



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**ADESÃO À UTILIZAÇÃO DO CHEQUE-DENTISTA NAS  
CRIANÇAS E JOVENS  
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**ADHERENCE TO THE USE OF “DENTIST VOUCHER” IN  
CHILDREN AND YOUNG PEOPLE  
COMMUNITY NURSING INTERVENTION**

Por

Susana Pinto de Sousa da Costa Esteves

Lisboa, 2020



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**ADESÃO À UTILIZAÇÃO DO CHEQUE-DENTISTA NAS  
CRIANÇAS E JOVENS**

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**ADHERENCE TO THE USE OF “DENTIST VOUCHER” IN  
CHILDREN AND YOUNG PEOPLE  
COMMUNITY NURSING INTERVENTION**

Por

Susana Pinto de Sousa da Costa Esteves

Sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Doutora Elisa Maria Bernardo Garcia

Lisboa, 2020

## AGRADECIMENTOS

À Professora Elisa Garcia, pela tranquilidade transmitida em todos os momentos e  
por ser tantas vezes a bússola no nevoeiro...

À Enfermeira Vera Maximiano, pela orientação da prática clínica e por me mostrar  
que a audácia e a persistência são tão importantes na enfermagem...

Às minhas colegas de jornada, que se tornaram amigas, pelo ânimo e  
sorrisos constantes...

Aos meus pais, pelo amor, pelas marmitas de conforto e boleias no  
percurso...

A todos os que contribuíram para o caminho se tornar mais belo,

Muito obrigada!



## RESUMO

As doenças orais são um sério problema de saúde pública, sendo as doenças não transmissíveis com maior prevalência mundial. Em Portugal, os indicadores de saúde oral encontram-se abaixo da média europeia. Existem necessidades de cuidados de saúde oral, de diferentes naturezas, que não se encontram satisfeitas, sendo a barreira financeira um dos principais obstáculos, senão o principal, a uma melhor saúde oral da população.

Para colmatar esta carência e efetivar o acesso da população a consultas de medicina dentária, surge em 2008, no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, o cheque-dentista, destinado a grupos considerados vulneráveis, assegurando cuidados de saúde oral preventivos e curativos.

O projeto de intervenção comunitária decorreu numa Unidade de Saúde Pública, em que, em dois dos seus concelhos, existiu um aumento do índice de CPOD (dentes perdidos, cariados e obturados), nas crianças e jovens (7, 10 e 13 anos de idade), e onde os números de utilização do cheque se situam abaixo da média nacional. Teve como foco a promoção da saúde oral, através da criação de estratégias para aumentar a utilização do cheque-dentista nestas coortes. Foi suportado na metodologia do planeamento em saúde de Tavares (1990), e no referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Para o diagnóstico de situação recorreu-se à metodologia qualitativa, com a realização de entrevistas. Foi identificada como intervenção prioritária a melhoria das vias de transmissão da informação, relativa à utilização e benefícios do cheque-dentista, dirigida aos encarregados de educação. Consoante os objetivos e estratégias selecionadas foram realizadas atividades, que permitiram a criação de documentação e melhoria das vias de transmissão de informação que favorecessem a consecução do comportamento de promoção de saúde desejado.

O projeto permitiu a aquisição de competências como mestre e especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

**Palavras-chave:** enfermagem comunitária; saúde oral; crianças; cheque-dentista; promoção da saúde;



## **ABSTRACT**

Oral diseases are a serious public health problem, they are the non-transmissible diseases with the highest prevalence worldwide. In Portugal, oral health indicators are below the European average. There are oral health care needs of different natures that are not met, and the financial barrier is one of the obstacles, if not the main one, to better oral health of the population.

In order to fill this lack and allow the population's access to dental consultations, in 2008, within the framework of the National Program for the Promotion of Oral Health, the dentist voucher was created, intended for groups considered vulnerable, ensuring preventive and curative oral health care.

The community intervention project took place in a Public Health Unit, in which, in two of its municipalities, there was an increase in the CPOD index (lost, decayed and filled teeth), in children and young people (7, 10 and 13 years of age), and where the numbers of use of the voucher are below the national average. It focused on the promotion of oral health, through the creation of strategies to increase the use of the dentist voucher in these cohorts. It was supported in Tavares' health planning methodology (1990), and in the theoretical framework of Nola Pender's Health Promotion Model. For the diagnosis of the situation, the qualitative methodology was used, performing interviews. The identified priority intervention was to improve the transmission of information, concerning the use and benefits of the dentist voucher, addressed to parents. Depending on the objectives and strategies selected, activities were carried out, which allowed the creation of documentation and improvement of the transmission of information that favored the achievement of the desired health promotion behavior.

The project allowed the acquisition of competencies as a master and specialist in community nursing, in the area of community health nursing and public health.

**Keywords:** community nursing; oral health; children; dentist voucher; health promotion;





## **SIGLAS**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**APA** - *American Psychological Association*

**ARSLVT** – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

**CD** – Cheque-Dentista

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CPOD** – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**EE** – Encarregados de Educação

**FDI** – Federação Dentária Internacional

**IPSS** – Instituições Particulares de Solidariedade Social

**MPS** – Modelo de Promoção da Saúde

**OMD** – Ordem dos Médicos Dentistas

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PNPAS** – Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável

**PNPSO** – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

**PNSE** – Programa Nacional de Saúde Escolar

**PNSIJ** – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**SIDA** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**SISO** – Sistema de Informação para a Saúde Oral

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**UAG** – Unidade de Apoio à Gestão

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**URAP** – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**USP** – Unidade de Saúde Pública

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1. SAÚDE ORAL E O SEU IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1 – Saúde oral em Portugal.....</b>	<b>18</b>
<b>1.1.1 – A cárie dentária nas crianças e jovens portugueses .....</b>	<b>20</b>
<b>1.2 - O cheque-dentista como estratégia de promoção da saúde.....</b>	<b>21</b>
<b>2. A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 – O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na abordagem     comunitária .....</b>	<b>24</b>
<b>3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1– Diagnóstico de situação .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1.1 – Caracterização do contexto de estágio.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1.2 – Necessidades de saúde .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1.3 – Metodologia.....</b>	<b>32</b>
<b>3.1.4 – Seleção da população-alvo .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1.5 – Métodos e instrumentos de recolha de informação .....</b>	<b>34</b>
<b>3.1.6 – Tratamento, apresentação e análise dos resultados .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1.7 – Diagnósticos de enfermagem .....</b>	<b>38</b>
<b>3.2 – Determinação de prioridades .....</b>	<b>39</b>
<b>3.3 – Fixação de objetivos .....</b>	<b>40</b>
<b>3.4 – Seleção de estratégias .....</b>	<b>41</b>
<b>3.5 – Preparação operacional .....</b>	<b>43</b>
<b>3.6 – Avaliação .....</b>	<b>47</b>
<b>4. CONTRIBUTOS DO PROJETO PARA A PRÁTICA CLÍNICA E DESAFIOS FUTUROS .....</b>	<b>53</b>

<b>5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS ENQUANTO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>55</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>61</b>

#### **APÊNDICES**

**Apêndice 1 – Guião de entrevista, enfermeira A**

**Apêndice 2 – Guião de entrevista, enfermeira B**

**Apêndice 3 – Algoritmo de entrevista telefónica aos encarregados de educação**

**Apêndice 4 – Análise de conteúdo das entrevistas realizadas às enfermeiras A e B**

**Apêndice 5 – Exemplo de tabela utilizada para registo das respostas das entrevistas telefónicas aos encarregados de educação**

**Apêndice 6 – Plano de sessão “Adesão à utilização do cheque-dentista” dirigida à equipa da UCC**

**Apêndice 7 – Apresentação da sessão “Adesão à utilização do cheque-dentista” dirigida à equipa da UCC**

**Apêndice 8 – Poster informativo sobre o cheque-dentista**

**Apêndice 9 – Lista compilada das clínicas aderentes ao cheque-dentista no ACES**

**Apêndice 10 – Folheto informativo “Cheque-Dentista – Informação aos Encarregados de Educação”**

**Apêndice 11 – Autocolante para a caderneta de aluno**

**Apêndice 12 – Vídeo “Se recebeu um cheque-dentista para o seu educando...”**

**Apêndice 13 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Adaptado)**

**Apêndice 14 – Termo de consentimento livre e esclarecido para a realização das entrevistas presenciais às enfermeiras A e B**

**Apêndice 15 – Poster “Fatores Associados à Iniciação Tabágica nos Adolescentes: a Scoping Review” e certificado**

**Apêndice 16 – Plano de sessão de comunicação à população sénior “Plano de contingência saúde sazonal – Inverno”**

**Apêndice 17 – Apresentação da sessão de comunicação à população sénior “Plano de contingência saúde sazonal – Inverno”**

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Diagrama representativo de Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, revisto em 1996 (traduzido para português) .....	26
Figura 2 - Estratégias de intervenção do PNPSO no ACES.....	31
Figura 3 - Processo de utilização do cheque-dentista, nas coortes dos 7, 10 e 13 anos .....	32

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Percentagem de receção do cheque-dentista pelos EE, no ano letivo 2018/2019 .....	36
Gráfico 2 - Percentagem de utilização do cheque-dentista pelos EE, no ano letivo 2018/2019 .....	37
Gráfico 3 - Motivos de não utilização do cheque-dentista pelos EE, no ano letivo 2018/2019, por percentagem .....	37

**ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Relação entre os resultados do diagnóstico de situação, os diagnósticos de enfermagem e o MPS de Nola Pender .....	39
Quadro 2 - Aplicação da grelha de análise para determinação de prioridades.....	40
Quadro 3 - Relação entre atividades e objetivos operacionais (metas) da Estratégia 1 .....	43
Quadro 4 - Relação entre atividades e objetivos operacionais (metas) da Estratégia 2 .....	45
Quadro 5 - Relação entre atividades e objetivos operacionais (metas) da Estratégia 3 .....	45
Quadro 6 - Relação entre atividades, metas, indicadores de atividade e indicadores de resultado, da Estratégia 1 .....	48
Quadro 7 - Relação entre atividades, metas, indicadores de atividade e indicadores de resultado, da Estratégia 2 .....	49
Quadro 8 - Relação entre atividades, metas, indicadores de atividade e indicadores de resultado, da Estratégia 3 .....	50



## INTRODUÇÃO

No âmbito do 12º curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, foi realizado o presente trabalho, que pretende espelhar o desenvolvimento das competências adquiridas enquanto mestre e enfermeira especialista na área supracitada.

O estágio decorreu no período compreendido entre 9 de setembro e 19 de dezembro de 2019, numa Unidade de Saúde Pública (USP) sediada num agrupamento de centros de saúde (ACES), pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), no regular funcionamento da orientadora clínica.

Foi construído ao longo do estágio um projeto de intervenção comunitária, de acordo com a metodologia do planeamento em saúde, com base em Tavares (1990), utilizando como fio condutor o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, como referencial teórico na disciplina do conhecimento em enfermagem.

O projeto foi integrado no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), no âmbito local, relativo à adesão à utilização dos cheques-dentista (CD), uma vez que existiu um aumento do índice de CPOD (dentes perdidos, cariados e obturados) nas crianças e jovens de dois dos concelhos do ACES, encontrando-se os números de utilização do cheque-dentista, neste grupo, abaixo da média nacional. Teve como foco a promoção da saúde oral das crianças e jovens, através da criação de estratégias para aumentar a utilização do cheque-dentista nas coortes dos 7, 10 e 13 anos de idade, tendo como população-alvo os encarregados de educação e a equipa da UCC responsável pela operacionalização do programa nas escolas.

A implementação de medidas que visem a promoção da saúde da população, traduz-se em ganhos em saúde a curto, médio e longo prazo, com enorme impacto na saúde pública (Loureiro & Miranda, 2016).

Os cuidados de saúde primários têm assumido uma dimensão cada vez mais importante no tratamento da doença, muito embora com significativa relevância na sua prevenção. Esta crescente relevância materializa-se no papel atribuído ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, que deverá ser o eixo estruturante e funcional, na

garantia do acesso e na prestação de cuidados no âmbito dos cuidados de saúde primários (Regulamento n. º428/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária).

Para o desenvolvimento do projeto foi realizada uma revisão da literatura, de forma a poder clarificar conceitos associados à temática e fundamentar o mesmo com a informação mais atual e fidedigna.

O relatório encontra-se dividido em seis capítulos, considerando-se importante começar com um capítulo respeitante à temática da saúde oral e o seu impacto na saúde pública global, clarificando conceitos e caracterizando-a ao nível epidemiológico e político-social, integrando a saúde oral em Portugal e num subcapítulo específico, descrevendo o cheque-dentista como medida de promoção da saúde.

O segundo capítulo aborda o conceito de promoção da saúde, enquadrando o MPS de Nola Pender, como fio condutor do projeto.

O capítulo três é referente à metodologia do planeamento em saúde, desenvolvendo-se no mesmo, todas as etapas que integraram o projeto, começando no diagnóstico de situação e terminando na avaliação.

Foi criado um quarto capítulo específico para refletir sobre os contributos do projeto para a prática clínica e os desafios futuros. Continuamente, no capítulo seguinte, são abordadas as competências desenvolvidas e adquiridas enquanto mestre e enfermeira especialista em enfermagem comunitária. Terminando no sexto capítulo, com as considerações finais, onde é feita uma retrospeção sobre o percurso.

Todos os dados ao longo do relatório foram sujeitos à anonimização e confidencialidade dos mesmos, respeitando o direito à privacidade de todos os participantes.

Este relatório foi elaborado de acordo com as regras descritas no Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, respeitando as normas de escrita do novo acordo ortográfico. As referências bibliográficas são apresentadas em concordância com as normas da *American Psychological Association* (APA, 2012).



## 1. SAÚDE ORAL E O SEU IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA

As doenças orais, como a cárie e as doenças periodontais, são um sério problema de saúde pública, uma vez que afetam grande parte da população, influenciam os seus níveis de saúde, de bem-estar, de qualidade de vida e são vulneráveis a estratégias de intervenção conhecidas e comprovadamente eficientes (PNPSO, 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu-se, em 2007, saúde oral como *“a ausência de dor crônica facial e na boca, de cancro oral e da garganta, de feridas orais, de defeitos congênitos orais como o lábio e/ou fenda palatina, de doença periodontal, de perda de dentes e de outras doenças e perturbações orais que afetam a cavidade oral e a boca”* (WHO, 2015). Mais recentemente, no congresso mundial anual da Federação Dentária Internacional (FDI) em 2016 surgiu outra definição, com a colaboração de especialistas em saúde oral, saúde pública e economia da saúde, adotada pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), em que 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.”* (FDI, 2016).

Além desta definição, foram explicados como fazendo parte integrante da saúde oral outros atributos como o ser uma componente fundamental da saúde, assim como do bem-estar físico e mental, que existe de forma contínua e que está sujeita a influências de atitudes e valores por parte dos indivíduos e comunidades, que reflete os atributos fisiológicos, sociais e psicológicos essenciais para a vida, e por último, que é influenciada pelas alterações experimentadas pelo indivíduo, das suas perceções, expectativas e pela sua capacidade de adaptação a novas circunstâncias (FDI, 2016).

As doenças orais são as doenças não transmissíveis com maior prevalência a nível mundial, podendo surgir ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo, e afetando metade da população, sendo a cárie dentária a condição mais prevalente. Na infância é a doença crónica mais comum e difícil de controlar, uma vez que resulta de uma complexa interação de fatores (WHO, 2018).

Os determinantes da saúde foram categorizados pela OMS em três tipos: sociais e económicos, relacionados com o ambiente físico e relacionados com o comportamento individual (OMS,1998).

De acordo com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) a saúde oral, sendo parte integrante da saúde geral, partilha os mesmos determinantes, sendo influenciada por alguns fatores mais específicos como a constituição da flora oral, a estrutura dentária e o acesso aos cuidados, tendo como principais pilares para a sua manutenção a alimentação saudável, a higiene oral e o reforço da resistência dentária (PNPSO, 2019).

A declaração de Liverpool (2005) visa a promoção da saúde oral no século XXI, estabelecendo metas para 2020, entre as quais que as escolas devem ser usadas como plataformas de promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção de doenças em crianças e jovens, envolvendo as famílias e comunidades. Assim como, que os países devem garantir o acesso aos cuidados primários de saúde oral, dando especial ênfase à prevenção da doença e promoção da saúde, formulando políticas de saúde oral como parte integrante dos programas nacionais de saúde e apoiando a intervenção de saúde pública nesta área (WHO, 2005).

Dados da OMS, revelam que na Europa os serviços de saúde oral são prestados de formas diferentes. Em Portugal e Espanha são prestados maioritariamente ao nível privado, assumindo, em grande parte, a população o custo total dos mesmos, criando problemas e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. No outro extremo surge o exemplo da Dinamarca, em que os cuidados de saúde oral são gratuitos para todas as crianças e jovens com idade inferior a 18 anos, recorrendo a restante população a dentistas privados através de um sistema de subsídios do governo (Patel, 2012).

## **1.1 – Saúde oral em Portugal**

Em Portugal, os indicadores de saúde oral encontram-se abaixo da média europeia. Existem necessidades de cuidados de saúde oral, de diferentes naturezas, que não se encontram satisfeitas, sendo a barreira financeira um dos principais obstáculos, senão o principal, a uma melhor saúde da população neste campo (Lourenço & Barros, 2016).

No Inquérito Nacional de Saúde 2014, 51,3% da população residente com idade igual ou superior a 15 anos, teve a última consulta com dentista há 12 meses ou mais, ou nunca o visitaram (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

De acordo com o *Portugal: The Nation's Health 1990–2016 An overview of the Global Burden of Disease Study* em Portugal as doenças orais surgem em sétimo lugar no ranking de doenças que causam incapacidade nos indivíduos de ambos os sexos, estando em 1990 em oitavo lugar, aumentando assim 32,5% em 16 anos (DGS & *Institute for Health Metrics and Evaluation*, 2018).

Dados mais recentes do barómetro da saúde oral 2019, apontam que apenas 31% dos portugueses têm a dentição completa (excluindo os dentes do siso), e 9,4% tem falta de todos os dentes. De entre os portugueses com falta de dentes naturais, 48,6% não têm nada a substituí-los. Concluiu-se também que 41,5% das pessoas nunca visita o médico dentista, apenas o visita em situação de urgência ou visita menos do que uma vez por ano. Destas pessoas, 65,3% afirma que não o faz por não ter necessidade e 22,8% refere o motivo de não ter dinheiro (Ordem dos Médicos Dentistas, 2019).

Segundo Lourenço & Barros (2016) no início dos anos 80, em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), deparou-se com a escassez e limitação dos recursos na área da saúde oral, bem como em outras áreas, o que motivou uma opção política de complementar a oferta pública, mediante a celebração de convenções e acordos com prestadores privados, em áreas que se julgavam como deficitárias ao nível da capacidade de resposta. Tal ocorreu, especialmente na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e também em algumas consultas de especialidades médico-cirúrgicas, não sendo contemplados os cuidados de saúde oral. Daqui resultou que os cuidados de saúde oral fossem maioritariamente prestados pelo setor privado e em grande escala pagos diretamente pela população. Apesar desta omissão, a saúde oral foi reconhecida na vertente da promoção da saúde, desde 1985, através do chamado Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, nomeadamente na intervenção em meio escolar, através da educação para a saúde, incidindo na educação alimentar, higiene oral, e a administração e bochechos de flúor (que se mantêm como temáticas abordadas pela equipa de saúde escolar junto das crianças e jovens nas escolas). Em 1999, o programa foi revisto e passou-se a denominar Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes, passando a incluir a aplicação de selantes de fissura e encaminhamento médico-dentário, em algumas situações, embora não tenha tido grande sucesso. Em 2005 surge o atual Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, previsto no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que tem como finalidade a redução da incidência e prevalência das doenças orais. Em 2008 é implementada a cobertura do SNS através do recurso a prestadores privados com a criação do cheque-dentista (PNPSO, 2019; Entidade Reguladora da Saúde, 2014; Lourenço & Barros, 2016).

### **1.1.1 – A cárie dentária nas crianças e jovens portugueses**

A cárie dentária é a doença crónica mais comum durante a infância, causando dor severa, ansiedade e alterações do sono, levando a um elevado consumo de recursos de saúde (Acharya & Tandon, 2011).

A OMS estabeleceu como meta para 2020 que 80% das crianças até aos 6 anos estivessem livres de cárie dentária, em Portugal, e de acordo com o III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44, e 65-74 anos a percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos era de 54% e aos 12 anos de 53% (DGS, 2015).

O índice de CPOD mede o número de dentes cariados, perdidos e obturados e é utilizado nos estudos epidemiológicos de saúde oral. Em Portugal, no ano 2000, o índice de CPOD aos 12 anos (2,95) estava acima da média da união europeia (1,40), mas desde então tem evoluído favoravelmente, tendo diminuído para 1,48 em 2006 e 1,18 em 2013. Desta forma em relação ao índice de CPOD Portugal já atingiu a meta definida pela região europeia da OMS de alcançar um índice de CPOD aos 12 anos inferior a 1,5 em 2020 (Concelho Nacional de Saúde, 2018).

Esta evolução favorável, relativamente ao índice de CPOD, pode ser explicada com a criação do PNPSO em 2005, e as medidas preconizadas pelo mesmo para este grupo populacional.

O PNPSO é assente em estratégias de promoção da saúde, prevenção primária e secundária da cárie dentária, nomeadamente, realização de sessões de educação para a saúde nas escolas sobre higiene oral, escovagem dentária, aplicação de fluoretos tópicos, aplicação de selantes de fissura e tratamento de dentes cariados (através da distribuição de cheque-dentista) (PNPSO, 2019; Rodrigues, Matias & Ferreira, 2016).

O PNPSO também preconiza a articulação com outros programas nacionais, no caso das crianças e jovens, com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), com o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) e com o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS).

## 1.2 - O cheque-dentista como estratégia de promoção da saúde

A promoção da saúde visa a melhoria das condições de trabalho e de vida que conduzem à saúde, sendo as condições sociais e económicas uma variável importante no acesso aos cuidados de saúde (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2008).

Como descrito anteriormente, o acesso aos cuidados de saúde oral em Portugal está associado, na sua maioria, a elevados custos financeiros para a população. Sendo verdade que as doenças orais são um dos principais problemas de saúde da população portuguesa, também é verdade que quando adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie dentária e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes (PNPSO, 2019).

De forma a colmatar esta carência e efetivar o acesso da população a consultas de medicina dentária, surge em 2008, no âmbito do PNPSO, o cheque-dentista, destinado a utentes que pertencem a grupos considerados vulneráveis, assegurando cuidados de saúde oral, preventivos e curativos. Desde 2008, foi sendo alargado a vários grupos populacionais, tendo como beneficiários iniciais as grávidas em vigilância pré-natal no SNS e idosos beneficiários do complemento solidário, que sejam utentes do SNS (Despacho n.º 4324/2008). A partir de 2009, a cobertura do programa é alargada à saúde infantil e crianças/jovens das coortes de 7, 10 e 13 anos, que frequentem estabelecimentos públicos de ensino ou Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (Portaria n.º 301/2009 e Despacho n.º 9550/2009). Em 2010, através do Despacho n.º 16159/2010, os portadores de infeção por VIH/SIDA são também abrangidos pelo programa, e passam a estar incluídas as crianças e jovens nas denominadas idades intermédias (8, 9, 11, 12 e 14 anos de idade). Em 2014 passa a abranger a intervenção precoce no cancro oral, e os jovens de 16 anos, que completaram os tratamentos aos 7, 10 e 13 anos (Despacho n.º 686/2014). Em 2015, é alargado aos jovens de 18 anos que beneficiaram do PNPSO e concluíram os tratamentos aos 16 anos, às crianças das coortes dos 7, 10 e 13 anos com necessidades de saúde especiais (sendo encaminhadas para os serviços de estomatologia hospitalares sempre que se preveja a sua falta de colaboração numa consulta de saúde oral), e aos utentes infetados pelo vírus VIH/SIDA, que já tenham sido abrangidos anteriormente e que não fazem tratamentos há mais de 24 meses (Despacho n.º 12889/2015).

Segundo as alíneas a), b) e c), do número 1, da Base II, da antiga Lei de Bases da Saúde de 1990, em vigor à data da criação do cheque-dentista, “a) *A promoção da saúde e*

a prevenção da doença fazem parte das prioridades do planeamento das atividades do Estado; b) É objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços; c) São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão se justifique;” (Lei n.º 40/90). Em 2019 foi publicada a nova Lei de Bases da Saúde, que na alínea l), do número 2, da Base 4 refere que “2- São fundamentos da política de saúde: (...) l) O acesso ao planeamento familiar, à saúde sexual, escolar, visual, auditiva e oral e o diagnóstico precoce.”, integrando assim a saúde oral como um dos fundamentos na política de saúde nacional (Lei n.º 95/2019).

Dentro dos grupos beneficiários do CD, o grupo das crianças/jovens (7,10 e 13 anos), são o principal grupo beneficiário, representando à data de 2014, 85% do total de cheques emitidos (Entidade Reguladora da Saúde, 2014).

Às crianças de 7 e 10 anos podem ser atribuídos até dois CD por ano letivo, e aos jovens de 13 anos podem ser atribuídos até três CD por ano letivo, correspondendo cada um ao valor máximo de 35 euros (Despacho n.º 7402/2013).

Os tratamentos incluídos são aos 7 anos (tratamento e aplicação de selantes de fissuras em dois dentes, primeiros molares, e tratamento de outras doenças orais que afetem a dentição permanente e aplicação de selantes nos molares saudáveis remanescentes). Aos 10 anos (tratamento e aplicação de selantes em dois segundos molares e tratamento de outras doenças orais que afetem a dentição permanente e aplicação de selantes nos pré-molares remanescentes). Aos 13 anos (tratamento de dois dentes permanentes ou aplicação de selantes em dois segundos molares, tratamento de outras situações que afetem um terceiro ou quarto dente permanente ou aplicação de selantes nos segundos molares saudáveis, o 3º cheque engloba todas as outras situações que afetem a dentição permanente e que exijam intervenção curativa ou preventiva) (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

## 2. A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A conferência de Alma-Ata, em 1978, reconhecida como um marco na promoção da saúde considera a saúde não uma finalidade em si mesma, mas um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades (OMS, 1978).

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), que resulta da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a promoção da saúde combina estratégias aos níveis do indivíduo e da comunidade, incluindo a construção de políticas de saúde pública saudáveis, criando ambientes de suporte, fortalecendo a ação da comunidade, desenvolvendo as capacidades pessoais e reorientando os serviços de saúde (Stanhope & Lancaster, 2011).

Desde então têm vindo a ser realizadas outras conferências internacionais sobre promoção da saúde ao longo das décadas, dando destaque ao tema, tendo a última ocorrido em Xangai em 2016, intitulada, 9ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Promoção da Saúde nos objetivos de desenvolvimento sustentável: saúde para todos e todos para a saúde.

Em 1998 a OMS afirmava que a promoção da saúde *“é o processo que assegura às pessoas os meios para terem maior controlo sobre o seu nível de saúde e serem capazes de o melhorar. (...) É um conceito positivo, para além das capacidades físicas, que valoriza os recursos individuais e sociais”* (OMS, 1998).

A promoção da saúde constitui um objetivo consensual da enfermagem, embora se possa confundir algumas vezes com a prevenção da doença ou manutenção da saúde. Pode ser entendida como um comportamento orientado para a aquisição de um nível elevado de saúde, a prevenção da doença como um comportamento orientado para a redução da ameaça de doença, e a manutenção da saúde é orientada no sentido de manter um determinado estado de saúde (Stanhope & Lancaster, 2011).

A promoção da saúde é então um conceito mais lato, englobando também a prevenção da doença e manutenção da saúde, visando potenciar fatores protetores e não apenas evitar fatores de risco (Loureiro & Miranda, 2016). Os autores também descrevem a relação entre a promoção de saúde e a saúde pública, focando os desafios à atual mudança de paradigma na saúde pública, numa sociedade em rápida transformação e a exigir o

desenvolvimento, reconhecimento e contributo de cada um enquanto indivíduo e de todos enquanto comunidade, apoiado por políticas que garantam infraestruturas e oportunidades, facilitando as escolhas da população, que conduzam a uma melhor qualidade de vida. O grande contributo da promoção da saúde para a saúde pública é este, o de definir como âmbito de intervenção um campo mais vasto, que deverá incluir todos os setores da sociedade, mobilizando e integrando a participação de outros atores para além dos profissionais de saúde, possibilitando o desenvolvimento do potencial de saúde das comunidades, reduzindo as desigualdades existentes nas mesmas (Loureiro & Miranda, 2016).

A promoção da saúde no século XXI traz muitos desafios, devido às mudanças rápidas e contínuas na população, força de trabalho, tecnologia e ambiente de saúde. No entanto, esses desafios trazem novas oportunidades para os enfermeiros que, com outros membros de uma equipa interdisciplinar, podem criar planos inovadores para melhorar a saúde (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019).

## **2.1 – O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na abordagem comunitária**

A existência de modelos de enfermagem conceptuais e teóricos não é apenas essencial para a enfermagem enquanto disciplina de conhecimento científico, mas também para a sua prática enquanto profissão, e resulta num grande contributo para a evolução da mesma (Tomey & Alligood, 2004).

Nola Pender contribuiu para o saber de enfermagem na promoção da saúde através da sua investigação, ensino, comunicações e obra, definindo o objetivo dos cuidados de enfermagem como a saúde ótima do indivíduo. Pender utilizou como alicerces para a criação do MPS a perspetiva de enfermagem holística, a psicologia social e a Teoria de Aprendizagem Social (atual Teoria Cognitiva Social) de Albert Bandura, que demanda a importância dos processos cognitivos, na alteração de comportamentos (Tomey & Alligood, 2004).

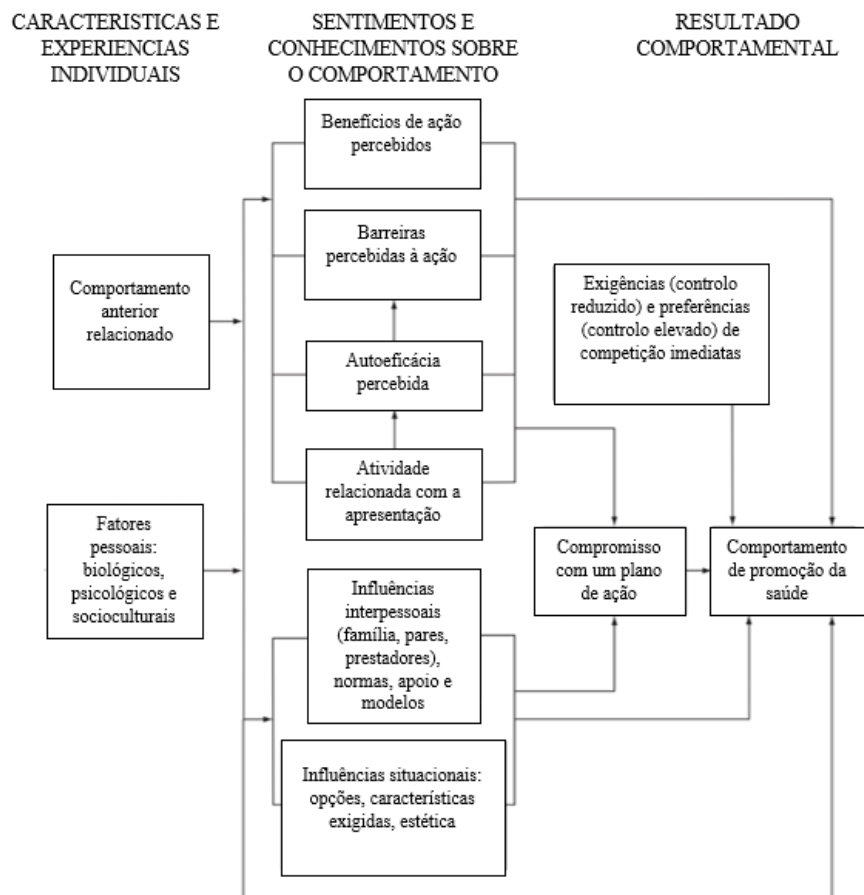
Os agentes de saúde devem ter em consideração a complexidade da promoção da saúde que se foca em seis dimensões: indivíduo, família, comunidade, socioeconómica, cultural e ambiental, sendo fundamental o seu contributo para empoderar a pessoa ou comunidade, de modo a orientar para o autocuidado (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019).



De acordo com Murdaugh, Parsons & Pender (2019) o MPS de Nola Pender, criado em 1982 e revisto em 1996 (Figura 1), é amplamente utilizado em enfermagem comunitária, uma vez que permite uma abordagem global à pessoa/grupo alvo dos cuidados, sendo apropriado para ser utilizado ao longo do ciclo vital e em diversos contextos, identificando três grandes dimensões, divididas em variáveis:

- Características e experiências individuais: que integram o comportamento anterior relacionado (comportamento no passado que tem efeitos diretos e indiretos sobre a probabilidade de ter comportamentos de promoção da saúde, é o que a intervenção quer modificar) e ainda fatores pessoais: biológicos, psicológicos e socioculturais.
- Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento: que integram os benefícios da ação percebidos (antecipação do resultado positivo de saúde que decorre do comportamento de saúde); as barreiras percebidas à ação (bloqueios antecipados, imaginados ou reais e custos de determinado comportamento); a autoeficácia percebida (julgamento da capacidade para organizar e executar um comportamento de promoção da saúde); a atividade relacionada com a apresentação (sentimentos positivos ou negativos subjetivos, que ocorrem antes, durante e depois do comportamento, influencia a autoeficácia percebida); as influências interpessoais (conhecimentos relativos aos comportamentos, crenças ou atitudes de outros); as influências situacionais (percepções e conhecimentos pessoais de uma dada situação).
- Resultado comportamental: compromisso com um plano de ação (intenção e identificação de uma estratégia planeada que conduz à implementação de um comportamento de promoção da saúde); as exigências e preferências de competição imediatas (nas exigências os indivíduos têm um controlo reduzido porque existem contingências ambientais, nas preferências os indivíduos têm um controlo elevado, porque são comportamentos alternativos em que o indivíduo pode escolher entre eles); comportamento de promoção da saúde (resultado de saúde positivo decorrente da implementação do MPS) (Tomey & Alligood, 2004; Murdaugh, Parsons & Pender, 2019).

Figura 1 - Diagrama representativo de Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, revisto em 1996 (traduzido para português)



Fonte: Murdaugh, Parsons & Pender (2019)

As intervenções na comunidade têm múltiplas vantagens. Para além da capacidade de promoverem alterações na população, focando-se em grupos de alto risco e em grandes comunidades, representam ainda importantes fontes de informação para o desenvolvimento de novas políticas de saúde (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019).

### **3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE**

O planeamento da saúde procura um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção da doença, cura e reabilitação, gerando mudanças no comportamento das comunidades a nível, por exemplo, dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços, que fazem considerá-lo um processo de mudança social induzida (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

É um processo contínuo e dinâmico, em que uma etapa não poderá ser considerada como concluída, uma vez que poderá ser possível refazê-la, mediante nova recolha de informação. Para o seu sucesso é necessário que seja construído respeitando a ordem das suas etapas (Imperatori & Giraldes, 1993).

São seis, as etapas que compõem a metodologia do planeamento em saúde: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional – programação, e avaliação (Tavares, 1990).

#### **3.1– Diagnóstico de situação**

O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades de saúde das comunidades, justificando as atividades realizadas e servindo como padrão de comparação no momento da avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

##### **3.1.1 – Caracterização do contexto de estágio**

O estágio foi desenvolvido numa USP sediada num ACES, pertencente à ARSLVT.

O ACES em questão foi criado em 2012, com a reestruturação dos agrupamentos de centros de saúde, assumindo uma configuração que agregou cinco concelhos, que na sua maioria não tinham relação de proximidade em termos de unidades funcionais de saúde. Esta realidade fez com que, inicialmente, existissem modelos de organização e funcionamento

dísparos, uma vez que os profissionais provieram de quatro ACES diferentes (Regulamento Interno da USP, 2018).

De acordo com o número 1, do Artigo 12.º do Decreto-Lei n.º137/2013 *“1 - À USP compete, na área geodemográfica do ACES em que se integra, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.”* (Decreto-Lei n.º137/2013)

No regulamento interno da USP são mencionadas as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, integrando a equipa de profissionais da unidade. É descrito que *“o enfermeiro estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano local de saúde e que realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”* (Regulamento Interno da USP, 2018). Esta descrição é a transcrição das competências específicas do enfermeiro especialista nesta área, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº428/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública).

Ocupa uma superfície de 1482,7 Km<sup>2</sup>, tendo uma população residente estimada de 252076 habitantes, a que corresponde uma densidade populacional de 170 habitantes/km<sup>2</sup>. Abrangendo uma área geográfica consideravelmente grande, a densidade populacional entre concelhos varia entre 58 habitantes/Km<sup>2</sup> e 444 habitantes/Km<sup>2</sup> respetivamente, do concelho que ocupa maior área rural para o concelho que ocupa maior área urbana (Plano Local de Saúde 2018-2020).

Segundo dados de 2017 tem-se verificado um crescimento populacional em todos os concelhos, tendo a sua pirâmide etária uma maior expressão populacional nos grupos etários dos 30-34 e dos 35-39. É de salientar que no grupo etário 0-14 anos, o ACES apresenta maior percentagem de efetivos (15,7%) comparativamente ao continente (13,8%), apesar do seu valor ter diminuído (Plano Local de Saúde 2018-2020).

A taxa bruta de natalidade no ACES apresenta valores superiores (9,3%) em relação aos do continente (8,2%), padrão que se verifica também ao nível dos concelhos (Plano Local de Saúde 2018-2020).

Quanto aos níveis de escolaridade, realça-se que a percentagem de população sem nível de escolaridade é semelhante à do continente, a percentagem de população escolarizada com o 1º ciclo e 2º ciclo do ensino básico é menor que no continente, em contraste com o 3º ciclo e o ensino secundário que é superior ao continente (Plano Local de Saúde 2018-2020).

Os concelhos que compõem o ACES coincidem com a área de abrangência do hospital de referência. O ACES é formado por várias unidades funcionais, três das quais transversais aos cinco concelhos: Unidade de Apoio à Gestão (UAG), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidade de Saúde Pública (USP). Para além destas três unidades, ao nível de cada concelho também existem vinte e uma Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), oito Unidades de Saúde Familiar (USF), e cinco Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Tendo em consideração a área geográfica de abrangência do ACES, com as especificidades populacionais características de cada concelho, a USP está organizada e distribuída pela sede, e por mais cinco unidades, uma em cada concelho. Existe então uma equipa de enfermeiros distribuída pelos concelhos existentes.

Os programas e áreas funcionais existentes na USP estão distribuídos pelos seus profissionais, existindo equipas dinamizadoras em cada um.

### **3.1.2 – Necessidades de saúde**

Uma necessidade de saúde revela uma lacuna a ser preenchida entre uma situação desejada e uma situação real em termos de saúde, geralmente no quadro de um processo de planeamento. Corresponde ao que deve ser feito para que a situação julgada como problemática (estado de saúde atual) venha a corresponder à situação desejada (estado de saúde almejado ou definido de forma normativa) (Pineault, 2016).

As necessidades de saúde são essenciais para o diagnóstico de situação, podendo ser reais e/ou sentidas (expressas ou não expressas) (Tavares, 1990).

O estágio foi desenvolvido no regular funcionamento da enfermeira orientadora que desempenha funções na USP, e que integra a equipa dinamizadora de alguns programas e áreas funcionais, entre os quais o programa de promoção da saúde oral, onde foi identificado como problema a utilização do cheque-dentista abaixo da média nacional. Nesse sentido, foi-me transmitida como necessidade aumentar números de utilização do cheque-dentista no grupo de crianças/jovens (nas coortes dos 7, 10 e 13 anos), num dos concelhos do ACES, uma vez que o índice de CPOD destas crianças tinha aumentado, de acordo com o último

relatório de saúde oral de 2018 do ACES, e os números de utilização dos cheques-dentista estavam abaixo da média nacional neste grupo.

Desta forma importa compreender como se desenvolve o PNPSO dentro do ACES, assim como o processo de emissão, distribuição e utilização do CD, nesse concelho e no grupo das crianças/jovens.

O PNPSO no ACES desenvolve-se em torno de duas estratégias de intervenção e é operacionalizado em função da existência ou não de higienistas orais:

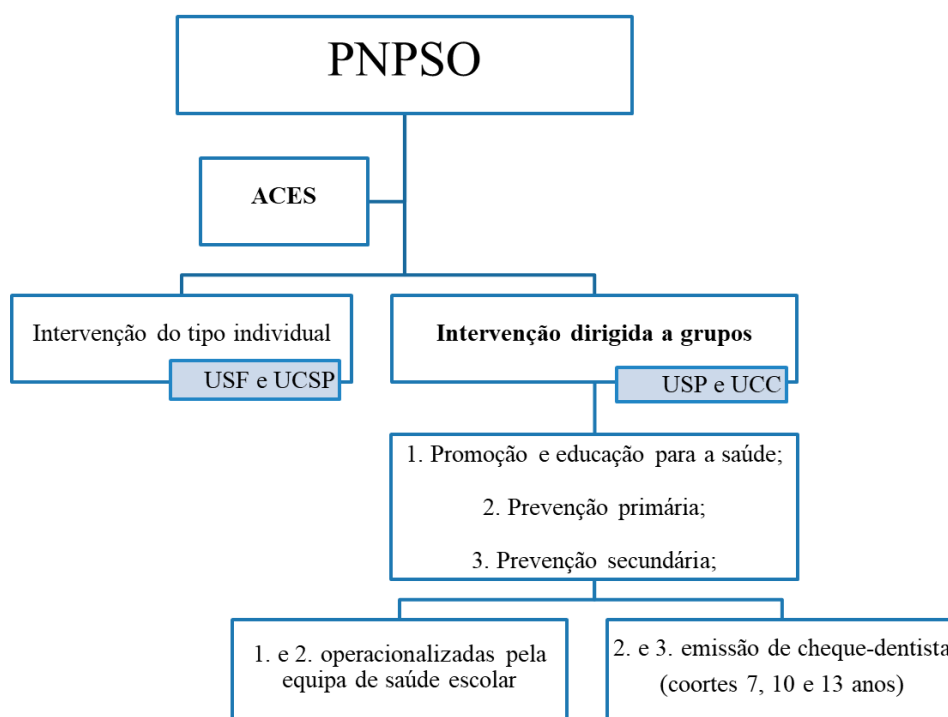
- A intervenção de tipo individual: que envolve as USF e UCSP e consiste na emissão de um CD em contexto de prestação de cuidados, visando garantir o acesso a consulta de especialidade a grupos de utentes considerados vulneráveis;

- A intervenção dirigida a grupos: que é dirigida às crianças frequentadoras das escolas públicas ou IPSS, desenvolve-se em contexto escolar em torno de três vertentes que são a promoção e educação para a saúde, a prevenção primária e a prevenção secundária, de forma a criar condições facilitadoras de manutenção da saúde oral ao longo da vida.

As intervenções nas vertentes de promoção e educação para a saúde e de prevenção primária são operacionalizadas pelas equipas locais de saúde escolar (UCC), garantindo a administração de fluor (bochecho fluoretado), a promoção da higiene oral e a escovagem dos dentes de acordo com o programa de saúde oral (Relatório de Saúde Oral 2018 da USP, 2019).

A prevenção primária e secundária tem em consideração a cronologia da erupção dentária e abrange a coorte dos 7 anos (na condição de já se ter verificado a erupção dos primeiros molares), a coorte dos 10 anos (na condição de já se ter verificado a erupção dos pré-molares) e a coorte dos 13 anos (na condição de já se ter verificado a erupção dos segundos molares). Esta intervenção consiste, no essencial, na emissão do CD, sempre que possível precedida de triagem por higienista oral, que de acordo com a cronologia da erupção dentária e saúde oral, emite documento de informação ou referencia para a consulta com higienista oral, ou finalmente para a emissão de cheque que garante o acesso à consulta com médico dentista (Relatório de Saúde Oral 2018 da USP, 2019). De forma a se compreender melhor o processo, foi construído o seguinte diagrama:

Figura 2 - Estratégias de intervenção do PNPSO no ACES

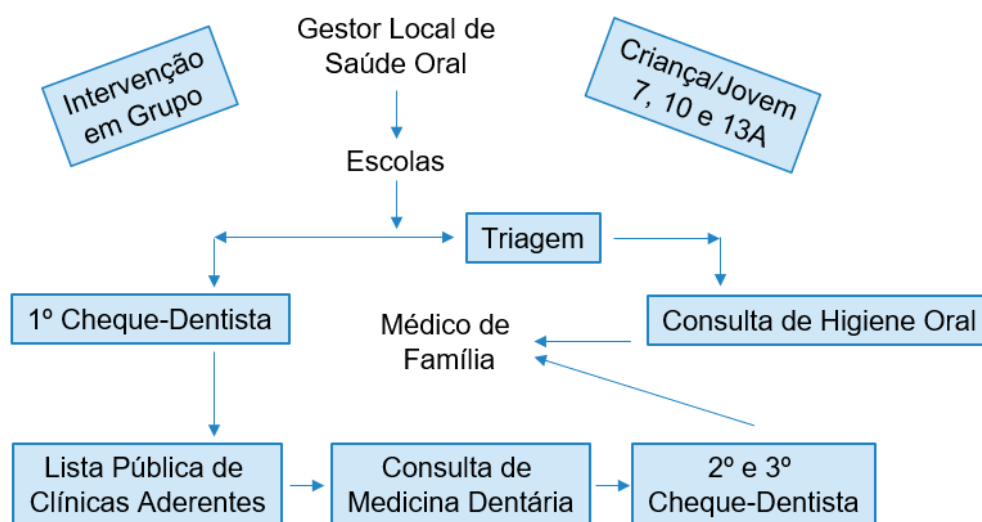


Adaptado de: Relatório de Saúde Oral 2018. USP ACES, 2019

Relativamente ao processo de emissão, distribuição e utilização do CD no grupo em questão, a escola identifica as crianças, organizando as listagens por faixa etária e por turma, no início do ano letivo. Às crianças livres de cárie é emitida uma referência para higienista oral e às crianças com cárie em dentes permanentes é emitido um CD. Nos centros de saúde sem higienista oral, a USP procede à emissão de CD a todas as crianças. Os documentos são enviados aos diretores dos agrupamentos escolares, organizados por escola e por turma, para serem entregues aos encarregados de educação. Após a utilização do CD ou da referência para higienista oral, toda a informação é registada no Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO), sendo disponibilizada ao médico de família (PNPSO, 2019).

A utilização do cheque processa-se da seguinte forma:

Figura 3 - Processo de utilização do cheque-dentista, nas coortes dos 7, 10 e 13 anos



Fonte: PNPSO, 2019

No concelho em que foi identificada a necessidade de aumentar a utilização do CD nestas coortes, não existia higienista oral à data da elaboração do diagnóstico de situação. Em relação ao aumento do índice de CPOD no grupo de crianças/jovens deste concelho, existiu um aumento de 1.05 em 2014 para 1.08 em 2018. (Relatório de Saúde Oral 2018, 2019). Os números de utilização do CD no concelho em que existiu um aumento do CPOD foi de 56,2% estando abaixo da média de utilização nacional nestas coortes, que se situava em 2017 nos 77,9% (Relatório de Saúde Oral 2018, 2019; Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Uma vez que este grupo não é sujeito a uma triagem/rastreio realizado pela higienista oral (o que permitiria a referência para consulta com higienista oral ou médico dentista), acabam por estar mais expostos ao desenvolvimento de doenças orais, se o CD não for utilizado. Torna-se importante intervir na necessidade identificada, uma vez que no concelho em questão, sendo o CD distribuído a todas as crianças/jovens das coortes respetivas, a sua utilização garante a efetivação de uma consulta de medicina dentária, de forma gratuita.

### 3.1.3 – Metodologia

Para se compreender melhor a necessidade expressa, optou-se por utilizar a metodologia qualitativa assim como uma revisão da literatura a respeito da temática da utilização do cheque-dentista nestas coortes. O que permitiu a compreensão de um fenómeno



vivenciado por um indivíduo ou grupo, valorizando a subjetividade da impressão de cada um, percebendo a dimensão do problema no seu contexto. Esta metodologia assenta na observação, descrição, interpretação e apreciação do fenómeno tal como se apresenta (Fortin, 2009).

Este tipo de abordagem considera uma relação dinâmica entre o mundo real e a pessoa, ou seja, uma associação entre o mundo objetivo e a subjetividade da pessoa, que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenómenos e a atribuição de significados são essenciais neste tipo de abordagem (Vilelas, 2017).

Podemos fazer um paralelo entre este tipo de metodologia e o modelo de promoção da saúde de Nola Pender, na medida em que este preconiza uma abordagem global à pessoa/grupo alvo dos cuidados, sendo apropriado para utilizar em diversos contextos, tendo em consideração as características e fatores pessoais do indivíduo, e os sentimentos e conhecimentos do próprio em relação a determinado comportamento, no contexto em que se insere (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019).

### **3.1.4 – Seleção da população-alvo**

De forma a compreender as necessidades existentes considerou-se importante obter a perceção, sentimentos e conhecimentos dos principais intervenientes no processo, em relação à adesão à utilização do CD neste grupo de crianças e jovens. Primeiramente, tendo como alvo os enfermeiros que operacionalizam a saúde escolar, nos três agrupamentos de escolas do concelho e a enfermeira que integra a equipa gestora local do programa (possibilitando a visão de quem operacionaliza e de quem integra a coordenação). Seguidamente, aos encarregados de educação (EE) das crianças e jovens, a quem é entregue o cheque, e que optam por o utilizar ou não.

Tendo em consideração a junção de aspetos como, o tempo de estágio para conseguir realizar todas as etapas do planeamento em saúde, o acesso à população, e as características de funcionamento do ACES, optou-se por definir como população-alvo a equipa da UCC, responsável pela saúde escolar e distribuição dos CD, e os EE, que decidem quanto à utilização do cheque pelos seus educandos.

### 3.1.5 – Métodos e instrumentos de recolha de informação

Na investigação qualitativa a informação pode ter origem a partir de observações, de entrevistas, registos e/ou de textos já publicados, tendo como característica fundamental a flexibilidade dos métodos de colheita de dados e análise, o que proporciona o desvendar de novos fenómenos ou aprofundamentos (Fortin, 2009).

Uma das técnicas mais usadas, para a obtenção de informação em estudos qualitativos é a entrevista. A entrevista pode ser presencial, via internet ou telefónica, e pode ser individual ou em pequenos grupos (Fortin, 2009).

A equipa da UCC, ao momento deste diagnóstico de situação, era composta por seis enfermeiros, existindo uma enfermeira responsável pela saúde escolar, operacionalizando o programa nos três agrupamentos escolares. Na equipa da USP existe uma enfermeira que integra a equipa coordenadora local do PNPSO neste concelho.

Foi utilizado como método de recolha de informação duas entrevistas semiestruturadas, realizadas à enfermeira A (da equipa de coordenação do PNPSO) e enfermeira B (responsável pela operacionalização da saúde escolar nos agrupamentos do concelho). Foram selecionadas as duas enfermeiras consideradas peritas, em campos de atuação diferentes, mas relacionados, pela necessidade de se obter a noção da realidade do fenómeno de duas perspetivas diferentes. O perito é aquele que tem experiência na situação, compreende-a de forma intuitiva, e possui uma compreensão profunda de toda a situação (Benner, 2001).

As entrevistas foram construídas com o objetivo de conhecer a opinião/perspetiva profissional relacionada com a promoção da saúde oral através da adesão à utilização do CD na população das crianças das coortes dos 7, 10 e 13 anos de idade do concelho, sendo diferentes entre si, direcionadas para o contexto de coordenação e operacionalização, respetivamente (Apêndice 1 e 2). Tiveram a duração de cerca de 10 minutos e foram sujeitas a um registo escrito, tendo sido feita posteriormente a sua transcrição final, sendo esta transcrição validada pelas entrevistadas.

Relativamente aos EE, foi utilizado como método de recolha de informação uma entrevista telefónica estruturada, construindo para esse fim um algoritmo de entrevista (Apêndice 3), tendo sido realizado um pré-teste à realização do mesmo, para se poder estimar o tempo de duração da chamada (que foi de no máximo 4 minutos). Foi salvaguardada a questão de o EE fornecer o seu consentimento livre e esclarecido para a realização das questões (sendo informado previamente de quem realiza o telefonema, o seu objetivo e o

tempo previsto de duração do mesmo). As entrevistas telefônicas foram realizadas entre os dias 3 e 10 de outubro, através de telefone fixo da USP, tendo sido efetuada uma segunda ronda de chamadas para as situações em que as chamadas não tinham sido atendidas. As listas já tinham sido anteriormente obtidas pela USP, através das escolas, no início do ano letivo de 2018/2019, com a finalidade de reforçar a importância da utilização do cheque a estes EE via contacto telefónico, mas que ainda não tinha sido realizado.

As listas de alunos foram codificadas representando cada aluno um número e foi construída uma tabela para registo das respostas obtidas e posterior análise da informação obtida (Apêndice 5).

O objetivo, com a realização da entrevista telefónica aos EE, foi efetuar um acompanhamento da utilização do cheque no grupo das coortes dos 7, 10 e 13 anos relativo ao ano letivo de 2018/2019, compreendendo se o EE tinha recebido o CD para o seu educando, se foi ou não utilizado, e no caso de não ter utilizado, qual o motivo. Também foi oferecida a possibilidade de emissão de uma 2ª via do cheque, no caso do EE o ter perdido (alertando para o prazo de utilização até 31 de outubro de 2019) e se gostaria de ver alguma dúvida ou questão esclarecida, sendo esclarecido no momento.

### **3.1.6 – Tratamento, apresentação e análise dos resultados**

Para o tratamento e análise da informação obtida, através das entrevistas realizadas às enfermeiras consideradas peritas, optou-se pela técnica de análise de conteúdo de Bardin (2014), que nos possibilita enriquecer a tentativa exploratória da entrevista. Sendo uma análise sistemática, contribui para a verificação no sentido de uma confirmação ou de uma anulação, de hipóteses ou de afirmações previamente estabelecidas (Bardin, 2014).

Após a leitura das entrevistas procedeu-se então à codificação das unidades de registo e contexto, emergindo quatro categorias da fase de categorização (Apêndice 4). As categorias que emergiram, de acordo com o objetivo das entrevistas, foram as seguintes: emissão e monitorização, distribuição e entrega, comunicação/informação, eficácia do programa. Em relação à categoria “emissão e monitorização” percebeu-se que é da responsabilidade da USP a gestão do programa, a emissão dos cheques, a sua entrega à UCC e o trabalho de estatística dos dados anuais, assim como que é realizada uma monitorização a meio do ano. Em relação à UCC foi referido que não é possível realizar um acompanhamento ao longo do ano, por falta de recursos humanos. Na categoria “distribuição e entrega” o processo é realizado pela UCC, entregando os cheques aos diretores de turma,

que por sua vez os entregam aos EE, em mão ou sendo enviado pela caderneta de aluno, sendo assinada a sua recepção pelo EE na caderneta. Neste último caso o diretor de turma confirma que foi entregue e informa a UCC. Quanto à categoria “comunicação/informação” é referido que existe falta de informação por parte dos EE relativamente aos cheques, e que é o diretor de turma que transmite a informação oralmente aos EE. É entregue uma lista de instruções juntamente com o cheque, e folhetos com informação respeitante ao mesmo, pontualmente, quando existem. Em relação às sessões sobre saúde oral realizadas às crianças nas escolas, o CD não é mencionado. Por último, na categoria “eficácia do programa” é descrito que a emissão dos cheques é feita em 100% pela USP, mas no final do ano a utilização dos mesmos é em média 50%. A perceção da enfermeira responsável pela saúde escolar é de que existe uma elevada carência ao nível da saúde oral nas crianças dos agrupamentos de escolas, existindo muitas com cárie dentária.

Existiam um total de 593 crianças e jovens (coortes 7, 10 e 13 anos) matriculadas no início do ano letivo 2018/2019, nos três agrupamentos escolares. Foram efetivadas 372 chamadas telefónicas, as restantes tentativas não foram conseguidas (número de telefone não atribuído ou chamada não atendida). Todos os EE contactados deram o seu consentimento livre e esclarecido oralmente. No total, foram solicitados pelos EE, 31 pedidos de emissão de 2ª via do CD. A informação obtida foi trabalhada no programa Excel da Microsoft Office® e é apresentada em forma de gráficos para facilitar a sua análise.

Gráfico 1 - Percentagem de receção do cheque-dentista pelos EE, no ano letivo 2018/2019

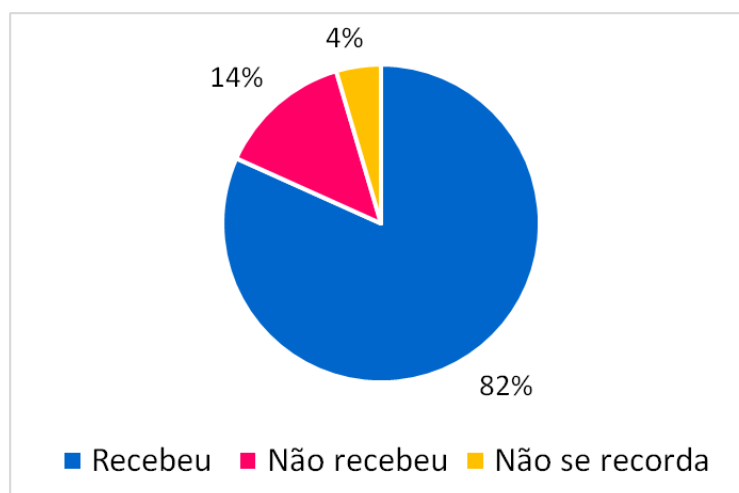


Gráfico 2 - Percentagem de utilização do cheque-dentista pelos EE, no ano letivo 2018/2019

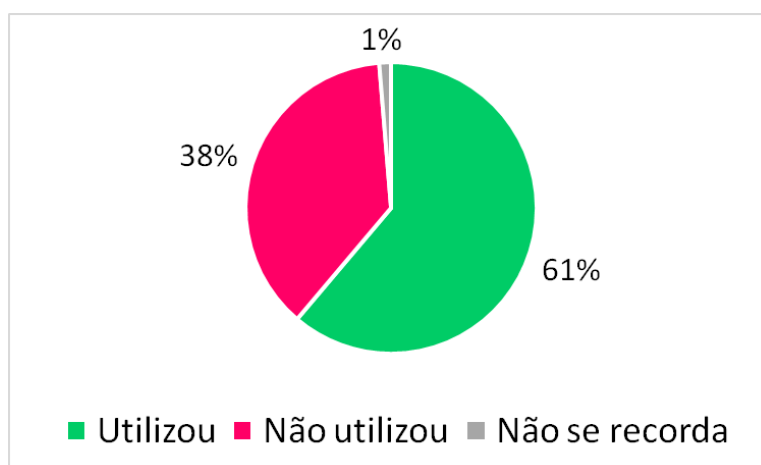
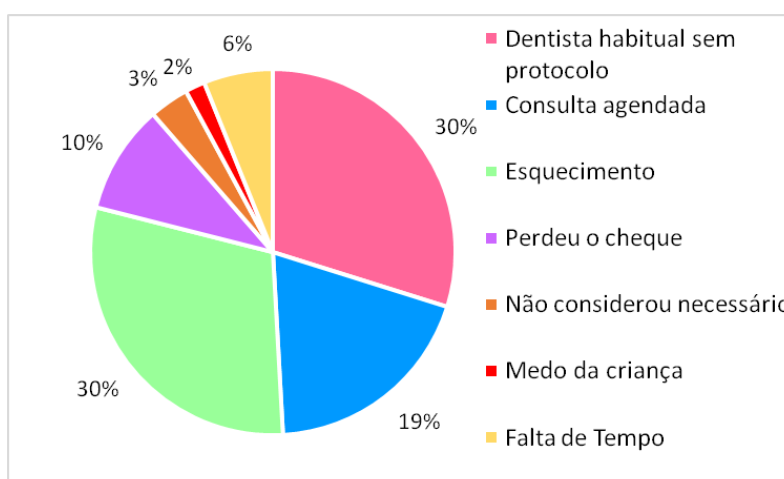


Gráfico 3 - Motivos de não utilização do cheque-dentista pelos EE, no ano letivo 2018/2019, por percentagem



Analisando os resultados obtidos, pelos dois instrumentos utilizados para recolha de informação, foi-nos possível identificar alguns problemas:

- Não existe forma de garantir que o CD é entregue à totalidade dos EE das crianças das coortes abrangidas;
- Não existe acompanhamento periódico, por parte da UCC e USP, junto dos EE, relativo à utilização do cheque, devido à referência à falta de recursos humanos;
- Existe falta de informação relativa ao CD nos EE, sendo distribuídos folhetos, pontualmente;

- De entre os EE que não utilizaram o CD, 30% referiram ter sido por esquecimento, 30% por terem dentista particular que não é aderente ao cheque-dentista, e 10% referiram que o perderam;
- Nenhum dos EE que perdeu o CD conhecia a possibilidade e como poderia pedir a emissão de uma 2ª via do mesmo;

Da revisão da literatura que foi realizada a relativamente à utilização do CD nas crianças e jovens (coortes dos 7, 10 e 13 anos) em Portugal, existe um estudo, único no âmbito nacional, realizado no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, intitulado “Saúde Oral – Fatores de não Adesão ao Cheque-Dentista: Um Estudo de Caso-Controlo”, publicado na revista Acta Médica Portuguesa em 2018, e que teve como objetivo estudar os fatores associados à não utilização do cheque. Os cinco principais motivos de não utilização elencados, e por ordem decrescente em número de respostas foram: o ter dentista particular não aderente ao CD, o ter-se esquecido de utilizar, o não considerar necessário, não conseguir localizar médicos aderentes ao CD e não receber informação sobre como utilizar o CD e a sua importância. No lado oposto, o principal fator associado à utilização do cheque foi o EE ter conhecimento do dentista aderente ao cheque-dentista (Filipe & Aguiar, 2018).

### **3.1.7 – Diagnósticos de enfermagem**

Perante os resultados obtidos e com base no MPS de Nola Pender, foi possível construir os diagnósticos de enfermagem, recorrendo à terminologia padronizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® - versão 2015), relacionando-os com os dados obtidos no diagnóstico de situação (Quadro 1).

Quadro 1 - Relação entre os resultados do diagnóstico de situação, os diagnósticos de enfermagem e o MPS de Nola Pender

Diagnóstico de situação - Resultados	Diagnóstico de enfermagem CIPE® 2015	MPS de N. Pender
<ul style="list-style-type: none"> <li>Não existe acompanhamento periódico, por parte da UCC e USP, junto dos EE, relativo à utilização do CD, devido à referência à falta de recursos humanos;</li> </ul>	Rastrear acompanhamento (follow-up), relativo à utilização do CD pelos EE, baixo	Comportamento anterior relacionado
<ul style="list-style-type: none"> <li>14% dos EE não receberam os CD;</li> <li>Não existe forma de garantir que a entrega do CD é feita e 100% dos EE;</li> </ul>	Processo de entrega e distribuição dos CD aos EE, comprometido	Comportamento anterior relacionado
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nenhum dos EE que perdeu o CD sabia da possibilidade ou como pedir uma 2ª via do mesmo;</li> <li>38% dos EE não utilizou o CD (30% por esquecimento, 30% por ter dentista particular sem protocolo e 10% porque o perderam;</li> </ul>	Comunicação comprometida, relacionada com vias de transmissão da informação relativa aos benefícios e forma de utilização dos CD	Comportamento anterior relacionado

Fontes: Murdaugh, Parsons & Pender (2019) e CIPE® (versão 2015)

### 3.2 – Determinação de prioridades

Esta é a segunda etapa do processo de planejamento em saúde, e trata-se de um processo de tomada de decisão. Esta etapa tem como objetivo procurar saber que problema ou problemas se devem tentar solucionar em primeiro lugar, tendo em consideração fatores como a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir com a implementação do projeto, considerando limitações como por exemplo as relacionadas com financiamento (Tavares, 1990; Pineault, 2016)

As prioridades foram determinadas segundo a técnica de grelha de análise de Pineault & Daveluy, que utiliza os seguintes critérios: importância do problema, relação entre o problema e os fatores de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto ou intervenção (Quadro 2). Atribuiu-se uma classificação de (+) e (-), de forma sequencial aos critérios enunciados, obtendo-se como resultado valores numéricos já inscritos na própria grelha, correspondendo o valor de recomendação 1 à prioridade máxima, e o valor 16 à prioridade mínima (Tavares, 1990).

Esta técnica apresenta a vantagem de ser bastante objetiva, muito embora apresente como desvantagem, no caso de se atribuir uma classificação diferente entre dois problemas no primeiro critério, o seu caráter discriminativo, não permitindo que os seguintes critérios alterem a recomendação (Tavares, 1990).

Quadro 2 - Aplicação da grelha de análise para determinação de prioridades

Diagnóstico de Enfermagem CIPE® 2015	Importância	Relação Problema/ Fator de risco	Capacidade técnica de intervir	Exequibilidade	Recomendação
Rastrear acompanhamento (follow-up), relativo à utilização dos CD pelos EE, baixo	+	+	+	-	2
Processo de entrega e distribuição dos CD aos EE, comprometido	+	+	-	-	4
Comunicação comprometida, relacionada com vias de transmissão da informação relativa aos benefícios e forma de utilização dos CD	+	+	+	+	1

Fonte: Adaptado de Tavares (1990)

Tendo em consideração a análise da tabela determinou-se como prioritário atuar no diagnóstico “comunicação comprometida, relacionada com vias de transmissão da informação relativa aos benefícios e forma de utilização do CD”.

### 3.3 – Fixação de objetivos

Nesta fase considerou-se que em relação ao diagnóstico “rastrear acompanhamento (follow-up), relativo à utilização dos CD pelos EE, baixo” acabou por ser realizada uma intervenção aquando das entrevistas telefónicas aos EE, relativamente à utilização do CD no ano letivo de 2018/2019, com a sensibilização para a sua utilização até 31 de outubro, com a hipótese de ser emitida uma 2ª via de utilização para os casos em que os cheques foram perdidos (nos EE que teriam disponibilidade para os utilizar até 31 de outubro) e com o



esclarecimento de dúvidas e questões que pudessem existir quanto à sua forma de utilização e benefícios.

Foi então definido como objetivo geral do projeto: contribuir para o aumento da adesão à utilização do cheque-dentista, no grupo de crianças e jovens das coortes dos 7, 10 e 13 anos de idade, do município X.

Decorrentes do objetivo geral foram elaborados dois objetivos específicos: (1) aumentar a utilização do cheque-dentista, no grupo de crianças e jovens das coortes dos 7, 10 e 13 anos, no ano letivo 2018/19; (2) melhorar as vias de transmissão da informação relativa à utilização, benefícios, e prazo de validade do cheque-dentista no ano letivo de 2019/20.

### **3.4 – Seleção de estratégias**

Nesta etapa do planeamento pretende-se propor novas formas de atuação, através de um conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objetivos fixados, sendo pedida criatividade aos planificadores (Tavares, 1990).

Foram então criadas as estratégias, com o objetivo de irem de encontro aos objetivos fixados no subcapítulo anterior, analisando os seus obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes, conforme preconizado na metodologia de planeamento em saúde (Tavares, 1990).

Objetivo específico 1 – Aumentar a utilização do cheque-dentista, no grupo de crianças e jovens das coortes dos 7, 10 e 13 anos, no ano letivo 2018/19.

#### Estratégia - Educação para a saúde

Realização de acompanhamento telefónico aos EE que receberam ou deveriam ter recebido CD no ano letivo de 2018/19.

Obstáculos: não conseguir contactar telefonicamente todos os EE (números não atribuídos ou chamadas não atendidas).

Pertinência: intervir junto da população que toma a decisão de utilizar ou não os CD, sensibilizando para a importância da sua utilização e benefícios associados, percebendo os motivos da sua não utilização quando é o caso.

Vantagens: efetivar a possibilidade de aumentar a utilização dos CD no ano letivo 2018/19 através da emissão de 2ª vias e sensibilização.

Inconvenientes: existir um espaço temporal considerado curto desde a realização dos telefonemas (primeira semana de outubro) até ao final do prazo para a sua utilização (31 de outubro).

Objetivo específico 2 - Melhorar as vias de transmissão da informação relativa à utilização, benefícios, e prazo de validade do cheque-dentista no ano letivo de 2019/20.

Para a consecução deste objetivo foi decidido que primeiramente, seria importante e pertinente decidir as estratégias a serem implementadas, juntamente com a equipa da UCC que operacionaliza o programa nas escolas do concelho.

A possível resistência à mudança e à novidade, é característica de uma certa acomodação às atividades habituais numa instituição, sendo muitas vezes os próprios profissionais os que mais resistem à implementação de um projeto (Tavares, 1990).

A qualificação e a criatividade dos profissionais, devem ser direcionadas para atingir o mesmo objetivo, sendo o resultado dos esforços mais do que a soma do resultado individual de cada um, logo torna-se indispensável que seja promovido o trabalho em equipa (Bernardino, 2019).

Desta forma considerou-se importante a articulação com a UCC, uma vez que as opiniões, sugestões, possíveis críticas e aceitação de quem operacionaliza as atividades no terreno, se torna um requisito indispensável para o sucesso da implementação do projeto. Nesse sentido foi elaborada a seguinte estratégia:

#### Estratégia - Debate de ideias em equipa

Reunião com a equipa da UCC, apresentando o diagnóstico da situação, envolvendo-os na criação de estratégias/atividades.

Obstáculos: possível resistência da equipa face à mudança.

Pertinência: envolver e escutar a equipa responsável pela operacionalização do programa nas escolas em relação à problemática e estratégias exequíveis para a sua melhoria.

Vantagens: promover o trabalho em equipa, definindo estratégias que terão uma maior probabilidade de serem efetivamente aplicadas, uma vez que obtiveram o consenso da equipa que as operacionaliza.

Inconvenientes: possível falta de recursos humanos para conseguir operacionalizar todas as estratégias que seriam consideradas pertinentes.

### Estratégia - Educação para a Saúde

Criação de mecanismos de informação relativos à utilização, benefícios, e prazo de validade do cheque-dentista para os EE.

Obstáculos: não ser possível garantir que a informação chega a todos os EE.

Pertinência: facilitar a transmissão da informação relativa à utilização dos cheques-dentista, tentando evitar o esquecimento da utilização do mesmo por parte dos EE e enfatizando os benefícios da sua utilização.

Vantagens: não ser necessário um acréscimo de recursos humanos para a sua implementação.

Inconvenientes: não existem.

## **3.5 – Preparação operacional**

Nesta etapa torna-se necessário planear operacionalmente a execução do projeto (Tavares,1990).

Este capítulo está organizado por estratégia definida, apresentando as atividades desenvolvidas em cada uma, assim como os objetivos operacionais em quadros, de forma a facilitar a sua leitura e interpretação.

Estratégia 1 - Educação para a saúde - realização de acompanhamento telefónico aos EE que receberam ou deveriam ter recebido CD no ano letivo de 2018/19

Quadro 3 - Relação entre atividades e objetivos operacionais (metas) da Estratégia 1

<b>Atividades</b>	<b>Objetivos Operacionais (Metas)</b>
Contacto telefónico aos EE das crianças das respetivas coortes, pedindo o respetivo consentimento esclarecido para a realização de questões de acordo com o algoritmo elaborado	Obter > 60% de telefonemas efetivados e com consentimento esclarecido por parte dos EE

Oferta aos EE das crianças das respetivas coortes, que não receberam o CD ou que o perderam, a possibilidade de emissão de uma 2ª via para utilizarem até 31 de outubro	<p>Obter um levantamento presencial dos pedidos telefónicos de 2ª via do CD &gt;50%</p> <p>Obter uma utilização da 2ª via dos CD que foram efetivamente levantados &gt;50%</p>
Esclarecimento de possíveis dúvidas/questões dos EE que receberam CD no ano letivo 2018/19, sensibilizando para os benefícios da utilização do mesmo, até 31 de outubro	Obter uma utilização dos CD respeitantes ao ano letivo de 2018/19 >60%

Foram efetivadas 372 chamadas, de 593 possíveis. A oferta da hipótese de emissão de uma 2ª via do cheque foi feita nos casos em que os EE referiram ter perdido o cheque e não nos casos em que referiram não o ter recebido. Optou-se por esta decisão em consenso com a enfermeira orientadora, uma vez que nos casos em que os EE referiam que não o tinham recebido, não tínhamos forma de perceber o porquê de isso ter acontecido, optando por não oferecer a possibilidade de emissão de uma 2ª via e esta não se conseguir emitir. A maioria das dúvidas que surgiram (embora não exista registo escrito das mesmas) diziam respeito à forma de consultar as clínicas aderentes ao cheque, e no caso de existirem outros educandos, se estes iriam receber cheque-dentista e quando. Nenhum dos EE a quem foi explicado o benefício de poder usufruir de um cheque-dentista para o seu educando aos 16 e 18 anos, no caso de cumprir o plano de tratamentos aos 7, 10 e 13 anos e aos 16 anos, respetivamente, o conhecia (foi fornecida esta informação aos EE das coortes dos 7 anos que referiram não ter utilizado por não considerarem necessário, terem dentista particular, se esqueceram de utilizar ou por falta de tempo).

Estratégia 2 - Debate de ideias em equipa - reunião com a equipa da UCC, apresentando o diagnóstico da situação, envolvendo-os na criação de estratégias/atividades

Quadro 4 - Relação entre atividades e objetivos operacionais (metas) da Estratégia 2

<b>Atividades</b>	<b>Objetivos Operacionais (Metas)</b>
Realização de uma sessão informativa, na UCC, relativa à apresentação do diagnóstico de situação e problemas identificados, permitindo o debate de ideias quanto à criação de estratégias para atingir o objetivo geral (Apêndices 6 e 7).	Obter uma taxa de presenças da equipa de enfermagem da UCC na sessão informativa >65%  Emergirem da sessão de formação pelo menos 50% de estratégias a serem implementadas no ano letivo de 2019/20, de entre o total de estratégias sugeridas pela USP e UCC

Foi realizado o convite à enfermeira coordenadora da UCC para a apresentação do diagnóstico de situação, relativo à adesão à utilização do CD nas crianças e jovens do concelho. Uma vez que a equipa não tinha disponibilidade para ter uma reunião extra, foi sugerido pela coordenadora da UCC, que o diagnóstico de situação e o debate do mesmo fosse apresentado numa reunião de equipa, já agendada para trabalhar outros assuntos.

Foi elaborado um plano de sessão (Apêndice 6) e preparada uma apresentação com o tema “Adesão à Utilização do Cheque-Dentista” (Apêndice 7). Estiverem presentes na reunião quatro enfermeiras da UCC (entre as quais a enfermeira coordenadora e a enfermeira responsável pela saúde escolar), a enfermeira orientadora e a mestranda.

Estratégia 3 - Educação para a saúde - criação de mecanismos de informação relativos à utilização, benefícios, e prazo de validade do cheque-dentista para os EE

Quadro 5 - Relação entre atividades e objetivos operacionais (metas) da Estratégia 3

<b>Atividades</b>	<b>Objetivos Operacionais (Metas)</b>
Elaboração de um poster informativo, relativo ao CD (Apêndice 8)	Obter uma taxa $\geq 75\%$ de fixação do poster nas escolas do município, frequentadas por crianças dos respetivos coortes
Elaboração de uma lista das clínicas aderentes ao CD no ACES, a ser disponibilizada para consulta, no balcão da secretaria das escolas e balcão da unidade de saúde do município (Apêndice 9)	Obter uma taxa $\geq 75\%$ de secretarias de escolas e balcão de unidade de saúde do município com a lista de clínicas aderentes ao CD no ACES, disponível para consulta

Elaboração de um folheto informativo dirigido aos EE, a ser distribuído a todos os EE, nas reuniões de final de período letivo (2º e 3º) (Apêndice 10)	Obter uma taxa $\geq 75\%$ de entrega de folhetos informativos aos EE que participarem nas reuniões de final de período (2º e 3º) no ano letivo de 2019/20
Elaboração de um autocolante para ser colado na capa da caderneta de aluno, a ser distribuído aquando da entrega do CD (Apêndice 11)	Obter uma taxa $\geq 75\%$ de entrega de autocolantes relativos ao CD para a caderneta de aluno em conjunto com o CD
Realização de um vídeo informativo relativo ao CD, para a plataforma <i>moodle</i> das escolas e páginas eletrónicas existentes, a ser publicado online (Apêndice 12)	Obter uma taxa $\geq 75\%$ de publicação do vídeo nas plataformas moodle das escolas e páginas eletrónicas existentes

Foram cinco as atividades que emergiram da reunião com a equipa da UCC, e definida a sua futura implementação. Para isso foi acordado que a informação a ser transmitida aos EE iria ser trabalhada, nos vários formatos, pela mestranda, para posteriormente serem aprovados pela USP e equipa da UCC, sendo implementados pela UCC.

Foi elaborado um poster informativo (Apêndice 8), a ser fixado nas escolas dos três agrupamentos escolares, com o objetivo de transmitir informação relativa ao CD à comunidade escolar e aos EE que eventualmente se dirijam à escola.

Concomitantemente foi também elaborada uma lista com a compilação das clínicas aderentes ao CD nos concelhos do ACES (Apêndice 9), a ser disponibilizada para consulta nos balcões de secretaria das escolas do concelho e nos balcões de atendimento das unidades funcionais.

Com a elaboração do folheto informativo para os EE (Apêndice 10), pretendeu-se criar um documento que pudesse ficar na UCC, tendo o cuidado de o elaborar de forma a que não fosse obrigatoriamente necessária a impressão a cores para poder ser lida a informação nele presente. Isto porque foi transmitido pela equipa, que não dispunham de impressora a cores com a frequência que desejavam, e por esse motivo na maioria das vezes as impressões eram feitas a preto e branco.

O autocolante (Apêndice 11), para ser colado na capa da caderneta do aluno, foi elaborado com uma informação bastante resumida, de forma à transmissão da informação se efetuar de forma célere. Foi então decidido que se focariam os aspetos do prazo de validade de utilização (para os casos de não utilização por esquecimento), e o endereço eletrónico

onde podem ser consultadas as listas das clínicas aderentes. Foi elaborado com um formato de 5x5cm, e foi orçamentado para custar 25 euros a impressão de 600 autocolantes, numa gráfica do concelho.

Por último foi realizado um vídeo informativo animado (Apêndice 12), tendo como principal público alvo os EE dos alunos, a ser publicado nas plataformas *moodle* das escolas e nas páginas eletrónicas que existam das mesmas. O vídeo foi realizado tendo como recurso a aplicação gratuita *Powtoon*®. Com este vídeo pretendeu-se transmitir a informação de forma dinâmica, tentando captar a atenção de quem o visiona, com estratégias como a música de fundo, e o movimento animado. Relativamente à informação a ser transmitida, optou-se por a transmitir de forma escrita, para possibilitar a sua transmissão mesmo não existindo som. O vídeo tem a duração de 2m20s.

Todos os documentos obtiveram a aprovação da orientadora clínica e da coordenadora da UCC para serem utilizados.

### **3.6 – Avaliação**

A avaliação é a última etapa do planeamento em saúde, mas muito embora seja a última etapa do processo, integra-se em cada uma das anteriores, a sua principal função é a de determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, podendo-se afirmar que no fundo, faz uma confrontação entre objetivos e estratégias, ao nível da adequação (Tavares, 1990).

A avaliação pode ser retrospectiva (quando utiliza dados já disponíveis), prospetiva (quando a recolha dos dados é programada tendo em vista uma avaliação futura) ou concomitante (quando é simultânea com o desenrolar do projeto) (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993). Neste projeto foram utilizados os três tipos de avaliação, utilizando dois tipos de indicadores, atividade/execução e resultado/impacto.

Sendo o objetivo geral do projeto: Contribuir para o aumento da adesão à utilização do cheque-dentista, no grupo de crianças e jovens das coortes dos 7, 10 e 13 anos de idade, do município X, foram elaborados quadros com o objetivo de proporcionar ao leitor uma visão global do processo de avaliação, com os indicadores de atividade e resultado, relacionados com objetivos, estratégias, atividades, metas e a análise dos mesmos.

Objetivo específico 1 – Aumentar a utilização do cheque-dentista, no grupo de crianças e jovens das coortes dos 7, 10 e 13 anos, no ano letivo 2018/19.

Estratégia 1 - Educação para a saúde - realização de acompanhamento telefónico aos EE que receberam ou deveriam ter recebido CD no ano letivo de 2018/19

Quadro 6 - Relação entre atividades, metas, indicadores de atividade e indicadores de resultado, da Estratégia 1

Atividades	Objetivos Operacionais (Metas)	Indicadores de Atividade	Indicador de Resultado
Entrevista telefónica aos EE das crianças das respetivas coortes, pedindo o respetivo consentimento esclarecido para a realização de questões de acordo com o algoritmo elaborado	Obter > 60% de telefonemas efetivados e com consentimento esclarecido por parte dos EE	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de chamadas efetivadas e com consentimento esclarecido por parte dos EE para a realização do acompanhamento}}{\text{n}^\circ \text{ total de crianças/jovens matriculados no ano letivo 2018/19}}$	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de CD utilizados no ano letivo 2018/19}}{\text{n}^\circ \text{ de CD entregues no ano letivo de 2019/18}}$
Oferta aos EE das crianças das respetivas coortes, que o perderam, a possibilidade de emissão de uma 2ª via para utilizarem até 31 de outubro	<p>Obter um levantamento presencial dos pedidos telefónicos de 2ª via do CD &gt;50%</p> <p>Obter uma utilização da 2ª via dos CD que foram efetivamente levantados &gt;50%</p>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pedidos de 2ª via de CD que foram levantados pelos EE}}{\text{n}^\circ \text{ de pedidos telefónicos de emissão de 2ª via dos CD}}$	
Esclarecimento de possíveis dúvidas/questões dos EE que receberam CD no ano letivo 2018/19, sensibilizando para os benefícios da utilização do mesmo, até 31 de outubro	Obter uma utilização dos CD respeitantes ao ano letivo de 2018/19 >60%		

Existiam 593 crianças e jovens das respetivas coortes, matriculadas nas escolas dos três agrupamentos escolares no concelho, no início do ano letivo 2018/19, foram efetivadas 372 entrevistas telefónicas aos EE, obtendo como resultado do indicador de atividade 63%, atingindo o objetivo operacional. Relativamente à emissão de 2ª via do CD, foram efetuados pelos EE 31 pedidos de emissão de 2ª via, tendo sido levantados presencialmente 16. Foi possível então avaliar o respetivo indicador de atividade, tendo um resultado de 52%, o que



significa que cerca de metade dos EE, a quem foi oferecida a possibilidade de emissão de uma 2ª via do cheque, a levantaram presencialmente.

Quanto ao indicador de resultado, não foi possível avaliá-lo à data, estando a ser elaborado neste momento pela USP o relatório de saúde oral referente ao ano de 2019, muito embora tendo em consideração que existiu um espaço temporal extremamente reduzido desde a realização das entrevistas telefônicas até ao prazo final de utilização do cheque (de 10 de outubro a 31 de outubro), não se prevê que exista um aumento de utilização considerável na avaliação do ano de 2019.

Objetivo específico 2 - Melhorar as vias de transmissão da informação relativa à utilização, benefícios, e prazo de validade do cheque-dentista no ano letivo de 2019/20.

Estratégia 2 - Debate de ideias em equipa - reunião com a equipa da UCC, apresentando o diagnóstico da situação, envolvendo-os na criação de estratégias/atividades

Quadro 7 - Relação entre atividades, metas, indicadores de atividade e indicadores de resultado, da Estratégia 2

Atividades	Objetivos Operacionais (Metas)	Indicadores de Atividade	Indicador de Resultado
Realização de uma sessão informativa, na UCC, relativa à apresentação do diagnóstico de situação e problemas identificados, permitindo o debate de ideias quanto à criação de estratégias para atingir o objetivo geral	Obter uma taxa de adesão da equipa de enfermagem da UCC na sessão de formação >65%	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros presentes na sessão}}{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros pertencentes à equipa da UCC}}$ <p style="text-align: center;">X 100</p>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de CD utilizados no ano letivo 2019/20}}{\text{n}^\circ \text{ de CD entregues no ano letivo de 2019/20}}$ <p style="text-align: center;">X 100</p>
	Emergirem da sessão de formação pelo menos 50% de estratégias a serem implementadas no ano letivo de 2019/20, de entre o total de estratégias sugeridas pela UCC e USP	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de estratégias que foram acordadas serem implementadas}}{\text{n}^\circ \text{ de estratégias sugeridas pela equipa durante a sessão}}$ <p style="text-align: center;">X 100</p>	

À data existiam 6 enfermeiros a exercer funções na UCC, estando presentes 4 deles na reunião (entre os quais a coordenadora e a enfermeira responsável pela saúde escolar), obtendo-se como resultado do primeiro indicador de atividade 67% de presenças da equipa na sessão. Foram sugeridas, pela totalidade da equipa USP e UCC, 9 estratégias/atividades

a serem implementadas, tendo ficado 5 definidas a serem implementadas no ano de 2020. Obteve-se para este indicador de atividade um resultado de 56%.

Estratégia 3 - Educação para a saúde - criação de mecanismos de informação relativos à utilização, benefícios, e prazo de validade do cheque-dentista para os EE.

Quadro 8 - Relação entre atividades, metas, indicadores de atividade e indicadores de resultado, da Estratégia 3

<b>Atividades</b>	<b>Objetivos Operacionais (Metas)</b>	<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Indicador de Resultado</b>
Elaboração de um poster informativo, relativo ao CD	Obter uma taxa $\geq 75\%$ de fixação do poster nas escolas do município, frequentadas por crianças dos respetivos coortes	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de escolas com o poster fixado no placard de informações}}{\text{n}^\circ \text{ de escolas do município frequentadas pelos respetivos coortes}}$ X 100	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de CD utilizados no ano letivo 2019/20}}{\text{n}^\circ \text{ de CD entregues no ano letivo de 2019/20}}$
Elaboração de uma lista das clínicas aderentes ao CD no ACES, a ser disponibilizada para consulta, no balcão da secretaria das escolas e balcão da unidade de saúde do município	Obter uma taxa $\geq 75\%$ de secretarias de escolas e balcão de unidade de saúde do município com a lista de clínicas aderentes ao CD no ACES, disponível para consulta	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de secretarias de escola e balcão de unidade de saúde com lista de consulta de clínicas/médicos dentista aderentes ao CD no ACES, disponível para consulta}}{\text{n}^\circ \text{ total de secretarias de escola e balcão de unidade de saúde no município}}$ X 100	
Elaboração de um folheto informativo dirigido aos EE, a ser distribuído a todos os EE, nas reuniões de final de período letivo (2º e 3º)	Obter uma taxa $\geq 75\%$ de entrega de folhetos informativos aos EE que participarem nas reuniões de final de período (2º e 3º) no ano letivo de 2019/20	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de folhetos informativos entregues aos EE nas reuniões de final de período}}{\text{n}^\circ \text{ de EE participantes nas reuniões de final de período}}$ X 100	
Elaboração de um autocolante para ser colado na capa da caderneta de aluno, a ser distribuído aquando da entrega do CD	Obter uma taxa $\geq 75\%$ de entrega de autocolantes relativos ao CD para a caderneta de aluno em conjunto com o CD	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de autocolantes entregues}}{\text{n}^\circ \text{ de CD entregues}}$ X 100	
Realização de um vídeo informativo relativo ao CD, para a plataforma moodle das escolas e páginas eletrónicas existentes, a ser publicado online	Obter uma taxa $\geq 75\%$ de publicação do vídeo nas plataformas moodle das escolas e páginas eletrónicas existentes	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de plataformas moodle das escolas e páginas eletrónicas existentes com o vídeo publicado}}{\text{n}^\circ \text{ de plataformas moodle da escola e páginas eletrónicas existentes}}$ X 100	

Relativamente à elaboração dos documentos com o objetivo de melhorar as vias de transmissão da informação, foram todos realizados com sucesso, e aprovados pela orientadora clínica da USP e coordenadora da UCC.

Todos os indicadores serão sujeitos a uma avaliação a posteriori (pela UCC e USP), uma vez que as atividades serão implementadas durante o ano 2020. Ficou definido que a avaliação dos indicadores será realizada no espaço de um ano (final de 2020/início de 2021), permitindo que se perceba se as intervenções tiveram sucesso, admitindo possíveis modificações às mesmas ou a criação de novas medidas (Imperatori & Giraldes, 1993).

O processo de planejamento em saúde termina da mesma forma que começou, sem nos esquecermos que é um processo contínuo e dinâmico, em que uma etapa não poderá ser considerada como concluída, uma vez que poderá ser possível refazê-la, mediante nova recolha de informação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Ao longo de todas as etapas do processo foi sendo construído o diagrama do MPS de Nola Pender, adaptado ao projeto (Apêndice 13).



#### **4. CONTRIBUTOS DO PROJETO PARA A PRÁTICA CLÍNICA E DESAFIOS FUTUROS**

A realização deste projeto teve como grande objetivo, promover a saúde oral das crianças e jovens das coortes respetivas. Torna-se pertinente na medida em que no concelho em questão, e nestas coortes, todas as crianças e jovens recebem o cheque-dentista porque não existe a possibilidade, devido à falta de recursos humanos, de realizar um rastreio prévio e encaminhar para consulta com higienista oral ou com médico dentista, consoante a necessidade.

Como explicado no enquadramento deste projeto, sendo a saúde oral parte integrante da saúde do indivíduo, e sendo a promoção da saúde um objetivo consensual da enfermagem, fará todo o sentido atuar também na promoção da saúde oral como parte integrante da saúde.

As equipas de saúde escolar das UCC já o fazem, no âmbito da promoção e prevenção primária com as sessões dirigidas às crianças sobre higiene oral, escovagem dos dentes, bochechos fluoretados e alimentação saudável. Também nas consultas de saúde infantil, e de acordo com o que está preconizado no PNSIJ, na consulta dos 7 anos deve ser verificada a utilização do cheque-dentista ou documento de referenciação para higienista oral (PNSIJ, 2013; PNSE, 2015).

De acordo com o número 1, do Artigo 12.º do Decreto-Lei n.º137/2013 “*1 - À USP compete, na área geodemográfica do ACES em que se integra,(...) gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos(...)*” (Decreto-Lei n.º137/2013).

Sendo os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública parte integrante desta equipa, tendo como competência específica integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano local de saúde (Regulamento nº428/2018), serão também corresponsáveis pela gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde destas crianças e jovens.

Este projeto serviu como uma contribuição na melhoria da prática clínica, permitindo obter um diagnóstico da situação atual, suportado pela literatura existente relativa ao tema, que serviu de base para o desenvolvimento de estratégias envolvendo a equipa gestora local e equipa responsável pela operacionalização, tentando contornar as dificuldades e limitações de recursos existentes à sua implementação.

Promoção da Saúde pode traduzir-se, fundamentalmente em potenciar os fatores protetores e não apenas em evitar fatores de risco. Desenvolve e organiza os recursos existentes e cria novos recursos, capacitando os sistemas e as pessoas para serem capazes de melhorar o nível de bem-estar e a sustentabilidade dos processos de mudança (Loureiro & Miranda, 2016).

Como desafios futuros, considerou-se pertinente que, seria importante abordar também o cheque-dentista nas sessões de saúde oral realizadas na escola, porque muitas vezes as crianças e jovens agem como catalisadores de mudanças, com competências para desenvolver ações sociais dotadas de sentido, nas várias interações que estabelecem com os outros indivíduos, sejam adultos ou crianças, incluindo o seio familiar (Fernandes, 2005).

Divulgar e sensibilizar para a importância da utilização do cheque-dentista através da criação de parcerias com outras unidades funcionais como USF e UCSP, hospital de referência, câmara municipal ou jornal do município, poderia ser também uma estratégia a considerar pela equipa da USP.

Promoção da Saúde não só, não é sinónimo de educação para a saúde, mas para além disso, também, inclui mudança organizacional e ação política. Os profissionais devem conhecer as abordagens mais efetivas para produzir mudança em contextos complexos e dominar metodologia que conduzam a habilitar e motivar os cidadãos para fazerem opções que melhorem o seu bem-estar (Loureiro & Miranda, 2016).

## **5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS ENQUANTO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

O objetivo último do presente ciclo de estudos é a aquisição de competências académicas de mestre e competências como enfermeira especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública.

As competências académicas de mestre fazem parte de um quadro europeu e estão legisladas no nosso país no Artigo 15.º, do Capítulo III, do Decreto-Lei n.º 74/2006 que aprova o Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

Estas competências implicam o desenvolvimento de aptidões numa determinada área do conhecimento e capacidade de compreensão, sustentando-se para isso em conhecimentos anteriores, desenvolvendo-os e aprofundando-os. Utilizando-os para serem aplicados na resolução de problemas em novas situações, integrando conhecimentos, lidando com questões complexas e desenvolvendo soluções para as mesmas ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta. Sabendo comunicar as suas conclusões e conhecimentos e raciocínios utilizados para chegar até elas. Utilizando as competências adquiridas no final do ciclo de estudos, que permitam uma aprendizagem contínua ao longo da vida, essencialmente de forma auto-orientada ou autónoma. (Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, 2006).

Ao longo deste ciclo de estudos foram-me proporcionadas as ferramentas necessárias ao desenvolvimento de competências académicas de mestre, através da variedade de conteúdos teóricos e práticos do plano curricular. Desenvolver este trabalho final, atuando em situações com um grau de complexidade superior, utilizando para isso os conhecimentos científicos adquiridos anteriormente e durante o estágio, foi para mim de um inestimável enriquecimento, permitindo-me adquirir competências para o meu presente e futuro.

Este estágio final permitiu-me desenvolver e adquirir também competências que vão de encontro às descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e no Regulamento de Competências Específicas do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n. °428/2018).

Durante o estágio tive a oportunidade de me confrontar com questões relacionadas com a ética e deontologia profissional, assim como com questões do direito em saúde, nesse sentido foram mobilizados conhecimentos adquiridos no primeiro semestre do ciclo de estudos. Na etapa do diagnóstico de situação, foi obtido o consentimento informado e esclarecido, dos intervenientes. Primeiramente no âmbito das entrevistas realizadas às enfermeiras consideradas peritas, foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 14), o qual foi assinado pela entrevistadora e pela entrevistada. Sendo pedida autorização para realizar as entrevistas, e utilizá-las para a construção do projeto, salvaguardando a confidencialidade e anonimização da informação, informando que a participação seria sempre voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Também ficou patente essa preocupação nas entrevistas telefónicas aos EE, que foram realizadas no regular funcionamento da orientadora clínica, sendo pedido sempre o consentimento de cada EE para a sua realização, após explicação do objetivo da entrevista. Foi também garantida a anonimização dos dados e a confidencialidade das mesmas, foi obtido o consentimento livre e esclarecido oral de todos os EE, tendo sido disponibilizado o contacto da unidade para qualquer dúvida ou questão que pudesse surgir depois da entrevista.

Fica implícito ao longo deste relatório a preocupação existente relativa ao anonimato e confidencialidade dos participantes e das instituições envolvidas, respeitando o direito à privacidade e à proteção de dados.

Todo o estágio foi desenvolvido tendo em vista a melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem, integrando competências de gestão dos mesmos, reunindo várias vezes com outras equipas de saúde, dinamizando a criação de novas estratégias para o problema identificado.

Adquiri competências ao nível do desenvolvimento de aprendizagens, nas reuniões que tive com a equipa de enfermeiros da UCC. Foi enriquecedor, na medida em que me permitiu desenvolver o autoconhecimento e assertividade.

Pude partilhar uma parte do conhecimento que adquiri ao longo deste ciclo de estudos, através da publicação de um poster com o tema “Fatores Associados à Iniciação Tabágica nos Adolescentes: a *Scoping Review*”, no 2º Seminário Internacional do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa, tendo sido atribuído o 2º premio (Apêndice 15). Fiz também parte da comissão organizadora do mesmo seminário, implicando a realização de reuniões, e estabelecimento de parcerias.



No desenvolvimento do estágio foi necessário mobilizar conhecimentos de outras áreas, como a saúde oral e medicina dentária, que embora muito próxima, não é uma área frequentemente investigada pela enfermagem. Procurei basear a minha prática na evidência científica, recorrendo à revisão da literatura, utilizando uma prática reflexiva, ponderando as decisões e intervenções.

Pude desenvolver este estágio numa USP, o que contribuiu em grande escala para me serem proporcionadas as ferramentas necessárias à aquisição de competências específicas da minha área de especialidade. Estabeleci com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, realizando um diagnóstico de situação onde foram utilizados vários instrumentos como a revisão da literatura, a análise de dados mundiais, nacionais e locais, assim como a opinião de peritos e de intervenientes no processo. As restantes etapas da metodologia do planeamento em saúde estão refletidas neste relatório, que percorre todas as suas fases até à avaliação.

Durante o estágio pude participar em duas sessões de formação (Apêndice 16 e 17), no regular funcionamento da orientadora clínica, a dois grupos de alunos de uma universidade sénior, em parceria com a UCC, no âmbito do “plano de contingência saúde sazonal – módulo inverno”. Este plano preconiza, entre outros, a comunicação com a população sobre as recomendações para esta época do ano, tendo sido abordados variados assuntos respeitantes à temática, com exceção da vacinação (porque existiria uma aula só para esse tema). Para além de me permitir contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, também me permitiu desenvolver competências no domínio da mobilização de conhecimentos e comunicação com a população.

Sendo da competência da USP a gestão de programas de intervenção do âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população e de grupos específicos, foi-me possível integrar com os elementos da equipa multidisciplinar alguns programas de saúde, como foi claramente o caso do PNPSO, onde se desenvolveu o projeto de intervenção. Participei também no rastreio de saúde visual e infantil às crianças de 2 anos de um dos concelhos do ACES. Integrei outras atividades como o projeto de vigilância dos estabelecimentos de apoio social e unidades privadas de saúde (realizados em parceria com técnicos de saúde ambiental) e pude observar a realização de inquéritos epidemiológicos a partir da unidade, que me permitiram ter contacto e cooperar com a vigilância epidemiológica e de saúde ambiental no âmbito geodemográfico.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este relatório de estágio pretendi transmitir o meu percurso, que considero como tendo sido bastante enriquecedor, permitindo o meu crescimento pessoal e profissional, se bem que esta dissociação não faz sentido, porque sinto que a pessoa e a enfermeira andam sempre lado a lado, influenciando-se uma à outra em todos os contextos.

O meu percurso profissional até então, foi desenvolvido exclusivamente em contexto hospitalar, desconhecendo em parte a realidade vivenciada pelos profissionais nos cuidados de saúde primários, o que me suscitou muitas expectativas.

Compreendi as dificuldades com que estas equipas se deparam, tanto ao nível da disponibilidade de recursos, como ao nível da multiplicidade de contextos em que trabalham, o que, se por um lado, se transforma por vezes em alguma inquietação, por outro se torna num desafio gigante, que vai sendo superado com pequenos passos, fazendo a diferença localmente, contribuindo para ganhos em saúde a um nível major.

A saúde oral era, no início deste estágio, uma área com a qual não tinha tido nenhum contacto profissional até então. Na licenciatura a componente curricular relacionada especificamente com a saúde oral também foi pouco abordada. Num estudo realizado em Portugal, respeitante a uma análise sobre literacia em saúde oral nos estudantes de enfermagem, foi possível concluir que, analisando o programa curricular, a exposição potencial, em matéria de saúde oral, se situa em cerca de 1% do plano curricular (Mendes, 2019). Existiu portanto, logo à partida, a necessidade de uma revisão de literatura aprofundada na área em questão, desde os conceitos considerados mais básicos, até aos mais complexos.

A implementação do cheque-dentista como medida promotora da saúde, foi relativamente recente no nosso país, estando sujeita a novas diretrizes com alguma regularidade. A utilização do cheque-dentista em Portugal é uma temática ainda pouco investigada, com apenas um artigo publicado de âmbito nacional respeitante aos fatores de não adesão ao cheque-dentista.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender foi utilizado como base e fio condutor para a consecução deste projeto, que tem como seu objetivo a longo prazo a promoção da saúde das crianças e jovens.

Todo o projeto foi desenvolvido de acordo com a metodologia do planejamento em saúde, utilizando uma metodologia qualitativa para a elaboração do diagnóstico de situação, utilizando para isso o conhecimento adquirido anteriormente, durante todo o ciclo de estudos. A metodologia qualitativa permitiu abordar o fenômeno da baixa utilização dos cheques-dentista neste grupo de crianças e jovens, integrando-o no seu contexto, recebendo o contributo da perspectiva dos profissionais que estão no terreno. Considero também que, a inclusão do contributo da equipa responsável pela operacionalização do programa nas escolas, na etapa da criação de estratégias, foi uma mais valia para a adequação do projeto à realidade local.

As atividades e o trabalho desenvolvidos neste estágio deixam, nas unidades funcionais que dele fizeram parte, um contributo para a prática, criando documentação que melhore as vias de transmissão da informação com os EE, relativa à forma e benefícios de utilização do cheque-dentista para os seus educandos.

A área dos cuidados de saúde primários sempre foi uma área com a qual desenvolvi um carinho especial desde a licenciatura, se bem que, a saúde pública fosse algo que se encontrava “longínquo”. Se inicialmente teria provavelmente optado por realizar o meu estágio numa UCC, hoje penso, ainda bem que tive esta oportunidade de o desenvolver numa USP, que me permitiu ter uma visão dos cuidados de saúde a um nível macro, trabalhando com profissionais de diferentes áreas do conhecimento, ganhando uma visão global do sistema de saúde, através de todas as experiências que me foram proporcionadas e pelas quais agradeço. No fundo agradeço por sentir que cresci, que fiz a diferença (mesmo sendo uma gota num grande oceano), que enriqueci enquanto enfermeira e pessoa, indissociáveis, enriquecimento esse de um valor inestimável.

Adquirir competências de mestre e enfermeira especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública foi para mim uma conquista, que, muito embora deseje aplicar no contexto de cuidados de saúde primários, contribuirá para o meu desempenho profissional em contexto hospitalar, onde desenvolvo atualmente a minha prática.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acharya, S., Tandon, S. (2011). The effect of early childhood caries on the quality of life of children and their parents. *Contemp Clin Dent*. Apr-Jun, 2 (2): 98–101

American Psychological Association (2012). *APA Style guide*.

Disponível em: <http://www.apastyle.org/manual>

Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo* (17ª ed.). Lisboa: Edições 70

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora

Bernardino, M. (2019). *Gestão em Saúde* (1ª ed.). Coimbra: Almedina

Calado, R., Ferreira, C., Nogueira, P., Melo, P. (2015). III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Disponível em:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iii-estudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais-pdf.aspx>

Conselho Nacional de Saúde (2018). *Gerações Mais Saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde

Disponível em:

<http://www.cns.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2018/12/GERACOES-MAIS-SAUDAVEIS.pdf>

Direção de Serviços Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, Divisão e Literacia, Saúde e Bem-estar (2019). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Disponível em:

<https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2019-em-audicao-publoica-ate-1-de-agosto-de-2019-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). Circular Normativa nº15/DGS Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Disponível em:

<https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>

Direção-Geral da Saúde, Institute for Health Metrics and Evaluation. (2018) Portugal: The Nation's Health 1990–2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results. Seattle, WA: IHME

Disponível em:

[http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2018/PolicyReport\\_GBD-Portugal\\_2018.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2018/PolicyReport_GBD-Portugal_2018.pdf)

Entidade Reguladora da Saúde (2014). Acesso, concorrência e qualidade no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde

Disponível em:

[https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1051/Estudo\\_PNPSO\\_21\\_08\\_2014.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1051/Estudo_PNPSO_21_08_2014.pdf)

Federação Dentária Internacional (2016). Annual World Dental Congress. FDI. Poznan, Poland

Disponível em:

<https://www.fdiworldddental.org/news/press-releases/20160906/fdi-unveils-new-universally-applicable-definition-of-oral-health>

Fernandes, N. (2005). Infância e direitos: participação das crianças nos contextos de vida: representações, práticas e poderes. Minho: Tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Minho – Instituto de Estudos da Criança [acesso aberto]

Disponível em:

<http://hdl.handle.net/1822/6978>

Filipe, R., Aguiar, P. (2018). Saúde Oral – Fatores de Não Adesão aos Cheques-Dentista: Um Estudo de Caso-Controlo. Acta Medica Portuguesa. Jun; 31 (6): 303-311

Fortin, M. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento em saúde (3ª ed.). Lisboa: ENSP, Edições da Saúde.

Instituto Nacional de Estatística (2016). Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Loureiro, I. & Miranda, N. (2016). Promover a saúde, dos fundamentos à ação (2ª ed.). Coimbra: Almedina

Lourenço, A. & Barros, P. (2016). Cuidados de Saúde Oral – Universalização. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa

Disponível em:

<https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/cuidados-saude-oral.pdf>

Mendes, R. (2019). LITERACIA EM SAÚDE ORAL Análise comparativa entre estudantes de enfermagem do 1º e 4º ano de uma Escola Superior de Saúde. Viana do Castelo: III Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo. [acesso aberto]

Disponível em:

[http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2200/3/Rui\\_Mendes.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2200/3/Rui_Mendes.pdf)

Murdaugh, C., Parsons, M. & Pender, N. (2019). Health Promotion in Nursing Practice (8ª ed.). Boston: Pearson

Ordem dos Enfermeiros (2015). CIPE, versão 2015. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lusodidacta

Ordem dos Médicos Dentistas (2019). Barómetro da Saúde Oral 2019 (5ª edição). Portugal: Ordem dos Médicos Dentistas

Disponível em:

<https://www.omd.pt/content/uploads/2019/11/barometro-saude-oral-2019.pdf>

Organização Mundial de Saúde (1978). Declaração Internacional de Alma-Ata. URSS. Disponível em:

<https://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Organização Mundial de Saúde (1986). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá.

Disponível em:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

Organização Mundial de Saúde (1998). Promoção da Saúde – Glossário. Genebra: Suíça. Disponível em:

<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>



Patel, R. (2012). The state of oral health in Europe: report commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. Brussels: Platform for Better Oral Health in Europe

Disponível em:

<http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf>

Petersen, E. & WHO Oral Health Programme. (2003). The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization

Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/68506>

Pineault, R. (2016). Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão (1ª ed.). Brasília: Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde

Rodrigues, A., Matias, F., Ferreira, M. (2016) Escovagem de dentes em ambiente escolar e redução do índice de placa bacteriana: avaliação de efetividade de um projeto de saúde oral. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 34 (3): 244-249

Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2008). Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). Enfermagem de Saúde Pública, Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População (7ª ed.). Loures: Lusoditacta

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde – Departamento de recursos humanos da saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (5ª ed.). Loures: Lusociência

Vilelas, J. (2017). Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo

WHO (2015). Oral Health: Prevention and response. World Health Organization.

Disponível em:

[https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab_3)

WHO (2018). Oral Health. Whorld Health Organization.

Disponível em:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

WHO, International Association for Dental Research & European Association of Dental Public Health (2005). The Liverpool Declaration: Promoting Oral Health in the 21st Century - A Call for Action. Liverpool: United Kingdom

Disponível em:

[https://www.who.int/oral\\_health/events/orh\\_liverpool\\_declaration\\_05.pdf?ua=1](https://www.who.int/oral_health/events/orh_liverpool_declaration_05.pdf?ua=1)

## **LEGISLAÇÃO**

Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro (2013) Diário da República I Série n.º 193 (07-10-2013) 6050 – 6061

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março (2006) Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República I-A Série (24-03-2006)

Despacho n.º 12889/2015 de 13 de novembro (2015) Diário da República II Série n.º 223 (13-11-2015) 32904

Despacho n.º 16159/2010 de 26 de outubro (2010). Diário da República II Série n.º 208 (26-10-2010) 52793

Despacho n.º 4324/2008 de 19 de fevereiro (2008). Diário da República II Série, n.º 35 (19-02-2008) 6497 – 6498

Despacho n.º 686/2014 de 15 de janeiro (2014). Diário da República II Série n.º 10 (15-01-2014) 1242

Despacho n.º 7402/2013 de 7 de junho (2013) Diário da República II Série n.º 110 (07-06-2013) 18631

Despacho n.º 9550/2009 de 6 de abril (2009). Diário da República II Série, n.º 67 (06-04-2009) 13460

Lei n.º 48/90 de 24 de agosto (1990) Lei de Bases da Saúde. Diário da República n.º 195/1990 I Série (24-08-1990)

Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro (2019) Lei de Bases da Saúde. Diário da República n.º 169/2019 I Série (04-09-2019) 55 -66

Portaria n.º 301/2009 de 24 de março (2009). Diário da República I Série, n.º 58 (24-03-2009) 1858 – 1860

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série n.º 26 (06-02-2019) 4744 – 4750

Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho (2018) Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República II Série, n.º 135 (16-06-2018) 19354 – 19359

### **DOCUMENTOS NÃO PUBLICADOS**

Unidade de Saúde Pública X (2018). Regulamento Interno

Unidade de Saúde Pública X (2018). Plano Local de Saúde 2018-2020

Unidade de Saúde Pública X (2019). Relatório de Saúde Oral 2018



## **APÊNDICES**



**Apêndice 1 – Guião de entrevista, enfermeira A**







## **Guião de entrevista à enfermeira A da equipa responsável pela gestão do programa de promoção da saúde oral**

O objetivo desta entrevista é o de conhecer a opinião/perspetiva profissional relacionada com a promoção da saúde oral através da adesão/utilização dos “cheques-dentista” na população das crianças das coortes dos 7, 10 e 13 anos de idade.

- 1- Qual a responsabilidade da USP na emissão/distribuição e gestão dos “cheques-dentista” às crianças das coortes dos 7, 10 e 13 anos?
- 2- Que acompanhamento/seguimento da utilização dos “cheques-dentista” é feito pela USP?
- 3- Considera como sendo uma problemática atual do ACES? Porquê?
- 4- Qual o concelho ou concelhos do ACES em que os números de utilização são mais reduzidos?
  - 4.1 – Que motivos considera que possam estar relacionados com a mais baixa utilização neste/es concelho/os?
  - 4.2 - Considera que os números de utilização poderiam ser melhorados? Como?



## **Apêndice 2 – Guião de entrevista, enfermeira B**



## **Guião de entrevista à enfermeira B no âmbito da área da promoção da saúde oral – “cheques-dentista”**

O objetivo desta entrevista é o de conhecer a opinião/perspetiva profissional relacionada com a promoção da saúde oral através da adesão/utilização dos “cheques-dentista” na população das crianças das coortes dos 7, 10 e 13 anos de idade.

- 1- Qual a sua perceção relativamente à saúde oral das crianças que frequentam o agrupamento de escolas de X?
  
- 2- No ano letivo de 2018/2019 nas atividades desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde oral pela equipa da saúde escolar quais as se relacionaram com o cheque-dentista?
  
- 3- Para as atividades programadas para o ano letivo de 2019/2020 quais são as que incluem o cheque-dentista como mais valia para a promoção da saúde oral das crianças?
  
- 4- A distribuição dos cheques-dentista às crianças das coortes dos 7, 10 e 13 anos é feita pela equipa da saúde escolar da UCC?
  - 4.1 – Como se processa a distribuição dos cheques em cada ano letivo?
    - 4.1.1 – Existe alguma forma de garantir que o cheque foi entregue ao encarregado de educação?
  
    - 4.1.2 – É entregue alguma informação complementar em conjunto com o cheque-dentista? Se sim, qual?



5- Como é que a equipa da saúde escolar promove a utilização dos cheques e acompanha o seguimento da sua utilização?

5.1 - Que dados ou resultados existem sobre a eficácia dos seguimentos realizados?

(No caso de não existir acompanhamento durante o ano letivo, relativo à promoção da utilização dos cheque-dentista, questionar quais os motivos)

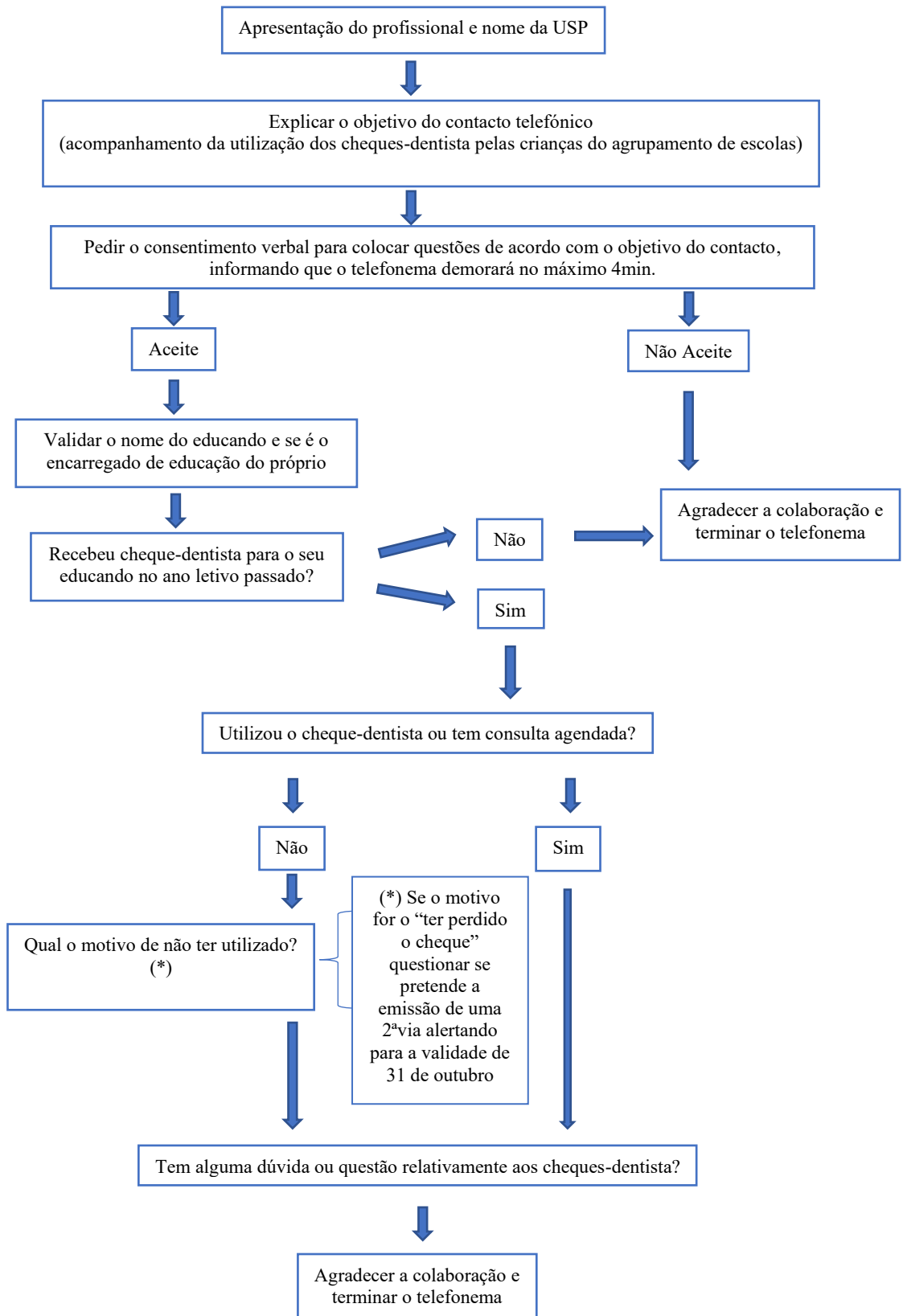
6- Considera que os encarregados de educação se encontram informados em relação às vantagens da utilização dos cheques, assim como dos procedimentos que devem seguir para utilizar o mesmo?

**Apêndice 3 – Algoritmo de entrevista telefônica aos encarregados de  
educação**





## Algoritmo de entrevista telefónica aos encarregados de educação





**Apêndice 4 – Análise de conteúdo das entrevistas realizadas às  
enfermeiras A e B**



Análise de conteúdo das entrevistas realizadas às enfermeiras A e B, de acordo com Bardin (2014)

Categorias	Unidades de Contexto (maior)	Unidades de Registro (menor)
<p><b>Emissão e Monitorização</b></p>	<p>A - “É da responsabilidade da USP a elegibilidade das crianças, articulação do pedido da listagem das mesmas com a UCC dos respetivos agrupamentos, a emissão dos cheques e a sua entrega às UCC, que se responsabilizam pela distribuição. A gestão do programa de saúde oral no âmbito dos cheques-dentista, nomeadamente o trabalho de dados é também uma das responsabilidades da USP.”</p> <p>A - “Ao longo do ano é feita uma monitorização pela USP, sendo que no início do ano é a elegibilidade das crianças segundo a coorte, a meio do ano a monitorização do primeiro semestre e no final do ano o trabalho de estatística dos dados anuais.”</p> <p>B – “Não é possível realizar acompanhamento durante o ano letivo por falta de recursos humanos”</p>	<p>A – “É da responsabilidade da USP (...) a emissão dos cheques e a sua entrega à UCC (...) a gestão do programa (...) o trabalho de dados (...)”</p> <p>A – “é feita uma monitorização pela USP (...) a meio do ano a monitorização do primeiro semestre (...) final do ano o trabalho de estatística dos dados anuais”</p> <p>B- “Não é possível realizar acompanhamento (...) por falta de recursos humanos”</p>
<p><b>Distribuição e Entrega</b></p>	<p>B – “As listas de turmas são pedidas às escolas, a USP emite os cheques, a UCC entrega aos diretores de turma e os diretores de turma entregam aos encarregados de educação”</p> <p>B – “Sim, ou é entregue em mão ao encarregado de educação pelo diretor de turma, geralmente no final do segundo período, ou é enviado pela caderneta e assinada a receção pelo encarregado de educação. O diretor de turma confirma que foi entregue e informa a UCC.”</p>	<p>B – “(...) a UCC entrega aos diretores de turma e os diretores de turma entregam aos EE”</p> <p>B- “(...) ou é entregue em mão ao EE pelo diretor de turma, ou é enviado pela caderneta e assinada a receção pelo EE. O diretor de turma confirma que foi entregue e informa a UCC”</p>

<p><b>Comunicação/ Informação</b></p>	<p>A - “A falta de informação dos EE relativamente aos cheques e a sua forma de entrega.”</p> <p>B - “Nas sessões direcionadas para as crianças não se fala no cheque-dentista. É explicado aos diretores de turma como utilizar os cheques-dentista”</p> <p>B - “Através do diretor de turma, são dadas informações para transmitir aos pais. O acompanhamento é feito pela USP.”</p> <p>B - “É entregue uma lista com instruções para utilização juntamente com o cheque. São entregues folhetos pontualmente, quando existem”</p> <p>B - “Os encarregados de educação são informados, tenho dúvidas de interiorizam a informação”</p>	<p>A – “A falta de informação dos EE relativamente aos cheques (...)”</p> <p>B – “Nas sessões direcionadas para as crianças não se fala no cheque-dentista. É explicado aos diretores de turma como utilizar os cheques-dentista”</p> <p>B – “Através do diretor de turma, são dadas informações para transmitir aos pais.”</p> <p>B – “É entregue uma lista com instruções juntamente com o cheque. São entregues folhetos pontualmente, quando existem”</p> <p>B – “Os EE são informados, tenho dúvidas se interiorizam a informação”</p>
<p><b>Eficácia do Programa</b></p>	<p>A - “A emissão é feita a 100% através do protocolo de entrega às UCC, sendo que no final do ano a utilização é em média 50%.”</p> <p>B - “Há muita carência ao nível da saúde oral, muitas cáries dentárias nas crianças, generalizando pelos três agrupamentos escolares.”</p>	<p>A – “A emissão é feita a 100%, (...) sendo que no final no ano a utilização é em média 50%”</p> <p>B – “muita carência ao nível da saúde oral, muitas cáries dentárias (...) pelos três agrupamentos escolares”</p>

**Apêndice 5 – Exemplo de tabela utilizada para registo das respostas das entrevistas telefónicas aos encarregados de educação**









**Apêndice 6 – Plano de sessão “Adesão à utilização do cheque-dentista”  
dirigida à equipa da UCC**



## PLANO DA SESSÃO

<b>Curso</b>	Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
<b>Unidade Curricular</b>	Estágio Final e Relatório
<b>Tema da sessão</b>	“Adesão à utilização do Cheque-Dentista”
<b>População alvo</b>	Enfermeiras da equipa da UCC de X
<b>Formadores</b>	Enfermeira mestranda Susana Esteves e Enfermeira orientadora clínica X
<b>Duração da sessão</b>	40 Minutos
<b>Data</b>	13 de novembro de 2019
<b>Local</b>	UCC de X

<b>Objetivo</b>	Envolver a equipa da UCC na criação/definição de estratégias, para aumentar a adesão à utilização dos cheques-dentista, nas crianças e jovens das coortes dos 7, 10 e 13 anos de idade.
-----------------	---

<b>Etapas</b>	<b>Atividades/Conteúdo</b>	<b>Material didático</b>	<b>Orador</b>	<b>Tempo (min)</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação do formador	Projektor e Computador	Enfermeira mestranda	5
	Objetivo da sessão e contextualização da mesma			
<b>Desenvolvimento</b>	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2019	Projektor e Computador	Enfermeira mestranda	20
	Indicadores de avaliação relacionados com a utilização do cheque-dentista			
	Números de utilização no ACES (2018)			
	Estudo nacional “Saúde Oral – Fatores de não adesão ao cheque-dentista: um estudo de caso-controlado”, que resultados?			
	Apresentação do diagnóstico de situação no município			
	Divulgação dos números de pedidos de emissão de 2ªvia do			

	<p>cheque-dentista e número de levantamentos</p> <p>Apresentação dos diagnósticos de enfermagem que emergiram e dados que os suportam</p> <p>Sugestão de possíveis estratégias para aumentar a adesão à utilização do CD</p> <p>Escutar sugestões de estratégias por parte da equipa</p>			
<b>Conclusão</b>	Acordar entre a USP e UCC que estratégias serão desenvolvidas pela USP e operacionalizadas nas escolas pela UCC	Computador e Projetor	enfermeira mestrandia, enfermeira orientadora e equipa de enfermagem da UCC	15m

**Apêndice 7 – Apresentação da sessão “Adesão à utilização do cheque-  
dentista” dirigida à equipa da UCC**







---

# Adesão à utilização do Cheque-Dentista

Mestranda: Enf<sup>a</sup> Susana Esteves

Enfermeira orientadora:



Professora tutora: Prof<sup>a</sup> Doutora Elisa Garcia

Programa Nacional de  
Promoção da Saúde Oral  
(PNPSO)



## Indicadores de Avaliação (PNPSO)

Melhorar o estado de Saúde Oral da população	Aumentar número de crianças de 6 anos livres de cárie	Percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos (VR 54%)	80%
	Diminuir o Índice de CPO	Índice de CPO aos 12 anos (VR 1,18)	1,15
	Aumentar número de crianças com dentes selados aos 12 anos	Percentagem de crianças de 12 anos com pelo menos 1 dente selado (VR 55,2%)	60%
		Percentagem de utilização de cheques dentista e referência para HO aos 10 anos (VR 60%)	> 60%
Aumentar o Número de jovens sem lesões de cárie aos 18 anos	Percentagem de jovens de 18 anos sem lesões de cárie (VR 32,3%)	40%	

ACES

Índice CPO	7 anos	10 anos	13 anos	TOTAL
	0.30	0.79	1.93	1.00
	0.49	0.54	2.22	1.07
	0.27	0.51	1.42	0.75
	0.44	0.45	1.51	0.78
	0.57	1.33	1.40	1.08
	0.42	0.87	2.03	1.05
	0.53	1.18	2.31	1.31
	0.84	0.61	2.0	1.12
	0.34	0.57	1.25	0.71
	0.38	0.72	1.58	0.87
ACES	0.37	0.74	1.51	0.86
ACE	0.45	0.67	1.77	0.94

### Taxa de utilização dos cheques-dentista 2017/2018

Cheques e referências HO	7 anos	10 anos	13 anos	TOTAL
Emitidos	1765	2228	2260	6253
Utilizados+ em curso	1007	1131	1079	3217
Taxa de utilização (%)	57.1	50.8	47.7	51.4

Taxa de utilização nacional em 2017 (%) = 77,9%

Aumentar a adesão/utilização do cheque-dentista



Relatório Saúde Oral 2018. USP [ ] 2019.

Gerações mais saudáveis - Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal. Conselho Nacional de Saúde. 2018.

## Estudos recentes....

### Motivos da não adesão

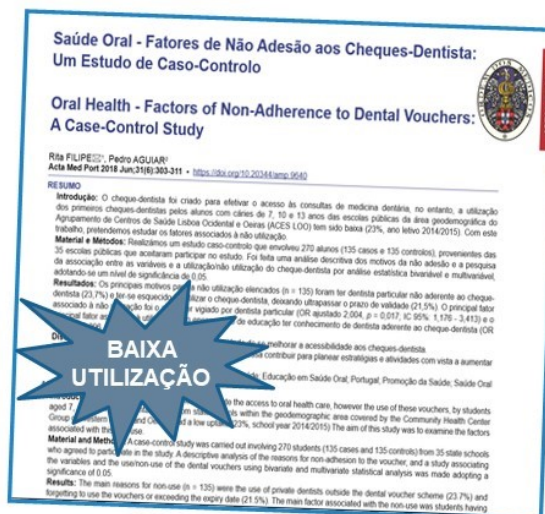
Tem dentista particular que não é aderente

Esqueceu-se de usar, deixando ultrapassar o prazo de validade

Não achou necessário

Não conseguiu localizar médicos aderentes ao cheque-dentista

Não recebeu informação sobre como utilizar o cheque-dentista e a sua importância



Acta Médica Portuguesa, Vol 31 nº6, 2018, p. 303-311

## Entrevista telefónica aos Encarregados de Educação

### Objetivo

- Realizar um acompanhamento telefónico relativo à utilização dos cheques-dentista pelas crianças/jovens dos agrupamentos de escolas do concelho de

1º Definição da população-alvo

2º Criação de um [algoritmo](#) para contacto telefónico

3º Elaboração de tabela codificada, de acordo com as listas de turmas organizadas, para registo de respostas obtidas

4º Realizar um “pré-teste” e reformular o algoritmo e tabela se necessário

5º Contacto telefónico e registo codificado dos dados obtidos

6º Tratamento, análise e interpretação dos dados



➔ **593**

Crianças/Jovens matriculadas no ano letivo 18/19  
(ano de nascimento 2011, 2008, 2005)

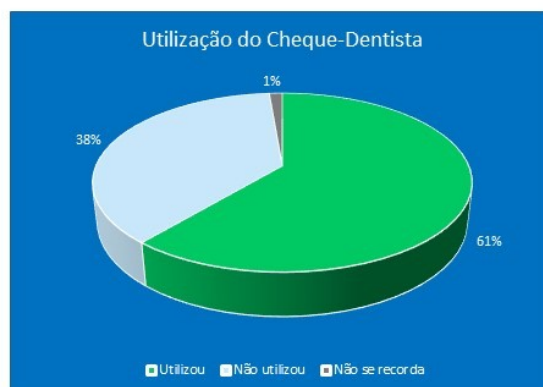
➔ **372**

Chamadas efetivadas

➔ **372**

Consentiram a realização do questionário

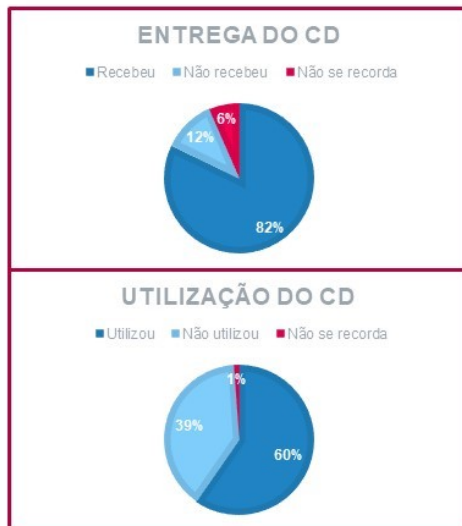
## Entrevista telefónica aos Encarregados de Educação - Dados Totais



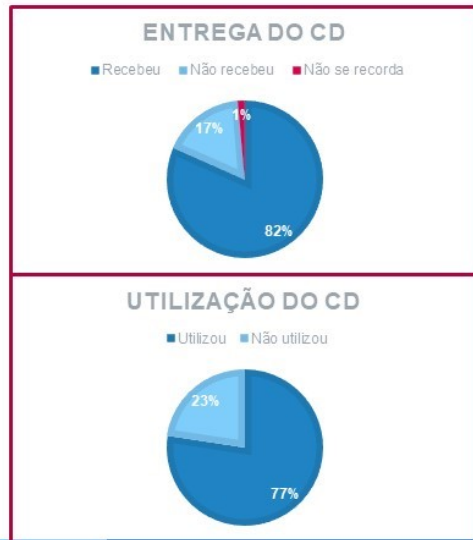
## Entrevista telefónica aos Encarregados de Educação - Dados Totais



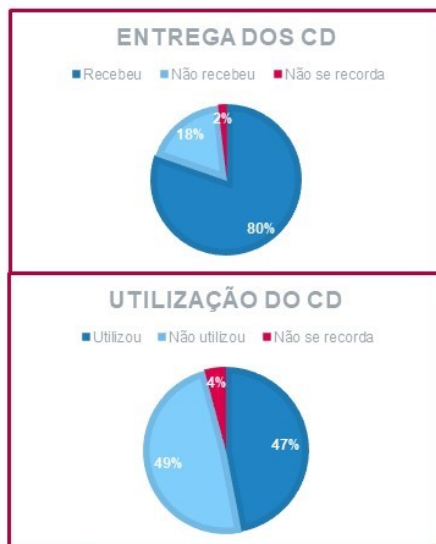
## Entrevista telefónica aos Encarregados de Educação - Dados



## Entrevista telefónica aos Encarregados de Educação - Dados



## Entrevista telefónica aos Encarregados de Educação - Dados





## Entrevista telefónica aos Encarregados de Educação

### - Pedidos de emissão de 2ª via do CD



## Diagnósticos de Enfermagem

CIPE® 2015	Dados
<b>Rastrear acompanhamento (follow-up)</b> , relativo à utilização dos CD pelos EE, <b>baixo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 14% dos EE não receberam o CD;</li><li>• 38% dos EE não utilizou o CD (30% por esquecimento, 30% por ter dentista particular sem protocolo e 10% porque perdeu);</li></ul>
<b>Processo</b> de entrega e distribuição dos CD aos EE, <b>comprometido</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 14% dos EE referem não ter recebido o CD;</li><li>• Existiram EE a referir que receberam o CD no final no ano letivo ou início do ano letivo (Setembro 2019);</li></ul>
<b>Comunicação comprometida</b> , relacionada com vias de transmissão da informação relativa aos benefícios e forma de utilização dos CD	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nenhum dos EE que não recebeu o CD conhecia ter direito ao mesmo;</li><li>• Dos EE que não consideraram necessário utilizar o CD ou com dentista particular sem protocolo com CD (33% dos que não utilizaram), nenhum conhecia o benefício do direito de emissão de novo CD aos 16 e 18A se cumprisse o plano de tratamento aos 7, 10, 13 A e 16A respetivamente;</li></ul>

## Que Estratégias??

- ✓ Poster informativo nas escolas com alerta para o prazo de validade do CD
- ✓ Lista de clínicas aderentes do ACES, disponível para consulta nas secretarias das escolas
- ✓ Documento para monitorização de entrega, com assinatura do EE e data de receção (a ser devolvido à UCC)
- ✓ Reunir com professores e diretores de turma no final do 1º período  
Ou
- ✓ Facultar uma apresentação em formato ppt ou vídeo acerca dos CD, para ser apresentada nas reuniões dos EE no final de cada período
- ✓ Folheto informativo, direcionado para os EE, distribuído periodicamente em todas as reuniões de final de período
- ✓ Todos os EE receberem o CD até ao início do 2º período
- ✓ Mencionar o CD nas sessões educativas sobre Saúde Oral aos alunos
- ✓ Solicitação para divulgação do CD nas páginas online dos agrupamentos escolares (Facebook e moodle)

## Referências Bibliográficas:

- [redacted] Plano Local de Saúde 2018 – 2020. Março de 2019.
- [redacted] Relatório Saúde Oral 2018. Unidade de Saúde Pública, ACES [redacted] Janeiro de 2019.
- Filipe, R., Aguiar, P., Saúde Oral – Fatores de Não Adesão aos Cheques-Dentista: Um Estudo de Caso Controlo. [Internet]. Acta Médica Portuguesa. Vol 31 nº6. 2018. [accedido em 2019 Setembro 13]. p. 303-311. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9640/5444>
- Loureiro, I., et. al. – Gerações mais saudáveis – Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal. [Internet]. Conselho Nacional de Saúde. 2018. [accedido em 2019 Setembro 13]. Disponível em: <http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/GERACOES-MAIS-SAUDAVEIS.pdf>
- Despacho Ministerial n153/2005 (2ªsérie) Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa: Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde. Publicado no Diário da República nº3, de 5 de Janeiro de 2005.
- Direcção de Serviços Prevenção da Doença e Promoção da Saúde – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. [Internet]. Direcção Geral da Saúde. 2019. [accedido em 2019 Setembro 13]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2019-em-audicao-publica-ate-1-de-agosto-de-2019-pdf.aspx>



**OBRIGADA!**

---

Bendito  
seja o  
sorriso nosso  
de  
cada dia... ♡



**Apêndice 8 – Poster informativo sobre o cheque-dentista**





## Se recebeu um Cheque Dentista:

**Utilize-o até 31 de Outubro**

-Consulte a lista das clínicas e médicos dentista aderentes em <https://www.saudeoral.min-saude.pt>

- Marque a consulta pelo telefone ou diretamente no consultório do médico escolhido

Em 2019/20  
destina-se a  
crianças e  
jovens  
nascidos em  
2006, 2009 e  
2012

Pode obter mais informações no balcão da secretaria desta escola ou no endereço eletrónico <https://www.saudeoral.min-saude.pt>



Elaborado por: En<sup>ª</sup> Susana Esteves, sob a orientação clínica da En<sup>ª</sup> [ ] e orientação científica da Prof. Doutora Eliza Garcia em contexto do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública



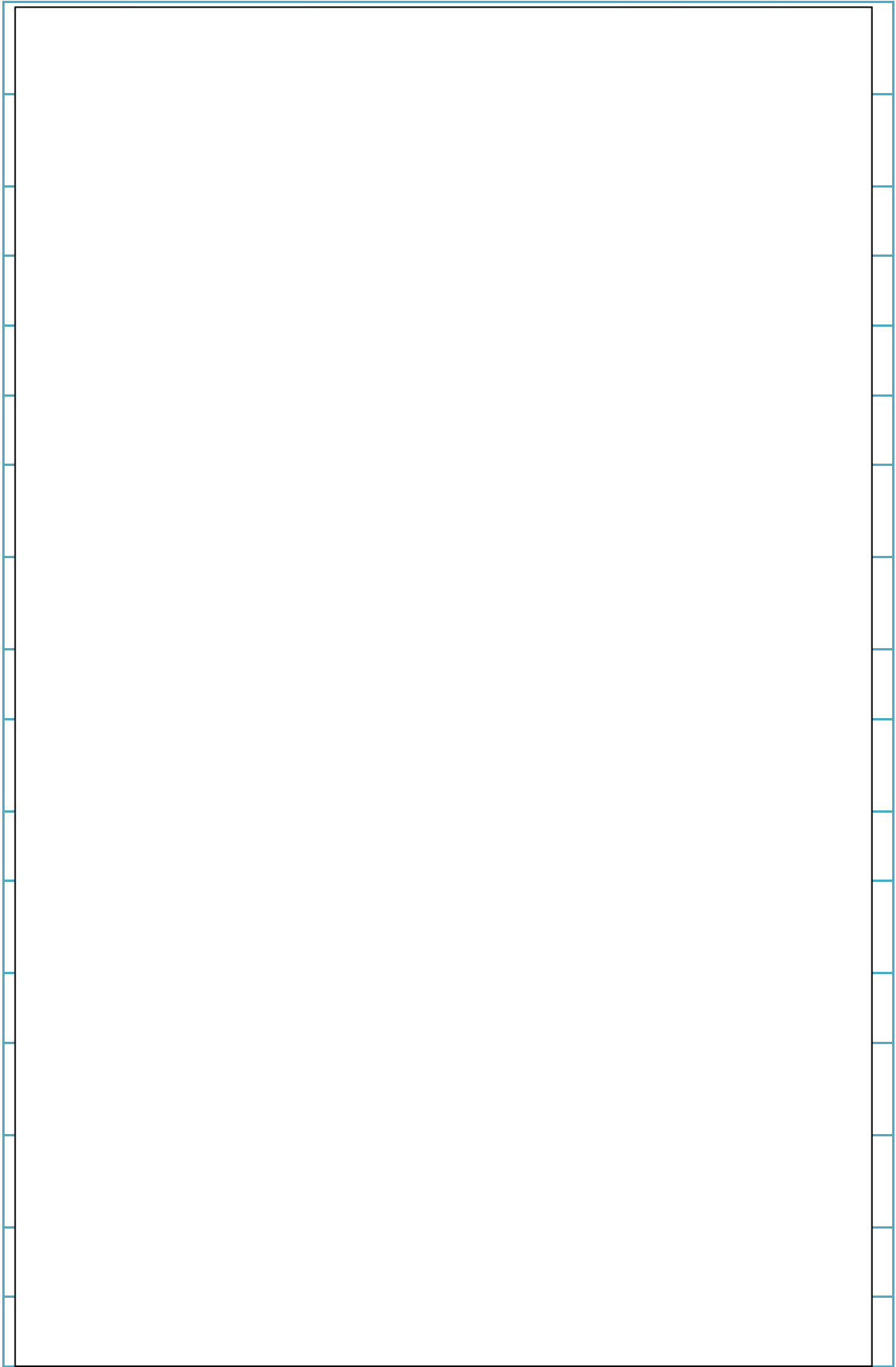
**Apêndice 9 – Lista compilada das clínicas aderentes ao cheque-dentista  
no ACES**













**Apêndice 10 – Folheto informativo “Cheque-Dentista – Informação aos Encarregados de Educação”**



### Quem está abrangido?

No ano letivo 2019/20 crianças e jovens que frequentem escolas públicas ou IPSS e nasceram nos anos de 2006, 2009 e 2012.



## CHEQUE-DENTISTA

Informação aos Encarregados de Educação

<input type="text"/>	<input type="text"/>
USP	Contato telefónico:
<input type="text"/>	Correio eletrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	Contato telefónico:
<input type="text"/>	Correio eletrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>



Elaborado por:  
Enf. Susana Esteves, sob a orientação clínica da Enf. orientação científica da Prof. Doutora Elisa Garcia  
Em contexto do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública



## PERGUNTAS FREQUENTES

### Para que serve?

- Para aplicar medidas preventivas (selantes de fissura, fluor tópico e outras) e assim prevenir o aparecimento de doenças orais;
- Para efetuar o tratamento de cáries em dentes permanentes;
- Para obter informação sobre hábitos de higiene oral adequados;

### Os tratamentos são gratuitos?

No âmbito do programa os tratamentos são sempre gratuitos.

(É importante informar, aquando da marcação de consulta, que se destina à utilização de cheque-dentista e apenas aos tratamentos por ele abrangidos)

### Onde posso utilizar o cheque-dentista?

Nas clínicas/médicos dentistas aderentes ao programa. Pode consultar a lista em [www.saudeoral.min-saude.pt](http://www.saudeoral.min-saude.pt), no balcão da secretaria da escola ou no balcão da sua unidade de saúde.

### Como marcar a consulta?

Telefonando para a clínica/médico dentista aderente, ou presencialmente na clínica, informando sempre que será para utilizar o cheque-dentista e os tratamentos abrangidos pelo mesmo.

### E se eu perder o cheque-dentista?

Pode pedir a emissão de uma 2ª via no balcão da sua unidade de saúde.



### Que VANTAGENS tem o meu educando em utilizar o cheque-dentista?

Tem acesso a tratamentos abrangidos pelo programa, no âmbito da saúde oral;

Se o seu educando utilizar o cheque-dentista aos 7, 10 e 13 anos de idade, terá direito à emissão de novo cheque-dentista aos 16 anos, e aos 18 anos (se utilizar o cheque-dentista os 16 anos);

Ao cumprir o plano de tratamentos definido pelo médico dentista o seu educando poderá ter direito à emissão de cheque-dentista nas idades Intermediárias (8, 9, 11, 12, 14 e 15);



**Apêndice 11 – Autocolante para a caderneta de aluno**





Se recebeu um  
Cheque-Dentista:

**Utilize-o até 31 de Outubro**

Consulte a lista das  
clínicas e médicos  
dentista aderentes em

[https://  
www.saudeoral.min-saude.pt](https://www.saudeoral.min-saude.pt)

Em 2019/20  
destina-se a  
crianças e  
jovens nascidos  
em 2006, 2009  
e 2012


**VALE UM SORRISO!**






**Apêndice 12 – Vídeo “Se recebeu um cheque-dentista para o seu educando...”**





**Se recebeu um  
Cheque-Dentista  
para o seu  
educando...**

CREATED USING  
**POWTOON**



**Poderá ter  
algumas  
questões...**

CREATED USING  
**POWTOON**

## A quem se destina?

**Crianças/Jovens  
que completaram  
7, 10 e 13 anos de  
idade até final de  
dezembro**

CREATED USING  
**POWTOON**

## Para que serve?

**Efetuar o tratamento de  
cáries em dentes  
permanentes;**

**Aplicar medidas preventivas  
(selantes de fissura, fluor tópico e  
outras) e assim prevenir o  
aparecimento de doenças orais;**

**Obter informação sobre  
hábitos de higiene oral  
adequados;**

CREATED USING  
**POWTOON**



Nas clínicas/médicos dentistas aderentes ao programa

Onde posso utilizar?

Pode consultar a lista em [www.saudeoral.min-saude.pt](http://www.saudeoral.min-saude.pt) ou no balcão da secretaria da escola e no balcão da sua unidade de saúde



CREATED USING  
**POWTOON**

COMO MARCAR A CONSULTA?



Telefonando para a clínica/médico dentista aderente, ou presencialmente na clínica, informando sempre que será para utilizar o cheque-dentista e os tratamentos abrangidos pelo mesmo



CREATED USING  
**POWTOON**

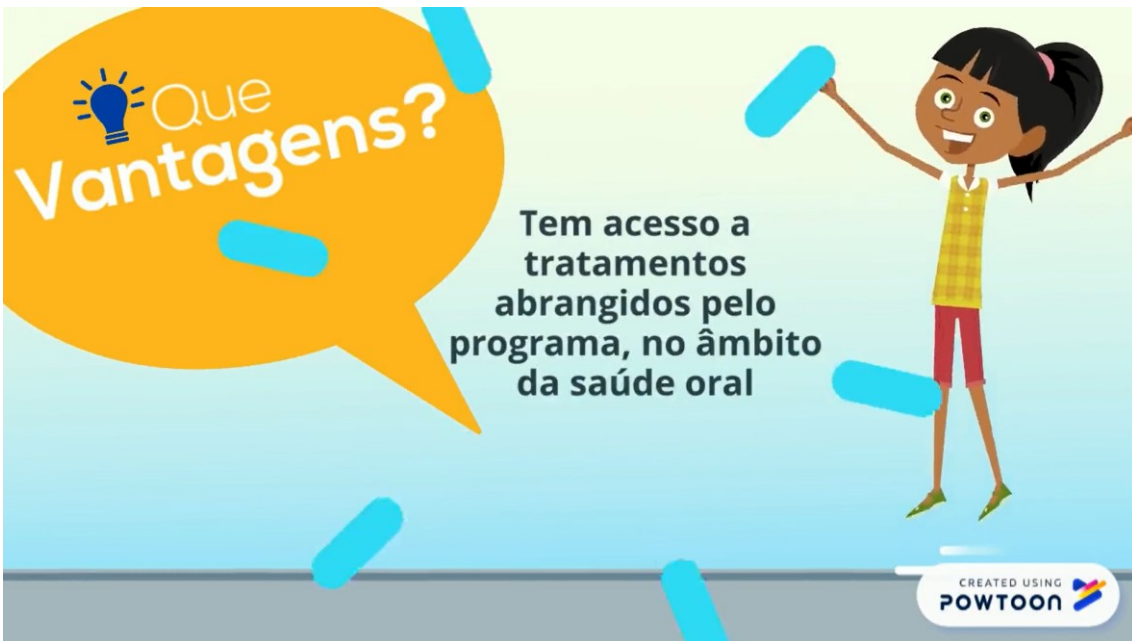


E se eu perder o cheque-dentista?

Pode pedir a emissão de uma 2ª via no balcão da sua unidade de saúde

CREATED USING POWTOON

This slide features a woman with dark skin and curly hair, wearing a black blazer over a white collared shirt, looking concerned. A large white thought bubble above her contains the text 'E se eu perder o cheque-dentista?'. To the right, a circular graphic with blue and white concentric rings contains the text 'Pode pedir a emissão de uma 2ª via no balcão da sua unidade de saúde'. The background is a solid green color. A 'POWTOON' logo is in the bottom right corner.



Que Vantagens?

Tem acesso a tratamentos abrangidos pelo programa, no âmbito da saúde oral

CREATED USING POWTOON

This slide features a girl with dark skin and black hair in a ponytail, wearing a yellow and white plaid shirt and red shorts, jumping joyfully with her arms raised. To her left is a large yellow speech bubble with a lightbulb icon and the text 'Que Vantagens?'. In the center, the text 'Tem acesso a tratamentos abrangidos pelo programa, no âmbito da saúde oral' is displayed. The background is a light blue gradient with several blue pill-shaped icons scattered around. A 'POWTOON' logo is in the bottom right corner.



## Que Vantagens?

Se o seu educando utilizar o cheque-dentista aos 7, 10 e 13 anos de idade, terá direito à emissão de novo cheque-dentista aos 16 e 18 anos



CREATED USING  
**POWTOON**



## Que Vantagens?

Ao cumprir o plano de tratamentos definido pelo médico dentista o seu educando poderá, eventualmente, ter direito à emissão de cheque-dentista nas idades intermédias (8, 9, 11, 12, 14 e 15)



CREATED USING  
**POWTOON**

É válido até 31  
de Outubro

**ATENÇÃO!**

CREATED USING  
**POWTOON**

**Vale um Sorriso!**



CREATED USING  
**POWTOON**

**Para qualquer questão ou esclarecimento, contacte:**



**Unidade de Saúde  
Pública**

Telefone:

E-Mail:



**Unidade de Cuidados na  
Comunidade**

Telefone:

E-mail:

CREATED USING  
**POWTOON**



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

**Vídeo realizado por Enf<sup>a</sup> Susana Esteves, aluna do Mestrado em Enfermagem  
com especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública,  
sob a orientação clínica da Enf<sup>a</sup>  orientação científica da  
Prof. Doutora Elisa Garcia**

CREATED USING  
**POWTOON**

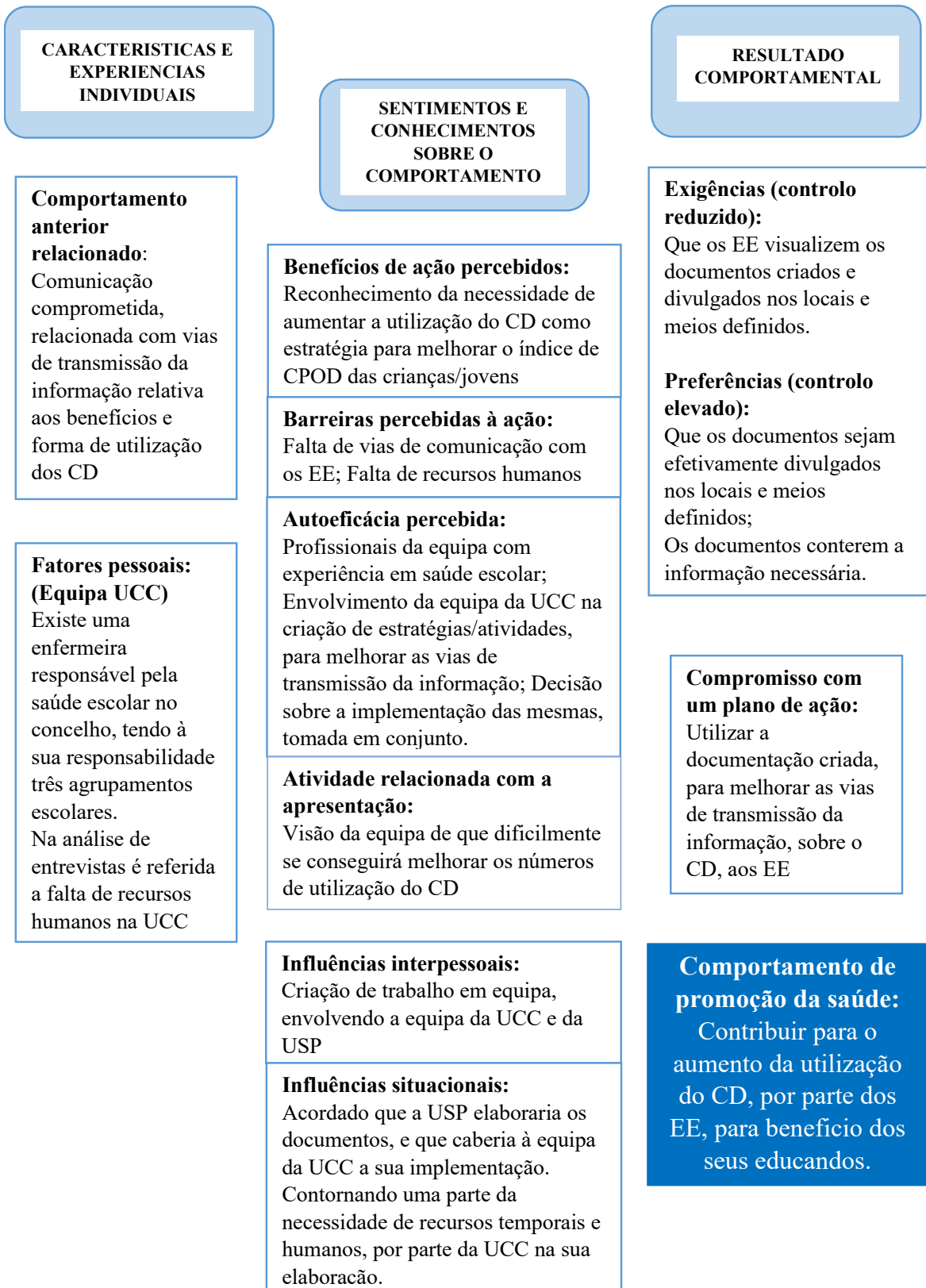


**Apêndice 13 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola  
Pender (Adaptado)**





## Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Adaptado)





**Apêndice 14 – Termo de consentimento livre e esclarecido para a  
realização das entrevistas presenciais às enfermeiras A e B**





## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Susana Pinto Sousa Costa Esteves, enfermeira e estudante do 12º Mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública da Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a realizar um estágio no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, na USP X, sob orientação e no regular funcionamento da Srª Enfermeira A.

Pretendo desenvolver o meu projeto de estágio no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, relacionado com a adesão/utilização dos “cheques-dentista” na população de crianças e jovens das coortes dos 7, 10 e 13 anos de idade.

Nesse sentido, venho solicitar a sua colaboração para uma entrevista que tem como objetivo conhecer a sua opinião/perspetiva profissional relacionada com a promoção da saúde oral através da adesão/utilização dos “cheques-dentista” na população referida.

Serão cumpridos os procedimentos éticos, assegurando a confidencialidade e a anonimização da informação que será utilizada apenas para fins académicos.

Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento e que estou à sua inteira disposição para os esclarecimentos que considerar necessários.

Se considerar esta informação correta e aceitar participar voluntariamente, solicito o favor de assinar este documento que será também assinado por mim.

Agradecendo desde já a sua colaboração,

Assinatura do/a entrevistado/a

---

Assinatura da mestranda

---

Data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



**Apêndice 15 – Poster “Fatores Associados à Iniciação Tabágica nos Adolescentes: a Scoping Review” e certificado**





## Fatores Associados à Iniciação Tabágica nos Adolescentes: a Scoping Review

Brás, C. – Mestranda em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, UCP, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa  
Esteves, S. – Mestranda em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, UCP, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa  
Ferreira, C. – Prof.<sup>a</sup> Doutora na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem, Lisboa  
Figueiredo, A. – Prof.<sup>a</sup> Doutora na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem, Lisboa

### Introdução

O tabaco é a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Este é responsável por cerca de 6 milhões de mortes por ano, incluindo mais de 600000 através da exposição ao fumo passivo.<sup>14</sup>  
Em 2016, morreram em Portugal mais de 11800 pessoas com doenças atribuíveis ao tabaco.<sup>1</sup>  
A OMS refere que o início do consumo de tabaco se inicia muito cedo, pois cerca de 80% dos fumadores inicia o consumo de tabaco antes dos 18 anos.<sup>14</sup> É assim fundamental conhecer os fatores que levam à iniciação tabágica para desenvolver intervenções na sua prevenção.

**Objetivo**  
Identificar os fatores que estão associados à iniciação tabágica nos adolescentes.

### Materiais e Métodos

A estratégia de pesquisa adotada baseou-se em três etapas, segundo as indicações do *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual* (2015).<sup>13</sup>

- 1. Pesquisa inicial com diversas combinações de palavras em português e inglês, de forma a estabelecer os critérios de pesquisa, com consulta dos descritores no DeCS e no MeSH.
- 2. Pesquisa na EBSCOhost e PubMed com a frase booleana: (factor\* OR cause\* OR influence\* OR reason\* OR determinant\* AND "smoking initiation" AND adolescent\* OR teenager\*)
- 3. Análise das referências bibliográficas da amostra obtida.

Fig 1 - Estratégia de pesquisa

#### Referências Bibliográficas:

1. Direção Geral de Saúde. (2016). *Programa Nacional para a Prevenção e controlo do tabagismo*. Disponível em: <http://www.dgs.gov.pt/Programa-Nacional-para-a-Prevencao-e-Controlo-do-Tabagismo>
2. Das, D., Liu, L., Sun, H., Ma, Y. (2017). Smoking initiation and cessation among youth: A systematic study using the Cochrane Smoking-Group Collection Database. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Disponível em: <http://www.cochrane.org/CD012094>
3. Jaffe, J., Bavel, G., Bergelson, E., Borkow, H., Spore, L., Jordan, L. (2016). *Prevalence of smoking among Danish adolescents*. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16513758.2016.1191811>
4. Lee, J., Cho, S., Choi, S., Park, S., Ahn, S. (2017). The impact of peer behavior on a person's decision to start and quit smoking: A meta-analysis of adolescent smoking initiation and cessation. *Journal of Adolescent Health*. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524403317300104>
5. Yu, A., Jarvis, A., Datta, A., Cahn, S. (2017). The association of personality traits and smoking initiation and smoking behavior among adolescents. *Journal of Adolescent Health*. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524403317300104>
6. Madsen, J., Kjaer, S., Christ, C., Hansen, K. (2016). Adolescent smoking initiation: Social and psychological predictors. *Journal of Adolescent Health*. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524403316300104>
7. Madsen, J., Kjaer, S., Hansen, K., Hansen, K. (2016). Social and psychological predictors of adolescent smoking initiation. *Journal of Adolescent Health*. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524403316300104>
8. Dingwall, J., G. Dingwall, E., J. Williams, P., S. Smith, M.P., N. Degen, E., C. Gray, M., D. Smith, J. (2016). Prevalence of cigarette smoking initiation in 2010: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524403316300104>
9. Paluszka, K., Stephens, P., Bell, R., Henshaw, L., Kjaer, S. (2016). Subpopulations of cigarette smoking among adolescents and implications for tobacco cessation. *Journal of Adolescent Health*. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524403316300104>
10. Fata, T., Murray, Z., Kim, N., Wang, L. (2016). *Systematic Review of Smoking Initiation among Adolescent Populations*. 2016-2016. *Journal of Adolescent Health*. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524403316300104>
11. The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Manual of Evidence-Based Practice*. The Joanna Briggs Institute.
12. World Health Organization. (2016). *Global Tobacco Use 2016*. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/global-tobacco-use-2016>

### Resultados

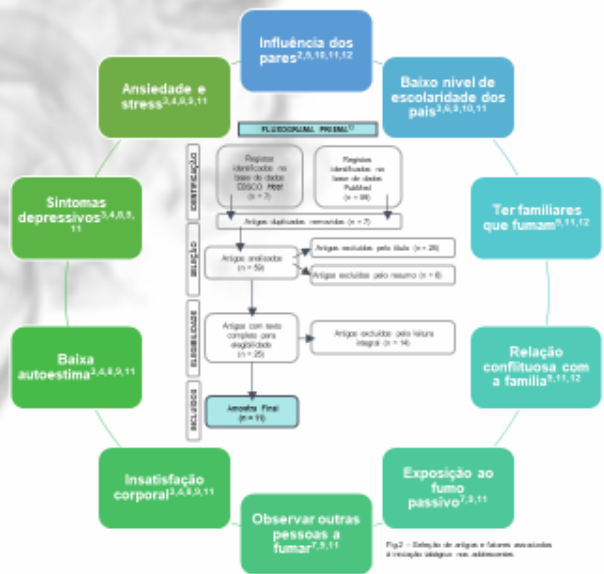


Fig 2 - Definição de artigos e fatores associados à iniciação tabágica nos adolescentes

### Conclusão

Os resultados deram resposta à questão inicial, atingindo o objetivo da mesma. Apresentam os principais fatores que contribuem para a iniciação tabágica nos adolescentes. Os resultados poderão ser úteis para a intervenção dos profissionais de saúde, pois saberão especificamente onde atuar e como direcionar as suas intervenções na prevenção da iniciação tabágica nos adolescentes. Sendo os adolescentes um grupo vulnerável, na medida em que têm tendência a ignorar o risco e a vê-lo como algo longínquo, tornou-se importante conhecer os fatores que os levam a iniciar o comportamento de fumar, permitindo que se criem intervenções para prevenir o início do consumo.

II Seminário Internacional do  
Mestrado em Enfermagem (Escola de Lisboa)  
“Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem Comum”



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Cátia Alexandra Luis Brás, Susana Pinto Sousa Costa Esteves, Prof.ª Doutora Amélia Simões Figueiredo e Prof.ª Doutora Cândida Ferrito**, participaram no **II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia **29 de novembro de 2019**, com a apresentação de Poster, que recebeu o 2º prémio, com o tema

**“Fatores Associados à Iniciação Tabágica nos Adolescentes: a Scoping Review”**

Lisboa, 29 de novembro de 2019.

O Diretor  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
  
Un Sérgio Decó, PhD, RN  
Inst. Professor Associado



**Apêndice 16 – Plano de sessão de comunicação à população sénior “Plano de contingência saúde sazonal – Inverno”**



# FORMATIVA

Universidade Sénior de [ ] 2019/2020

LOCAL | TURMAS [ ]

DATA: [ ] 2019

FORMADOR: Enfermeira Susana Esteves (no âmbito de frequência do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública na USP do ACES [ ])

TEMA: Plano de Contingência Saúde Sazonal – Módulo Inverno

OBJETIVO GERAL: Divulgar informação e sensibilizar os alunos, da disciplina de Cuidados de Saúde Primários da Universidade Sénior para as recomendações, preconizadas pela DGS, sobre o Plano de Contingência de Saúde Sazonal – Módulo Inverno

DURAÇÃO TOTAL DA SESSÃO: 50 minutos

PLANEAMENTO				
SESSÃO FORMATIVA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS
INTRODUÇÃO (5 minutos)	Introduzir a temática relacionada com a época do ano	- Apresentação do tema;	Expositivo e Projeção de Vídeo “SNS24   Inverno”	Retroprojektor com ligação a computador; Colunas de som;
DESENVOLVIMENTO (25 minutos)	Divulgar informação e sensibilizar os alunos para as medidas a adotar e cuidados a ter nesta época do ano	- Medidas a adotar pela população para minimizar os efeitos do frio; - Grupos vulneráveis (pessoas com 65 ou mais anos, portadores de doenças crónicas) e cuidados específicos; - Hipotermia (sinais e sintomas, como proceder); - Gripe vs. Constipação; - Etiqueta respiratória; - SNS24 (importância do primeiro contacto);	Expositivo, Participativo (dinâmica de grupo sobre diferenças entre gripe e constipação) e Projeção de Vídeos “Etiqueta Respiratória” da DGS e “SNS24 faz bem e recomenda-se”	Retroprojektor com ligação a computador; Colunas de som;
CONCLUSÃO (15 minutos)	Esclarecer dúvidas ou questões do grupo	- Esclarecimento de dúvidas e questões dos alunos; - Distribuição de folheto da DGS intitulado “Inverno – 10 recomendações para a sua saúde”;	Expositivo e Participativo	Retroprojektor com ligação a computador;
AValiação (5 minutos)			Em modelo próprio da Universidade Sénior	



**Apêndice 17 – Apresentação da sessão de comunicação à população  
sênior “Plano de contingência saúde sazonal – Inverno”**





Universidade Sénior  
Disciplina de Cuidados de Saúde Primários

## Programa de Contingência Saúde Sazonal Inverno



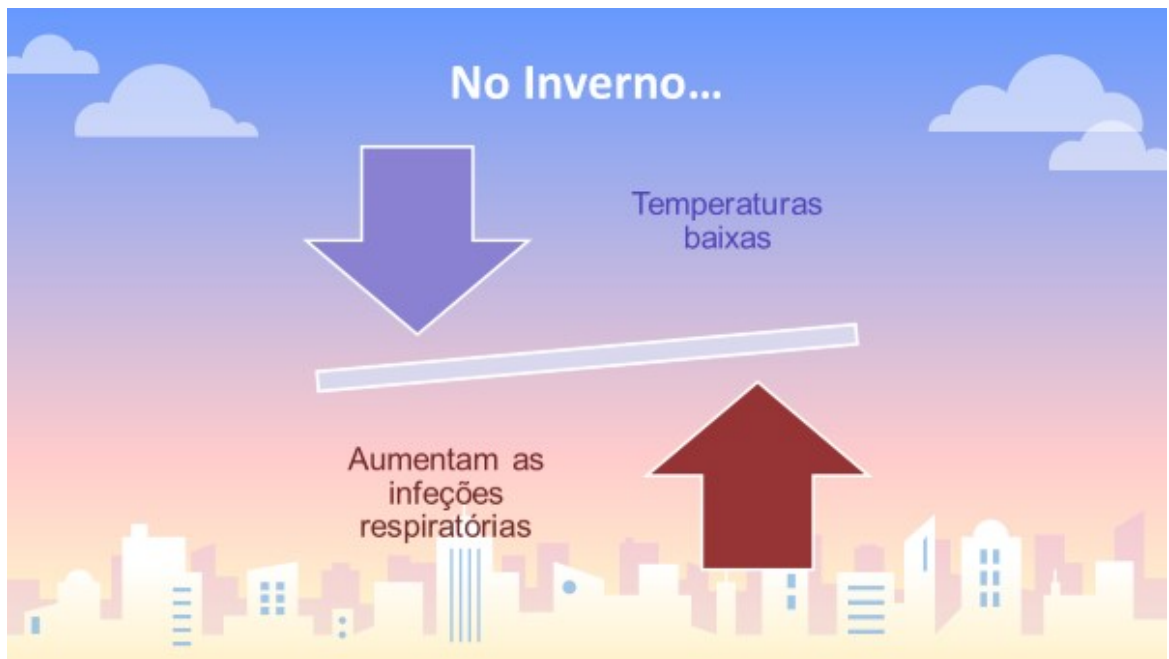
CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Enft Susana Esteves  
Aluna do Mestrado em Enfermagem com especialização em  
Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública,  
sob a orientação clínica da Enft [redacted] e orientação  
científica da Prof. Doutora Elisa Garcia

## Transmissão do Vídeo SNS 24 – O Inverno



O Inverno.



## Durante um período de frio no domicílio...



Manter a temperatura da sua casa entre os 18°C e os 21°C (se não for possível aquecer todas as divisões da casa, tentar manter a sala de estar quente durante o dia e aquecer o quarto antes de se deitar)

No caso de se utilizar lareiras, braseiras, salamandras ou equipamentos de aquecimento a gás manter a correta ventilação das divisões de forma a evitar a acumulação de gases nocivos à saúde, evitando os acidentes por monóxido de carbono que podem causar intoxicação ou morte

Não utilizar fogão a gás, forno ou fogareiro a carvão para aquecer a casa. Também não se deve utilizar equipamentos de aquecimento de exterior em espaços interiores



## Durante um período de frio no domicílio...



Evitar dormir/descansar muito perto da fonte de calor

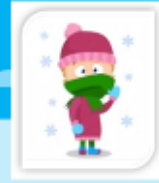
Apagar ou desligar os sistemas de aquecimento antes de se deitar ou sair de casa, de forma a evitar incêndios ou intoxicações

Promover uma boa circulação de ar, não fechando completamente as divisões da casa, mas evitar as correntes de ar frio

Estar atento à utilização de botijas de água quente, para evitar o risco de queimaduras



## Cuidados Pessoais e Vestuário



- Manter a pele hidratada, principalmente mãos, pés, cara e lábios;
- Utilizar várias camadas de roupa, em vez de uma única muito grossa, e não usar roupas demasiado justas que dificultem a circulação sanguínea;
- Proteger as extremidades do corpo (com luvas, gorro, meias quentes e cachecol) e usar calçado adequado às condições meteorológicas;
- Evitar andar descalço no chão frio ou molhado.

## Alimentação

Fazer refeições mais frequentes;

Dar preferência a sopas e a bebidas quentes, como leite ou chá;



Aumentar o consumo de alimentos ricos em vitaminas, sais minerais e antioxidantes (por exemplo, frutos e hortícolas);

Evitar bebidas alcoólicas que provocam vasodilatação com perda de calor e arrefecimento do corpo.

# Atividades e Exercício Físico no Exterior

Manter a prática de exercício físico habitual, mas em situações de frio intenso evitar fazer exercício físico de esforço ao ar livre;

Em caso de frio intenso fazer pequenos movimentos com os dedos, os braços e as pernas;

Evitar caminhar sobre o gelo ou piso molhado devido ao risco de lesões por queda;

Procurar manter-se seco e evitar arrefecer com a roupa transpirada no corpo;

Beber água antes, durante e depois da atividade física para evitar a desidratação.



## FRIO

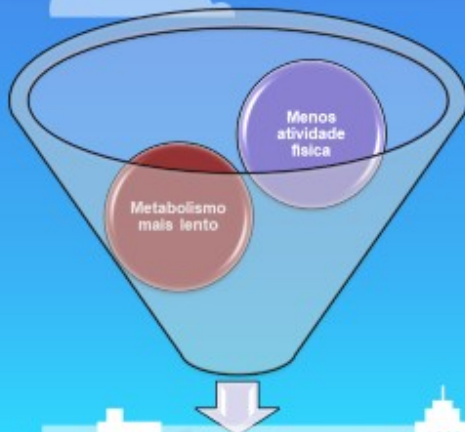
### Grupos Vulneráveis

- Crianças nos primeiros anos de vida;
- **Pessoas com 65 ou mais anos;**
- **Portadores de doenças crônicas;**
- Pessoas que desenvolvem atividade no exterior;
- Pessoas que consomem álcool em excesso ou drogas ilícitas;
- Pessoas isoladas em carência social e econômica;





## Pessoas com 65 ou mais anos



Produzem menos calor corporal

### Principais cuidados a ter:

Seguir as recomendações gerais;

Manter o acompanhamento de proximidade de pessoas idosas sós/isoladas ou com mobilidade reduzida, fazendo um telefonema ou contactando pessoalmente sempre que possível;

## Portadores de doenças crónicas



Mais vulneráveis aos efeitos do frio

### Principais cuidados a ter:

Seguir as recomendações gerais e se necessário aconselhar-se com profissional de saúde;

Certificar-se que tem sempre consigo os medicamentos necessários;

# HIPOTERMIA

## SINAIS E SINTOMAS:

Tremores  
Exaustão  
Confusão / Discurso Confuso  
Insensibilidade das mãos  
Perda de memória  
Sonolência



Ligar 112;  
Levar a pessoa para uma área aquecida;  
Remover roupas molhadas;  
Envolver a pessoa num cobertor;  
Dar bebidas quentes;



Não utilizar calor direto;  
Não ingerir bebidas alcoólicas;

		Infeções Respiratórias	
<i>gripe</i>	versus	<i>constipação</i>	
súbito		início	gradual
37,7°C a 40°C (3 a 4 dias)		febre	pouco frequente
sim		mal-estar geral	não
2 a 3 semanas		fadiga e cansaço	ligeira e de curta duração
muito frequentes		dores no corpo	pouco frequentes
frequentes e fortes		dores de cabeça	pouco frequentes
pouco frequente		dor de garganta	frequente
frequente		tosse	seca (ligeira a moderada)
pouco frequentes		espirros	frequentes
pouco frequente		nariz entupido	frequente
possíveis (ex: pneumonia)		complicações	ocasional

## Gripe

Os vírus da gripe estão em constante alteração e a imunidade provocada pela vacina não é duradoura, pelo que as pessoas se devem **vacinar anualmente**.

Ficar em casa, em repouso;

Não se agasalhar demasiado;

Medir a temperatura ao longo do dia;

Utilizar soro fisiológico para tratar a obstrução nasal;

Não tomar antibióticos sem recomendação médica;

Beber muitos líquidos: água e sumos de fruta;

**Evite transmitir a gripe;**

Transmissão do Vídeo  
DGS – Este Inverno se estiver com gripe...  
(medidas de etiqueta respiratória)



**ESTE  
INVERNO  
SE ESTIVER  
COM GRIPE**

DGS



**IMPORTANTE!**



**SNS 24** CENTRO DE CONTACTO  
**808 24 24 24**

Contactar telefonicamente o SNS24  
como primeiro contacto com o sistema de saúde

Porquê?

Facilidade e Rapidez;

Aconselhamento e eventual encaminhamento para o serviço de saúde mais adequado;

Minimização da transmissão de infeções para o próprio e para os outros;

Atendimento prioritário nas instituições hospitalares integradas no Serviço Nacional de Saúde, no atendimento dos utentes que sejam referenciados através do SNS 24, dentro do mesmo grau de prioridade.

**Transmissão do Vídeo**  
**SNS 24 – Faz bem e recomenda-se**

Carta de Recomendação

# INVERNO | 10 Recomendações para a sua Saúde

No Outono e no Inverno o frio extremo pode ter impactos negativos na saúde. A gripe e outras infeções respiratórias ocorrem, geralmente, neste período.

Proteja a sua saúde do frio e saiba o que fazer perante os primeiros sintomas de gripe.

## Proteja-se do frio

- 1 Mantenha o corpo quente. Utilize várias camadas de roupa.
- 2 Mantenha-se hidratado. Ingra líquidos e sopas.
- 3 Mantenha a casa quente. Não esquecer de ventilar.
- 4 Proteja as extremidades. Utilize gorro, luvas e calçado quente.
- 5 Mantenha-se em contacto e perto dos outros.
- 6 Verifique a climatização. Radiador, braseira, brasiera.

## Aos Primeiros Sintomas de Gripe

- 1 Autocuidado. Ligue SNS 24: 808 24 24 24 não vá de imediato à urgência.
- 2 Etiqueta Respiratória. Esperar e tossir para o cotovelo. Lavar as mãos.
- 3 Distanciamento social. Evite o contacto próximo com outras pessoas.
- 4 Medicamentos. Só com indicação. Analgético só com prescrição.



# Questões?



## Referências:

Direção dos Serviços de Promoção da Doença e Promoção da Saúde, Plano de Contingência Saúde Sazonal – Módulo Inverno [Internet] Direção-Geral da Saúde. 2019. [acedido em 2019 Outubro 23]. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-contingencia-saude-sazonal-modulo-inverno-2019-referenciais-pdf.aspx>

Departamento de Saúde Pública, PLANO DE CONTINGÊNCIA SAÚDE SAZONAL DA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO Módulo de Inverno 2019/2020 [Internet] Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, I.P. 2019. [acedido em 2019 Outubro 23]. Disponível em:

[https://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/2?news\\_id=2225](https://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/2?news_id=2225)

SNS24 - <https://www.sns24.gov.pt/>

