Agrupamento.....	77
Apêndice D – Consentimento informado aos pais/encarregados de educação.....	81
Apêndice E – Diapositivos da sessão de EpS sobre “Saúde Oral e Alimentação”.....	85
Apêndice F – Diapositivos da sessão de EpS sobre “Higiene Oral”.....	95
Apêndice G – Folheto “Sorrir com Saúde”.....	105
Apêndice H – Diapositivos da sessão de EpS da comemoração do Dia Mundial da Diabetes.....	109
Apêndice I – Plano de atividades da sessão de EpS da Comemoração do Dia Mundial da Diabetes no EPC.....	121
Apêndice J – Diapositivos da sessão de EpS da Comemoração do Dia Mundial da Diabetes no EPC.....	127
Apêndice L – Cronologia do estágio da USP.....	135

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. População residente no concelho de Carrazeda de Ansiães, segundo grupo etário e o sexo.....	23
Tabela 2. Operacionalização e categorização das variáveis em estudo.....	26
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	32
Tabela 4. Caracterização dos comportamentos de higiene oral.....	34
Tabela 5. Caracterização dos comportamentos de vigilância de SO.....	35
Tabela 6. Alimentação.....	37
Tabela 7. Relação entre a adequação dos comportamentos de saúde oral e variáveis sociodemográficas.....	39
Tabela 8. Quadro de determinação de prioridades segunda a técnica de Grelha de Análise.....	43
Tabela 9. Plano esquemático da sessão Eps sobre Saúde Oral e Alimentação.....	46
Tabela 10. Plano esquemático da sessão Eps sobre Higiene Oral.....	47
Tabela 11. Indicadores de processo das sessões de Eps.....	49
Tabela 12. Avaliação de comportamentos de SO.....	50
Tabela 13. Avaliação de comportamentos de SO antes e após as intervenções.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
- ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte
- DGE – Direção-Geral da Educação
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- EC – Enfermagem Comunitária
- EPC – Estabelecimento Prisional de Chaves
- EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
- EpS – Educação para a saúde
- FDI – Federação Dentária Internacional
- HO – Higiene Oral
- MEC – Mestrado em Enfermagem Comunitária
- MIME – Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMD – Ordem dos Médicos Dentistas
- PES – Promoção e Educação para a Saúde na escola
- PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
- PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SO – Saúde Oral
- SNS – Sistema Nacional de Saúde
- SPSS - Statistic Package for the Social Sciences
- UC – Unidade Curricular
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- ULS – Unidade Local de Saúde

UNICEF - United Nations Children's Fund

CPOD - Índice de Dentes Cariados, Perdidos ou Obturados

IPS - Índice de Placa Simplificado

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório reporta-se à unidade curricular Estágio e Relatório, parte integrante do plano de estudos, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (MEC), da Escola Superior de Saúde, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, que decorreu entre o mês de setembro de 2017 e fevereiro de 2018, visando ser um documento elucidativo do desenvolvimento de competências, no decorrer desta experiência prática. O percurso de aprendizagem decorreu em diferentes unidades funcionais, nomeadamente na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Carrazeda de Ansiães e na Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde Alto Tâmega e Barroso (ACES ATB).

Investigar “é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico que permite descobrir novos factos ou dados, relações ou leis em qualquer campo do conhecimento” (Ander-Egg, 1978, cit. Por Marconi & Lakatos, 2003).

O desenvolvimento de uma investigação é sempre uma ação notável e extraordinária, sendo a organização e estrutura do projeto a desenvolver um passo essencial para a sua construção, desenvolvimento, concretização e sucesso (Melo-Dias, 2015).

A área de intervenção escolhida na área de Enfermagem Comunitária foi a saúde oral em jovens, cujo tema é “Comportamentos de saúde oral de alunos do 3º ciclo: do diagnóstico ao projeto de intervenção “Sorrir com Saúde”. A escolha deste tema é pertinente, pois um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil são as doenças orais devido à sua prevalência. Estas apresentam uma elevada vulnerabilidade com elevados custos económicos e ganhos em saúde relevantes, pelo que devem ser adequadamente prevenidas e precocemente tratadas (DGS, 2005).

A Organização Mundial de Saúde prevê um reforço das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, envolvendo de forma mais ativa os profissionais de educação e saúde para 2020 (DGS, 2015).

Nesta linha de pensamento foi criado em 2005 o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) com o objetivo de promover a saúde oral, bem como prevenir e tratar as doenças orais entre os mais jovens (DGS, 2005).

Embora no último estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais se verifique um decréscimo de dentes cariados aos 6 e 12 anos, é importante perceber o conhecimento e os comportamentos adotados pelas crianças (OMD, 2013).

Recentemente em Portugal também o primeiro-ministro António Costa referiu que a saúde oral é uma nova área de aposta do Governo nos cuidados de saúde primários (OMD, 2017).

O presente relatório tem como objetivos: i) Descrever de forma clara e concisa as atividades realizadas ao longo do estágio e as competências desenvolvidas no âmbito da EC; ii) Relacionar as atividades realizadas com o desenvolvimento de competências específicas, tendo como matriz o Regulamento de competências para o EEECSO da OE; iii) Refletir sobre as experiências vividas ao longo do estágio e as dificuldades sentidas, enquanto momentos privilegiados de aprendizagem; iv) Apresentar as fases da metodologia do planeamento em saúde, desde o diagnóstico de situação até à avaliação das intervenções, que nos permitiu mensurar os resultados obtidos; v) Desenvolver competências crítico-reflexivas na elaboração do relatório de estágio; vi) Dar resposta à vertente de avaliação da UC, servindo de instrumento de avaliação.

Para a elaboração do documento escrito, respeitante à unidade curricular Estágio e Relatório, será utilizada a metodologia descritiva e analítica e como estratégia a pesquisa bibliográfica, com recurso a uma linguagem clara e objetiva e à análise crítico-reflexiva.

De forma a facilitar a leitura e compreensão do documento, dividiu-se o relatório nos seguintes capítulos. No primeiro são descritas e analisadas todas as atividades e competências desenvolvidas na UCC de Vila Flor/Carrazedada de Ansiães e USP de Chaves; no segundo, apresenta-se o projeto, iniciando com uma revisão da literatura sobre a adolescência, abordam-se os comportamentos de higiene oral e de aplicação do flúor, promoção de adequados conhecimentos sobre SO, hábitos alimentares e promoção de saúde; e de seguida, descrevem-se os passos sequenciais da metodologia do planeamento em saúde, que culmina na avaliação dos resultados obtidos; no quarto capítulo aborda-se as outras atividades realizadas no contexto da UCC e da USP. No quinto capítulo, serão efetuadas as considerações finais, decorrentes do desenvolvimento do Relatório do Estágio.

I- ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretendemos fazer uma análise das competências adquiridas, de acordo com as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, inserido na unidade curricular Estágio e Relatório. Neste sentido, faremos uma análise retrospectiva das atividades que contribuíram para a aquisição de competências especializadas na prestação de cuidados em enfermagem comunitária e de saúde pública.

A OE (2010) preconiza que, o EEECSPP durante a sua atividade seja capaz:

Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para a capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS; realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (p.2).

Apresentamos e refletimos, primeiramente, acerca das competências comuns aos enfermeiros especialistas nos dois contextos de estágio (UCC e USP):

“A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” - Participamos juntamente com a equipa da UCC, nos programas e projetos existentes, agindo de forma segura, profissional e ética em todo o campo da nossa intervenção. Tivemos o cuidado de efetuar os devidos pedidos de autorização aos encarregados de educação dos participantes do estudo.

Fizemos parte integrante da equipa da USP, participando no processo de planeamento, execução e avaliação das atividades, respeitando um exercício seguro, profissional e ético.

“A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” - Neste sentido, executamos uma prática que respeitou os princípios éticos, deontológicos e os direitos humanos, tendo sido sempre assegurada a informação ao cidadão nas diversas atividades.

Ao longo do percurso procuramos gerir situações potencialmente comprometedoras para a segurança e privacidade do cidadão, demonstrando tomadas de decisão éticas e deontológicas.

“B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” - A participação e colaboração nas diversas atividades teve como intuito a promoção de novos conhecimentos, no sentido de

uma melhoria da qualidade dos cuidados. Prova disso foi a participação juntamente com a USP numa atividade que consistiu na visita às diversas equipas da UCC da área de abrangência, em que a equipa da USP esclareceu dúvidas acerca do preenchimento da ficha de projeto de Promoção e Educação para a Saúde (PES) em meio escolar.

Colaborar na realização destas atividades e em protocolos da qualidade, permitiu-nos contribuir para melhorar a qualidade da prática profissional.

“B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” - Neste percurso as oportunidades de melhoria foram evidentes, tendo assimilado que para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, é necessário uma análise e revisão das práticas baseadas na evidência científica.

“B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” - A promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual é gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos. Neste sentido, consideramos o ambiente centrado na pessoa uma condição importante e imprescindível na prevenção de incidentes e no adequado bem-estar.

“C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” - Trabalhar em equipa e colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar, é um dos desafios à nossa capacidade de liderança e colaboração em processos de tomada de decisão. Tivemos oportunidade de gerir os cuidados e agir de acordo com os princípios de segurança e qualidade das tarefas delegadas, promovendo sempre um ambiente seguro e coordenado dos cuidados prestados.

“C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” - De forma a responder às necessidades que os cuidados exigiam, procuramos adequar os recursos, de forma eficaz e eficiente a fim de promover a qualidade, potencializando o trabalho de equipa, decidindo com esta os recursos adequados à prestação de cuidados com qualidade, avaliando os riscos e reconhecendo a importância de todos os membros da equipa. Acreditamos ser essencial termos consciência das nossas práticas, o que fizemos, e o que poderíamos melhorar, promovendo sempre que possível, um ambiente favorável e adequado à prática dos cuidados prestados.

“D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” - Desenvolvemos a capacidade de refletir ao longo do período de estágio, conseguindo assim evolução e crescimento pessoal, desenvolvendo a capacidade de identificação de fatores que podem interferir no relacionamento

entre equipa e cidadão. Solicitamos a colaboração de outros profissionais sempre que necessário, evidenciando a nossa opinião face a determinadas situações. Aquando da existência de conflitos, atuamos com eficácia na sua resolução, gerindo sentimentos e emoções.

“D2 – Baseia a sua praxis clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos” - Todas as atividades realizadas tiveram como base a realização de pesquisas bibliográficas em bases de referência, consultada a legislação vigente e os protocolos existentes nas unidades, ou seja, um sólido conhecimento teórico.

1. NO CONTEXTO DA UCC

A UCC de Carrazeda de Ansiães está inserida na Unidade Local de Saúde (ULS) do Nordeste, sediada no Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães. Tem como área de abrangência 14 freguesias, distribuídas por uma área geográfica de 279.241 Km² com uma população residente de 6373 utentes.

À UCC compete prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social, no âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco e dependência física e funcional, e atuar na educação para a saúde (EpS). Tem como missão contribuir para melhorar o estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde (Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril). Esta participa da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Neste sentido, desenvolve programas no âmbito da proteção e promoção da saúde bem como da prevenção de doenças na comunidade.

A carteira de serviços da UCC integra as intervenções em programas/projetos de proteção e promoção de saúde, dos quais se destacam:

- *Intervenção Precoce;*
- *Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;*
- *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, projeto de preparação para o parto e parentalidade;*

- *Projeto ECCI*, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem e médicos, apoio psicológico e social, a utentes dependentes de forma permanente ou transitória a cuidadores/famílias.

No âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar comporta os seguintes projetos de intervenção comunitária:

i) Programas Regionais:

- Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), tem como objetivo promover uma alimentação saudável, contribuindo para um ambiente promotor de saúde;
- Programa Regional Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar;
- Programa Escola Livres de Tabaco (PELT), com o objetivo de alertar e atrasar a idade de início de consumo de tabaco nos jovens escolarizados.

ii) Programas Locais:

- Projeto “Mochila Amiga”, que visa ensinar as crianças a arrumar a mochila e alertá-las para os problemas de saúde do uso de uma mochila com excesso de peso;
- Projeto “Escola feliz”, com o intuito de monitorizar as condições higiénico-sanitárias e de segurança, assim como monitorização das malas de primeiros socorros e acidentes escolares e peri-escolares.
- Projeto “Alimentação saudável e atividade física”, Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE);
- Projeto “Educação para os afetos e a sexualidade”, que promove a reflexão sobre os afetos e valores, dinamizar as relações interpessoais, identidade e género.
- Projeto “Sorri-dente”, Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO);

Participar e conhecer estes programas e projetos, permitiu-nos atingir o principal objetivo deste estágio, dar resposta a várias unidades de competência, nomeadamente as competências específicas de EEECS, delineadas no regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro.

Em concordância com a equipa da UCC, consideramos pertinente que o diagnóstico de situação de saúde se focasse na temática da Saúde Oral dos adolescentes.

Neste sentido, vamos realçar as competências de um EEECS, tendo por base as unidades de competências descritas no guia de avaliação de estágio.

G1 – “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” - Esta competência estipula a aplicação da metodologia do planeamento em saúde para a realização de um diagnóstico de situação de saúde. O diagnóstico de situação de saúde que efetuamos, referente aos comportamentos de saúde oral dos adolescentes de uma escola, enquadrava-se no PNPSO, efetuado através da aplicação de um questionário aos alunos. A realização deste diagnóstico “Sorrir com Saúde”, foi uma atividade exaustiva, que implicou tempo e canais de comunicação com a escola que facilitaram o contacto com os alunos (**G1.1**). Após diagnosticadas as necessidades da população, prosseguimos com o estabelecimento de prioridades de intervenção, utilizamos a técnica de Grelha de Análise (**G1.2**). Na etapa seguinte foram formulados objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde identificadas (**G1.3**), tendo-se desenvolvido o Projeto “Sorrir com Saúde”, com vista à resolução dos problemas (**G1.4**). Por fim procedemos à avaliação do projeto de intervenção, através da aplicação do questionário aplicado inicialmente, com o intuito de aquisição de conhecimentos (**G1.5**).

Esta competência foi a que nos absorveu mais tempo, atendendo a todas as etapas do planeamento em saúde que tivemos que cumprir. Foram ainda desenvolvidas competências na promoção de EpS na comunidade, bem como na gestão, linguagem adequada aos conteúdos, e capacidade de motivar todos os envolvidos no projeto.

G2 – “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” - Esta competência foi desenvolvida, essencialmente, com a realização do projeto “Sorrir com Saúde”, onde foram realizadas sessões de EpS sobre “Saúde oral e alimentação” e “Higiene oral”. Promovemos a capacitação de grupos e comunidades, estabelecemos parcerias com outras instituições da comunidade (escolas) (**G2.1**), com ganhos em conhecimentos em diferentes disciplinas, tais como a enfermagem e a comunicação (**G2.2**). Foi disponibilizada informação adequada às características da comunidade, através das sessões de EpS e das restantes atividades, tendo sido usado como modelo conceptual o modelo de promoção da saúde de Nola Pender (**G2.3**).

G3 – “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS” - Ao longo do estágio participamos nos processos de tomada de decisão no âmbito da execução, coordenação e implementação dos programas de

saúde do PNS, com vista à obtenção de ganhos em saúde. As intervenções traçadas foram de encontro aos objetivos do PNPSO, pelo que podemos afirmar que estão em concordância com os objetivos do PNS.

Podemos concluir, que a concretização de diversas atividades no decorrer do estágio na UCC, contribuíram para a aquisição de competências de prestação de cuidados especializados, possibilitando o crescimento pessoal enquanto futura EEECS.

2. NO CONTEXTO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Esta parte do estágio foi realizada na USP do ACeS Alto Tâmega e Barroso, que faz parte da ARSN abrangendo os concelhos de Boticas, Chaves, Montalegre, Ribeira de Pena, Valpaços e Vila Pouca de Aguiar. O estágio decorreu no período de 15 de novembro a 6 de dezembro, num total de 84 horas.

A USP tem por missão, contribuir de forma efetiva, com os recursos que tem à sua disposição, para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de ação, procurando a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida da sua comunidade. Funciona como observatório de saúde que desenvolve atividades no âmbito do planeamento em saúde, proteção, promoção, prevenção, vigilância epidemiológica da saúde humana e saúde ambiental. Tem como ação, a avaliação do impacto das atividades desenvolvidas na saúde da comunidade e a investigação de fenómenos de saúde. Participa também em programas e projetos de saúde pública constituintes dos planos nacional e regional de saúde, no que respeita aos determinantes globais da saúde ao nível dos comportamentos e do ambiente (Decreto-Lei n.º 81/2009, 02 de abril).

É constituído pelas seguintes unidades funcionais:

- Planeamento e administração de saúde
- Vigilância epidemiológica
- Saúde ambiental
- Promoção e proteção da saúde
- Laboratórios de saúde pública
- Autoridade de saúde

Neste contexto de estágio na USP de Chaves, desenvolvemos competências específicas de EEECS.

G2 – “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” - Tivemos oportunidade de participar e desenvolver uma sessão de EpS no estabelecimento prisional, no âmbito das comemorações do Dia Mundial da Diabetes. No estágio anterior na USP já tínhamos desenvolvido uma outra sessão para a mesma população, pelo que a comunicação foi melhorada

e sem constrangimentos. Neste sentido, participamos também na gravação de um texto na Rádio Chaves FM no âmbito do Dia Europeu dos Antibióticos.

G3 – “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS” - No preenchimento da ficha PES, participamos no esclarecimento de dúvidas no devido preenchimento da mesma, às diversas equipas de UCC que integram os Centros de Saúde daquela região.

G4 – “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” - Sendo a vigilância epidemiológica de extrema importância, tivemos oportunidade de participar desde a notificação à vigilância de um surto epidémico de sarna. Toda esta experiência foi enriquecedora a nível pessoal, e para aquisição de competências de EEECS.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: A SAÚDE ORAL ENQUANTO SUBPROGRAMA DA SAÚDE ESCOLAR

A saúde oral contribui para a saúde global das crianças e jovens. Pode dizer-se que não há saúde em geral, se não existir saúde oral, sendo esta essencial, permitindo ao ser humano a capacidade de falar, sorrir, suspirar, beijar e saborear. É portanto indispensável para a qualidade de vida e bem-estar. A saúde oral é muito mais do que uma boca sã, é quando o indivíduo se encontra livre de dor crónica orofacial e de neoplasia da cabeça e pescoço, sem lesões dos tecidos moles e lesões de outras patologias que afetem a cavidade oral, dentes e tecidos craniofaciais (Vilela, 2014).

De acordo com a Federação Dentária Internacional (FDI), citada pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) (2018) a saúde oral: “É multifacetada e inclui, mas não se limita à capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e de transmitir um sem número de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor nem desconforto, bem como sem doenças do complexo craniofacial.”

Em resposta a todas estas carências e ações foi criado o Programa Nacional da Saúde Oral (PNPSO) cuja estratégia de intervenção é a promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolvendo-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam. Esta intervenção que se inicia na gravidez e se desenvolve durante a infância, consolida-se no Jardim-de-infância e na Escola, através da Saúde Escolar (DGS, 2005).

O PNPSO tem como objetivos “*a redução da incidência e da prevalência das doenças orais nas crianças e jovens, a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais*” (DGS, 2005).

A população-alvo deste programa são as grávidas e as crianças desde o nascimento até aos 16 anos de idade, tendo como finalidades melhorar conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral; diminuir a incidência e a prevalência de cárie dentária, aumentar a percentagem de crianças livres de cárie, criar uma base de dados nacional sobre saúde oral, ter especial atenção à saúde oral das crianças e dos jovens com Necessidades de Saúde Especiais,

tais como dos grupos economicamente débeis e socialmente excluídos, que frequentam a escola do ensino regular ou instituições numa perspetiva de promoção da equidade (DGS, 2005).

Neste sentido a educação sobre os procedimentos de higiene oral são fundamentais, pois os comportamentos como a escovagem e a utilização de fio dentário são cruciais para uma eficaz higiene oral (Albuquerque, 2013).

A adoção de comportamentos adequados de higiene oral e de alimentação constituem alguns dos métodos fundamentais para a prevenção de doenças da cavidade oral. Assim, todas as escolas devem privilegiar e organizar ações de educação para a saúde. Neste seguimento foi criado o Programa Nacional de Saúde Escolar, em que alguns dos objetivos passam pela promoção e proteção da saúde e prevenção da doença na comunidade educativa. A escola sendo um espaço seguro e saudável, facilita a adoção de comportamentos saudáveis, promovendo a saúde da comunidade educativa. O PNSE é o referencial técnico-normativo do sistema de saúde para a área da saúde escolar, baseado nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevalentes na população infantil e juvenil (DGS, 2015).

As intervenções em contexto comunitário, nomeadamente as de enfermagem comunitária, devem ser dirigidas aos grupos vulneráveis como as crianças e jovens, de forma a capacitá-las, através de ações de educação para a saúde, para se tornarem autónomos e responsáveis pela sua própria saúde, atingindo assim o empowrment comunitário.

1.1. Saúde oral na adolescência

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é um importante período de crescimento e maturação humana, sendo a fase da vida em que ocorrem mudanças essenciais para o início da vida adulta (UNICEF, 2011).

Este período de crescimento e desenvolvimento ocorre entre o início da puberdade e o alcance da maturidade física e emocional. As raparigas tendem a sofrer maiores modificações durante a puberdade do que os rapazes., levam menos tempo a chegar à maturidade e têm tendência a atingir a puberdade mais cedo (UNICEF, 2011).

A adolescência caracteriza-se pelo período compreendido entre os 10 e os 19 anos, em que os jovens têm a última oportunidade de vincar comportamentos, hábitos e atitudes com a finalidade de prevenir problemas de saúde na vida adulta. Nesta fase, a nível físico há alterações no tamanho e forma do corpo, acentuando-se as diferenças entre o sexo masculino e feminino. É um período em que o adolescente deve calcular os seus limites de forma saudável e não destrutiva, pois é uma fase de grande criatividade, energia e de novas experiências (UNICEF, 2011).

Na saúde oral, esta fase caracteriza-se pela transição da dentição mista para a implantação da dentição definitiva, em que ocorre o crescimento dos ossos da face e crânio, modificando a fisionomia facial, afetando várias funções, como: deglutição, fala, estética, imagem corporal e relacionamentos afetivos (Antunez, 2005).

Deve ter-se em conta que na adolescência os dentes permanentes passam a definitivos, por isso a higiene oral deve ser diária e constante, pois a dentição está mais propícia ao aumento da incidência da cárie dentária. Nesta fase o adolescente tende a aumentar o consumo de açúcares, diminuindo o número de escovagens dos dentes, podendo ocorrer erosões, bruxismo, aumento da incidência da cárie dentária e uma série de outros problemas que interferem com a sua autoimagem (Martinez, Zulueta, Ramirez & Gonsalves, 2013).

1.2. Comportamentos de saúde oral

A diminuição do risco de cárie dentária está diretamente relacionada com fatores de natureza comportamental, como a escovagem regular, a utilização do fio dentário, a alimentação equilibrada e a consulta no médico dentista. A escovagem dos dentes deve ser realizada pelo menos duas vezes por dia, após as refeições, e deve incluir, para além dos dentes, a lavagem das gengivas e da língua, com utilização de pastas dentífricas com uma concentração de flúor adequada à idade. O uso de fio dentário deve completar a higiene oral, pois permite a remoção dos restos dos alimentos e da placa bacteriana nas superfícies interdentárias onde a escova não chega ou não é eficaz (Pereira, Veiga, Amaral & Pereira, 2013).

De acordo com o que foi dito anteriormente, a adolescência é uma fase suscetível a mudanças abruptas de comportamentos, que variam entre períodos de extrema preocupação e cuidados adequados à saúde, bem como períodos de total desinteresse e até negligência. No que concerne à SO, esta fase é caracterizada por um elevado risco para a mesma, devido à maior independência do adolescente em relação ao consumo de alimentação mais açucarada e não aceitarem a supervisão dos adultos (Garbin et al., 2009).

1.2.1. Higiene Oral

A higiene oral é fundamental para a prevenção da cárie dentária e doenças da gengiva. O PNPSO promove a sua prática nas escolas e jardins-de-infância, através das famílias e também durante a utilização do cheque dentista (DGS, 2005).

Os principais cuidados a ter para uma correta higiene oral são:

- Escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, sendo que uma delas deve ser, antes de deitar;
- Utilizar sempre uma pasta dentífrica com 1000 a 1500 ppm de flúor;
- Utilizar uma escova de tamanho adequado;
- Utilizar diariamente fio dentário para retirar restos alimentares e bactérias dos espaços interdentários. O seu uso deve ser executado antes da escovagem, para que a ação protetora do dentífrico seja mais prolongada;
- O recurso a elixires para bochecho com a devida indicação médica;
- Nas crianças, o ato de higiene oral deve ser sempre supervisionado pelos pais, tendo especial atenção à quantidade de pasta dentífrica colocada na escova e possibilidade de ingestão da mesma;
- Em alguns casos pode existir indicação clínica para recurso a suplementos fluoretados.

No final da higiene oral não se deve passar a boca por água, mas sim cuspir o excesso de dentífrico, pois assim a ação dos compostos fluoretados ou anti-microbianos será mais prolongada (DGS, 2005).

Quando uma pessoa não tem uma boa SO não está de perfeita saúde, sendo que a correta manutenção ajuda a prolongar a qualidade e a quantidade de vida. A forma mais económica de tratamento é sempre a prevenção, o adiamento do tratamento irá aumentar a dificuldade na sua execução. O correto alinhamento dos dentes é importante no equilíbrio postural do corpo, uma boca saudável facilita a comunicação e a interação com os outros (OMD, 2018).

1.2.2. O flúor

O flúor é um dos componentes mais usados e mais eficaz na prevenção e controlo do desenvolvimento da cárie dentária. A sua forma de atuação vai diminuir a capacidade de desmineralização e promover a remineralização do esmalte. A presença de certas bactérias e açúcares são uma mistura explosiva para os nossos dentes, produzindo o aparecimento de ácidos que causam a desmineralização nos dentes. Por outro lado, acontece o processo de remineralização, por exemplo quando a saliva está menos ácida ocorre a reposição de minerais que tornam os dentes mais resistentes. Quando o flúor está presente durante a remineralização, os minerais são depositados de forma mais eficaz, ajudando a fortalecer os dentes e a prevenir a sua dissolução durante a próxima fase de desmineralização. O flúor pode ser administrado por via tópica ou sistémica, tendo a ação tópica uma maior ação preventiva e terapêutica. Os dentífricos com flúor são a forma mais fácil, e com excelentes resultados, de providenciarmos flúor às camadas externas de esmalte, para assim as tornarmos mais resistentes aos ataques ácidos das bactérias. Por outro lado, em determinadas situações, os comprimidos de flúor e as aplicações profissionais de vernizes fluoretados, podem ser uma alternativa ou complemento. É necessário criar procedimentos preventivos, de forma a efetivar a tomada de decisões e estratégias de controlo para eliminar futuras necessidades de tratamentos. Os profissionais de saúde oral devem monitorizar cuidadosamente a adesão ao programa de flúor para maximizar o seu potencial terapêutico (DGS, 2005).

1.2.3. Consultas no médico dentista

As consultas regulares no médico dentista são da maior importância para uma detecção precoce e respetivo tratamento. No que diz respeito à periodicidade das consultas, não está estabelecido um número específico, pois esta periodicidade está dependente das necessidades individuais de cada utente. No entanto é aconselhada uma consulta, pelo menos, a cada seis meses, pois permite detetar precocemente a cárie dentária e esclarecer dúvidas acerca de determinados procedimentos, nomeadamente em relação às técnicas de escovagem de dentes (Pereira et al., 2013).

Uma das componentes e objetivos do PNPSO é avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais, daí terem sido criados os cheques-dentista. Este é um documento que assegura ao utente o acesso a tratamentos preventivos e curativos prestados gratuitamente por profissionais especializados, nomeadamente, estomatologistas e médicos dentistas nos seus consultórios privados. A escolha é livre e assegurada ao utente através de uma lista de médicos aderentes, disponível nos Centros de Saúde ou através do microsite da saúde oral. Os destinatários são as grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), utentes do SNS que beneficiem do Complemento Solidário para idosos, crianças e jovens dos 3 aos 15 anos e doentes portadores de HIV/SIDA. Do ponto de vista da saúde pública, a consulta ao médico dentista é um determinante de grande importância, permitindo avaliar o estado de SO (SNS, 2017).

1.2.4. Hábitos alimentares

Durante a adolescência, antigos hábitos e novas aprendizagens têm grande influência sobre o comportamento nalguns aspetos da vida futura, tais como na alimentação, autoestima, valores, preferências, saúde individual e desenvolvimento psicossocial (Dominici, 2013).

Segundo Gonçalves (2006), este período é marcado pela aceleração de crescimento e conseqüente aumento do consumo de energia, necessitando em geral de todos os nutrientes. O mesmo autor considera que os adolescentes nesta fase ficam vulneráveis a excessos, carências e desequilíbrios nutricionais, considerando a educação para a saúde de extrema importância.

Hábitos alimentares inadequados na adolescência podem ser fatores de risco para futuras doenças crônicas na fase adulta, entre elas a cárie dentária (Dominici, 2013). Neste sentido, os hábitos alimentares saudáveis devem ser introduzidos precocemente, satisfazendo as necessidades nutricionais e reforçando os hábitos alimentares para toda a vida (Gonçalves, 2006).

O adolescente, nesta fase, aumenta o consumo de gorduras, açúcares e sódio, sendo o consumo de frutas e vegetais deficiente. Um dos fatores importantes na determinação do risco de cárie é a frequência do consumo de sacarose, sendo a consistência do alimento um fator importante na potencialização da ação cariogénica. O consumo de uma alimentação equilibrada, incluindo proteínas, gorduras, verduras e legumes, é fundamental na prevenção do aparecimento de cáries, permitindo a formação de dentes permanentes bem calcificados. Existem alimentos que ajudam a eliminar resíduos de outros alimentos, e na prevenção da cárie, como a maçã, laranja, pera e cenoura (Dominici, 2013).

Os adolescentes de um modo geral têm abandonado progressivamente a dieta tradicional, adotando uma dieta ocidental que se baseia essencialmente em fastfood e alimentos processados (Gonçalves, 2006).

1.3. Papel do EEECSPP na promoção da saúde oral

A Promoção da Saúde surgiu após a primeira Conferência Internacional em Ottawa, em que foi aprovada a Carta que continha as orientações para atingir a Saúde. A Carta de Ottawa definiu Promoção de Saúde como sendo o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Green & Tones, 2010).

A saúde é um conceito positivo de cada pessoa, que depende de vários aspetos, nomeadamente no seu projeto de vida, felicidade, comportamentos e estilos de vida adequados. Neste seguimento, espera-se que na sociedade atual todos tenham meios e recursos que lhes permitam desenvolver competências e capacidades para um futuro de bem-estar físico, psíquico e social (OE, 2011).

A promoção da saúde caracteriza-se por um conjunto de atividades que se definem pela combinação entre suporte educacional, organizacional, económico e ambiental. Estas atividades permitem capacitar o indivíduo ou comunidade a aumentar o controlo sobre os determinantes de saúde e assim promover a saúde. É na promoção da saúde que o planeamento tem maior destaque, delineando-se as atividades a desenvolver (Barros, 2003).

Assim a EpS, tem como principal objetivo capacitar as pessoas, criando condições de adquirirem informação e competências para escolhas saudáveis, evitando comportamentos de risco. Todo este processo está subjacente ao planeamento em saúde. Pode dizer-se que a EpS não é uma mera transmissão de informação, pois implica planear um programa adequado, prevendo-se os recursos e metodologias a utilizar, a fim de dar uma resposta adequada às necessidades de saúde de cada pessoa, família e comunidade. O papel do enfermeiro centra-se na identificação das necessidades de aprendizagem específicas da comunidade, valorizando as suas preocupações, as barreiras existentes à aprendizagem e estratégias facilitadoras dessa aprendizagem. Um programa de EpS é algo que se pode modificar em função de novas necessidades e situações que vão aparecendo ao longo da sua implementação, uma vez que é algo negociável (OE, 2011).

A promoção da saúde na infância e na adolescência tem sido um tema algo confuso, que tem vivido sobretudo das boas intenções de alguns profissionais da educação e da saúde. Se a promoção da saúde entrou na gíria do politicamente correto e nos programas escolares, podemos afirmar que as intervenções com uma base teórica bem estabelecida e uma avaliação cuidadosa dos resultados, a médio ou longo prazo, são praticamente inexistentes.

Quando se fala de promoção, ou de EpS, parece que o desenvolvimento é quase desvalorizado. É necessário um esforço apurado para encontrar alguns sinais indicadores de uma preocupação no desenvolvimento seja na definição dos objetivos, na escolha das metodologias de intervenção ou na avaliação dos resultados. Ao longo do desenvolvimento, as transformações nas capacidades da criança e do adolescente para se conhecer e compreender a si próprio e ao mundo em que se integra vão determinar mudanças importantes na construção de significados sobre saúde e vulnerabilidade, no modo como é afetada e afeta o seu contexto, e nas competências para controlar o seu comportamento (Barrio, 1990).

A promoção da saúde é um processo em que o enfermeiro assume um papel relevante, garantindo a participação ativa dos cidadãos. Como tal, para que a EpS seja uma ferramenta para a mudança de comportamentos deve ser previamente planeada por profissionais de saúde

(OE, 2011). Consta também no Código Deontológico o dever de todos os enfermeiros trabalharem a área de informação através da EpS, encorajando a independência e autonomia das pessoas.

O EEECSPP tem um papel importante neste processo, pois possui as competências para coordenar e implementar projetos de saúde que envolvam os vários setores da comunidade, como a saúde, a educação, as redes sociais, os diferentes departamentos das autarquias e outros, que visam a capacitação de grupos e comunidades. É da sua responsabilidade criar e planear projetos de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta a identificação das reais necessidades que as pessoas têm na área da saúde.

2. METODOLOGIA: PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia do planeamento em saúde, segundo Imperatori e Giraldes (1993) começa com o planeamento, que é definido como um conjunto de decisões programadas, previstas, sendo o seu resultado uma mudança sócio-cultural por contacto dirigido, de tipo progressivo, induzido e de mecanismo multicasual.

O crescente interesse no planeamento da saúde surgiu como consequência da complexidade crescente da atividade nesta área, em virtude das mudanças registadas nas condições de vida e saúde da população em diversos países (Teixeira, 2010).

Após o desenvolvimento científico e tecnológico observado na segunda metade do século passado e as transformações decorrentes na prestação de serviços de saúde, é que a prática do planeamento se tornou possível e amplamente reconhecida, gerando o interesse de organizações internacionais, como a OMS, em desenvolver propostas metodológicas que pudessem subsidiar a administração pública dos serviços públicos (Teixeira, 2010).

Para Tavares (1990), o planeamento permite ultrapassar umas das principais preocupações da economia da saúde, que são a resolução dos conflitos entre equidade e eficiência, pois há uma melhor redistribuição dos recursos, permitindo criar estratégias de intervenção que favoreçam todo o tipo de população.

A experiência na área da enfermagem mostra que, a apresentação de cuidados em enfermagem não se pode desenvolver através da improvisação e falta de sistematização, da qual resultaria ineficiência e ineficácia. A administração dos cuidados de enfermagem é orientada para o utente, envolvendo o planeamento de todas as atividades de enfermagem, respondendo assim às necessidades de enfermagem dos seus utentes, famílias e comunidade (Gama, 2010).

O processo do planeamento em saúde é composto por diferentes etapas, sendo elas o diagnóstico de situação de saúde, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional-programação e por fim a avaliação (Tavares, 1990).

Neste projeto de estágio aplicamos a metodologia do Planeamento em Saúde. De acordo com Tavares (1990), diagnóstico de situação é a primeira etapa no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população em estudo.

De seguida descrevemos como no âmbito do diagnóstico de situação a que tipo de estudo recorreremos, como seleccionamos a população e amostra, o instrumento de recolha de dados,

procedemos à recolha de dados, descrevemos as questões éticas associadas, bem como levamos a cabo o tratamento e análise de dados.

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional, longitudinal, prospetivo e de abordagem quantitativa.

Descritivo, pois permite identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral da situação ou de uma população fornecendo informação sobre as características de pessoas, situações, de grupos ou de acontecimentos (Fortin Côté & Fillion., 2009).

Estudo correlacional, pois permite explorar e descrever um fenómeno (comportamentos de saúde oral) bem como as características de uma população e identificar relações, ou seja, este tipo de estudos implicam relações entre variáveis e uma explicação destas relações (Fortin et al., 2009). Neste caso, procuramos determinar a influência das sessões de Eps nos comportamentos de saúde oral.

Longitudinal e prospetivo pois a recolha de dados será realizada em 2 momentos diferentes: diagnóstico de situação e avaliação.

Neste estudo optamos por utilizar o método quantitativo, pois os resultados serão apresentados sob a forma de dados numéricos e analisados através de técnicas estatísticas. Segundo Fortin et al. (2009), é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, sendo baseada em factos objetivos, de fenómenos e acontecimentos que existiram. Assim utilizou-se um questionário que permitiu obter informação pertinente e adequada aos objetivos delineados.

2.2 População e amostra

Este estudo foi realizado no concelho de Carrazeda de Ansiães, com uma área de 22,8 Hab/km² e um efetivo populacional residente de 6.373 indivíduos. Na tabela 1 encontra-se definido o número de residentes, por sexo e grupo etário, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011).

Tabela 1.

População residente no concelho de Carrazeda de Ansiães, segundo grupo etário e o sexo

Grupo etário	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total	%
0-14 anos	296	340	636	10
15-24 anos	323	274	597	9
25-64 anos	1 488	1 535	3 083	48
65 e mais anos	906	1 151	2 057	33
População Total	3 073	3 300	6 373	100

Fonte: INE, 2011

A população é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido, compartilhando uma ou mais características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação (Fortin et al., 2009), sendo definida pelos critérios de inclusão.

Como critérios de inclusão na amostra definiram-se: i) alunos do 3º ciclo que frequentavam a escola contexto deste estudo; ii) ter idade compreendida entre os 12 e os 17 anos.

A população alvo deste estudo foram os alunos do 3º ciclo da Escola EB 2,3/ s de Carrazeda de Ansiães, sendo composta por 135 alunos, sendo que 56 alunos encontravam-se a frequentar o 7º ano, 44 alunos frequentavam o 8º ano e 35 alunos frequentavam o 9º ano.

A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que pertencem à mesma população, devendo ser representativa das características da população (Fortin et al., 2009), sendo estabelecida pelos critérios de exclusão.

Estabelecemos como critérios de exclusão: i) alunos com necessidades educativas especiais; ii) alunos que não responderam a pelo menos 80% do questionário; iii) não devolver a declaração de consentimento informado devidamente assinada pelo encarregado de educação.

Foram aplicados e recolhidos 78 questionários, pois a restante população não devolveram a declaração de consentimento informado devidamente assinada pelo encarregado de educação. Foram considerados válidos 76, sendo 2 questionários inválidos, por não cumprirem as normas de preenchimento, nomeadamente, terem dado respostas múltiplas a questões de apenas uma resposta em mais de 80% do questionário.

A amostra ficou assim constituída pelos alunos que estavam presentes no dia da recolha de dados na sala de aula, que os encarregados de educação autorizaram a participar no diagnóstico de situação, num total de 76 alunos, cerca de 56,30% da população alvo. Consideramos, que é uma amostra não probabilística, de conveniência, pois participaram no estudo os alunos que estiverem presentes em sala de aula, no momento da recolha de dados e que respeitaram os critérios de exclusão.

2.3 Questões de investigação e hipóteses

As questões de investigação devem ser realistas, focadas nas variáveis centrais da problemática, escrita de modo interrogativo e no presente, expressando de forma não ambígua a relação entre as variáveis, e permitindo uma resposta operacional (Melo-Dias, 2015).

Uma questão de investigação é uma interrogação relativa a um domínio que deve ser explorado com vista a obter novas informações. Estas questões constituem as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação, indicando o que o investigador quer obter como informação (Fortin et al., 2009).

As questões de investigação definidas para o estudo foram:

- ❖ Quais as características sociodemográficas dos alunos do 3º ciclo, participantes no estudo?
- ❖ Quais os comportamentos de saúde oral dos alunos do 3º ciclo? (higiene oral, alimentação, vigilância em consulta no médico dentista).

A partir desta questão de investigação formularam-se as seguintes hipóteses, que estabelecem a relação entre variáveis, dando uma explicação provisória dessa relação:

H1: Existe relação entre as características sociodemográficas dos alunos (sexo, grupo etário, ano de escolaridade e meio de residência) e a adequação dos comportamentos de SO dos mesmos;

H2: Existe relação entre a escolaridade dos pais/encarregados de educação e a adequação dos comportamentos de SO dos alunos;

H3: Existe diferença significativa entre a adequação dos comportamentos de SO dos alunos antes e após as intervenções de EC desenvolvidas no decorrer do projeto.

2.4 Variáveis em estudo

Segundo Vaz Freixo (2010) variáveis são as características possíveis de manipular e medir em qualquer estudo. No dizer de Fortin et al. (2009) existem vários tipos de variáveis, dependendo do tipo de estudo. Neste tipo de estudo os autores classificam as variáveis como variáveis de atributo e de investigação.

Segundo Fortin et al. (2009), as variáveis de atributo são características às quais se atribuem valores, sendo que no presente estudo podemos considerar como variáveis atributo, as variáveis sociodemográficas, como a idade, sexo, ano escolar e residência. Por outro lado, as “variáveis de investigação são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas” (Fortin et al., 2009, p.171). Para este estudo podemos considerar como variável de investigação a adequação dos comportamentos de saúde oral.

Segundo Fortin et al., (2009), as variáveis devem ser operacionalizadas, ou seja, traduzidas em conceitos mensuráveis. O processo de operacionalização de uma variável consiste na

especificação das suas dimensões e determinação dos indicadores para a sua medição. Na tabela 2 apresentamos a operacionalização e a categorização das variáveis em estudo.

Tabela 2.

Operacionalização e categorização das variáveis em estudo

VARIÁVEIS	OPERACIONALIZAÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
SEXO	Diferença biológica entre masculino e feminino (INE, s.d.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Feminino
GRUPO ETÁRIO	Intervalo de idade, em anos, no qual o indivíduo se enquadra, de acordo com o momento de referência (INE, s.d.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 12-13 2. 14-15 3. 16-17
ANO DE ESCOLARIDADE	Ano de estudos completo legalmente instituído (INE, s.d.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 7º 2. 8º 3. 9º
LOCAL DE RESIDÊNCIA	Lugar onde se mora habitualmente (Infopedia, s.d)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aldeia 2. Vila
ANO DE ESCOLARIDADE DOS PAIS	Ano de estudos completo legalmente instituído (INE, s.d.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1º ciclo 2. 2º ciclo 3. 3º ciclo 4. Ensino Secundário 5. Licenciatura 6. Mestrado 7. Doutoramento
ADEQUAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE ORAL	Adoção de comportamentos que podem promover a saúde de um indivíduo (Santos, 2008)	<p>Não, pontuação de 0 a 9</p> <p>Sim, pontuação de 9,1 a 18</p>

2.5 Instrumento de recolha de dados

Para recolha dos dados foi aplicado um questionário aos participantes. Fortin, et al. (2009) referem que o questionário é um instrumento de medida que ajuda a organizar, normalizar e controlar os dados de tal modo que as informações procuradas possam ser colhidas de forma rigorosa, traduzindo os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Este instrumento tem também como vantagens ser de autopreenchimento e assim garantir o anonimato, que é importante no grupo etário que se pretende estudar, abranger um elevado número de indivíduos e permitir poupar tempo na sua aplicação.

O questionário aplicado neste estudo ficou organizado em duas partes. A primeira parte foi constituída por questões que permitem efetuar a caracterização sociodemográfica da amostra (sexo, idade, ano escolar, local de residência e escolaridade dos pais) e, na segunda parte, foram feitas questões sobre os comportamentos de saúde oral (higiene oral, alimentação, vigilância em consulta no médico dentista) (Apêndice A).

Pré-teste

Segundo Marconi e Lakatos (2002) o pré-teste é uma forma de testar os instrumentos de recolha de dados, antes de serem aplicados definitivamente, sobre uma pequena parte da população ou amostra, pretendendo-se assim saber informações sobre dificuldades encontradas para responder às questões.

Neste seguimento, foi testada a perceção e compreensão das questões, através de um pré-teste com 15 participantes com as mesmas características da amostra em estudo, e respeitando os critérios de inclusão e exclusão da mesma. Estes alunos frequentavam outra escola da região, com uma população muito semelhante à do contexto em estudo, tendo sido selecionados cinco alunos de cada ano escolar (7º, 8º e 9º ano). O preenchimento do questionário durou cerca de 10 minutos e, tendo no final sido feita uma entrevista informal com o objetivo de detetar dúvidas e erros. Conclui-se assim, não haver necessidade de se proceder a alterações às questões do instrumento de recolha de dados.

2.6 Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

Os aspetos éticos a ter em conta em qualquer trabalho de investigação são a obtenção de consentimento informado e a preservação da privacidade (Gerhardt & Silveira, 2009).

De forma a possibilitar a aplicação do questionário de recolha de dados, foi necessário obter-se autorização da Direção-Geral de Educação, através da entidade Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar, através do formulário *online* e seguindo as indicações descritas no Despacho n.º 15 847/2007, de 23 de julho. Tendo efetuado este procedimento obtivemos parecer favorável que tem o nº 0612700001 (Apêndice B). Foi também solicitado pedido de autorização à direção do respetivo agrupamento via e-mail (Apêndice C), que também obteve parecer favorável. Após esta autorização, foi efetuada a articulação com o coordenador do projeto de educação para a saúde (PES) da ESL, que se disponibilizou, tendo ficando decidido que seria ele a dinamizar o processo e articular com os restantes professores, a distribuição pelas respetivas turmas, a aplicação e recolha dos questionários. Este foi instruído acerca do procedimento a adotar na recolha de dados, tendo transmitido a informação aos professores, que fizeram a aplicação dos mesmos.

A sua aplicação obedeceu aos princípios éticos da declaração de Helsínquia, que refere que quando se estudam populações vulneráveis, como é o caso de crianças, deve ter-se em conta se o estudo dá *“resposta a prioridades e necessidades de saúde dessa população ou comunidade e se há uma probabilidade razoável de que essa população ou comunidade venha a beneficiar dos resultados da investigação”* (p. 2), e também avaliar *“os incómodos previsíveis, para os indivíduos ou comunidades envolvidos, comparando com os benefícios expectáveis”* do estudo, nomeadamente interrupção de aulas para aplicação dos questionários. Neste caso estes princípios aplicam-se uma vez que o estudo dá resposta a uma necessidade em saúde desta comunidade escolar, existe uma probabilidade bastante razoável que a população venha a beneficiar dos resultados da investigação, sendo incomparavelmente maiores os benefícios expectáveis, do que os incómodos causados.

O Consentimento Informado foi entregue aos alunos envolvidos no estudo, pelos respetivos professores (Apêndice D). Os questionários foram distribuídos e preenchidos em sala de aula, tendo em conta os consentimentos informados previamente e devidamente assinados pelos

encarregados de educação. O período de recolha de dados decorreu de 6 a 15 de dezembro de 2017.

2.7 Tratamento e análise de dados

Após a colheita dos dados obtidos, efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários, com a finalidade de eliminar aqueles que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. De seguida construímos uma base de dados no software informático Statistic Package for the Social Sciences (SPSS, versão 24), no qual os mesmos foram inseridos.

Para o tratamento de dados propriamente dito recorreremos à estatística descritiva e inferencial. Na análise descritiva foram determinadas medidas de distribuição de frequências (frequências relativas e absolutas) para todas as variáveis e no caso das variáveis de nível de medição rácio ou escalar as medidas de tendência central como média, mediana, moda e medidas de dispersão (desvio padrão). Também se recorreu à estatística inferencial, utilizando-se testes paramétricos e não paramétricos. Utilizou-se os testes paramétricos teste t student e ANOVA, e em alternativa os testes não paramétricos, quando os pressupostos para a sua utilização não estavam garantidos, especificamente, o teste de Kruskal-Wallis (KW). O teste de Wilcoxon foi utilizado para comparar as médias de ordenação entre dois momentos de recolha de dados na avaliação. Foi considerado com nível de significância estatística, um nível de $p \leq 0.05$ para todas as análises efetuadas.

Existiu a necessidade de recodificação de algumas variáveis na base de dados, para possibilitar a sua agregação e a aplicação de testes estatísticos, que passamos a descrever. A variável idade foi recodificada em duas categorias, no grupo etário 12-13 anos e 14 e mais anos; o número de vezes de escovagem dos dentes em, menor que duas vezes/dia e 2 ou mais vezes/dia, atendendo às recomendações para uma higiene oral cuidada; a duração da HO em, menor que 2 minutos e 2 ou mais minutos. Foram também recodificadas em não adequado e adequado, as variáveis “quando escovam os dentes”, “como realizam a HO”, “o uso de outro produto além da pasta

dentífrica”, “motivo da consulta no médico dentista”, “consumo de doces”, “quando consome doces”, “frequência do consumo de doces” e “frequência do consumo de refrigerantes”.

Construímos também uma variável global composta a partir dos comportamentos de saúde oral descritos atrás, para englobar todos os comportamentos de saúde oral. Quando o comportamento era realizado atribuímos a pontuação um e quando não realizado a pontuação zero. Fizemos a soma da pontuação de todas as variáveis sobre comportamentos de SO, tendo obtido a pontuação global dos mesmos, com a finalidade de podermos avaliar os comportamentos num todo, e na avaliação do estudo podermos avaliar a adequação desses comportamentos, no seu conjunto, comparando os resultados obtidos no primeiro momento de recolha de dados, com os resultados do segundo momento de aplicação do questionário para avaliação. Designámos esta variável como Adequação dos comportamentos de SO.

A variável em estudo, adequação dos comportamentos de SO, é medida através de pontuação, em que o mínimo de score obtido será 0 e o máximo de 18, sendo que dos 0 aos 9 scores a amostra tem comportamentos de SO inadequados, e de 9,1 a 18 scores comportamentos de SO adequados.

3. DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO AO PROJETO DE INTERVENÇÃO: SORRIR COM SAÚDE

Após o diagnóstico de situação em saúde surgiu o projeto “Sorrir com Saúde”, que visou dar resposta aos problemas identificados. O projeto foi elaborado em parceria com a equipa da UCC. As atividades decorreram durante o mês de janeiro e fevereiro, tendo sido dirigidas aos alunos do 3º ciclo da Escola E B 2,3/ s de Carrazeda de Ansiães.

Neste capítulo descrevemos tudo o que foi realizado em cada uma das etapas do planeamento em saúde, desde o diagnóstico de situação até à avaliação.

3.1 Diagnóstico de situação em saúde

Segundo Tavares (1992), o diagnóstico de situação em saúde é o primeiro passo no processo de planeamento, devendo essencialmente corresponder às necessidades da população, sendo que só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação (Imperatori & Giraldes, 1993).

O diagnóstico de situação em saúde efetuado focou-se nos comportamentos de SO dos jovens em idade escolar de uma escola do 3º ciclo da região do nordeste.

3.1.1. Apresentação e discussão dos resultados obtidos

Neste capítulo, pretende-se apresentar os resultados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados e respetivo tratamento estatístico. A apresentação dos resultados focar-se-á na caracterização sociodemográfica da amostra, caracterização dos comportamentos de saúde oral (comportamentos de higiene oral, de vigilância de SO e de alimentação), sendo estes dimensões da variável adequação dos comportamentos de SO.

Na apresentação serão utilizadas tabelas, em que se omite a fonte, uma vez que todos os dados resultaram deste estudo.

3.1.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Do total da amostra (n= 76 estudantes) a maioria era do sexo masculino (53,9%), o grupo etário mais prevalente era o dos 12 e 13 anos (61,8%), o maior grupo frequentava o 7º ano de escolaridade (46,1%) e a maioria residia numa aldeia (53,9%) (Tabela 2). A média da idade era de 13,09±1.061 anos, o mínimo 12 e o máximo 16 anos de idade e a moda os 12 anos (dados não incluídos na tabela). Na análise da escolaridade dos pais (n= 76), o maior grupo assinalou que o pai tinha o 2º ciclo (21,1%) e que as mães tinham concluído o ensino secundário (31,6%).

Tabela 3.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	N		%	
Sexo				
Masculino	41		53,9	
Feminino	35		46,1	
Grupo etário				
12-13 anos	47		61,8	
14 e mais anos	29		38,2	
Ano escolaridade				
7º ano	35		46,1	
8º ano	15		19,7	
9º ano	25		32,9	
Local de residência				
Aldeia	41		53,9	
Vila	35		46,1	
Escolaridade dos pais	Pai	Mãe	Pai	Mãe
1º Ciclo	11	10	14,5	13,2
2º Ciclo	16	10	21,1	13,2
3º Ciclo	15	12	19,7	15,8
Ensino secundário	13	24	17,1	31,6
Licenciatura	5	9	6,6	11,8
Mestrado	1	3	1,3	3,9
Doutoramento	1	2	1,3	2,6
Não respondentes	14	6	7,9	18,4

Num estudo realizado por Pereira, Veiga; Amaral e Pereira (2013) em 26 escolas públicas do terceiro ciclo e secundário do distrito de Viseu, cujo objetivo era caracterizar os

comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes portugueses, com uma amostra de 7.563 adolescentes, 54,4% eram do sexo feminino, a maior proporção de adolescentes frequentava o 7º ano (20,3%), sendo que a maioria residia numa aldeia (66,1%). Podemos constatar que embora a amostra do estudo em comparação seja consideravelmente superior, as características sociodemográficas são semelhantes às do nosso estudo.

No estudo de Bica, Cunha, Marinho, Cordinhã, Rodrigues e Reis-Santos (2012), com uma amostra de 189 adolescentes, realizado no concelho de Sátão, distrito de Viseu, no qual o principal objetivo era caracterizar a Saúde Oral de adolescentes, mediante avaliação do Índice de Dentes Cariados, Perdidos ou Obturados (CPOD) e o Índice de Placa Simplificado (IPS) a maioria era do sexo feminino (52,9%) resultado que não é corroborado pelo nosso estudo, no qual a maioria era do sexo masculino. No entanto os resultados eram muito semelhantes no caso da idade que era compreendida entre os 11 e 17 anos, a média de idades era de 13 anos e 70,4% da amostra residia na aldeia.

3.1.1.2. Caracterização dos comportamentos de Higiene Oral

A caracterização dos comportamentos de higiene oral incluiu a frequência da escovagem dos dentes, tempo de escovagem, período do dia, forma de realização da higiene oral, uso de outros produtos e de fio dentário.

Como se pode visualizar na tabela 4, a maioria dos alunos da amostra escovava os dentes duas vezes por dia (68,9%), sendo que 87,8% escovavam os dentes duas ou mais vezes por dia, a grande maioria durante 2 ou mais minutos por dia (92,1%), durante o período da manhã (90,8%), escovavam adequadamente as gengivas, dentes e língua (52,6%), para além da pasta dentífrica e da escova utilizavam líquido para bochechar (55,3%) e a grande maioria não utilizava o fio dentário (80,3%). A grande maioria dos alunos tinham um comportamento adequado (86,8%) quanto ao período do dia em que efetuavam a escovagem.

Tabela 4

Caracterização dos comportamentos de higiene oral

Variáveis	N	%
Frequência da escovagem dos dentes por dia		
1 vez	9	12,2
2 vezes	51	68,9
3 vezes	13	17,6
4 vezes	1	1,3
Tempo de escovagem dos dentes		
< 2 minutos	6	7,9
2 minutos ou mais minutos	70	92,1
Período do dia que faziam a escovagem dos dentes		
Manhã	69	90,8
Ao fim de almoço	8	10,5
Ao fim de jantar	28	36,8
Antes de deitar	54	71,1
Forma de realização da higiene oral		
Escova as gengivas, dentes e língua	40	52,6
Escova os dentes e a língua	14	18,4
Escova os dentes e a gengiva	10	13,2
Escova apenas os dentes	12	15,8
Uso de outro produto para além da pasta e da escova		
Comprimidos de fluor	5	6,6
Líquido para bochechar	42	55,3
Fio dentário	5	6,6
Não	24	31,6
Uso de fio dentário		
Não	61	80,3
Sim, às vezes	10	13,2
Sim, diariamente	5	6,6

No estudo de Barata, Veiga, Mendes, Araújo, Ribeiro e Coelho (2013), com uma amostra de 156 alunos, do 7º e 10º ano, sendo um dos objetivos a análise dos comportamentos de saúde oral dos adolescentes de Mangualde, os resultados estão em concordância com os nossos, pois a maioria dos alunos (74,4 %) faziam a escovagem dos dentes duas ou mais vezes por dia.

No estudo já referido anteriormente realizado em Portugal, por Pereira et al. (2013), que investigou os comportamentos de SO numa amostra de adolescentes portugueses de 7563 alunos, do 7º ao 12º ano, 42,8% dos inquiridos escovavam os dentes, as gengivas e a língua e 16,8% escovavam apenas os dentes, muito semelhante ao percentual obtido no nosso estudo.

Neste mesmo estudo, a percentagem do uso do fio dentário foi diferente sendo que 37,1% dos inquiridos nesse estudo afirmaram utilizar o mesmo, valor muito superior ao do presente estudo que foi apenas de 16,7%.

3.1.1.3. Caracterização dos comportamentos de vigilância de SO

Na caracterização da vigilância de SO pretendeu-se conhecer o número de vezes que os adolescentes foram ao dentista nos últimos 12 meses, o motivo da consulta, se sabiam o que é o cheque-dentista e se já o tinham utilizado. Nesta fase em que o adolescente está em crescimento e constante desenvolvimento, existe risco elevado de cárie dentária e gengivite, pelo que uma adequada vigilância é fundamental na prevenção das mesmas.

Ao analisarmos a tabela 5, constata-se que a grande maioria dos alunos da amostra tinha consultado o médico dentista (98,7%), sendo que 59,2% tinham tido esse comportamento nos últimos 12 meses, o maior grupo com uma frequência de duas vezes ao ano (34,0%), tendo a maioria assinalado que o fazia por rotina (68,1%). Também se constatou que 97,4% já sabiam o que é o cheque-dentista, sendo que 82,9% já o tinha utilizado.

Tabela 5
Caracterização dos comportamentos de vigilância de SO

Variáveis	N	%
Alguma vez foi consultado por médico dentista		
Não	1	1,3
Sim	75	98,7
Consulta ao médico dentista no último ano		
Não	7	9,2
Não sei/ não me lembro	24	31,6
Sim	45	59,2

Periodicidade da consulta ao médico dentista		
1 vez	9	18,0
2 vezes	17	34,0
3 vezes	13	26,0
4 vezes	3	6,0
5 vezes	3	6,0
12 vezes	4	8,0
20 vezes	1	2,0
Motivo da consulta		
<u>Rotina</u>		
Não	22	31,9
Sim	47	68,1
<u>Dor de de dentes</u>		
Não	62	89,9
Sim	7	10,1
<u>Tratar dentes estragados/cariados</u>		
Não	61	88,4
Sim	8	11,6
<u>Aparelho ortodôntico</u>		
Não	57	82,6
Sim	12	17,4
Sabe o que é “cheque-dentista”		
Não	2	2,6
Sim	74	97,4
Uso de “cheque-dentista”		
Não	12	16,0
Sim	63	84,0

No estudo de Pereira et al. (2013), também a maioria da amostra (86,7%) tinha consultado o médico dentista, sendo que 55% fê-lo nos últimos 12 meses. A principal razão pela qual consultaram o médico dentista, e tal como no nosso estudo, foi por rotina (49,8%).

Num estudo realizado em Portugal por Teixeira (2012), numa amostra de 273 adolescentes, com idades entre os 8 e 17 anos, que residiam em áreas rurais e urbanas e frequentavam escolas do distrito de Viseu e da Guarda, cujo objetivo foi caracterizar os comportamentos de saúde oral, bem como determinar a prevalência de selantes e CPOD dos alunos, a maioria da amostra (95,1%) já havia consultado o médico dentista, 67,3% nos últimos 12 meses e 40,6% fizeram-no por rotina. Quanto ao uso do cheque dentista e comparando com o nosso estudo, 45,6% da amostra utilizaram o cheque-dentista, e 27,4% não sabiam da sua existência, percentual de

utilizadores bastante inferior ao do nosso estudo. Esta diferença poderá ficar a dever-se ao facto deste programa em 2018 já ser muito mais conhecido pela comunidade, do que em 2013.

3.1.1.4. Comportamentos alimentares relacionados com a SO

Uma alimentação cuidada e equilibrada é fundamental na prevenção do desenvolvimento da cárie dentária nos adolescentes. A nível da alimentação foi avaliado o consumo de doces, de refrigerantes, a periodicidade dos mesmos, incluindo também o consumo de fruta e legumes.

Ao analisarmos a Tabela 6, constata-se que 54% do total da amostra consumia doces algumas vezes, sendo após as refeições o período do dia que mais o faziam (53,9 %), referindo que consumiam poucas vezes por dia (55,3%). No que concerne ao consumo de refrigerantes a maioria consumia este tipo de bebidas (88,2 %), sendo a média de $2,41 \pm 2.073$ refrigerantes/semana, tendo um comportamento inadequado na frequência do consumo dos mesmos (81,6 %). Em relação ao consumo de fruta detinham esse hábito 98,7 % dos alunos e 88,2 % consumiam legumes.

Tabela 6

Consumo de doces, refrigerantes, fruta e legumes

Variáveis	N	%
Consumo de doces		
Não	1	1,3
Sim	34	44,7
Às vezes	41	53,9
Quando come doces		
Após as refeições	41	57,7
Entre as refeições	26	36,6
Antes de ir dormir	4	5,6
Periodicidade do consumo de doces		
Raramente	6	7,9
Poucas vezes	42	55,3
Uma vez ao dia	14	18,4

Duas vezes ao dia	5	6,6
Mais de duas vezes ao dia	9	11,8
Consumo de refrigerantes		
Não	9	11,8
Sim	67	88,2
Periodicidade do consumo de refrigerantes por semana		
1 vez	13	20,6
2 vezes	23	36,5
3 vezes	12	19,0
4 vezes	3	4,8
5 vezes	8	12,7
7 vezes	2	3,2
10 vezes	2	3,2
Consumo de fruta		
Não	1	1,3
Sim	75	98,7
Consumo de legumes		
Não	8	10,7
Sim	67	89,9

Matos, Simões, Camacho e Reis (2014), realizaram um estudo designado Health Behaviour in School-aged Children,(HBSC), em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS), que pretendia estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos, em varias escolas de Portugal Continental, com uma amostra de 6026 adolescentes, com idades entre os 11 e os 15 anos e no qual também se verificaram hábitos saudáveis quanto ao consumo de frutas e vegetais. A maioria dos adolescentes referiu que consumia doces pelo menos uma vez por semana (65,1%) e metade dos jovens consumia refrigerantes também pelo menos uma vez por semana (50,7%). Uma ligeira maioria referiu que comia fruta (50,5%) e vegetais (57,8%) pelo menos uma vez por semana. Enquanto nos doces o consumo era inferior, no caso dos refrigerantes era bastante superior, neste estudo. Contudo o consumo de alimentos saudáveis (fruta e legumes) era também bastante superior no nosso estudo.

3.1.1.5. Relação entre a adequação dos comportamentos de SO e as variáveis sociodemográficas

No que concerne a esta questão, pretendíamos compreender se existiam diferenças estatisticamente significativas entre a variável adequação dos comportamentos de saúde oral e as variáveis sociodemográficas, como podemos observar na tabela 7.

Não se constataram diferenças estatísticas significativas entre a adequação dos comportamentos de SO dos alunos enquadrados em diferentes grupos etários (t: $p \geq 0,553$), em diferentes anos de escolaridade (ANOVA: $p \geq 0,233$) e que residiam em distintos locais (t: $p \geq 0,381$).

Não se observou relação entre a adequação dos comportamentos de SO dos alunos da amostra e a escolaridade do pai (KW: $p \geq 0,137$) e a escolaridade da mãe (KW: $p \geq 0,348$).

A adequação dos comportamentos de saúde oral difere significativamente entre os sexos (Teste t: $p < 0,006$), sendo que o sexo feminino tinha comportamentos de SO mais adequados, do que o sexo masculino, tendo obtido uma média da pontuação da adequação dos comportamentos de SO superior ($13,79 \pm 7,788$ vs $12,49 \pm 2,026$).

Tabela 7

Relação entre a adequação dos comportamentos de saúde oral e variáveis sociodemográficas

Variáveis	N	Ordenação Média	DP	Valor do teste	P
Adequação dos Comportamentos de SO *sexo					
Masculino	41	12,49	2,03	t= -1,255	0,006
Feminino	35	13,74	1,79		
Total	76				
Adequação dos Comportamentos de SO *grupo etário					
12 – 13 anos	47	12,96	1,94	t= -0,596	0,553
14 e mais anos	29	13,24	2,13		
Total	76				
Adequação dos Comportamentos de SO *ano de escolaridade					
7º ano	35				
	15	13,26	1,90		0,233

8º ano	25	12,27	2,02	ANOVA= 1,488	
9º ano	75	13,29	2,15		
Total					
Adequação dos Comportamentos de SO *local de residência					
	41				
Aldeia	35	12,88	1,98	t= -0,880	0,381
Vila	76	13,29	2,05		
Total					
Adequação dos Comportamentos de SO *escolaridade dos pais					
Pai	62	2,82	1,27	KW= 6,988	0,137
Mãe	70	3,31	1,34	KW= 4,456	0,348
Total	132				

Pereira et al. (2013) concluíram que os hábitos de higiene orais mais adequados eram mais frequentes nos adolescentes do sexo feminino e naqueles em que os pais tinham formação académica superior e residiam em meio urbano. No nosso estudo também os adolescentes do sexo feminino tinham comportamentos mais adequados, não se verificando alterações significativas em relação à escolaridade dos pais e residência, ao invés do estudo atrás citado. Uma explicação empírica para esta diferença pode ser dada pela grande homogeneidade entre a escolaridade dos pais e pela semelhança entre o ambiente mais rural das aldeias e o ambiente da Vila mais semi-urbano, onde foi realizado este diagnóstico de situação.

3.2. Determinação de prioridades

Esta é a segunda etapa do processo do planeamento em saúde, em que se pretendeu identificar os problemas com maior prioridade de intervenção. Como refere Tavares (1992), estes são na sua essência, um processo de tomada de decisão, ajudando a decidir qual o problema que se deve tentar solucionar primeiro.

3.2.1. Necessidades identificadas na população

As necessidades da população em estudo foram descritas na etapa do diagnóstico de situação, sendo identificados os seguintes problemas:

Problema 1 – 81,6% dos alunos têm um comportamento inadequado na frequência do consumo de refrigerantes;

Problema 2 – 80,3% dos alunos não utilizam o fio dentário adequadamente na sua higiene oral;

Problema 3 – 47,4% dos alunos não tem comportamentos de higiene oral adequados.

Problema 4 – 44,7% dos alunos tem um comportamento inadequado no consumo e regularidade com que come doces;

Após a identificação das problemáticas, formulamos os diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE:

- Capacidade de executar higiene oral comprometida;
- Déficit de conhecimento sobre higiene oral;
- Desenvolvimento do adolescente comprometido;
- Déficit de conhecimento sobre regime de líquidos;
- Déficit de conhecimento sobre regime dietético;
- Risco de comportamento juvenil desorganizado;
- Risco de desenvolvimento juvenil comprometido;
- Risco de desempenho escolar comprometido;
- Risco de infecção da membrana da mucosa oral;
- Conhecimento sobre cuidados de alimentação não demonstrado;
- Conhecimento sobre consequências de comportamentos de SO inadequados não demonstrado.

3.2.2. Priorização dos problemas

Para esta etapa do planejamento é necessário estabelecer um conjunto de critérios, a fim de selecionar prioridades para saber que problema se deve tentar solucionar em primeiro lugar (Tavares, 1992). Sendo esta uma etapa em que existe a influência da experiência, preferências e percepção do próprio sujeito, que se encontra a planear, para Tavares (1992) deve ser uma etapa objetiva, em que exista um grupo extenso e multidisciplinar, sendo um dos critérios com maior importância o consenso entre o grupo. O mesmo autor refere ainda que, existem três critérios considerados obrigatórios na determinação de prioridades, que são: a magnitude do problema, caracterizando-o pela sua dimensão; a transcendência, que valoriza a morbidade por grupos etários; e a vulnerabilidade, ou seja, a possibilidade de ação e prevenção.

Existem várias técnicas para determinação de variáveis, mas optamos pela técnica da Grelha de Análise, por ser de fácil exequibilidade e rápida execução. Esta técnica permite determinar prioridades, partindo dos seguintes critérios: importância do problema, relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1992). Utilizando a grelha de análise, atribui-se sucessivamente uma classificação de mais ou de menos ao problema, de forma sequencial, segundo os quatro critérios enunciados (Tavares, 1992).

De salientar que a grelha de análise permite analisar quais os problemas para os quais se deve intervir em primeiro lugar, o que não implica não intervir nos restantes, pois para determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico de situação (Tavares, 1992).

3.2.3 Hierarquização dos problemas

A hierarquização dos problemas encontra-se especificada na Tabela 8, onde podemos observar os diversos passos do método utilizado e priorização definitiva dos problemas. O problema com menor pontuação foi o Problema 1 “81,6% dos alunos têm um comportamento não adequado na frequência no consumo de refrigerantes” com 2 pontos, sendo considerado o problema mais

prioritário, de seguida com 4 pontos, o Problema 4 “44,7% dos alunos tem um comportamento não adequado no consumo e regularidade com que come doces”, seguindo-se o Problema 3 “47,4% dos alunos não tem uma higiene oral adequada” com 5 pontos, e por último, o Problema 2 “80,3% dos alunos não utilizam o fio dentário na sua higiene oral”, com 7 pontos, o menos prioritário.

Tabela 8.

Quadro de determinação de prioridades segunda a técnica de Grelha de Análise

Crítérios Problemas	Importância do problema	Relação problema/ fator de risco	Capacidade técnica de resolver o problema	Exequibilidade do projeto ou da intervenção	Resultados
Problema 1	+	+	+	-	2 (1º)
Problema 2	+	-	-	+	7 (4º)
Problema 3	+	-	+	+	5 (3º)
Problema 4	+	+	-	-	4 (2º)

Após o resultado da priorização realizada, constatou-se que o consumo de refrigerantes era a necessidade mais emergente a intervir. Em conjunto com a equipa da UCC, planeou-se intervir nestas quatro necessidades, uma vez que existia a possibilidade de atacar as quatro problemáticas.

3.3. Fixação dos objetivos

Esta é a terceira etapa da metodologia do planeamento em saúde, que surge após o diagnóstico de situação e a definição dos problemas prioritários. Imperatori e Giraldes (1993) referem que os objetivos devem ser pertinentes, precisos realizáveis e mensuráveis, a fim de serem bem fundamentados no planeamento em causa. Tavares (1992) enumera cinco elementos que devem estar contidos na formulação de um objetivo: a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou de fracasso, a população alvo do projeto, a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido. Esta etapa é importante pois, só através de uma correta e quantificada fixação de objetivos, se pode proceder a uma avaliação dos resultados obtidos.

Com este projeto pretendeu-se contribuir de uma forma mais concreta e direta na minimização dos problemas de saúde priorizados. Assim contribui-se para o *empowerment* do indivíduo, grupo ou comunidade, na obtenção de ganhos em saúde e prevenção da doença. O modelo utilizado neste projeto foi o de Nola Pender, pois este apresenta uma estrutura simples e clara ao enfermeiro que permite planear, intervir e avaliar as suas ações, no sentido da promoção da saúde. Foram realizadas duas atividades, Eps sobre saúde oral e alimentação e Eps sobre higiene oral.

Objetivo geral da Eps sobre saúde oral e alimentação

- Capacitar 5% dos alunos do 3º ciclo sobre os benefícios de uma alimentação saudável para uma boa saúde oral, até 2 de fevereiro de 2018.

Objetivos específicos da Eps sobre saúde oral e alimentação

- Ensinar sobre os benefícios de uma alimentação saudável para uma correta saúde oral, destacando os maléficos do açúcar e refrigerantes.
- Sensibilizar para adoção de uma alimentação saudável.

Objetivos operacionais-meta da Eps sobre saúde oral e alimentação

- Conseguir que 70% dos alunos demonstrem conhecimentos sobre uma alimentação promotora da saúde oral.

Objetivo geral da Eps sobre higiene oral

- Capacitar 5% dos alunos do 3º ciclo de uma escola da região do nordeste sobre higiene oral, para mudança de comportamentos, até 2 de fevereiro de 2018.

Objetivos específicos da Eps sobre higiene oral

- Ensinar sobre os benefícios de uma boa higiene oral, destacando os malefícios de uma má higiene oral, sobre os cuidados diários a ter com os dentes, importância do uso do fio dentário.
- Sensibilizar para a adoção de comportamentos de higiene oral corretos
- Desenvolver competências no âmbito da técnica de higiene oral

Objetivos operacionais-meta da Eps sobre higiene oral

- Conseguir que 70% dos alunos demonstrem conhecimentos sobre adequados comportamentos de higiene oral;
- Conseguir que 50% dos alunos demonstrem competências de higienização oral.

3.4. Seleção de estratégias

Nesta etapa pretende dar-se a conhecer quais os processos mais adequados para reduzir os problemas de saúde prioritários, propondo novas formas de atuação (Tavares, 1992).

Neste seguimento, a principal estratégia adotada para alcançar a mudança de comportamentos, foi a Educação para a Saúde (Eps). Assim, selecionamos as seguintes estratégias:

- Eps sobre saúde oral e alimentação (Apêndice E);
- Eps sobre higiene oral (Apêndice F);
- Elaboração e entrega de panfletos (Apêndice G);
- Colaboração na emissão e entrega dos cheques dentista.

3.5 Preparação operacional/programação

Nesta etapa do Planeamento em Saúde é fundamental planear a execução do projeto, onde deverão ser especificadas as atividades, sendo definidas a partir dos objetivos operacionais

previamente estabelecidos (Tavares, 1992). Assim, foram planeadas duas atividades de Eps, agendadas após reunião com o coordenador do PES, ficando decidido que seriam realizadas entre o dia 15 e 26 de janeiro, por não ser uma época de testes, e porque os professores de Educação Física se disponibilizaram para colaborar.

De seguida apresentamos o plano esquemático das sessões, para melhor perceção na tabela 9.

Tabela 9

Plano esquemático da sessão Eps sobre Saúde Oral e Alimentação

<p>Formadora: Filipa Fraga</p> <p>Tema: Saúde Oral e Alimentação</p> <p>Grupo-alvo: Alunos do 7º, 8º e 9º ano do Agrupamento de Escolas de Carrazeda de Ansiães</p> <p>Data, Hora: 16 de janeiro de 2018 das 11.15 às 11.45, das 12.00 às 12.30; 18 de janeiro das 15.15 às 15.45, das 16.15 às 16.45; 23 de janeiro, das 11.15 às 11.45</p> <p>Local: Escola Secundária de Carrazeda de Ansiães</p> <p>Duração: 30 minutos</p>		<p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar 5% dos alunos do 3º ciclo de uma escola da região do nordeste sobre os benefícios de uma alimentação saudável para uma boa saúde oral, até 2 de fevereiro de 2018. <p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre os benefícios de uma alimentação saudável para uma correta saúde oral, destacando os malefícios do açúcar e refrigerantes. • Sensibilizar para adoção de uma alimentação saudável. 		
Etapas	Duração	Conteúdos	Metodologia	Avaliação
Introdução	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos elementos do grupo • Apresentação do tema e objetivos • Motivação para o tema 	<p>Utilização do método expositivo através do meio auxiliar: diapositivos realizados em PowerPoint.</p> <p>Participativo: colocação de perguntas de reflexão.</p>	Observação do interesse e participação dos formandos.
Desenvolvimento	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de SO • Função da alimentação • Benefícios da alimentação para uma SO adequada • Malefícios do consumo elevado de açúcar e de refrigerantes. 	<p>Utilização do método expositivo através do meio auxiliar: diapositivos realizados em PowerPoint.</p> <p>Participativo: colocação de perguntas de reflexão.</p>	
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas • Bibliografia • Avaliação final de conhecimentos 	<p>Utilização do método expositivo através do meio auxiliar: diapositivos realizados em PowerPoint.</p> <p>Motivação para o diálogo</p>	Aplicação de questionário para avaliação da atividade.

Além da sessão de Eps sobre Saúde Oral e Alimentação esquematizada anteriormente, achamos pertinente esquematizar a sessão de Eps sobre Higiene Oral para melhor organização (Tabela 10).

Tabela 10

Plano esquemático da sessão Eps sobre Higiene Oral

<p>Formadora: Filipa Fraga</p> <p>Tema: Higiene oral</p> <p>Grupo-alvo: Alunos do 7º, 8º e 9º ano do Agrupamento de Escolas de Carrazeda de Ansiães</p> <p>Data, Hora: 23 de janeiro de 2018 das 11.15 às 11.45, das 12.00 às 12.30; das 15.15 às 15.45, das 16.15 às 16.45; 26 de janeiro, das 11.15 às 11.45</p> <p>Local: Escola secundária de Carrazeda de Ansiães</p> <p>Duração: 30 minutos</p>		<p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar 5% dos alunos do 3º ciclo de uma escola da região do nordeste sobre higiene oral, para mudança de comportamentos, até 2 de fevereiro de 2018. <p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre os benefícios de uma boa higiene oral, destacando os malefícios de uma má higiene oral, sobre os cuidados diários a ter com os dentes, importância do uso do fio dentário. • Sensibilizar para a adoção de comportamentos de higiene oral corretos • Desenvolver competências no âmbito da técnica de higiene oral 		
Etapas	Duração	Conteúdos	Metodologia	Avaliação
Introdução	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos elementos do grupo • Apresentação do tema e objetivos • Motivação para o tema 	<p>Utilização do método expositivo através do meio auxiliar: diapositivos realizados em PowerPoint.</p> <p>Participativo: colocação de perguntas de reflexão.</p>	Observação do interesse e participação dos formandos.
Desenvolvimento	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de HO • Benefícios de uma boa HO • Malefícios da má HO • Importância do uso de fio dentário • Demonstração de técnica de escovagem de dentes 	<p>Utilização do método expositivo através do meio auxiliar: diapositivos realizados em PowerPoint.</p> <p>Participativo: colocação de perguntas de reflexão.</p> <p>Demonstração prática de técnicas de escovagem dos dentes.</p>	
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas • Bibliografia • Avaliação final de conhecimentos 	<p>Utilização do método expositivo através do meio auxiliar: diapositivos realizados em PowerPoint.</p> <p>Motivação para o diálogo.</p>	

3.5.1. Execução das atividades

Como já foi referido, planejaram-se duas atividades de Eps, que foram desenvolvidas com os alunos do 3º ciclo, pois a intervenção deve ser precoce e preventiva. As fundamentações das intervenções realizadas seguiram o referencial teórico de Nola Pender (1982). Segundo a autora, os jovens comprometem-se a adotar comportamentos, dos quais advêm benefícios que são valorizados pelos próprios. Este modelo pode ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento do indivíduo, através do estudo de três características principais, sendo estas, as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável.

Na componente característica deste modelo, entende-se que comportamento anterior é o comportamento a ser mudado, face aos fatores pessoais, que podem ser biológicos (idade, agilidade), psicológicos (autoestima e auto motivação) e sociais (educação e nível socioeconómico). Nesta situação, a idade de atuação é precoce, logo podemos atuar na mudança de comportamentos e adoção de estilos de vida. Tenta-se inculir nos jovens comportamentos e estilos de vida promotores de saúde.

Na componente comportamento específico, trabalha-se a perceção dos benefícios e barreiras para a ação, ou seja, destaca-se que bons comportamentos de saúde oral possibilitam benefícios na sua saúde, e que a perceção negativa de determinado comportamento é a ignorância dos benefícios de adequados comportamentos de saúde oral. Na perceção da autoeficácia tenta-se reforçar esta ideia aos jovens, provocando-lhe sentimentos positivos em relação ao comportamento escolhido. Em consequência da idade e maturidade, os jovens são influenciáveis, sendo que neste caso, reforça-se as consequências de inadequados comportamentos de saúde oral, e a influência de uma má alimentação.

Na componente resultado do comportamento, as preferências pessoais têm uma grande influência, podendo exercer uma força positiva e encorajadora, ou seja, adotarem um compromisso de promoção de saúde, capacitando e sensibilizando os jovens sobre os benefícios de adequados comportamento de SO.

Neste âmbito, tivemos oportunidade de interagir diretamente com os alunos, usando uma linguagem simples, acessível e atual. Os jovens mostraram-se receptivos à nossa abordagem, participando com várias questões e partilhando ideias.

As sessões de Eps decorreram nos dias 16, 18 e 23 de janeiro de 2018, foram realizadas como o planeado, tendo-se verificado significativa adesão por parte dos alunos (130 alunos) e professores.

Para a realização da segunda sessão de Eps sobre higiene oral, foi pedida colaboração de uma dentista, que nos emprestou uma dentadura gigante para podermos exemplificar na prática adequados comportamentos de SO, tendo sido efetuada a demonstração da técnica de escovagem.

3.6. Avaliação das atividades

A avaliação das sessões de Eps foi efetuada através de indicadores de processo e de resultado. Dos 135 alunos da população alvo, 130 estiveram presentes nas sessões, sendo que a meta proposta era de 70%, tendo estado presentes 96,3% dos alunos, tendo ultrapassado a meta proposta, como se pode verificar na tabela seguinte (Tabela 11).

Tabela 11

Indicadores de processo das sessões de Eps

Indicador de adesão	Construção	Meta	Avaliação
Percentagem de alunos do 3º ciclo que estiveram presentes na sessão de Eps sobre SO e alimentação	$\frac{\text{Nº de alunos do 3º ciclo}}{\text{Nº de alunos presentes nas sessões de Eps}} \times 100$	70,0%	96,3%
Percentagem de alunos do 3º ciclo que estiveram presentes na sessão de Eps sobre Higiene Oral	$\frac{\text{Nº de alunos do 3º ciclo}}{\text{Nº de alunos presentes nas sessões de Eps}} \times 100$	70,0%	96,3%

No final de cada sessão, foram aplicados os mesmos questionários que foram utilizados no diagnóstico de situação, aos mesmos alunos, ou seja, foi atribuído um código a cada aluno questionado, pois apenas 56,3% dos alunos responderam ao primeiro questionário.

Como foi referido anteriormente, foi construída uma variável global de todos os comportamentos, para assim, podermos avaliar se existiu ou não mudança na adequação dos comportamentos de SO, no seu conjunto. Neste seguimento, realizamos uma avaliação global dos comportamentos de SO antes e após as intervenções, tendo realizado um teste t de Student para amostras emparelhadas (T Student), para avaliar a diferença entre os referidos comportamentos, nos dois momentos. Na tabela 12 apresentamos os resultados deste teste.

Tabela 12.

Avaliação de comportamentos de SO antes e após as intervenções através do teste t de Student

Variável	N	Média da pontuação	dp	p
Adequação dos Comportamentos de SO DSS Momento 1	76	13,066	2,009	t: p < 0,000
Adequação dos Comportamentos de SO Avaliação Momento 2	76	14,408	1,994	

Podemos verificar que a média da pontuação da adequação dos comportamentos de SO aumentou do primeiro momento para o segundo momento, verificando-se diferenças estatísticas altamente significativas (t: p < 0,000).

Para uma melhor perceção da mudança de comportamentos, seleccionamos três variáveis que nos pareceram essenciais para avaliar a mudança de comportamentos, de entre o conjunto de variáveis incluídas nos comportamentos de SO pontuadas. As variáveis seleccionadas foram: periodicidade da escovagem dos dentes; periodicidade da consulta ao médico dentista e periodicidade do consumo de doces. Para tal, foi aplicado o teste de Wilcoxon para avaliar a alteração de comportamentos do primeiro momento de recolha de dados, para o segundo momento de avaliação.

Na Tabela 12 os resultados do diagnóstico de situação em saúde (momento 1 de recolha de dados), são comparados com o questionário de avaliação das intervenções (momento 2 de

recolha de dados), permitindo-nos assim avaliar as intervenções realizadas, relativamente a estes três comportamentos.

Após análise da tabela 12, podemos concluir que na periodicidade da escovagem diária dos dentes, dos 76 questionados, relativamente ao primeiro momento do diagnóstico de situação, um piorou o seu comportamento, quatro melhoraram e 71 alunos mantiveram a mesma periodicidade, não se verificando diferenças estatísticas significativas (Wilcoxon: $p \geq 0,180$). O mesmo sucedeu quanto à periodicidade da consulta ao médico dentista. Dos 76 alunos respondentes dois pioraram neste comportamento, um melhorou e 73 mantiveram a mesma periodicidade, não se observaram diferenças estatísticas (Wilcoxon: $p \geq 0,564$). Por último quanto à periodicidade do consumo de doces um piorou o seu comportamento neste âmbito, quatro melhoraram e 71 mantiveram o seu comportamento, não se registando diferenças estatísticas significativas (Wilcoxon: $p \geq 0,180$).

Tabela 13.

Avaliação dos comportamentos de SO através do teste de Wilcoxon

Variáveis	Posições negativas	Posições positivas	Empates	Total	P
Periodicidade da escovagem dos dentes por dia	1	4	71	76	0,180
Periodicidade da consulta ao médico dentista	2	1	73	76	0,564
Periodicidade do consumo de doces	1	4	71	76	0,180

Assim relativamente a estes três comportamentos não se verificaram alterações significativas dos comportamentos. Isto poderá ser explicado pelo pouco tempo em que decorreu o projeto e as suas intervenções e pela dificuldade que uma mudança de comportamento nos coloca.

4. OUTRAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

No decorrer do estágio, para além das atividades realizadas no âmbito do projeto, tivemos oportunidade de realizar outras atividades que estavam em execução na UCC e experienciar as atividades que nos surgiram na USP, que serão descritas de seguida, em função de cada contexto.

4.1 Em contexto da Unidade Cuidados na Comunidade

Durante o estágio na UCC, além das intervenções descritas anteriormente e resultantes do diagnóstico de situação em saúde, tivemos a oportunidade de participar na atividade realizada designada “Onda Rosa”, no concelho de Carrazeda de Ansiães, tendo desenvolvido competências, no âmbito da promoção e proteção da saúde, tendo contribuído para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Esta atividade foi de extrema importância para a comunidade, tendo promovido a participação ativa da população, e realizou-se nos centros de convívio de várias aldeias do concelho. Envolveu parcerias com o município e demonstrou a importância do rastreio do cancro da mama, tal como os sinais de alerta.

Em contexto de saúde escolar, participamos no dia 19 de outubro, na comemoração do dia Mundial da Alimentação, na promoção de hábitos alimentares saudáveis, realizando EpS e distribuição de panfletos no início das aulas, no agrupamento de escolas de Vila Flor e no agrupamento de escolas de Carrazeda de Ansiães. Nas mesmas escolas, no dia 14 de novembro, realizamos um pedipaper, com os alunos do 7º ano, para assinalar o dia do Não Fumador, inserido no programa PELT. No mesmo dia realizamos ainda no Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães uma ação de sensibilização, sobre a insulino terapia dirigida a um grupo de utentes diabéticos insulino tratados (Apêndice H). Esta ação vem no seguimento da comemoração do dia Mundial da Diabetes.

Ainda em contexto de saúde escolar, participei na realização dos bochechos, aos alunos do 1º ciclo, do agrupamento de escolas de Carrazeda de Ansiães e avaliação antropométrica dos alunos do pré-escolar, no mesmo agrupamento.

No apoio domiciliário, participamos e colaboramos com a equipa da UCC na realização de tratamento a feridas em utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

4.2 Em contexto da Unidade de Saúde Pública

Neste contexto tivemos oportunidade de participar em atividades de vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos, incluindo o acompanhamento nas áreas das doenças de declaração obrigatória e não obrigatória e surtos epidémicos.

Neste âmbito participamos em todo o processo que envolve um surto epidémico, desde que a doença foi notificada até à vigilância epidemiológica efetuada. Foram notificados vários casos de sarna, em que preenchemos a declaração, procedemos ao respetivo questionário que nos permitiu identificar padrões de comportamentos, e assim desenvolver estratégias para a resolução do problema. Esta atividade constituiu um ganho profissional pela oportunidade de ter contactado com esta realidade e com a implementação dos procedimentos preconizados.

Outra das atividades que tivemos oportunidade de participar e desenvolver foi na elaboração de um plano de atividades (Apêndice I), no seguimento das comemorações do dia Mundial da Diabetes. A atividade tinha como população alvo, uma população vulnerável, especificamente, reclusos do Estabelecimento Prisional de Chaves (EPC) (Apêndice J).

No âmbito da promoção da saúde, participamos na atividade desenvolvida pela USP para assinalar a semana mundial e o dia Europeu dos Antibióticos, que consistiu na gravação de um texto, lido pela aluna do MEC, para a sensibilização da resistência aos antibióticos. O texto foi desenvolvido pela equipa do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos do SNS. A gravação do mesmo foi realizada nas instalações da Radio Chaves FM, e ao longo da semana foi passando em vários horários da referida estação.

Uma das competências da USP é promover e participar na formação pré-graduada e pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que a integram. Neste contexto, tivemos a oportunidade de participar no esclarecimento de dúvidas no preenchimento da ficha PES, pela equipa da USP a diversas equipas de UCC, inserida nos Centros de Saúde pertencentes ao ACES Alto Tâmega e Barroso.

No final do estágio, foi-nos pedida a elaboração da cronologia do estágio (Apêndice L).

Este estágio foi proveitoso, uma vez que nos permitiu compreender a dinâmica desta unidade funcional, a importância que representa para os cuidados e para a população e foi ainda possível proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença, que ocorrem numa determinada área geodemográfica, tendo sido atingidos os objetivos inicialmente propostos

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de termos descrito todo o nosso percurso realizado no decorrer deste estágio, incluindo o projeto que foi nele implementado, neste capítulo refletimos sobre os objetivos que delineamos à partida, sobre as competências desenvolvidas, constrangimentos sentidos, limitações do estudo subjacente ao diagnóstico de situação e acerca das implicações que este poderá ter na prática profissional e, especificamente, na área de especialização de Enfermagem Comunitária.

Procuramos relacionar as atividades que realizamos durante o estágio com as competências desenvolvidas, tendo em conta a matriz de competências emanadas pela Ordem dos Enfermeiros para o EEECS, enquanto regulamento orientador para esta área de atuação. Este exercício permitiu uma reflexão acerca das experiências vividas durante a realização do estágio final e as aprendizagens que tivemos oportunidade de consolidar.

Aplicando a metodologia do Planeamento em Saúde, partindo de um diagnóstico de situação no âmbito da SO, implementamos um projeto de intervenção nesta área, principal objetivo deste estágio. Para realizar o Diagnóstico de Situação levamos a cabo um estudo. Neste estudo conseguimos, para além de caracterizar socio demograficamente os alunos e avaliar a adequação dos comportamentos de SO, procuramos verificar as relações entre a adequação dos comportamentos de SO com diversos fatores (sociodemográficos, escolaridade dos pais), e avaliar diferenças antes e depois das intervenções. A área de intervenção foi decidida entre o investigador e a equipa da UCC.

Após a elaboração do diagnóstico de situação em saúde, foram determinadas as prioridades, em que nos confrontamos com vários problemas, tendo sido hierarquizados e elaboradas intervenções dirigidas às temáticas dos comportamentos de Saúde e Higiene Oral e alimentação. A principal estratégia utilizada foi EpS com a finalidade de incutir uma mudança de comportamentos, e por acharmos ser a mais adequada à população alvo em estudo.

Conseguir provocar alterações nas atitudes e comportamentos das pessoas, em idades vulneráveis, não é fácil, contudo com esta intervenção comunitária os conhecimentos dos alunos foram desenvolvidos e fortalecidos, como foi constatado pelas avaliações das sessões de Eps realizadas. Globalmente os comportamentos de SO melhoraram com as intervenções realizadas, que tiveram um efeito positivo nos mesmos. Estes resultados

constituem ganhos em saúde, pois estes alunos ao adquirirem mais e melhores conhecimentos sobre os adequados comportamentos de SO, estarão melhor preparados para prevenir a doença.

Durante este processo académico foram desenvolvidas competências de Enfermeiro Especialista, principalmente, as relacionadas com a utilização da metodologia do Planeamento em Saúde, que se revelou fundamental para nortear o processo de planeamento e implementação da intervenção, permitindo uma gestão eficaz dos recursos utilizados. Daí que salientemos a competência de avaliação do estado de saúde de uma comunidade. Para além desta competência específica, pudemos desenvolver ainda, entre outras, a competência de capacitação de grupos e comunidades, contribuição para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e a realização e cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Desta forma, mais consciente, compreende-se a importância do Enfermeiro Especialista, cabendo a este fazer o ponto de ligação entre as comunidades e os cuidados de saúde. Este deve ser criativo e proactivo, no sentido de proporcionar às comunidades e grupos uma melhor qualidade de vida, contribuindo para o processo de capacitação das mesmas.

Como limitações e constrangimentos ao longo deste estágio e do projeto de intervenção, foram a conciliação entre o horário laboral e o horário de estágio, as dificuldades na articulação com o coordenador PES/professores, a pouca colaboração para o preenchimento dos questionários junto dos alunos, e as dificuldades sentidas durante o processo de análise de dados devido à nossa inexperiência neste campo. No entanto estas dificuldades e constrangimentos foram ultrapassados, tendo sido promotores de aprendizagem, maturação de atitudes e desenvolvimento de potencialidades.

O estudo realizado no âmbito do diagnóstico de situação será apresentado à comunidade educativa e aos profissionais de saúde da UCC, contexto do estágio. Como o projeto foi desenvolvido em articulação com os profissionais da UCC, estes estão comprometidos com a sua continuidade. O diagnóstico de situação permitirá a estes profissionais intervenções mais ajustadas às necessidades desta comunidade escolar, tornando-as mais eficazes. Desta forma pensamos que este trabalho poderá ser um bom contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados no âmbito da Saúde Oral.

Sugerimos no futuro a replicação deste trabalho numa amostra maior e noutras localizações geográficas do nordeste transmontano, para assim, compreender melhor a

SO dos adolescentes desta região do país. Sugerimos também que este tipo de intervenções integre a participação de outros técnicos, e que seja mais abrangente, que inclua intervenções dirigidas aos pais e às escolas, que nem sempre colaboram.

Conclui-se que a realização do projeto de intervenção espelhado no presente relatório, revelou-se fundamental para a aquisição de competências específicas para a prática de cuidados especializados em Enfermagem Comunitária.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, T.M.B.R.E.G.S. (2013). *Atitudes, comportamentos e condições de saúde oral de estudantes universitários ao longo da sua vivência académica*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Antunez, M. (2005). *Principais problemas odontológicos dos adolescentes*. *Adolescência e Saude*, 2 (4), 6-12. Recuperado de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj6-sDwo5LbAhUD2ywKHUFUCMYQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.adolescenciaesaude.com%2Faudiencia_pdf.asp%3Faid2%3D154%26nomeArquivo%3Dv2n4a03.pdf&usg=AOvVaw0xlTjKmsUex3_lFhlZ6a-S
- Barata, C., Veiga, N., Mendes, C., Araújo, F., Ribeiro, O., & Coelho, I. (2013). *Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde*. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 54 (1), 27-32.
- Barrio, C. (1990). *La comprensión infantil da la enfermedad: un estudio evolutivo*. Madrid: Anthropos.
- Barros, L., (2003). *Psicologia pediátrica. Perspectiva desenvolvimentista*. Climepsi. 2ª Ed.
- Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Rodrigues, V., Santos, M., & Montero, J. (2012). *Hábitos alimentares na adolescência: implicações no estado de saúde*. *Millenium*, 42 (1), 85-103.
- Bica, I., Cunha, M., Marinho, C., Cordinhã, P., Rodrigues, V., & Reis-Santos, M. (2012). *Indicadores de Saúde Oral em Adolescentes*. *Millenium*, 43 (2), 95-105.
- Decreto-Lei n.º 81/2009, 02 de abril. Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. *Diário da República*, 65. Série I.
- Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril. Aprovação do regulamento da organização e funcionamento da unidade de cuidados na comunidade. *Diário da República*, 49. Série II.
- Direção-Geral da Educação (s.d.). *Procedimentos a cumprir nos pedidos de autorização para aplicação de inquéritos/realização de estudos de investigação em meio escolar*. Lisboa: autor. Recuperado de <http://www.dge.mec.pt/inqueritos-em-meio-escolar-0>
- Direção-Geral da Saude. (2005). *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral*. Lisboa: autor. Recuperado de <http://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-oral.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020*. Lisboa: autor. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção Geral da Saude. (2015). *Saúde escolar » Áreas de intervenção » Saúde oral*. Lisboa: autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/areas-de-intervencao/saude-oral.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Saúde Oral e Alimentação*. Lisboa: autor. Recuperado de http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444902694Livro_Sa%C3%BAdeOraleAlimenta%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Dominici, F. F., (2013). *Saúde do adolescente: questões da prática assistencial para dentistas*. Universidade Federal do Maranhão – UNA-SUS/UFMA. Brasil
- Fortin, M. F., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamento e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gama, B.M.B.M. (2010). *As funções administrativas e o planeamento em enfermagem*. Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de enfermagem: Administração em enfermagem I. Brasil
- Garbin, C., Garbin, A., Moimaz, S., & Gonçalves, P. (2009). *A saúde na percepção do adolescente*. Revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, 19 (1), 227-238
- Gerhardt, T.E. & Silveira, D.T. (2009). *Métodos de Pesquisa*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>
- Gonçalves, I., (2006). *Hábitos alimentares em adolescentes*. Revista Portuguesa de medicina geral e familiar, 22(2), 163-72. Recuperado de www.rpmgf.pt
- Green, J., Tones, K. (2010). *Health promotion: planning and strategies*. Londres. SAGE Publications, 2ª edição.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). Planeamento da saúde. In E. Imperatori & M. R. Giraldes, *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais* (3a ed., cap. 3, pp. 21-30). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Infopedia. (s.d). Dicionários Porto Editora. Recuperado de <https://www.infopedia.pt/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011: Resultados provisórios*. Recuperado de <http://censos.ine.pt>
- Martinez, B. O., Zulueta, S. V., Ramírez, M. C., & Gonsalves, C. C. (2013). *Salud bucal en la adolescência*. MEDISAN. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas,S.A.
- Matos, M.G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa do Aventura Social. (2014). *Aventura Social e Saúde: A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão: Relatório do Estudo HBSC 2014*. Lisboa. Recuperado de <http://aventurasocial.com/publicacoes.php>
- Melo-Dias, C. (2015). *Estrutura de projeto de investigação, revisitada*. Recuperado de <http://www.nursing.pt/estrutura-de-projeto-de-investigacao-revisitada/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Educação para a saúde, um aliado para a mudança de comportamentos*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Modelo de individualização das especialidades. *Ordem dos Enfermeiros*, 22, 29-31.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*, aprovado por unanimidade na Assembleia Geral Extraordinária de 22 de outubro de 2011. Proposta apresentada pelo conselho diretivo, após aprovação por maioria, na assembleia do collegio de especialidade de enfermagem comunitária realizado no dia 16 de julho de 2011. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2013). *Mais crianças com seis e 12 anos livres de cáries*. Recuperado de <https://www.omd.pt/noticias/2013/03/caries-criancas-estudo>
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2018). *Prevenção e Higiene Oral*. Recuperado de <https://www.omd.pt/publico/prevencao-higiene-oral/>
- Pereira, C., Veiga, N., Amaral, O., & Pereira, J. (2013). *Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses*. *Revista portuguesa de saúde pública*, 31 (2), 145-152.
- Santos, O.T.R. (2008). *Comportamentos de saúde e comportamentos de risco em adolescentes do ensino secundário: ligações com a família, amigos e envolvimento com a escola*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Saúde oral*. Lisboa: autor. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/saude-oral/>
- Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Teixeira, C.F. (2010). *Enfoques teórico-metodológicos po planeamento em saúde*. Salvador: EDUFBA. Brasil
- Teixeira, P.D.F. (2012). *Comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes de áreas rurais e urbanas*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Viseu.
- United Nations Children`s Fund. (UNICEF). (2011). *Situação mundial da infância. Adolescência, uma fase de oportunidades*. Recuperado de https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf
- Vaz Freixo, M. (2010). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Vilela, J. P. (2014). *Comparação de Comportamentos de Saúde Oral em Crianças*. (Tese de Doutoramento). Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde
- WHO. (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: autor. Recuperado de www.who.int

APÊNDICES

Apêndice A

Questionário de avaliação de conhecimentos sobre SO

Questionário “Sorrir com Saúde”

Parte I - Caracterização sociodemográfica

1. Qual o teu sexo?

Masculino

Feminino

2. Quantos anos tens? _____ anos.

3. Em que ano andas?

7º ano

8º ano

9ºano

4. Moras numa?

Aldeia

Vila

5. Qual a escolaridade dos teus pais/encarregados de educação?

	Pai	Mãe
1º ciclo		
2º ciclo		
3º ciclo		
Ensino secundário		
Licenciatura		
Mestrado		
Doutoramento		

Parte II - Saúde oral

6. Costumas escovar os dentes todos os dias?

Não Sim

6.1 Se escovas todos os dias, quantas vezes escovas por dia? _____ vezes.

7. Quanto tempo demoras a fazer a tua higiene oral? _____ minutos.

8. Quando escovas os dentes? (podes dar mais do que uma resposta)

Manhã Não Sim

Ao fim de almoço Não Sim

Ao fim de jantar Não Sim

Antes de deitar Não Sim

9. Como realizas a tua higiene oral?

Escovo as gengivas, dentes e língua

Escovo os dentes e a língua

Escovo os dentes e a gengiva

Escovo apenas os dentes

10. Além da pasta e da escova usas ou já usaste mais algum produto para a tua higiene oral?

Sim, tomo ou tomei comprimidos de fluor

Sim, utilizo um líquido para bochecha

Sim, utilizo fio dentário

Não

11. Costumas utilizar o fio dentário?

Não

Sim, às vezes

Sim, diariamente

Não sei o que é o fio dentário

12. Alguma vez foste consultado (a) por um médico dentista?

Não

Sim

13. Nos últimos 12 meses foste consultado (a) por um médico dentista?

Não

Não sei/ não me lembro

Sim

13.1. Se sim, quantas vezes? _____

14. Qual o motivo da consulta? (podes dar mais do que uma resposta)

Rotina (limpeza, selantes...)

Dor de dentes

Tratar dentes estragados/cariados

Aparelho ortodôntico

15. Sabes o que é o “cheque-dentista”?

Não

Sim

16. Já utilizaste alguma vez o “cheque-dentista”?

Não

Sim

17. Costumas comer doces?

Não

Sim

Às vezes

18. Quando é que comes doces?

Após as refeições

Entre as refeições

Antes de ir dormir

19. Quantas vezes comes doces?

- Raramente
- Poucas vezes
- Uma vez ao dia
- Duas vezes ao dia
- Mais de duas vezes ao dia

20. Costumas beber refrigerantes?

Não Sim

20.1. Se sim quantas vez por semana? _____ Vezes.

21. Costumas comer fruta?

Não Sim

22. Costumas comer legumes?

Não Sim

Muito obrigada pela tua colaboração

Apêndice B

Pedido de autorização ao MIME

mime.gepe.min-edu.pt/Private/InqueritoConsultar.aspx?id=7132

Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

Início » Consultar inquéritos » **Ficha de inquérito**

Identificação da Entidade / Interlocutor

Nome da entidade:
Filipa Fraga

Nome do Interlocutor:
Filipa Fraga

E-mail do interlocutor:
filpafraga_2@msn.com

Filipa Fraga

Sair

Área reservada

- Dados da entidade
- Consultar inquéritos
- Registrar inquérito
- Instruções

■ Início

■ Pesquisar inquéritos

Dados do Inquérito

Número de registo:
0612700001

Designação:
Comportamentos de saúde oral de crianças do 3º ciclo

Descrição:
O presente projeto pretende ser um guia orientador da Unidade Curricular (UC) Estágio e Relatório, do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária (MEC) da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, no ano letivo de 2017/2018.
A área de intervenção escolhida na área de Enfermagem Comunitária foi a saúde oral em crianças e jovens, cujo tema é "Comportamentos de saúde oral de alunos do 3º ciclo: influência de intervenções no âmbito da enfermagem comunitária e de variáveis sociodemográficas". A escolha deste tema é pertinente pois um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil são as doenças orais devido à sua prevalência. Estas apresentam uma elevada vulnerabilidade com elevados custos económicos e ganhos em saúde relevantes, pelo que devem ser adequadamente prevenidas e precocemente tratadas.
Nesta linha de pensamento foi criado em 2005 o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) com o objetivo de promover a saúde oral, bem como prevenir e tratar as doenças orais entre os mais jovens.

mime.gepe.min-edu.pt/Private/InqueritoConsultar.aspx?id=7132

Dados do Inquérito

Número de registo:
0612700001

Designação:
Comportamentos de saúde oral de crianças do 3º ciclo

Descrição:
O presente projeto pretende ser um guia orientador da Unidade Curricular (UC) Estágio e Relatório, do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária (MEC) da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, no ano letivo de 2017/2018.
A área de intervenção escolhida na área de Enfermagem Comunitária foi a saúde oral em crianças e jovens, cujo tema é "Comportamentos de saúde oral de alunos do 3º ciclo: influência de intervenções no âmbito da enfermagem comunitária e de variáveis sociodemográficas". A escolha deste tema é pertinente pois um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil são as doenças orais devido à sua prevalência. Estas apresentam uma elevada vulnerabilidade com elevados custos económicos e ganhos em saúde relevantes, pelo que devem ser adequadamente prevenidas e precocemente tratadas.
Nesta linha de pensamento foi criado em 2005 o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) com o objetivo de promover a saúde oral, bem como prevenir e tratar as doenças orais entre os mais jovens.
A Organização Mundial de Saúde prevê um reforço das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, envolvendo de forma mais ativa os profissionais de educação e saúde para 2020.

Objectivos:
Objetivo geral: analisar a influência de intervenções no âmbito da Enfermagem Comunitária desenvolvidas no estágio e das variáveis sociodemográficas nos comportamentos de saúde oral dos alunos do 3º ciclo de uma escola do nordeste transmontano.
Como objetivos específicos definiram-se:

- Caracterizar socio demograficamente os alunos participantes no estudo;
- Avaliar os comportamentos de saúde oral (higiene oral, alimentação, vigilância em consulta no médico dentista);
- Verificar se existe relação entre as variáveis sociodemográficas e os comportamentos de saúde oral.
- Verificar se existe relação entre a escolaridade dos pais e os comportamentos de saúde oral dos alunos seus educandos;
- Verificar se existe diferença entre os comportamentos de saúde oral, antes e depois das intervenções de EC desenvolvidas no decorrer do projeto;

Periodicidade:
Pontual

Data do início do período de recolha de dados:
15-11-2017

mime.gepe.min-edu.pt/Private/InqueritoConsultar.aspx?id=7132

Verificar se existe diferença entre os comportamentos de saúde oral, antes e depois das intervenções de EC desenvolvidas no decorrer do projeto;

Periodicidade:
Pontual

Data do início do período de recolha de dados:
15-11-2017

Data do fim do período de recolha de dados:
15-12-2017

Universo:
Alunos de 3º cido

Unidade de observação:

Método de recolha de dados:
Questionário

Inquérito registado no Sistema Estatístico Nacional:
Não

Inquérito aplicado pela entidade:
Sim

Instrumento de inquirição:
06127_201711032127_Documento1.pdf (PDF - 219,64 KB)

Nota metodológica:
06127_201711032127_Documento2.pdf (PDF - 311,32 KB)

Outros documentos:
06127_201711032127_Documento3.pdf (PDF - 212,72 KB)

Data de registo:
03-11-2017

Versão:
1 (1)

mime.gepe.min-edu.pt/Private/InqueritoConsultar.aspx?id=7132

Dados adicionais

Estado:
Aprovado

Avaliação:
Exmo. (a) Senhor(a) Filipa Fraga
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos
José Vítor Pedroso
Diretor-Geral
DGE

Observações:
a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções dos Agrupamentos.
b) Deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98 em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados, (não identificar ou tornar identificável) sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados, resultando obrigações que o responsável tem de cumprir de acordo com determinação legal. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham na recolha e tratamento de dados pessoais. No caso presente de recolha de dados junto de alunos menores (menos de 18 anos), as autorizações assinadas devem ficar em poder da Escola/Agrupamento. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes da declaração de consentimento informado.
c) Informa-se, ainda, que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar junto de alunos em contexto de sala de aula, dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Outras observações:
Sem observações.

| Voltar | Versão 1 |

Apêndice C

Pedido de autorização para aplicação de questionários ao Diretor
do Agrupamento

Exmo. Senhor Diretor do
Agrupamento de Escolas de Carrazeda de Ansiães

Assunto: Pedido de autorização para aplicar um questionário “Sorrir com Saúde”, destinado aos alunos do 3º ciclo do Agrupamento de escolas 2,3/ s de Carrazeda de Ansiães.

Eu, Filipa Fraga, licenciada em enfermagem e mestranda em enfermagem comunitária, da Escola Superior de enfermagem de Vila Real – UTAD, a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Flor/ Carrazeda de Ansiães sob a orientação da enfermeira especialista em enfermagem comunitária Anabela Vicente, foi-me proposto desenvolver um diagnóstico de situação em saúde, no âmbito dos comportamentos de saúde oral nos jovens em idade escolar. Desta forma, para a concretização deste estudo solicito a V. Ex.^a a autorização para a aplicação do questionário “Sorrir com saúde”, já validado.

Este diagnóstico pretende ser o espelho da realidade dos alunos do Concelho de Carrazeda de Ansiães e tem como objetivos:

- Caracterizar socio demograficamente os alunos participantes no estudo;
- Avaliar os comportamentos de saúde oral (higiene oral, alimentação, vigilância em consulta no médico dentista);
- Verificar se existe relação entre as variáveis sociodemográficas e os comportamentos de saúde oral.
- Verificar se existe relação entre a escolaridade dos pais e os comportamentos de saúde oral dos alunos seus educandos;
- Verificar se existe diferença entre os comportamentos de saúde oral, antes e depois das intervenções de EC desenvolvidas no decorrer do projeto;

Assim é de extrema importância a reflexão sobre a situação de saúde da nossa comunidade e, projetos que se pretendem desenvolver neste estágio, representam uma mais-valia na obtenção de cuidados de qualidade e consequentemente em ganhos de saúde.

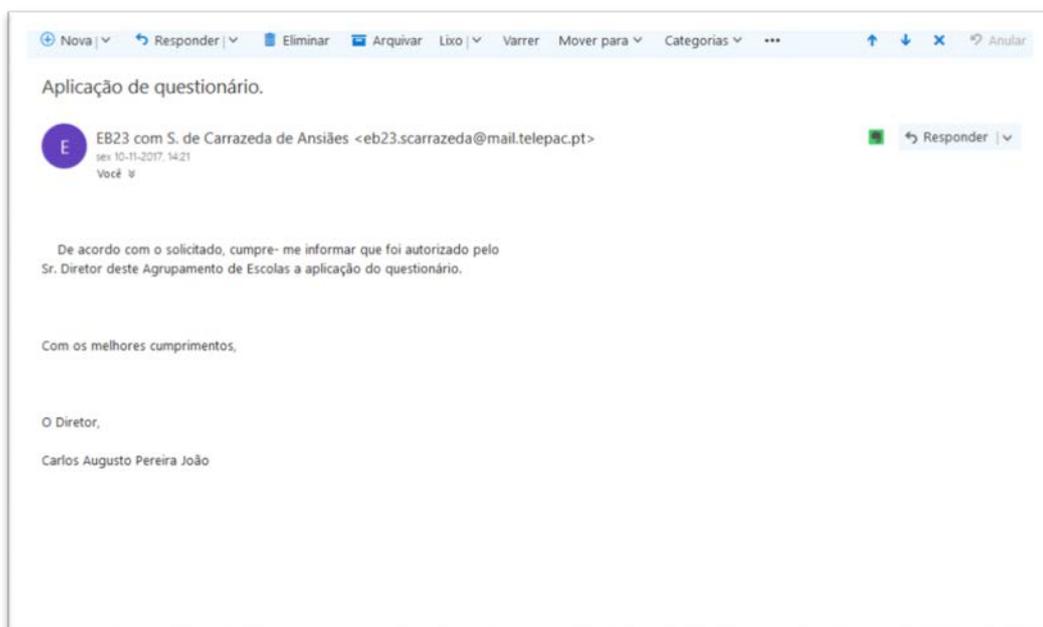
Aos participantes deste estudo, será assegurada a livre participação e confidencialidade dos dados pessoais.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento

Carrazeda de Ansiães, outubro de 2017

Filipa Fraga



Apêndice D

Consentimento informado aos pais/ encarregados de educação

CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo./a Encarregado/a de Educação

Sou aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, e estou a desenvolver um projeto de investigação designado “Sorrir com Saúde” com o principal objetivo de analisar os comportamentos de saúde oral dos alunos do 3º ciclo.

A participação dos estudantes neste estudo consistirá no preenchimento de um questionário, que visa, para além de obter alguns dados sociodemográficos, dados relacionados com os comportamentos de saúde oral.

Solicito a sua colaboração, no sentido de considerar a participação do seu educando, no estudo referido através da resposta ao referido questionário em sala de aula. A participação dos alunos será voluntária, sendo que as respostas obtidas serão tratadas de forma confidencial e exclusiva para este estudo e publicações que advenham do mesmo.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do endereço eletrónico filipafraga_2@msn.com.

Eu, _____

Encarregado/a de Educação do menor, _____

após devidamente esclarecido (a), aceito que o meu educando participe no projeto acima referido, através da resposta ao questionário intitulado “Sorrir com Saúde”

Data ___/___/___

Assinatura _____

Atenciosamente,

Filipa Alexandra da Silva Fraga

Apêndice E

Diapositivos da sessão Eps sobre “Saúde Oral e Alimentação”

Alimentação e Saúde Oral



Filipa Fraga

Fonte: DGS, 2014

A alimentação

A saúde oral está relacionada com a alimentação de várias formas, nomeadamente através do efeito direto dos alimentos sobre os dentes no desenvolvimento de cárie dentária e na erosão do esmalte dentário.

Fonte: DGS, 2014

Para a cárie dentária o número de vezes que se consome açúcar é importante?

Sim

Para o aparecimento da cárie dentária o número de vezes por dia que ingere alimentos ou bebidas com açúcar é mais importante do que a quantidade de açúcar que ingere por dia.

Recomenda-se



O consumo de açúcares livres em alimentos sólidos ou bebidas (ex: açúcar de mesa, refrigerantes e sumos açucarados, bolos, sobremesas, chocolates), **frequência inferior a 4 vezes por dia.**



Fonte: DGS, 2014

Qual a pior altura do dia para consumir produtos açucarados?

- **Antes de dormir** é, provavelmente, a pior altura do dia para ingerir alimentos ou bebidas com açúcar. Mesmo escovando bem os dentes antes de se deitar, é difícil garantir que não permanecem vestígios de açúcar na boca. Além disso, como durante a noite a produção de saliva diminui, a proteção e auto limpeza promovida pela saliva e pela língua é menor.



Fonte: DGS, 2014

Os alimentos pegajosos são mais prejudiciais para os dentes?

Sim

- Os rebuçados, pastilhas, caramelos, gomas, chupas, batatas fritas, bolos, cereais de pequeno-almoço açucarados (principalmente quando ingeridos sem leite), entre outros alimentos com açúcar e de mastigação lenta, são muito agressivos para os dentes contribuindo para o desenvolvimento de cárie dentária.
- Este tipo de alimentos permanece muito tempo na boca e adere à superfície dos dentes, o que favorece a produção contínua de ácidos e a desmineralização do esmalte dentário.



Fonte: DGS, 2014

Todos os açúcares contribuem da mesma forma para a cárie dentária?

Não

- Os açúcares que se apresentam na sua forma livre ou adicionados a alimentos, como a sacarose (açúcar de mesa), o mel e os xaropes, são mais cariogênicos uma vez que estão mais disponíveis para as bactérias da cavidade oral e promovem uma maior produção de ácidos, o que destrói o esmalte dentário.
- Os açúcares naturalmente presentes nos alimentos, como a lactose (presente no leite e no iogurte), são menos acidificantes e por isso menos cariogênicos. Além disso, o leite contém outros compostos com propriedades protetoras da cárie dentária. A fruta contém açúcares na sua composição (ex: frutose), mas é menos acidificante do que a sacarose, desde que seja ingerida fresca, não em sumo nem em calda.

Fonte: DGS, 2014

Existe alguma forma de reduzir os efeitos prejudiciais resultantes da ingestão de alimentos ou bebidas com açúcar?

Sim

- Além de uma adequada escovagem dos dentes e da redução da quantidade e da frequência de ingestão deste tipo de alimentos, a altura do dia em que são ingeridos também é importante.
- Evite ingerir alimentos ou bebidas com açúcar entre as refeições. Se reservar apenas para as refeições principais (almoço e jantar) não é tão prejudicial para os dentes.



Fonte: DGS, 2014

Os laticínios protegem da cárie dentária?

Sim

- Os laticínios não açucarados têm propriedades protetoras contra a cárie.
- O leite contém compostos (ex: cálcio, fósforo, caseína) que inibem as lesões de cárie dentária.
- A ingestão de queijo estimula e aumenta a produção de saliva e ajuda a neutralizar os ácidos, protegendo o esmalte dentário.
- Desta forma, o pão com queijo (desde que não tenha excesso de gordura, nem de sal), os leites e os iogurtes não açucarados são boas opções para as refeições intermédias, desde que integrados numa alimentação saudável e respeitando as recomendações nutricionais.



Fonte: DGS, 2014

Os hortícolas, a fruta e os cereais integrais contribuem para uma boa saúde oral?



Sim

- Vários estudos referem que uma alimentação rica em hortícolas, fruta fresca e cereais integrais está associada a baixos níveis de cárie dentária.
- A ingestão destes alimentos ricos em fibra (ex: trincar um maçã com casca) requer uma maior mastigação, estimula a produção de saliva e promove uma limpeza mecânica dos dentes. No entanto, nunca substitui uma adequada escovagem dos dentes.



Fonte: DGS, 2014

Atenção aos açúcares escondidos nos alimentos

- Os produtos processados como as bolachas, biscoitos, bolos, cereais de pequeno almoço, refrigerantes, sumos, iogurtes, entre outros, geralmente contêm excesso de açúcar.
- Para verificar a presença e a quantidade de açúcar nos alimentos é importante ler os rótulos das embalagens, nomeadamente a lista de ingredientes e a informação nutricional.

Refrigerante de Extractos Vegetais.
 Ingredientes: água, açúcar, dióxido de carbono, corante caramelo E-150d, adoçante E-338 e aromas naturais (incluindo cafeína).

	100 ml	330 ml (%)
Energia:	180 kJ/42 kcal	594 kJ/139 kcal (7%)
Lípidos:	0 g	0 g (0%)
Dos quais ácidos gordos saturados:	0 g	0 g (0%)
Hidratos de carbono:	10,6 g	35 g (13%)
Dos quais açúcares:	10,6 g	35 g (39%)
Proteínas:	0 g	0 g (0%)
Sal:	0 g	0 g (0%)

Fonte: DGS, 2014

Os sumos e os refrigerantes podem danificar os dentes?

Sim

- As bebidas ácidas, como os sumos, refrigerantes, bebidas desportivas, bebidas energéticas e algumas bebidas alcoólicas, podem provocar a destruição do esmalte dentário, mesmo que não tenham adição de açúcar.
- Quanto maior for o tempo e a exposição dos dentes a estes ácidos (ex: beber devagar, pequenos golos de cada vez, durante um longo período de tempo), maior será a destruição.
- Para minimizar os efeitos prejudiciais das bebidas ácidas:
 - Diminua o seu consumo, reservando-os para os dias de festa.
 - Opte por ingeri-los com alimentos que neutralizam os ácidos, ou seja, misturados com uma refeição (almoço ou jantar) ou com um lacticínio não açucarado (iogurte, leite ou um pouco de queijo).
 - Para reduzir contacto destas bebidas com os dentes, opte por ingeri-las através de uma palhinha.



Fonte: DGS, 2014

As pastilhas elásticas sem açúcar provocam cárie dentária?

Não

- As pastilhas elásticas sem açúcar contêm adoçantes (ex: xilitol, sorbitol) que não provocam cárie dentária. O xilitol tem sido associado a efeitos benéficos para os dentes, nomeadamente à inibição do crescimento de algumas bactérias, contribuindo para a prevenção da cárie dentária. Embora não substitua a escovagem dos dentes, mastigar uma pastilha sem açúcar a seguir a uma refeição, ajuda a estimular a produção de saliva e promove uma auto-limpeza dos dentes.



Fonte: DGS, 2014

Agora vê de que alimentos os dentes gostam mais...

Alimentos mais saudáveis

Alimentos menos saudáveis

Elaborado pela DGS

Fonte: DGS, 2014

Obrigado pela
atenção!

www.dgs.pt



Filipa Fraga

Apêndice F

Diapositivos da sessão Eps sobre “Higiene Oral”

Higiene Oral

“Sorrir com Saúde”

Filipe Fraga

Importância

- ▶ Previne e evita a formação da placa bacteriana;
- ▶ Ajuda a deixar os dentes saudáveis;
- ▶ Dentes saudáveis têm menos cáries, são limpos e ajudam a falar bem e mastigar corretamente os alimentos;
- ▶ Melhora a qualidade de vida.

Filipe Fraga



Benefícios de uma higiene oral adequada

- ▶ Os dentes ficam limpos e livres de resíduos alimentares;
- ▶ A gengiva não sangra nem dói durante a escovação e o uso de fio dentário;
- ▶ O mau hálito deixa de ser um problema permanente.

Filipa Freixo

Cuidados a ter com os dentes

- ▶ Escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, sendo que uma delas deve ser, antes de deitar;
- ▶ Utilizar sempre uma pasta dentífrica com 1000 a 1500 ppm de flúor;
- ▶ Utilizar uma escova de tamanho adequado;
- ▶ Utilizar diariamente fio dentário para retirar restos alimentares e bactérias dos espaços interdentários. O seu uso deve ser executado antes da escovagem, para que a ação protetora do dentífrico seja mais prolongada;

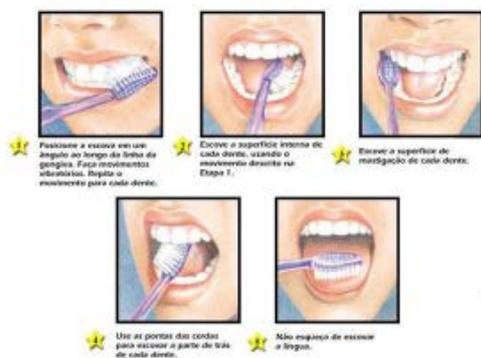
Filipa Freixo

Cuidados a ter com os dentes

- ▶ O recurso a elixires para bochecho com a devida indicação médica;
- ▶ Nas crianças, o ato de higiene oral deve ser sempre supervisionado pelos pais, tendo especial atenção à quantidade de pasta dentífrica colocada na escova e possibilidade de ingestão da mesma;
- ▶ Em alguns casos pode existir indicação clínica para recurso a suplementos fluoretados.

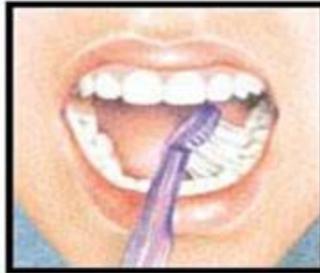
Filipa Fraga

Técnica de escovagem dos dentes



Filipa Fraga

Técnica de escovagem dos dentes



2

Escove a superfície interna de cada dente, usando o movimento descrito na Etapa 1.

Filipa Fraga

Técnica de escovagem dos dentes



★ Posicione a escova em um ângulo ao longo da linha da gengiva. Faça movimentos vibratórios, segure o movimento para cada dente.



★ Escove a superfície interna de cada dente, usando o movimento descrito na Etapa 1.



★ Escove a superfície de mastigação de cada dente.



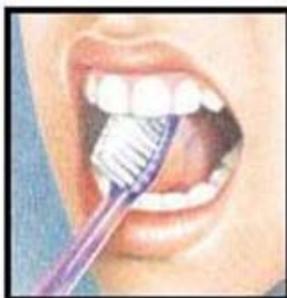
★ Use as pontas dos dentes para alcançar a parte de trás de cada dente.



★ Não esqueça de escovar a língua.

Filipa Fraga

Técnica de escovagem dos dentes



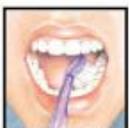
Use as pontas das cerdas para escovar a parte de trás de cada dente.

Filipe Fraga

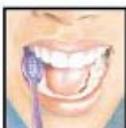
Técnica de escovagem dos dentes



Pressione a escova em um ângulo ao longo da linha da gengiva. Faça movimentos vibratórios. Segure o movimento para cada dente.



Escove a superfície interna de cada dente, usando o movimento descrito na Etapa 1.



Escove a superfície de mastigação de cada dente.



Use as pontas das cerdas para alcançar a parte de trás de cada dente.



Não esqueça de escovar a língua.

Filipe Fraga

Como usar o fio dentário



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



Siga, com cuidado, as curvas dos dentes.



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

Filpa Freix

Sintomas de uma má higiene oral

- ▶ Gengivas sangrarem ou doerem frequentemente (especialmente na escovagem dos dentes);
- ▶ Mau hálito persistente, que não desaparece facilmente;
- ▶ Depósitos castanhos ou amarelos sobre os dentes, que surgem devido à calcificação da placa bacteriana.

Filpa Freix

► Se cuidares dos teus dentes todos os dias,
terás um dentes bonitos e saudáveis.

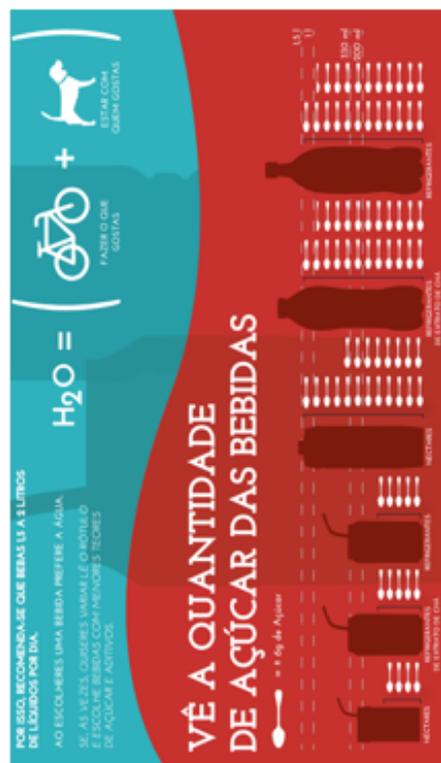
Filipe Fraga



Apêndice G
Folheto “Sorrir com saúde”

Sumos e refrigerantes

Não bebas sumos e refrigerantes todos os dias, bebe-os apenas nas refeições dos dias de festa! Estas bebidas têm ácidos que destroem os dentes. Bebe água às refeições e ao longo do dia.



Dicas...

Escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia

Utilizar uma pasta dentífrica com flúor para proteger os dentes.

Evitar uma dieta rica em açúcares optando por uma alimentação saudável.

Utilizar uma escova adequada ao tamanho da boca-

Troca de escova de dentes de três em três meses.

Visitar o dentista de seis em seis meses

Projeto “Sorrir com Saúde”



Placa Bacteriana

A Placa Bacteriana é uma massa esbranquiçada que se forma em redor do dente, constituída por restos alimentares, açúcares, bactérias, entre outros.

Gengivite

A Gengivite é uma doença oral provocada pela deposição de placa bacteriana entre a gengiva e o dente.



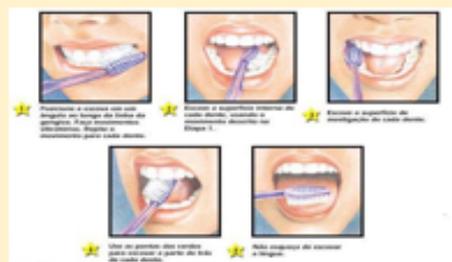
Cárie Dentária

A Cárie Dentária é a destruição que ocorre no dente provocada por bactérias da placa bacteriana.



Escovagem

Para proteger os dentes das doenças orais devem lavar-se pelo menos duas vezes ao dia.



Fio Dentário

O fio dentário serve para remover a placa bacteriana que se acumula nos espaços entre os dentes, onde a escova não chega, prevenindo assim o aparecimento da cárie dentária e das doenças das gengivas.



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

Siga, com cuidado, as curvas dos dentes.

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

Açúcar e os dentes

O açúcar em contacto com as bactérias que vivem naturalmente na boca, transformam-no em ácidos que destroem o esmalte dos dentes

Existem alguns alimentos que contêm açúcar escondido, por exemplo, no ketchup e no pão dos cachorros e dos hambúrgueres. Lê os rótulos e evita estes ingredientes: sacarose, glicose, dextrose, frutose, maltose, maltodextrinas, mel, xarope de glicose, xarope de milho.

Sabias que...

- Os frutos como as nozes, as amêndoas, os amendoins e as avelas, são alimentos ricos em fibra e gordura saudável. Não têm açúcar e são muito importantes para o funcionamento do cérebro!
- A fruta fresca é fundamental para os dentes e para as gengivas.
- O queijo, o leite simples e os iogurtes são ricos em cálcio e fosforo e protegem da cárie dentária.

Apêndice H

Diapositivos da sessão Eps da comemoração do dia da Diabetes

Diabetes

Insulinoterapia

Filipa Fraga - Anabela Vicente

Diabetes

- É uma doença crónica caracterizada por um aumento da glicemia no sangue.

Diabetes tipo 1

- Ocorre devido à destruição de células do pâncreas produtoras de insulina.
- Mais frequentemente em crianças e jovens, o diabetes tipo 1 é tratado com aplicação de insulina.

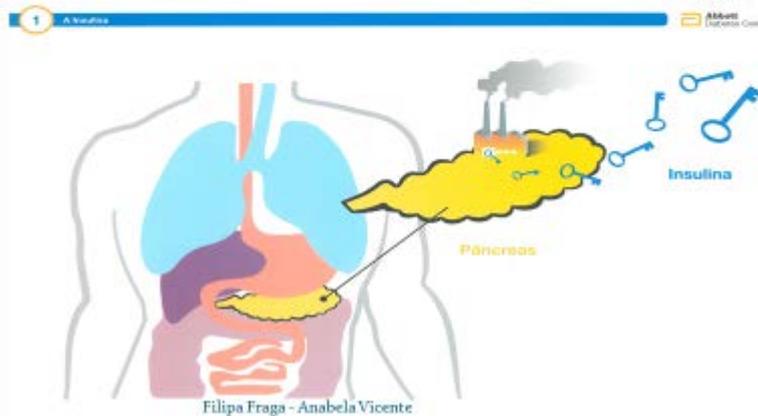
Diabetes tipo 2

- Caracteriza-se pela produção insuficiente de insulina e/ou por defeito na sua ação. Na maioria dos casos as células do organismo dos pacientes não absorvem a insulina produzida pelo pâncreas.

Filipa Fraga - Anabela Vicente

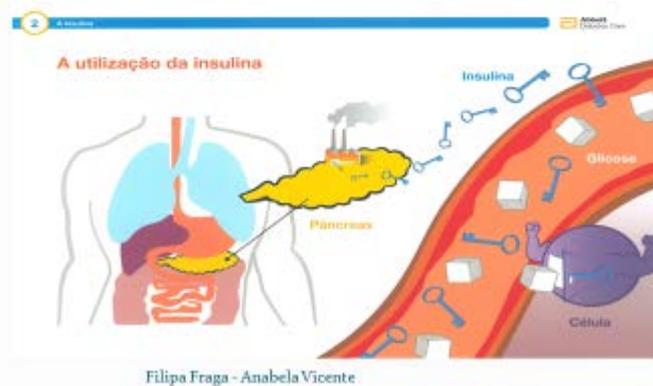
A insulina

- A insulina é uma hormona produzida no pâncreas, que é um órgão do aparelho digestivo situado junto ao estômago.



A utilização da insulina

- O açúcar dos alimentos é absorvido do intestino para o sangue na forma de GLICOSE e frutose. A glicose tem que entrar nas células para poder ser utilizada para produzir energia.



Insulinoterapia

- Consiste em fazer a administração de insulina em múltiplas doses.



Filipa Fraga - Anabela Vicente

Insulina ação rápida



Filipa Fraga - Anabela Vicente

☐ Não é possível apresentar esta imagem de momento.

Insulina ação intermédia

Característica	Valor
Início de ação:	• 2 a 4 horas após a sua aplicação;
Atividade máxima:	• 4 a 12 horas
Duração ação:	• Até 18 horas no organismo

Filipa Fraga - Anabela Vicente

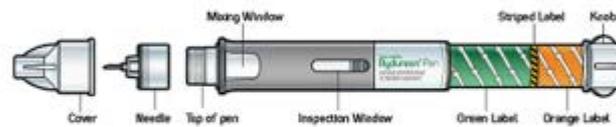
☐ Não é possível apresentar esta imagem de momento.

Insulina de ação longa

Característica	Valor
Início de ação:	• 1 a 2 horas após aplicação
Atividade máxima:	• 6 a 8 horas
Duração ação:	• Até 24 horas

Filipa Fraga - Anabela Vicente

Bydureon



Filipa Fraga - Anabela Vicente

Conservação da insulina

- **A insulina que esta a ser utilizada** deve ficar a temperatura ambiente, protegida da luz solar direta.
- **A insulina de reserva** deve ser guardada no frigorífico, não muito perto do congelador, uma vez que não suporta temperaturas inferiores a 20°C.



Filipa Fraga - Anabela Vicente

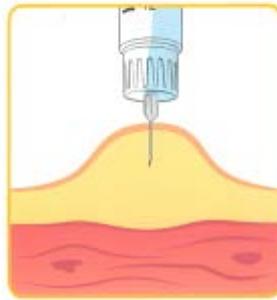
Injeção subcutânea

30

ADQ Inicial - Análises de GLP1

Alameda
OsteoCare

Injeção subcutânea



Filipa Fraga - Anabela Vicente

Escolha das agulhas

31

ADQ Inicial - Análises de GLP1

Alameda
OsteoCare

Escolha das agulhas

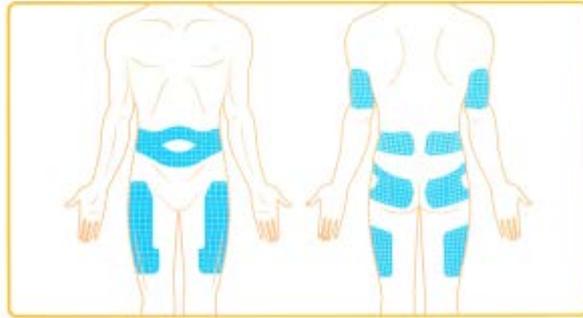


Filipa Fraga - Anabela Vicente

Locais de administração

32 AD01 Inicial - Análises de IS.F1 Abbott Laboratório Clínico

Locais de administração



Filipa Fraga - Anabela Vicente

Rotação dos locais

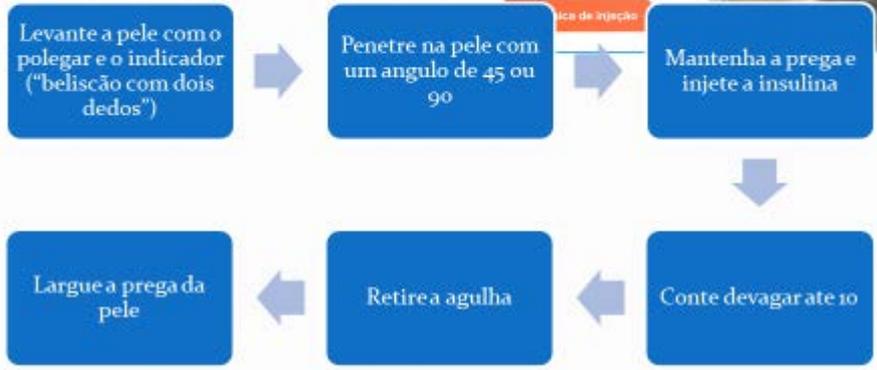
33 AD01 Inicial - Análises de IS.F1 Abbott Laboratório Clínico

Rotação dos locais



Filipa Fraga - Anabela Vicente

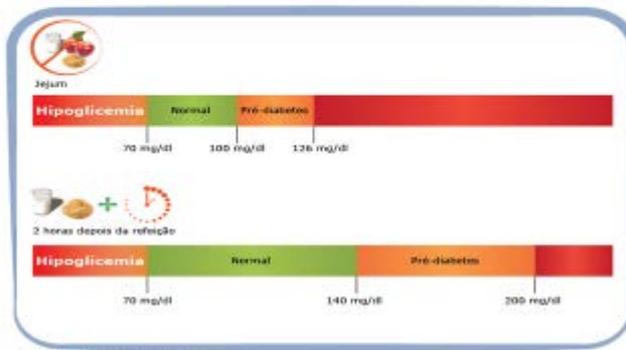
Técnica de injeção



Filipa Fraga - Anabela Vicente

Hipoglicemia

Valores de referência



Filipa Fraga - Anabela Vicente

Sintomas de Hipoglicemia



Filipa Fraga - Anabela Vicente

Como tratar hipoglicemia:

- Quando surgem sintomas de hipoglicemia a primeira coisa a fazer é uma pesquisa de glicemia. Se tem efetivamente os valores de glicemia abaixo dos 70 mg/dl deve seguir os seguintes passos:
 - 1. Ingerir 10 a 15 gramas de açúcar diluído numa pequena quantidade de água ou sumo.
 - 2. Repetir pesquisa de glicemia 3 a 5 minutos após a ingestão de açúcar.
 - 3. Se os valores ainda não estão dentro dos valores normais deve repetir o primeiro passo até estabilizar a glicemia.
 - 4. Após a estabilização, dentro de 10 a 15 minutos deve fazer uma refeição rica em hidratos de carbono de absorção lenta, como pão, massas, bolachas de água e sal ou tostas.

Filipa Fraga - Anabela Vicente

Como tratar a hipoglicemia grave:

- Nesta situação se a pessoa está agitada, com alteração do estado de consciência ou mesmo inconsciente, a ajuda tem de vir de terceiros:
 - 1. Deitar o paciente de lado
 - 2. Fazer e colocar no interior da bochecha uma papa de açúcar
 - 3. Administrar insulina por via intramuscular ou subcutânea
 - 4. Contactar o INEM (112) e expor de forma clara a situação e a sua gravidade
- Uma nota importante: No primeiro passo, a ingestão deve ser realmente de açúcar e não de outro alimento rico em açúcar como um bolo ou um chocolate. Enquanto o açúcar tem uma absorção extremamente rápida, um bolo contém gorduras que têm que ser digeridas e isso atrasa a absorção do açúcar. O recomendado é que tenha sempre 3 a 4 pacotes de açúcar na carteira.

Filipa Fraga - Anabela Vicente

Obrigado pela atenção



Filipa Fraga - Anabela Vicente



Apêndice I

Plano de atividade da sessão de Eps “Comemoração do dia
Mundial da Diabetes”

PLANO DE ACTIVIDADES

PLANO DE ACTIVIDADES

JUSTIFICAÇÃO

Comemorar o dia mundial da diabetes junto de uma população vulnerável, os reclusos do Estabelecimento Prisional de Chaves (EPC), de acordo com o lema da DGS para 2017 “A mulher e a diabetes: direito a um futuro saudável”, que se enquadra na área de promoção e proteção da saúde da USP.

Objetivo

Melhorar os conhecimentos, dos formandos no EPC, sobre sinais e fatores de risco da diabetes, e adoção de estilos de vida saudáveis.

PROGRAMA

ÁREA DE INTERVENÇÃO	Promoção e proteção da saúde Tema: Comemorações do Dia Mundial da Diabetes 2017
Para Quem	Formandos no EPC
Onde	EPC
Quando	28 de novembro de 2017
Quem	Profissionais da USP e aluna do MEC da UTAD, Filipa
COMO	Apresentação do tema em PPT <ul style="list-style-type: none">• Sintomas da diabetes• Fatores de risco• Estilos de vida saudáveis
Com Quê	<u>RECURSOS HUMANOS</u> <ul style="list-style-type: none">• Profissionais da USP e aluna do MEC da UTAD, Filipa <u>RECURSOS MATERIAIS</u> <ul style="list-style-type: none">• Computador; Projetor; Pen.
Metas	Melhorar os conhecimentos sobre sinais e fatores de risco da diabetes, e adoção de estilos de vida saudáveis. <ul style="list-style-type: none">•

AVALIAÇÃO	Programa da promoção da saúde
Quando	<p><u>A curto prazo (1 ano):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante e no final da sessão. <p><u>A médio prazo (3 anos):</u></p> <p><u>A longo prazo (5 a 10 anos):</u></p>
Como	<p style="text-align: center;">Indicadores:</p> <p><u>Nº de formandos que colocaram dúvidas sobre os sinais e fatores de risco da diabetes X 100</u> Nº total de formandos presentes na formação</p> <p><u>Nº de formandos que colocaram duvidas sobre os estilos de vida saudáveis X100</u> Nº total de formandos presentes na formação</p>
Quem	- Profissionais da USP e aluna do MEC da UTAD, Filipa
Custos	- Sem custos €

Filipa Fraga

Apêndice J

Diapositivos da sessão de Eps “Comemoração do dia Mundial da
Diabetes”



dia mundial da diabetes

14 de novembro

Lema 2017: "Mulheres e diabetes - nosso direito a um futuro saudável!"

Filipa Froga – Estabelecimento Regional de Saúde, 14 de novembro de 2017

Diabetes

- ✓ É uma doença crônica em crescente expansão na sociedade atual. A sua prevalência aumenta com a idade, atingindo ambos os sexos e diversas faixas etárias.
- ✓ A diabetes é caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue (glicemia).
- ✓ O açúcar elevado no sangue (hiperglicemia) acontece quando ocorre produção insuficiente de insulina, insuficiente ação da insulina ou a combinação de ambos os fatores.



Fatores de risco

- ✓ Excesso de peso e obesidade
- ✓ Ingestão de açúcar e gordura em excesso
- ✓ Sedentarismo
- ✓ História familiar e herança genética
- ✓ Idade
- ✓ Stress
- ✓ Alcoolismo
- ✓ Tabagismo
- ✓ HTA
- ✓ Diabetes gestacional prévia
- ✓ História de doença cardiovascular prévia

Estilos de vida saudável

- ✓ 30 minutos de atividade física moderada, 5 dias por semana.



- ✓ Aquecimento
- ✓ Exercício
- ✓ Alongamentos

Estilos de vida saudável

- ✓ A alimentação deve ser variada e equilibrada (entre 5 a 6 refeições diárias)



Estilos de vida saudável

Quantas porções?*		Homem	Mulher
HIDRATOS DE CARBONO Incluem alguns tipos de grão, arroz, milho, aveia ou cevada, massas		8	6
PROTEÍNAS Incluem ovos, carne de animal, aves ou peixe, feijão como proteínas vegetais, como a soja		2	2
LATICÍNIOS Incluem alimentos como o leite, queijo e iogurte		3	2-3
FRUTA Fruta fresca com casca, sem a forma de suco sem adição de açúcar, ou desidratada em sucos naturais		3	3
VEGETAIS Frescos, congelados ou desidratados sem adição de açúcar ou sal		peelo menos 3	peelo menos 3
GORDURAS/ÓLEOS Inclui margarina e molhos		5	3

Diabetes

Portugal:

- ✓ Afeta mais de 1 milhão de pessoas em Portugal;
- ✓ 10 a 12 portugueses morrem em dia, por diabetes;
- ✓ Morrem por ano entre 2.200 a 2.500 mulheres e 1.600 a 1.900 homens, por diabetes;

Mundo:

- ✓ 415 milhões de pessoas têm diabetes;
- ✓ Estima-se que em 2040 mais de 640 milhões de pessoas terão diabetes;
- ✓ 199 milhões de mulheres têm diabetes;
- ✓ 313 milhões de mulheres terão diabetes em 2040

Obrigado

Apêndice L

Cronologia do estágio da USP

Cronologia de estágio

Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária Escola Superior de Enfermagem de Vila Real/UTAD

Filipa Alexandra da Silva Fraga, nº 65470

15/11/2017 Ida à radio Chaves FM gravar texto para assinalar a semana Mundial e o dia Europeu dos antibióticos.

17/11/2017 Início da investigação epidemiológica ERPI de Chaves (documentada noutro documento)

21/11/2017 Acompanhei Técnico de Saúde Ambiental na colheita de águas para Consumo Humano nas seguintes povoações:

- ✓ Fafião
- ✓ Pincães
- ✓ São Ane
- ✓ Cabril
- ✓ Sidrós
- ✓ Ferral

28/11/2017 Manhã

- Reunião da Ordem dos Enfermeiros no C. Saúde de Valpaços
- Reunião com equipa da UCC de Valpaços para esclarecimento sobre preenchimento da ficha de projeto PES, inserido no Plano Nacional de Saúde Escolar.

Tarde

Comemorações dia mundial Diabetes numa população vulnerável

- Ida ao EPC para formação aos reclusos com a temática Diabetes, no seguimento do Dia Mundial da Diabetes.

29/11/2017

Discussão em equipa do caso de investigação ERPI. Definidas a estratégia a seguir e elaborado documento para o DSP região norte

3/12/2017

Pedido Intervenção de uma pessoa em risco (aldeia mosteiró baixo) com varias instituições a articular-se entre si, tais como GNR, SS, AS do Cs1 de chaves.

Ajuda e colaboração a Autoridade de Saúde num óbito no domicílio (+/- 2 dias) com a intervenção da PSP

4/12/2017

Início da resenha histórica do caso do pedido chtmad da unidade chaves ao utente de uma ERPI de Valpaços com frequentes episódios de internamento e com escaras.

5/12/2017

- Reunião com equipa de saúde escolar do Centro de Saúde Chaves I, juntamente com coordenadora PES do agrupamento de escolas Júlio Martins, para discussão e esclarecimento de dúvidas sobre o preenchimento de ficha de projeto.

Filipa Fraga