

Sara Catarina Nogueira Morais

Promoção e Educação da Saúde Oral:

Conhecimentos dos enfermeiros

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Sara Catarina Nogueira Morais

Promoção e Educação da Saúde Oral:

Conhecimentos dos enfermeiros

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Sara Catarina Nogueira Morais

Promoção e Educação da Saúde Oral:

Conhecimentos dos enfermeiros

(Sara Catarina Nogueira Morais)

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Mestre em Medicina Dentária”

RESUMO

A educação é um conceito que implica a formação do Homem em todas as suas vertentes. É um processo organizado de formação dos indivíduos, de acordo com uma tradição e segundo as expectativas de cada pessoa e da comunidade em geral. Pode ser definida como um processo progressivo de socialização, regulado e dirigido, bem como útil para a aquisição de conhecimentos e competências para a vida, onde ocorre uma transmissão de saberes e fazeres.

Realizou-se um estudo exploratório e descritivo, recorrendo a métodos de investigação qualitativa, utilizando a entrevista semi-estruturada a quatro enfermeiras especialistas, a exercerem atividade profissional nos cuidados de saúde primários, para darem resposta à questão que serviu de ponto de partida para o estudo: Quais os conhecimentos dos enfermeiros para realizarem sessões de educação em saúde oral?

Recorreu-se à análise de conteúdo para tratarmos as informações obtidas. Desta análise, emergiram duas categorias com três subcategorias, respetivamente:

-Promoção da saúde oral: Concetualização, Público-alvo, Atividades Desenvolvidas

-Formação para desenvolvimento de atividades de promoção da saúde: Fontes de conhecimento, Conteúdos da formação, Necessidades de formação

As enfermeiras, que colaboraram neste estudo, detêm informação escassa sobre promoção de saúde oral, apesar de terem competência para realizarem ações de educação para a saúde, utilizando os meios adequados. O médico dentista, pelo seu conhecimento e experiência, tem um papel privilegiado para desenvolver juntamente com outros profissionais, segundo contextos de trabalho, em todas as etapas do ciclo vital do homem, este tipo de atividades.

Palavras chave: Promoção da saúde; educação para a saúde e saúde oral.

ABSTRACT

Education is a concept that involves the formation of Human in all its aspects. It is an organized process of training of individuals, according to a tradition and the expectations of each person and the community. It can be defined as a gradual process of socialization, regulated and directed as well as useful for the acquisition of knowledge and skills for life, where there is a transmission of knowledge and practices.

We conducted an exploratory descriptive study, using methods of qualitative research, using semi-structured interview to four specialist nurses, who exercise professional activity in primary health care, to respond to the question that served as a starting point for study: What are the skills of nurses to conduct educational sessions on oral health?

Appealed to the content analysis to treat the information obtained. From this analysis, two categories emerged with three subcategories, respectively:

-Promotion of Oral Health: Conception, Target, Activities Developed

-Training activities for development of health promotion: Sources of knowledge, training content, training needs.

The nurses, who collaborated in this study, have information about oral health promotion, although they are competent to perform actions of health education, using appropriate means. The dentist, for his knowledge and experience, has a privileged role to develop along with other professionals, in work contexts, at all stages of the life cycle of man, this type of activity.

Keywords: Health promotion, health education and oral health

Dedicatória

A meus pais por todo o amor, carinho, educação, dedicação e valores que me proporcionaram ao longo da “estrada” da vida.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Frias Bulhosa, Docente da Universidade Fernando Pessoa, que tão gentilmente me orientou nas diversas fases deste trabalho, um muito obrigada pela disponibilidade e paciência.

Pela colocação dos seus vastos conhecimentos da língua portuguesa ao meu dispor, agradeço desta forma a amabilidade e disponibilidade do Professor Doutor Ramiro Délio Borges de Meneses, bem como do Engenheiro Josué Lima Morais, o meu pai.

A todos os meus amigos que apesar das minhas inúmeras ausências durante o percurso académico me continuaram a encorajar a trabalhar e sempre me apoiaram nos bons e maus momentos. Pela verdadeira amizade, apoio, carinho e conselhos, um sincero obrigada.

Á minha família, mãe, pai, irmã, avós, tios e primos pela educação e participação na construção da pessoa que sou hoje, bem como pelo apoio, amor, carinho e força prestados ao longo de todo o percurso que é a minha vida.

Um especial agradecimento á Professora Doutora Maria Assunção Almeida Nogueira, a minha mãe, pois sem ela nada disto teria sido possível. Por não me deixares desanimar, pela dedicação, apoio, carinho, pelas noites mal dormidas, pelas resmunguices e pela força que me inculciste obrigada.

Índice

Índice de Tabelas	iv
Índice de abreviaturas:.....	v
Índice de Anexos	vi
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
1- DO CONCEITO SAÚDE/DOENÇA À PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	5
2 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	16
2.1-Métodos de educação para saúde/ Processos de aprendizagem	20
2.1.1Métodos Diretos	20
2.1.1.1-Ensino Verbal.....	21
2.1.1.2-Demonstração e Prática.....	21
2.1.2-Métodos Indiretos.....	22
3- TEORIAS DE APRENDIZAGEM PARA A SAÚDE	23
3.1-Teoria Cognitiva.....	24
3.2-Teoria de autodeterminação ou teoria funcional de autodeterminação.....	24

4- ENFERMEIROS COMO EDUCADORES E PROMOTORES DA SAÚDE.....	26
PARTE II – DA METODOLOGIA AO RESULTADO DOS DADOS	29
1. MATERIAL E MÉTODOS.....	30
1.1. Tipo de estudo.....	31
1.2. População/ amostra	32
1.3. Instrumento de recolha de informação.....	34
1.4. Análise dos dados	35
1.5. Procedimentos éticos tidos em consideração	37
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	39
2.1. Caraterização dos informantes.....	39
2.2. Promoção da saúde/promoção da saúde oral	40
2.2.1. Concetualização de promoção da saúde/saúde oral.....	40
2.2.2. Público-alvo da promoção da saúde	42
2.2.3. Atividades de promoção da Saúde Oral	43
2.3. Formação para desenvolverem ações de promoção da Saúde Oral	45
2.3.1. Fontes do conhecimento	46

2.3.2. Conteúdos da informação	48
2.3.3. Necessidades de formação.....	49
PARTE III – CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	51
1. DISCUSSÃO DOS DADOS	52
2. CONCLUSÕES.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS.....	64

Índice de Tabelas

Tabela 1: Esquema de categorização da análise das entrevistas.....39

Tabela 2: Caracterização dos informantes no estudo.....39

Índice de abreviaturas:

ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

CS- Centro de Saúde

CSI- Complemento Social do Idoso

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral de Saúde

EpS- Educação para a Saúde

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

USF- Unidade de Saúde Familiar

Índice de Anexos

Anexo I- Guião para entrevista semi-dirigida.....	65
Anexo II- Entrevistas às participantes.....	66
Anexo III- Matriz síntese dos dados.....	85
Anexo IV- Declaração de Consentimento Informado.....	101

INTRODUÇÃO

Devido aos fatores sociais, culturais e de desenvolvimento científico/tecnológico, o conceito de saúde foi sofrendo alterações, ao longo do tempo, e outros foram, entretanto, sido criados, nomeadamente o conceito de promoção da saúde e educação para a saúde. Em virtude dos novos conceitos e às exigências de cuidados de saúde, pelas novas necessidades sentidas, houve uma reformulação de algumas leis, bem como criação de outras e, ainda, houve necessidade de incorporar pessoal qualificado nos serviços de saúde, para responder a estas solicitações.

Segundo Redman, (2003, p.3), “A base legal da Educação para a saúde tem-se desenvolvido através de leis e regulamentações da prática profissional, bem como da acreditação das instituições de saúde”

Com a necessidade, cada vez maior, de prevenir a doença e promover a saúde das populações, houve, de igual modo, a necessidade de difundir a promoção da saúde através da educação para a saúde, sendo esta desenvolvida e planificada por profissionais da área da saúde. Assim, constatamos que a promoção da saúde oral e a educação para a saúde oral são realizadas, na sua maioria, por enfermeiros em contexto escolar. Começa aqui a nossa inquietação: Quais os conhecimentos dos enfermeiros para realizarem sessões de educação para a saúde oral? Esta questão foi, sem dúvida, o ponto de partida para todo o estudo, pois ao respondermos a esta pergunta estávamos certos que poríamos em evidência o papel do médico dentista, não só na vertente curativa, como é tradicional, mas também como promotor da saúde oral em quaisquer contextos de trabalho. Estamos certos de que este papel, assumido durante muitos anos, centrado apenas na prática clínica, deve, de igual modo, ser assumido em sessões promotoras da saúde oral, em contexto comunitário, abrangendo todos os segmentos da população em todas as etapas do ciclo vital.

Parece-nos que este tipo de conhecimento fará emergir, nos profissionais de medicina dentária, uma vontade crescente de ir ao encontro das necessidades de educação para a saúde da população, motivando-os para, quem sabe num futuro próximo, incorporarem equipas de cuidados de saúde primários, para efetivarem estas atividades. Deste modo,

poderemos todos juntos contribuir de forma sustentada para a melhoria da saúde oral das populações.

Este estudo enquadra-se numa metodologia transversal, exploratório e descritivo, de cariz qualitativo como explicaremos quando, neste trabalho, nos referirmos ao tipo de estudo, no ponto material e métodos.

Este relatório de pesquisa está dividido em três partes:

- Na primeira faremos um enquadramento teórico onde abordaremos temáticas. Como: do conceito saúde/doença á promoção da saúde, educação para a saúde, teorias de aprendizagem para a saúde, métodos de educação para a saúde/processos de aprendizagem, enfermeiros como educadores e promotores da saúde, importantes para a compreensão deste estudo;
- Numa segunda parte, abordaremos a metodologia de estudo e falaremos, então, do tipo de estudo, na abordagem qualitativa e das razões desta abordagem; nos informantes do estudo e o modo de os obter, no instrumento de recolha de informação, na análise dos dados e os aspetos éticos, que tivemos em conta para desenvolver o estudo;
- Na terceira parte, apresentaremos os dados, faremos a discussão dos mesmos, à luz das orientações teóricas, e faremos as conclusões do trabalho.

Foi propósito deste estudo atingir os seguintes objetivos:

- Identificar conhecimentos dos enfermeiros para fazerem educação no âmbito da Saúde Oral;
- Saber onde, os enfermeiros, adquiriram conhecimentos/informação para fazerem educação para a Saúde Oral;

- Saber quais os grupos, que os enfermeiros estão integrados, para fazerem promoção da Saúde Oral;

- Identificar atividades de promoção da Saúde Oral, desenvolvidas pelos enfermeiros.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- DO CONCEITO SAÚDE/DOENÇA À PROMOÇÃO DA SAÚDE

A percepção de saúde varia consoante as pessoas, uma vez que a conjuntura social e económica o reflete. Este conceito também se diversifica consoante a época, o lugar, a classe social, os valores individuais, as conceções científicas, religiosas e filosóficas. A doença, por sua vez, reflete as mesmas características (Scliar, 2007). Antigamente, a saúde era definida como sendo a ausência de doença, pois, o conhecimento de então, não permitia reconhecer determinantes influenciadoras. Hoje é definida, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como o completo bem-estar físico, psíquico e social, “começando a introduzir-se, neste conceito, uma quarta dimensão que é a espiritualidade” (Nogueira e Azeredo, 2012)

Saúde/doença são conceitos que têm acompanhado a humanidade ao longo dos séculos, e como tal, desde cedo, se tenta explicar esta problemática. Pesquisas paleontológicas demonstram que, de forma real ou fictícia, o conceito de doença, sobretudo o de doença transmissível, é um companheiro contínuo da Humanidade. As múmias egípcias apresentavam sinais de algumas doenças, tais como a varíola. No tempo dos hebreus, a doença era considerada um sinal de cólera divina perante os pecados humanos. A doença era encarada como resposta divina aos pecados e ao não cumprimento das leis por parte do homem. A lepra, que tanto afetou a humanidade na Idade Média, era condenada com o isolamento da pessoa, até que, por “obra divina”, esta se curaria ou a pessoa acabaria por sucumbir á doença (Scliar, 2007).

O Homem, desde cedo e muito embora sem saber explicar determinados fenómenos, prevenia-se das doenças. Segundo os estudos de Scliar (2007), os judeus, grupo religioso, proibiam que pessoas com feridas e problemas de pele abatessem animais, por crenças religiosas e superstições, dado que se pensava que os deuses poderiam não estar contentes com essas pessoas. Estas práticas, hoje, fazem sentido, porque as feridas podem estar infetadas com micróbios o que poderia colocar toda a comunidade em risco. Na verdade, os moluscos eram proibidos e as ostras tinham que ser evitadas, prevenindo, assim, potenciais hepatites. A prevenção de doenças infecciosas era realizada de forma inconsciente, uma vez que eram realizadas segundo crenças, quer religiosas como sociais, mas eram estas que preveniam alguns tipos de doenças.

Existiram práticas, em certas culturas, algumas das quais perduraram no tempo, em que o feiticeiro ou xamã, mediante rituais, expulsava os maus espíritos, que se tinham apoderado da pessoa e que seriam os causadores da doença. Estes feiticeiros acreditavam num macrocosmo, onde todo o universo conspira na saúde ou na doença, baseando-se na presença de espíritos, na mudança da lua, entre outros fatores (Scliar, 2007).

“Saúde e doença fazem parte de um binómio instável e necessitam de permanente intervenção individual e coletiva, no sentido de haver um melhor “bem-estar”, não só do indivíduo, mas também da comunidade” (Nogueira e Azeredo, 2012, p.338).

Este binómio é influenciado por múltiplos fatores, dos quais salientamos as características individuais (idade, género e personalidade), as características económicas e ambientais (ambiente físico e social). O contexto social e cultural determina diversos parâmetros de comportamento do indivíduo, de decisão, de acesso e de recursos (Moore, 2011).

Paúl e Fonseca (2001), resumem a visão global sobre a saúde e a doença, em vários pontos, nomeadamente o facto de o conceito de doença ser variável. Segundo a Biopatologia, o conceito de doença como experiência vivida pelo paciente, será alguém que tem episódios clínicos e que apesar de esta não se manifestar constantemente, está presente do ponto de vista social e médico. Para esta ciência mesmo as pessoas que não demonstram sinais de doença ativa estão doentes, simplesmente a doença não está manifestada.

Paúl e Fonseca (2001), refere que a doença e a saúde não são conceitos opostos, o que ocorre é que o conceito de doença é claramente mais valorizado e marcado, nas vivências dos doentes e dos técnicos de saúde, do que o conceito de saúde. Este autor indica que, frequentemente, a população só dá valor á sua saúde quando está perante um episódio de doença.

Segundo a posição do autor, atrás referido, o conceito de saúde nem sempre é algo claro e perfeitamente definido e permanecer saudável não é fundamental para toda a gente, o

Homem, por vezes, não se culpabiliza por estar doente apesar de não ter comportamentos que o impeçam, mas tenta permanecer saudável e alcançar níveis elevados de bem-estar.

A doença é também um comportamento aprendido de forma social e que cada pessoa, responde aos sintomas, consoante as suas próprias definições da situação. A aprendizagem, socialização e experiências antigas, bem como o nível de cultura da pessoa, influenciam, em larga escala, estas definições e tendem a moldá-las (Paúl e Fonseca, 2001).

Dizem Nogueira e Azeredo (2012, p.322) que “A doença constitui sempre uma ameaça, não só para o indivíduo, como também para a coletividade, onde este se insere. Em qualquer circunstância, e apesar de, por vezes, ser apenas um processo transitório, a doença causa sempre perturbações no equilíbrio psicossomático, que o indivíduo anteriormente apresentava”. A doença, seja em que circunstância for (orgânica e/ou psíquica), causa sempre um desequilíbrio na harmonia, que o indivíduo mantém com o meio ambiente, fazendo pender o equilíbrio binómio saúde/doença para a doença. Quer o indivíduo, quer a sua rede social reagem, de forma diferente, a esta adversidade, influenciados por vários fatores, relacionados com o próprio indivíduo e com os fatores socioculturais (Nogueira e Azeredo, 2012).

A pessoa, no seu processo de doença, experimenta diferentes fases, que resultam nas suas tomadas de decisão face à procura de ajuda nos serviços de saúde. Assim, segundo Paúl e Fonseca (2001), esta passa por cinco fases: “(i) experimentar os sintomas; (ii) assumir o papel de doente; (iii) contactar o médico; (iv), assumir o papel de paciente-dependente e (v) recuperar e reabilitar-se”. É importante referir que, em qualquer destes estádios, o paciente pode negar-se a que se encontra em determinado estadio e, como tal, interrompe o processo.

A Carta de Ottawa, para a Promoção da Saúde de 1986 (WHO, 2012), indica que se devem capacitar os indivíduos e comunidades para vigiarem a sua saúde no sentido de a aperfeiçoarem. A saúde deve ser vista como um complemento fundamental para a vida, mas não como uma finalidade de vida. Esta é então relacionada com as aspirações dos

indivíduos, suas necessidades e adaptação ao meio, devendo estes estarem aptos a obter estas aspirações e desenvolver capacidades. Nesta conferência, declarou-se que a promoção de saúde não é da total responsabilidade do sector de saúde, uma vez que depende do estilo de vida que o indivíduo ou a comunidade desenvolvem, pois é necessário um estilo de vida saudável. A população tem que querer ser saudável, apesar das normas que se criam para melhorar a qualidade de vida da população, com efeito, esta tem que contribuir e querer alterar os seus hábitos incorretos.

Os pré-requisitos para a saúde, nomeadamente as condições e os recursos fundamentais, dos quais decorre a melhoria de saúde, estabelecidos nesta conferência, foram paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (WHO, 2012).

Perante a Carta de Ottawa de 1986 (WHO, 2012), deve advogar-se, capacitar e mediar para se obter garantias de melhoria na saúde. Advogar, ou seja, criar leis a nível de fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, que podem ser favoráveis ou nocivos para a saúde. Implementar normas que melhorem a qualidade de vida da comunidade, que é afetada por estes fatores. Capacitar as populações para o máximo rendimento do potencial de saúde, tendo em conta a igualdade de oportunidades.

Com esta finalidade, é necessário implementar medidas, como acesso à informação, estilos de vida e oportunidades, que permitam opções de vida saudáveis. O máximo potencial de saúde da população não vai ser atingido, sem que antes se controlem os determinantes de saúde.

Segundo esta declaração, é fundamental mediar a cooperação entre o governo, sectores de saúde, social e económico, organizações governamentais e não-governamentais e de voluntários, autarquias, empresas, comunicação social, entre outros, pois as condições básicas e as expectativas face à saúde, não podem ser asseguradas unicamente pelo sector responsável por esta. As medidas tomadas, por esta cooperação entre entidades, deve depois ser ajustada às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, sendo considerados os diferentes sistemas sociais, culturais e económicos.

Lopes (2010) escreveu que as políticas públicas são fundamentais para vidas saudáveis e, como tal, as decisões políticas, especialmente as que afetam a saúde de forma económica, têm uma grande responsabilidade, citando o que foi discutido na Declaração de Adelaide de 1988.

As políticas públicas devem ser formuladas tendo em conta a equidade e igualdade da população, tendo em consideração a qualidade de vida da mesma e formulando políticas saudáveis. Para que tal ocorra deve existir uma comunicação entre as diversas áreas públicas, tais como: agricultura, comércio, educação, indústria entre outras, de modo a considerar a saúde um fator fundamental para a qualidade de vida (Lopes, 2010).

A Declaração de Adelaide, segundo Lopes (2010), refere que é essencial promover a saúde e, como tal, é necessário o desenvolvimento de uma abordagem integrada a nível social e económico, estabelecendo novas parcerias e alianças com sindicatos, comércio, indústria entre outras. O governo deve ser responsabilizado e deve permitir a formulação de políticas públicas, que influenciem a qualidade de vida da população no que se refere à saúde.

Segundo Lopes (2010), a Declaração de Sundsvall de 1991, reconhece, pela primeira vez, a importância do ambiente na saúde da comunidade. Nesta declaração, ficou claro que as questões ambientais devem fazer parte das agendas da saúde, uma vez que interferem com a mesma.

A Declaração de Jacarta, de 1997, visou a inovação, integrando a promoção da saúde oral num conceito de desenvolvimento inerente ao século XXI, sendo a primeira a ser realizada num país subdesenvolvido e pretendendo a integração do sector privado como auxílio a esta causa (Lopes, 2010).

Esta conferência, de acordo com Lopes (2010), refletiu sobre a educação da promoção da Saúde Oral e permitiu a identificação dos determinantes de saúde, para os quais seria necessário criar novas estratégias e direções para enfrentar os desafios do século XXI, inerentes à promoção da Saúde Oral.

À semelhança da Declaração de Adelaide, a Declaração de Jacarta volta a referir a importância da integração da população na manutenção da sua saúde, tendo esta acesso à educação e à informação sobre a saúde, para aumentar as suas capacidades para esta manutenção (Lopes, 2010).

Foram também avaliados alguns determinantes da saúde, tais como, a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, o acesso aos meios de comunicação de massa e a tecnologia em comunicação, e volta a referir a importância do meio ambiente e o facto de se fazer uso irresponsável dos recursos, que se possui (Lopes, 2010).

Justo (2011) escreve que a promoção da Saúde Oral, ao contrário de um tratamento de uma patologia, não necessita de uma infraestrutura, não tem número postal, nem telefone fixo, o que indica que os custos com esta são bem mais reduzidos. Este autor faz referência ao facto de que o capital da promoção da saúde é o conhecimento e que este é ainda bastante irregular, quanto à sua distribuição pela população, mas ao qual é desejável que todos tenham acesso e que, ao contrário das consultas, não seja necessário estar à espera para obter este conhecimento.

O autodiagnóstico e a automedicação, aquando de uma qualquer patologia, podem ser prejudiciais, nestes casos a toma de decisão por parte do indivíduo pode colocar em risco a sua vida, pelo contrário na promoção da Saúde Oral pretende-se que o indivíduo tome as suas próprias decisões e que estas contribuam para conservar a sua saúde. No que concerne a este fenómeno, pode-se concluir que a promoção da Saúde Oral contribui para a manutenção e aumento de uma esperança de vida mais saudável (Justo, 2011).

O indivíduo tem a noção de que existe a possibilidade de desenvolver uma patologia e qual a consequência que esta pode trazer para a sua vida. Devido a esta percepção, há uma série de comportamentos, que são despoletados no que concerne à saúde e que vão determinar o estilo de vida desse mesmo indivíduo. É importante referir que o comportamento que um indivíduo tem não passa apenas por aquilo que este acha, mas

também pelas experiências e por aquilo que o rodeia. Porém, este comportamento está sujeito a inúmeras influências externas (Dias *et al.*, 2004).

Segundo Dias *et al.* (2004), é necessário que se centre todos os esforços na tentativa de alteração do comportamento humano, apesar de se ter em consideração que tal mudança é de grande complexidade, uma vez que por si só, a informação que se proporciona acerca das consequências de determinado comportamento não vão levar a uma alteração do mesmo. A promoção da saúde é um conceito que está aliado ao conhecimento de que a maioria dos fatores de risco, associados a patologias agudas e crónicas, estão diretamente ligadas aos comportamentos pouco saudáveis, que se praticam. Mas esses fatores de risco podem ser diminuídos através de intervenções programadas e planeadas para o efeito.

O conceito de prevenção de doenças é definido de várias formas. Estas definições partilham entre si alguns pontos comuns, mas enfatizam aspetos diferenciadores, segundo Dias *et al.* (2004). Contudo, a prevenção está centrada em três níveis característicos de atuação. Prevenção primária em que se procuram diminuir a exposição a fatores de risco, aumentar os fatores de proteção e, assim sendo, prevenir a morbidade. A prevenção secundária reporta ao nível da deteção precoce da doença, para que o tratamento seja eficaz e se consiga realizar uma cura total da mesma. A prevenção terciária remete para o controlo da progressão da doença, após um correto diagnóstico e tratamento bem como a entrada na Qualidade de Vida (Dias *et al.*, 2004).

No que concerne á promoção da Saúde Oral, o que se pretende é o desenho de intervenções previamente planeadas e programadas, que possam ir ao encontro da população e que tenham como principal alvo a alteração comportamental da mesma. Estas intervenções devem ser de cariz informativo, de modo a que sejam implementados comportamentos saudáveis e se reduzam comportamentos de risco, mas que se promovam, também, mudanças sociais e ambientais na população (Dias *et al.*, 2004).

Quando se fala na implementação de políticas de promoção de saúde, pretende-se que estas implementem estratégias em programas de educação para a saúde. Estes programas devem ter em consideração que a população não é toda igual e, como tal,

deve ser realizada uma investigação sobre as condutas e comportamentos, que afetam a população em causa e seja desenvolvido um programa específico para a mesma (Dias *et al.*, 2004).

Cada autor tem a sua própria definição do conceito de promoção de saúde, de facto é quase impossível criar uma definição única, uma vez que os fatores que cada autor defende podem levar a pequenas variâncias na definição. Sorensen *et al.* (2012) realizou um estudo sobre as variadíssimas formas de definir promoção da saúde. Este estudo baseia-se na alfabetização da saúde, ou seja, primeiro será necessário tornar claro o que é saúde, quais os fatores a ter em consideração e quais as dimensões conceptuais. Após avaliação de outros estudos, este autor concluiu que é praticamente impossível comparar e realizar uma correta definição.

Segundo os estudos de Sorensen *et al.* (2012), uma característica comum dessas definições é o seu foco em implementar competências individuais, para obter, para processar e para compreender informações de saúde, bem como, para tomar decisões de saúde adequadas.

A alfabetização da saúde está ligada à alfabetização em geral. Ter conhecimento e definição correta dos fenómenos de saúde implica o conhecimento das pessoas, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde, com a finalidade de se realizarem juízos e tomar decisões na vida diária sobre a mesma, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade durante o ciclo da vida. Esta definição engloba a perspetiva da Saúde Pública e pode ser facilmente especificada para acomodar uma abordagem individual (Sorensen *et al.*, 2012).

Watt (2005) defende que as patologias orais podem ser prevenidas, o desafio é criar oportunidades e condições para que os indivíduos singulares, bem como as comunidades, em que se inserem, possam usufruir de uma boa Saúde Oral. Contudo, os avanços tecnológicos, ao nível clínico, tornaram os tratamentos dentários mais eficazes e aceitáveis, mas o tratamento por si só não vai erradicar a patologia, porque se o fator etiológico não for erradicado vai-se tornar um ciclo vicioso, até que o paciente acabe

por perder as peças dentárias. É por este motivo que a Saúde Pública tem que atuar no sentido de prevenir as patologias orais, bem como promover a Saúde Oral junto das comunidades.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende o uso de Escolas Promotoras de Saúde / Escolas Saudáveis, para promover a saúde geral e oral. As Escolas Saudáveis são estabelecidas, mundialmente, como mecanismos para melhorar a saúde das comunidades escolares, apoiando o currículo de educação em saúde (Stokes *et al.*, 2009).

Quanto á prevenção de patologias orais é possível controlar a cárie dentária, em crianças jovens, por adequadas estratégias de prevenção. Como os dentes são mais propensos à cárie, logo após a erupção, a organização dos esforços de prevenção é importante nesta fase. Em crianças, com alta atividade de cárie, esta pode ser desenvolvida durante a erupção do dente. Para ter sucesso na prevenção é essencial atingir a época pré-escolar das crianças e atuar, para sensibilizar os cuidadores, durante o período de erupção dos dentes decíduos e colocar selantes de fissuras logo após a erupção da dentição permanente. Os dois primeiros anos de vida de uma criança têm sido sugeridos como o período mais importante para intervenções eficazes (Skeie *et al.*, 2011).

Figueira e Leite (2008a) dizem que no que concerne á cárie dentária, esta pode ser prevenida através do controlo da placa bacteriana e restrição do consumo de açúcares. Estes autores argumentam, também, que a educação e motivação do paciente têm um papel fundamental.

É recomendável que os pais sejam informados sobre os cuidados orais da criança e promoção da Saúde Oral, na faixa etária dos 5, 7-8 e 11-12 meses. Além disso, é recomendável que os dentes da criança sejam inspecionados por volta dos 2 anos e se houver suspeita de cárie dentária, estas devem ser tratadas e os pais informados dos cuidados a ter para prevenir (Skeie *et al.*, 2011; Weinstein *et al.*, 2004).

A contribuição dos pais para a aquisição de conhecimentos, por parte das crianças, tem vindo a ser estudada nas últimas décadas, mas apenas recentemente se começou a focar

a atenção sobre o envolvimento dos pais e da comunidade, para o conhecimento das crianças (Duke, 1990). Este envolvimento deveu-se essencialmente às leis da nova reforma da educação, que atribui uma certa responsabilidade e obrigação por parte dos pais no desenvolvimento da criança (David, 1993).

A participação ativa da família, na etapa de criação de hábitos saudáveis, é fundamental, uma vez que esta acompanha o desenvolvimento da criança ao longo de um ciclo de vida. O papel exemplar da família e o uso repetido dos hábitos corretos são a principal ferramenta para implementar hábitos na criança (Cuenca Sala e García, 2005).

Os pais e/ou cuidadores têm certas obrigações no que respeita ao bem-estar físico e mental da criança. Em primeiro lugar, são os principais intervenientes na alimentação, abrigo, saúde e segurança da criança, em segundo são os responsáveis pela participação ativa na vida escolar e social da mesma, como tal, devem estar informados para encorajar e assistir na progressiva aquisição de habilidades e competências (Duke, 1990; David, 1993; Weinstein *et al.*, 2004).

Segundo Skeie *et al.* (2011), estudos comprovam a complexidade das modificações comportamentais após aconselhamento e promoção da Saúde Oral nos cuidadores. Os fatores comportamentais dos pais podem determinar o estado de Saúde Oral dos seus filhos. Em particular, este autor demonstrou que é um desafio, a longo prazo, promover a Saúde Oral das crianças, com fator de risco acrescido para a cárie, uma vez que o desafio maior é fazer com que os cuidadores implementem, de forma sustentada, atitudes saudáveis e cumpram os conselhos, que lhes foram transmitidos (Skeie *et al.*, 2011).

Também Cuenca Sala e García (2005) referem que diferentes estudos demonstraram a influência dos irmãos mais velhos e da família, em geral, na aquisição de hábitos por parte da criança. Duke (1990) refere que a falta de aquisição de habilidades e competências, por parte da criança deve-se à falta de experiências e estimulação no ambiente familiar.

Na prática da promoção e prevenção da saúde, há uma vasta gama de modelos teóricos e práticos, que auxiliam a alteração de comportamento, por aprendizagem, mas não há unanimidade sobre qual o mais eficaz. Isto reflete a dificuldade em alcançar a mudança de comportamento individual, após aconselhamento, ou seja, por muito que se aconselhe e se promovam comportamentos saudáveis, a implementação destes vai depender do próprio indivíduo (Skeie *et al.*, 2011).

2 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A educação é um conceito que implica a formação do Homem, em todas as suas dimensões. É um processo organizado de formação dos indivíduos, de acordo com uma tradição e as expectativas de cada pessoa e da comunidade que a rodeia. Pode ser definida como um processo de socialização, regulado e dirigido, bem como útil para a aquisição de conhecimentos e competências, para a vida onde ocorre uma formação e transmissão de saberes e fazeres (Gomez *et al.*,2007).

A educação para saúde é um processo de transmissão de conhecimentos e competências, necessárias para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (Hebbal *et al.*, 2011).

Carvalho e Carvalho (2006) referem que o conceito de educação, para a saúde, está em constante alteração nos seus significados.

O processo de educação, para a saúde, deve ser iniciado com um processo de diagnóstico e intervenção. Esta fase de avaliação de necessidades vai determinar, juntamente com o indivíduo, metas de aprendizagem e motivação (Redman, 2003).

A aprendizagem é o principal fator para que os seres humanos possuam capacidade de adaptação, devido a isto, os cuidados de saúde e as instituições sociais desenvolveram esforços para ensinar e aprender. Esta aprendizagem é realizada, na maioria dos casos, de forma acidental, através das vivências e experiências pessoais de cada indivíduo (Redman, 2003). Como tal “O ensino é o arranjo deliberado de condições para promover o alcance de alguma meta intencional” (Redman, 2003, p.3).

Durante o processo de aprendizagem, devem ocorrer intervenções periódicas, que estimulem o indivíduo face ao ensino e que o motivem. Estas intervenções vão também determinar se as metas e objetivos estabelecidos estão a ser cumpridos/alcançados, quando se verificar que tal não acontece, pode haver necessidade de reensino e/ou diminuir o intervalo de tempo entre as intervenções (Redman, 2003).

Precioso (1992), refere que a educação para a saúde, que na altura era designada educação sanitária, é a soma de experiências e impressões, que alteram de forma positiva os rituais, atitudes e conhecimentos no que diz respeito à saúde do indivíduo e da comunidade. Esta definição, tem em conta, a educação para a saúde, informal, e considera a dimensão dos conhecimentos, das atitudes e dos comportamentos, mas não refere as crenças e valores da pessoa, enquanto indivíduo singular, nem à participação da comunidade como interveniente. De acordo com este autor, esta definição está ultrapassada e, como tal, tem vindo a ser contestada, uma vez que se considera fundamental a realização de ações, que tendem a promover mudanças no ambiente do indivíduo e que são, muitas vezes, responsáveis pelas recidivas em relação à tentativa de mudança.

Figueira e Leite (2008a) referem que a educação assume um papel fundamental na obtenção de bons níveis de Saúde Oral, uma vez que favorece o desenvolvimento de uma consciência crítica, nos indivíduos e comunidades, despertando o interesse e a responsabilidade pela sua Saúde Oral.

Larrea e Plana (1993, *cit. in* Carvalho e Carvalho 2006), referem que a educação para a saúde é resultante da comunicação interpessoal, da qual se retira informações e se formulam exames críticos, para problemas de saúde e, como tal, a comunidade e o indivíduo devem ser responsabilizados pelos seus atos, comportamentos e atitudes, que direta ou indiretamente influenciem a saúde física e psíquica dos mesmos e da comunidade. Este autor valoriza a comunicação na educação, para a saúde, mas coloca como papel fundamental a informação dela retirada.

Green *et al.* (1980, *cit. in* Carvalho e Carvalho 2006) define a educação para a saúde como uma “combinação” de experiências e aprendizagens planeadas, das quais, e de modo simplista, o indivíduo deve reformular as suas atitudes e introduzir comportamentos saudáveis.

Rochon (1986, *cit. in* Carvalho e Carvalho 2006) refere que a “combinação”, de experiências e aprendizagens, deve introduzir métodos educativos, que favoreçam a

aprendizagem e refere a importância destes métodos para o processo de reflexão sistemático do indivíduo.

Segundo Carvalho e Carvalho (2006, p. 25), a definição mais bem aceite é a de Tones e Tilford de 1994 que refere “ A educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.

Para Figueiredo (2006), a educação para a saúde tem por objetivo o aperfeiçoamento do potencial de cada pessoa e da sua autonomia, na procura do bem-estar psicológico, físico e social. “Autonomia” e “procura” são duas palavras aqui utilizadas para responsabilizar o próprio indivíduo na promoção da sua saúde. Este autor defende que esta não é uma definição universal, mas que todas as definições atuais visam o importante papel do indivíduo ativo na sua própria saúde e manutenção da mesma.

A educação em saúde é uma abordagem amplamente aceite na promoção de saúde e é um processo de transmissão de conhecimentos e habilidades necessárias para a melhoria da qualidade de vida. O objetivo de um programa planeado de saúde e educação não é apenas implementar novos comportamentos, mas também reforçar e manter comportamentos saudáveis, que irão promover e melhorar a saúde individual, social e da comunidade (Hebbal *et al.*, 2011).

Segundo Gomez (2007, p.161), “... a educação institucional supõe a transmissão e o intercâmbio de conhecimentos entre várias gerações, configurando uma ação organizada e regulada por instituições como a família, a escola e outras entidades ou sujeitos qualificados e aceites pelo sistema como mediadores para a formação de pessoas.”.

Cuenca Sala e Garcia (2005) referem que a escola é o marco ideal para atividades de aprendizagem, a todos os níveis, no que inclui os hábitos relacionados com a Saúde

Oral. A idoneidade deste marco deve-se á cobertura e duração das intervenções, que permitem abranger muitas gerações.

Segundo Hebbal *et al.* (2011), as escolas parecem ser o ambiente mais adequado para fornecer informações sobre saúde e para crianças, a fim de atingir a meta do programa de educação em saúde. Como as crianças, na escola, são relativamente acessíveis e já inseridas num ambiente de aprendizagem, os programas de educação de saúde em tais cenários são os mais eficazes, nomeadamente os programas de Saúde Oral.

Pressupondo que a educação em saúde possa modificar o conhecimento da criança sobre a sua própria saúde e, conseqüentemente conduza a alterações do comportamento da mesma sobre este aspeto, tal ainda é controverso, uma vez que as crianças devem estar cientes, não só das causas das doenças mas também das atuais medidas preventivas para evita-las. Estes programas de educação pretendem que a criança, no futuro, tenha comportamentos saudáveis e possa educar a comunidade que a envolve (Hebbal *et al.*, 2011).

Figueira e Leite (2008a) defendem que as ações educativas devem ser iniciadas, preferencialmente, na infância. Pois, é a altura em que o homem se desenvolve quer física, quer intelectualmente e, nesta, adquirem atitudes e valores, que estarão presentes nas restantes fases do ciclo vital. Os pais são aqueles que têm a primeira palavra no que concerne á saúde dos seus educandos. De facto, são as atitudes destes que vão primariamente afetar o comportamento e motivação da criança (Talekar *et al.*, 2005).

De acordo com Figueira e Leite (2008b), as ações educativas devem não só serem vocacionadas para as crianças, mas também para os pais, e motivar os pais a educá-las para a Saúde Oral. Vamos estimulá-los e responsabilizá-los a adotarem comportamentos saudáveis.

A Saúde Oral é um aspeto essencial da saúde em geral, e pode ser definida como "um padrão de saúde dos tecidos orais, que permite que um indivíduo coma, fale e socialize sem doença ativa, desconforto ou embaraço e que contribua para o seu bem-estar geral " (Carneiro *et al.* 2011, p.1). O conhecimento em Saúde Oral é considerado um pré-

requisito essencial para a saúde, relacionado com as práticas saudáveis. Muitos estudos têm demonstrado que existe uma associação entre maior conhecimento e uma melhor Saúde Oral. Aqueles que têm assimilado o conhecimento e têm sensação de controlo pessoal, sobre a sua Saúde Oral, estão mais propensos a adotar práticas de autocuidado (Carneiro *et al.*, 2011; Alves *et al.*, 2004).

2.1-Métodos de educação para saúde/ Processos de aprendizagem

Em educação, não se pode falar de aquisição de competências de modo independente dos processos de aprendizagem e é preciso ter a noção que competências não substituem o conhecimento, nem os valores (Sacristán *et al.*, 2011).

Um dos melhores métodos de aprendizagem é o experimental, em situações reais do quotidiano, em que os indivíduos realizam as tarefas, para as quais é necessário que se tornem competentes. A aprendizagem, quando é realizada através de outros indivíduos, que já passaram pela mesma fase em que o indivíduo se encontra, fornece modelos de identificação, com os quais os indivíduos se identificam e se baseiam para continuar o seu desenvolvimento e a aquisição de conhecimentos. Para além da experiência do dia-a-dia, há outros métodos de ensino e estratégias para ensinar (Redman, 2003).

2.1.1 Métodos Diretos

Os métodos diretos são métodos em que há uma estreita relação entre educador/educando e visto ser utilizado o ensino verbal, é muito eficaz. Este método permite um discurso bidirecional, o que permite ao educando colocar as suas dúvidas e expressar os seus receios sobre a sua saúde. Este método pode ser complementado com outro tipo de meio de comunicação, nomeadamente com os meios utilizados pelos métodos indiretos (folhetos, revistas, radio, filmes, televisão...) (Cuenca Sala e García, 2005).

2.1.1.1-Ensino Verbal

O ensino verbal é aquele que melhores resultados apresenta, para isto o educador deve ser competente na utilização da linguagem e ter consciência dos vocábulos a utilizar, dependendo do público que o vai ouvir. A linguagem médica é uma linguagem estranha para a maioria dos indivíduos, os termos técnicos são complicados e de difícil compreensão, como tal estes termos devem ser adequados aos indivíduos a quem se dirigem estas comunicações orais (Redman, 2003).

No que concerne, por exemplo, á promoção e educação para a Saúde Oral será que o ensino verbal por si só vai influenciar a aquisição de conhecimentos, que *a posteriori* permitam uma alteração de comportamentos? A aquisição de conhecimentos, aquando do ensino verbal, é considerada positiva, mas quando se fala na aquisição de competências esta é fraca. Com o ensino verbal, podem adquirir-se inúmeros conhecimentos sobre os mais variadíssimos temas. Porém, o problema é que quando este for aplicado à prática, as competências técnicas podem não corresponder ao conhecimento adquirido, então a resposta à pergunta é que conhecimentos teóricos podem ser adquiridos, contudo, competências práticas, apenas por ensino verbal, não são impossíveis de adquirir, mas é complicado pois apenas com a experiência do dia-a-dia esta é conseguida (Sacristán *et al.*, 2011).

2.1.1.2-Demonstração e Prática

A demonstração e a prática são um método de ensino, que permite a aquisição de habilidades e competências psicomotoras. A demonstração pretende que, através da visualização, o indivíduo forme uma imagem mental de como o procedimento é realizado e o possa desempenhar da melhor maneira possível. A prática do procedimento e a demonstração devem ser realizadas num ambiente semelhante àquele, onde a habilidade será desempenhada, para que os indivíduos possam relacionar as imagens do que visualizaram com a tarefa, que vão desempenhar (Redman, 2003).

No processo de aprendizagem, um ensino verbal complementado com demonstração e prática de habilidades, leva a uma aquisição de competências e conhecimentos, que vão ser enriquecedores para o indivíduo (Sacristán *et al.*, 2011).

As estratégias de aprendizagem e ensino são muito heterogéneas, e variam de pessoa para pessoa, assim podemos afirmar que uns são mais visuais, outros mais auditivos ou, até mesmo, cinéticas e, como tal, as estratégias aplicadas para um podem não ser as melhores para o outro (Meirieu, 1998).

2.1.2-Métodos Indiretos

Segundo Cuenca Sala e García (2005), estes são os métodos que interpõe algum meio técnico entre o educador e o educando, de facto perante este método o educador mantém uma certa distância do educando. Utiliza-se a divulgação de informação através de folhetos, revistas, vídeos ou qualquer outro tipo de meio de comunicação, que não o método direto (educador/educando). Estes métodos são eficazes, no sentido em que alcançam um maior número de pessoas, quando se quer sensibilizar a população para alguma informação, mas a sua capacidade para alterar comportamentos é muito reduzida.

3- TEORIAS DE APRENDIZAGEM PARA A SAÚDE

Segundo Monteiro e Ferreira (2006, p.56), “Podemos definir aprendizagem como uma modificação relativamente estável do comportamento e do conhecimento, que resulta do exercício, experiência, treino ou estudo. É um processo que, envolvendo processos cognitivos, motivacionais e emocionais, manifesta-se em comportamentos”.

De acordo com Pozo (2005, p.39), “A aprendizagem tem sido, tradicionalmente, o estudo da aquisição e da mudança de comportamentos”.

No início dos estudos cognitivos, os investigadores estudavam as suas matérias e os seus fenómenos sem terem acesso direto ao ensino da população, por seu lado, os educadores também não se interessavam por estes novos estudos científicos nem previam, que estes os pudessem auxiliar na árdua tarefa que é educar. Atualmente, os investigadores dedicam mais tempo aos educadores, para que as suas teorias sejam aplicadas em sala de aula e os indivíduos, que estão a aprender, possam apreender o máximo de informação possível (Bransford *et al.*, 2007).

A aquisição de conhecimentos e alteração de comportamentos por parte dos indivíduos no que toca às teorias de aprendizagem tem variado muito ao longo dos anos. Hoje em dia, pensa-se que cada indivíduo é um ser único e, como tal, a forma como adquirem conhecimentos varia de indivíduo para indivíduo. Se temos um indivíduo, num mesmo estágio de desenvolvimento cognitivo que outro, e com capacidades estruturais idênticas, não podemos concluir que o conhecimento que um vai adquirir vai ser o mesmo que o outro (Meirieu, 1998).

Ao longo dos anos, têm aumentado os gastos e a energia para fomentar os aspetos biológicos do tratamento da saúde, mas continua a ser necessário compreender os componentes comportamentais do indivíduo ou da comunidade em questão, para que os conselhos sobre promoção de estilos de vida saudáveis sejam aceites (Deci e Ryan, 2012).

3.1-Teoria Cognitiva

A teoria cognitiva pretende avaliar o desenvolvimento cognitivo do ser humano, ao longo do seu desenvolvimento, segundo Monteiro e Ferreira (2006) Piaget propõe um modelo explicativo, que indica que o indivíduo constrói os seus conhecimentos perante as suas próprias experiências e ações. Estes autores defendem ainda que o indivíduo é o elemento principal e ativo no processo de obtenção do conhecimento e só este pode levar a cabo o papel para aumentar o seu conhecimento e a sua inteligência, passando pelas diversas etapas definidas por Piaget.

Pela perspetiva de Sun e Hui (2012), Piaget indica que cada indivíduo pode manipular as suas experiências pessoais, bem como guiar o seu comportamento através da organização e adaptação dos seus pensamentos, isto porque adquire competência cognitiva durante os processos cíclicos de assimilação e acomodação, durante o seu desenvolvimento.

Fry (*cit. in* Sun e Hui, 2012) recorda que o indivíduo pode fazer a diferença no seu próprio desenvolvimento cognitivo, se utilizar capacidades de pensamento apropriadas. Este também indica que a competência cognitiva é mais do que uma habilidade para manipular estratégias de informação, mas sim uma capacidade de recolher e memorizar, bem como autorregularizar essas habilidades de forma a construir conhecimentos e dar sentido ao que o rodeia. Esta é a teoria mais difundida e aceite da atualidade e defende que o comportamento é resultado de três tipos de fatores, nomeadamente, ambientais, consequentes do comportamento, fatores sociais e fatores pessoais. A ideia fundamental desta teoria é que apreendemos conhecimentos da experiência, no dia-a-dia, mas também pela observação de experiências alheias (Cuenca Sala e García, 2005).

3.2-Teoria de autodeterminação ou teoria funcional de autodeterminação

A autodeterminação é uma teoria estudada do ponto de vista da motivação e valorização das habilidades do indivíduo. De acordo com esta teoria, os fatores que contribuem para a autodeterminação são a autonomia, suporte de ensino, cultura, eficácia de programas de intervenção e os benefícios educacionais de autodeterminação (Hui e Tsang, 2012).

Esta teoria refere-se a ações empreendidas por indivíduos com base na sua própria vontade e comportamentos autodeterminados, que provêm da escolha intencional e consciente do mesmo (Hui e Tsang, 2012).

Segundo Hui e Tsang (2012), o desenvolvimento positivo dos humanos, no que concerne á teoria da autodeterminação, passa pela sua capacidade de tomar decisões corretas sobre o sua vida, ter capacidade de pensar e agir de acordo com o seu próprio pensamento e sem interferência de outrem. Estes autores defendem ainda que este desenvolvimento positivo pode ser fomentado através de programas de promoção, programas estes que promovam a autonomia, aumentem as suas capacidades, fomentem a auto- defesa perante o mundo e, permita, que estes indivíduos possam no futuro realizar ações corretas e de forma independente. Esta teoria está a par da psicologia positiva, que promove a promoção de forças humanas.

Um indivíduo motivado é um humano capacitado para realizar determinada tarefa e obter determinado objetivo. Diversos estudos concluíram que, quando á motivação, há um aumento de comportamentos autodeterminados, por parte do mesmo e de facto estes indivíduos conseguem atingir os objetivos traçados e tomar decisões, sobre aquilo que apreenderam nos programas de promoção (Hui e Tsang, 2012).

4- ENFERMEIROS COMO EDUCADORES E PROMOTORES DA SAÚDE

No capítulo 2, artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996) indica-se que “o Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de Enfermagem, legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional, que lhe reconhece competência científica, técnica e humana, para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.”

Segundo Redman (2003), a base legal para a educação para a saúde tem sofrido inúmeras transformações, novas leis foram criadas e reformuladas, para que haja uma correta regulamentação da prática profissional, bem como da acreditação das instituições de saúde. Perante estas regulamentações e todos os fatores éticos que lhes são exigidos, os profissionais têm a obrigação moral de serem competentes na educação para a saúde, evitando danos que esta prática possa trazer para os indivíduos.

Segundo Dolce (2012), historicamente, a Saúde Oral não tem sido uma prioridade na prática da Enfermagem. A problemática verificada é que a educação e formação de enfermeiros sobre saúde básica de Saúde Oral, têm sido inadequadas.

O potencial papel dos enfermeiros, na melhoria dos resultados de Saúde Oral, durante todo o ciclo de vida, e ampliação do acesso a este, está subordinado à melhoria dos currículos de Enfermagem, cursos e pós-graduações na área, bem como programas de desenvolvimento profissional, na prática de Enfermagem. O passo inicial, para o desenvolvimento dos profissionais de Enfermagem, com competências essenciais na promoção da saúde oral e prevenção de doenças, será dotar o enfermeiro com os conhecimentos necessários, habilidades, atitudes e práticas em Saúde Oral (Dolce, 2012).

Após o período de questionamento do modelo biomédico, que se seguiu à Conferência de Alma Ata, e que procurou esclarecer que o principal enfoque da Enfermagem deveria estar voltado não só para a promoção e educação na saúde mas também na prevenção de doenças, na pessoa vista como um todo, inserida na família e na comunidade e podendo

interagir com os profissionais de saúde. Assim, a educação para a saúde tornou-se um facto fundamental na Enfermagem (Carvalho e Carvalho, 2006).

Neste contexto, o papel do enfermeiro, que até aqui era de mero cuidador e prestador de cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo da sua vida, e aos grupos sociais em que este se encontra inserido, para que mantenha, melhore e/ou recupere a saúde ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível, passa a ser um papel que possibilita a autonomia, crie oportunidades, reforce convicções e competências, respeitando sempre as decisões e o ritmo de aprendizagem do utente, num processo de desenvolvimento das suas capacidades e autonomia (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1996).

Os enfermeiros desempenham um papel relevante, enquanto agentes de educação para a saúde, mas é importante referir que promoção da saúde e educação para a saúde são conceitos, que devem ser encarados como tarefas de cidadania organizadas, e como tal com participação ativa dos cidadãos (Bernardino *et al.*, 2009).

Estes profissionais do âmbito da saúde pública são os que trabalham em contacto direto com a criança, desde os primeiros meses de vida, ou seja, os enfermeiros interagem com esse grupo de crianças e seus cuidadores regularmente durante os dois primeiros anos de vida da criança o que lhes possibilita educar, bem como motivar para a saúde desde cedo.

Os enfermeiros, preocupados com a promoção da Saúde Oral e a Saúde Pública, no geral, são um grupo de profissionais, que acabam por ser um recurso fundamental para o cuidado oral, não só no trabalho de aconselhamento, mas também na identificação de crianças, em risco de cárie elevado, uma vez que fazem uma intervenção mais próxima do indivíduo (Skeie *et al.*, 2011).

Estes profissionais devem ser vistos como colaboradores importantes para os médicos dentistas e como tal as equipas multidisciplinares devem ser valorizadas. Nos últimos anos, houve um crescente interesse e reconhecimento simultâneo do papel do enfermeiro na promoção e educação da Saúde Oral (Skeie *et al.*, 2011).

O acesso aos cuidados de Saúde Oral é essencial para promover e manter a saúde geral e o bem-estar, mas apenas metade da população frequenta um dentista a cada ano. Os adultos mais velhos e pessoas com deficiência enfrentam barreiras de acesso de modo uniforme, independentemente dos seus recursos financeiros. As consequências dessas disparidades no acesso aos cuidados de Saúde Oral podem ser associadas a uma série de condições, incluindo desnutrição, infecções, diabetes, doença cardíaca, e nascimentos prematuros (Hahn *et al.*, 2012). Por exemplo, a doença periodontal está associada com diabetes e às suas complicações, incluindo o acidente vascular cerebral e enfarte do miocárdio. Além disso, vários efeitos secundários de medicamentos aumentam o risco de doença oral, como é o caso da *Xerostomia* e hiperplasia gengival, ambas induzidas por fármacos (Hahn *et al.*, 2012).

Os Enfermeiros, como educadores e profissionais de saúde, têm maior propensão para encontrar populações carentes e vulneráveis, do que os profissionais da Medicina Dentária, particularmente os enfermeiros de saúde familiar e enfermeiros de cuidados na comunidade. Proporcionar um aumento de consciência e conhecimento sobre a Saúde Oral, *in genere*, nestes profissionais, leva a um aumento de habilidades, no que toca aos cuidados com a Saúde Oral e ao correto reencaminhamento do paciente (Hahn *et al.*, 2012).

Dolce (2012), reconhecendo a importância da Saúde Oral, para se alcançar saúde e bem-estar, refere que o enfermeiro pode capacitar indivíduos, famílias e comunidades com informações sobre Saúde Oral e recursos para apoiar escolhas saudáveis de higiene oral, na dieta, na cessação tabágica e no consumo de álcool.

Com a educação e as ferramentas adequadas para avaliar o risco para a Saúde Oral, estes profissionais podem avaliar o risco de doença para ajudar a orientar e detetar formas precoces de doença oral e auxiliarem na prevenção da mesma. Através de sessões individuais e de base populacional, os enfermeiros podem identificar indivíduos em risco e avaliar e controlar a sua Saúde Oral, bem como fazer encaminhamentos para os profissionais da Medicina Dentária, quando necessário (Hahn *et al.*, 2012).

PARTE II – DA METODOLOGIA AO RESULTADO DOS DADOS

1. MATERIAL E MÉTODOS

Pela pesquisa elaborada e pela nossa experiência, através do ensino clínico, constatamos que muitas pessoas referem ter recebido ensinamentos de outros profissionais, que não são médicos dentistas, nomeadamente de profissionais de Enfermagem. A partir desta constatação, variadas questões foram surgindo, na nossa mente, tais como:

- Estarão estes profissionais dotados de competências, para fazerem este tipo de ensinamentos?
- Ao fazerem promoção para a Saúde Oral, através de sessões de educação para a saúde, serão estas efetuadas corretamente na perspetiva técnica e científica?
- Onde adquirem eles as competências para fazerem educação para a Saúde Oral?
- O que valorizam durante as sessões? Como identificam e corrigem os desvios?

Todas estas questões foram desenhando uma questão mais centralizadora: Quais os conhecimentos dos enfermeiros para realizarem educação para a Saúde Oral?

Para elaborarmos este trabalho, recorremos a várias fontes de pesquisa, das quais salientamos os motores de busca Pubmed, Scielo, B-On e Google Académico, e recorreu-se á limitação de artigos não pagos, não tendo sido utilizada qualquer limitação temporal ou linguística para os mesmos.

Foram também utilizados livros provenientes da Biblioteca de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Biblioteca de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa, Biblioteca da Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto, bem como da Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto.

1.1. Tipo de estudo

A partir da pergunta, “Quais os conhecimentos dos enfermeiros para realizarem Educação para a Saúde Oral?” que foi o ponto de partida para o nosso estudo, planificamos toda a investigação empírica. Não tivemos dúvidas de que o paradigma orientador, seria o qualitativo, pois estávamos mais interessados em saber as opiniões dos participantes, compreender o fenómeno estudado, relatando-o de forma científica e incluindo alguns pareceres dos participantes, realizando uma pesquisa que não vá corromper o contexto natural do fenómeno estudado, tendo uma mente aberta para crer em múltiplas realidades e tendo estabelecido um compromisso de abordagem correta, para uma melhor aprendizagem do fenómeno estudado (Streubert e Carpenter, 2002).

Este estudo foi realizado, tendo em consideração a existência de múltiplas realidades, dando significado às pessoas estudadas. O investigador qualitativo procura várias realidades para ver o mesmo fenómeno, pois acredita que os participantes ativos do estudo se reveem nas ações sociais e compreendem o fenómeno de várias maneiras, percecionando o fenómeno de diversos modos. Devido a isto, o investigador qualitativo não pode apreender e identificar uma única verdade, mas muitas verdades (Streubert e Carpenter, 2002).

O estudo qualitativo pretende descobrir verdades, através de múltiplos modos de compreensão, empreendendo perguntas sobre o que se pretende estudar especificamente respondendo através de uma abordagem apropriada. “A descoberta delibera a escolha e não o inverso” (Streuber e Carpenter 2002, p.18).

Para darmos resposta à nossa questão inicial, pareceu-nos mais apropriado o recurso a uma metodologia qualitativa, pois se estaria mais interessados em conhecer os conhecimentos dos enfermeiros, para fazerem educação para a Saúde Oral, descrevendo-a e interpretando-a mais do que avaliá-la. Interessou-nos uma compreensão ampla do fenómeno em estudo.

Na metodologia qualitativa, as questões investigáveis são abordadas em toda a sua complexidade, no contexto natural. Daí o estudo não se limitar estritamente a uma parte

do fenómeno a estudar, mas sim através de um processo contínuo e dinâmico, tomar consciência das diferentes componentes, que se relacionam com o objeto em estudo (Polit e Hungler, 1994). Daí os investigadores qualitativos, em vez de procurarem uma realidade, uma verdade, acreditam que os indivíduos participam nas ações sociais, através das quais conhecem e compreendem o fenómeno de diversos modos (Streubert e Carpenter, 2002).

Neste paradigma investigativo, Bogdan e Biklen (1994) definem cinco características da investigação, que podem estar presentes em maior ou menor amplitude:

- Na investigação qualitativa, a fonte direta dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal;
- A investigação qualitativa é descritiva;
- Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos;
- Os investigadores qualitativos tendem a analisar os resultados de forma indutiva;
- O significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

A nossa postura foi, sem dúvida, orientada por estas características, mas não se circunscreveu apenas às mesmas, pois a nossa atitude investigativa foi mais ampla, uma vez que foi de flexibilidade.

1.2. População/ amostra

População é um agrupamento de sujeitos ou de objetos que têm em comum características definidas, por um conjunto de critérios (Fortin, 1999), e sobre os quais se pretende produzir conclusões. Smith (1975, *cit. in* Ribeiro 1999), designa população ou

universo geral, aquela que sendo abstracta ou teórica, o investigador pretende generalizar os resultados da investigação.

A população, neste estudo, é constituída pelos enfermeiros a exercerem atividade profissional nos CSP na região Norte de Portugal. Na impossibilidade de trabalhar a população total, que julgamos ser enorme, recorreu-se a uma amostra, ou seja, a um subconjunto selecionado, intencionalmente, para se obter informações relativas às características dessa população. Caracterizamos então a amostra deste estudo, como não probabilística ou intencional, com informantes estratégicos. É não probabilística ou intencional, porque a probabilidade de qualquer elemento da população ser incluído na amostra é desconhecida, sendo também desconhecida a sua representatividade na população. De informantes estratégicos, porque pretende-se localizar indivíduos, que detenham informações pertinentes acerca de uma experiência, que é o de efetuarem ações de educação e promoção da Saúde Oral.

Este tipo de amostra, segundo Ribeiro (1999), divide-se em dois tipos, sendo:

- Amostra em bola de neve - que é o tipo de amostra em que o investigador, recolhe informação a partir de uma pequena amostra inicial e pede-lhes que forneçam nomes de outros potenciais membros;
- Amostra escolhida por especialistas - que é o tipo de amostra em que um especialista escolhe os indivíduos, que reúnam as características para poderem entrar no estudo.

A nossa opção foi a primeira, pela razão de facilitar a obtenção dos informantes e consequentemente haver economia de tempo.

Criamos alguns critérios de inclusão dos sujeitos no estudo sendo eles:

- Ser um profissional de Enfermagem, que tenha exercido ou exerça, durante algum momento da sua carreira, promoção e educação para a Saúde Oral, quer em meio escolar, quer em meio de atividade nos centros de saúde.

Como refere Streubert e Carpenter (2002, p.25), “Os indivíduos são selecionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, em primeira mão, da cultura, interação social ou fenómeno de interesse”.

1.3. Instrumento de recolha de informação

Neste estudo, utilizou-se a entrevista não estruturada, semi-direta ou semi-dirigida, que se baseia numa série de questões, que são formuladas num guião previamente estruturado. A ordem das questões não tem que ser realizada, aquando da entrevista, segundo a ordem que está no guião, o investigador pode colocar determinada pergunta em determinada altura, que lhe favoreça a obtenção de informação e conteúdo.

Este género de entrevista permite ao investigador ir obtendo o conteúdo, que pretende, deixando o participante falar e, apenas, direcionando-o para aquilo que interessa ao entrevistador. É importante referir que o investigador tentou em todas as entrevistas ser imparcial e não dar a entender a sua opinião pessoal, uma vez que essa opinião poderia influenciar o discurso do participante e alterar a sua opinião pessoal sobre o fenómeno em questão.

A opção, pela entrevista não estruturada, deve-se ao facto de esta ligar o investigador á realidade sobre o fenómeno estudado, aquando do estudo dos participantes (Anexo I). O investigador, em causa, tentou não afetar os participantes em estudo, apesar de que está comprovado que “qualquer nova experiência muda o modo como as pessoas agem ou pensam” (Streubert e Carpenter 2002, p.19).

Todas as questões colocadas foram abertas, dando liberdade ao informante para responder como entendesse, exprimindo-se na linguagem que melhor conhecesse (Anexo II).

Com a finalidade de detetarmos deficiências na condução das entrevistas, bem como perceber a centralidade e o peso das questões, realizamos duas entrevistas exploratórias. Não tivemos necessidade de reformular nenhuma questão.

Inicialmente, propusemo-nos realizar 10 entrevistas, julgando ser este o número ideal para obter a informação pretendida. Mas, na investigação qualitativa, o grande número de informantes não é o mais importante, mas, de preferência, a qualidade de dados produzida e a decisão de pararmos a colheita de dados foi tomada na 4ª entrevista, quando verificamos que os conteúdos das mesmas se tornavam repetitivos. Bogdan e Bicklen (1994, p.103) denominam este acontecimento de “saturação teórica”.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 4 de Abril de 2012 e 12 de Abril do mesmo ano. A duração das entrevistas em média foi de 30 min.

1.4. Análise dos dados

Num estudo qualitativo, há uma imensidão de dados produzidos, que independentemente do seu tipo será necessário impor alguma ordem, de modo a poder tirar algumas conclusões. Para nós, esta fase iniciou-se logo após a colheita de dados, em que se procedeu à transcrição “*verbatim*” das entrevistas e para assegurar com rigor o que foi referido pelos nossos informantes. Codificamos cada resultado da entrevista com números de 1 a 4 em função da ordem e dos sujeitos, que as ocasionaram.

Foram ouvidas as descrições enquanto lidas as transcrições. Apenas foram retiradas todas as informações que de alguma forma pudessem identificar o enfermeiro e o serviço. Os discursos produzidos pelos entrevistados foram apreciados com recurso à Análise de Conteúdo, efetuada com base em diferentes autores.

Segundo Bardin (1995), a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação. Este autor adverte ainda que esta análise não pode ser unicamente uma leitura «feita à letra», mas antes o realçar de um sentido, que se encontra em segundo plano. A Análise de Conteúdo não pode ser, de forma alguma, uma leitura normal ou

linear da informação obtida, mas uma procura através de procedimentos sistemáticos, persistentes e objetivos da descrição do conteúdo de indicadores, que permitam a interferência de causas e consequências dos enunciados.

A aplicação do instrumento de colheita de dados (entrevista semi-estruturada) levou à produção de um “*corpus*”, que Ghiglione e Matalon (1992) consideram como o conjunto de dados, produzidos através dos discursos de vários intervenientes interrogados, segundo a mesma técnica. Foi sobre este “*corpus*”, que todos os procedimentos analíticos foram elaborados.

Deste modo, agrupamos unidades de registo em grupos, que fomos categorizando. Bardin (1995, p.117), observa que as categorias são “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos”. Para a definição de categorias, Henri e Moscovici (*cit. in* Ghiglione e Matalon, 1992), apontam dois processos:

- Os procedimentos abertos e as categorias são definidas “*a posteriori*”, isto é, não existe um quadro de referência, pelo que se tem de evidenciar as propriedades do texto e das unidades de significado, de modo a permitir uma categorização dos comportamentos observados;
- Os procedimentos fechados, as categorias são definidas “*a priori*”, isto é, implicam um quadro de referência teórico.

Neste estudo, optou-se por um procedimento misto. Considerando-se que existiam unidades de registo, que estavam bem definidas, quer pela nossa experiência profissional, ou seja aquilo que se deteta a nível clínico, quer pelo quadro de referência teórico. Mas grande parte das categorias foram definidas “*a posteriori*”, devido à subjetividade do tema, que, para além de pouco explorado em termos de investigação, contém na sua essência um carácter de grande subjetividade dos intervenientes.

1.5. Procedimentos éticos tidos em consideração

Polit e Hungler (1994) referem que os trabalhos, que envolvem pessoas, devem obedecer a requisitos especiais como:

- Participação voluntária;
- Não causar dano físico ou psicológico;
- Conservar o anonimato.

Daí, que a concretização das entrevistas requereu, para a sua realização, o consentimento do entrevistado e a sua aprovação da forma como se realizou.

“Os aspetos éticos são decisivos em investigação. Sem um código de ética, que aponte limites e oriente os passos da investigação, é a própria investigação que fica em causa” (Ribeiro, 1999, p.67).

Para a efetivação da entrevista, realizada através de registo em fita magnética, foi pedido consentimento informado a todos os participantes no estudo. De acordo com Ribeiro (1999, p.69), foram dadas as seguintes informações:

- Natureza da investigação;
- Capacidade de livre de participação ou de declinar em participar ou abandonar a investigação;
- Ausência de consequências previsíveis de declinarem em participar ou de abandonar a participação;
- Fatores suscetíveis de influenciar a sua disponibilidade para participar (tais como desconfortos, riscos entre outros);

- Outros aspetos acerca dos quais os informantes a participarem questionem;
- Garantir confidencialidade e anonimato;
- Pedido de autorização para gravação da entrevista em fita magnética;
- Destruição das fitas magnéticas usadas na gravação, após retirados os dados, bem como a não utilização de qualquer identificação pessoal.

No que concerne á investigação, seja ela quantitativa ou qualitativa, as considerações éticas têm de ser fator preponderante na realização do estudo em questão. Os direitos humanos têm de ser protegidos, como tal quem se compromete com um estudo de investigação tem uma responsabilidade pessoal e profissional, de que o desenho do estudo seja sólido do ponto de vista ético (Streubert e Carpenter, 2002).

Neste estudo, fomos rigorosos com todos estes princípios. Honramos os compromissos por nós assumidos com os participantes no estudo.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, daremos a conhecer os resultados da Análise de Conteúdo. Por razões éticas e para salvaguardar o anonimato das pessoas, os relatos dos nossos informantes, foram identificados com nomes fictícios de pedras preciosas: Esmeralda, Safira, Rubi e Jade, respetivamente, pela ordem de entrevista. Apresentaremos, no quadro seguinte, o esquema das categorias e subcategorias, que emergiram na análise das entrevistas.

Tabela nº1 – Esquema de categorização da análise das entrevistas

Categoria	Subcategoria
Promoção da saúde oral	Concetualização
	Público-alvo
	Atividades desenvolvidas
Formação para desenvolvimento De atividades de promoção da saúde	Fontes do conhecimento
	Conteúdos da formação
	Necessidades de formação

2.1. Caraterização dos informantes

Fazemos uma caraterização sumária dos informantes do estudo no quadro que se segue.

Tabela nº2 – Caraterização dos informantes no estudo

Informantes	Idade	Género	Tempo de serviço	Hab. Acad. Profissionais	Cargo desempenhado
Esmeralda	39	Fem	15 anos	Enf Espec. Enf Comunit	Coord. UCC
Safira	46	Fem	25 anos	Enf Espec. Enf Comunit	Enf. USF
Rubi	35	Fem	13 anos	Enf Espec. Enf	Enf. USF

				Comunit	
Jade	47	Fem	24 anos	Enf Espec. Enf Comunit	Coord.UCC

Da apreciação global, constata-se que os nossos informantes são todos do género feminino e são enfermeiras, não é de estranhar, porque os cuidados nomeadamente a profissão de Enfermagem estão, maioritariamente, associados ao género feminino (Collière, 1989) através dos tempos. As suas idades oscilam entre os 35 e os 47 anos, representando uma média de 41,75 anos. Todas exercem atividade profissional nos Cuidados de Saúde Primários, duas em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e duas em Unidades de Saúde Familiar, todas possuem a especialização em Enfermagem Comunitária, como habilitação profissional. De salientar que esta especialização adquirida, na área da Enfermagem, representa uma formação pós-licenciatura, cujo tempo de formação é em média de dois anos. O tempo de serviço destas enfermeiras oscila entre um mínimo de 13 anos e um máximo de 25 anos, com uma média de 19,25 anos.

2.2. Promoção da saúde/promoção da saúde oral

Nesta categoria emergiram três subcategorias retiradas, do texto produzido pelas entrevistas: Concetualização da promoção da saúde; público-alvo das ações de promoção da saúde oral; atividades desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde oral. Passaremos a descrevê-las no dizer dos nossos informantes.

2.2.1. Concetualização de promoção da saúde/saúde oral

O conceito de promoção da saúde pode ser bastante abrangente, como também ter alguma especificidade dependendo do que se pretende, dos objetivos ou do diagnóstico que se faça, ou seja, dos problemas detetados numa comunidade. No dizer das informantes, promover a saúde é promover o nível de saúde da população, é dar empoderamento ou seja os conhecimentos necessários sobre a saúde e suas

determinantes para que, os indivíduos, possam fazer, de forma consciente e responsável, as escolhas certas, no momento certo, para a sua saúde e bem-estar. Será portanto:

“ fundamental, é a pedra basilar da saúde, promover e prevenir” Safira

“ é dar empoderamento às pessoas, é fazer com que elas saibam no momento certo e no tempo certo fazer a coisa certa e perceber porquê” Esmeralda

“é dotarmos as pessoas que ensinamos (...) de conhecimentos e competências de saberem fazer algo pela sua saúde “ Rubi.

“é fornecer informação sobre conhecimentos da altura, para a população em geral de forma a que esta reflita e tome as melhores decisões nos seus comportamentos” Jade.

Pelos segmentos da entrevista, verificamos que têm uma conceitualização de promoção de saúde, onde incluem a promoção da Saúde Oral. Assim, segundo as entrevistadas, a promoção da saúde oral pretende,

“ dotarmos as pessoas que ensinamos de conhecimentos, sendo os pais, ou sendo as crianças, adolescentes, de competências para saberem cuidar os dentes” Rubi

Referem que o trabalho de promoção da saúde é um trabalho não visível e quase sem resultados de imediato. Apesar disto, deram importância a atividade de promoção de saúde pois estas podem dar frutos a médio e longo prazo com ganhos em saúde.

“ não é uma coisa visível a curto prazo, mas a longo prazo acontece (...) pretendemos que a longo prazo hajam ganhos em saúde. Coisas que nós não vemos, ou pensamos que é agora, na hora que conseguimos, mas não sabemos se ficaram solidificadas e o importante é que fique” Esmeralda

2.2.2. Público-alvo da promoção da saúde

Pelas respostas dos informantes, a promoção da saúde, de uma forma geral, é realizada para uns em atividades de saúde escolar, por serem estes os meios, onde sempre trabalharam (Esmeralda), mas para a maioria (três elementos), embora a escola seja um meio, a promoção da saúde pode ser efetivada, em todos os contextos de trabalho nomeadamente no Centro de Saúde, nas USF e UCC (Safira, Jade e Rubi).

Enquanto a promoção da saúde parece estar direcionada para o público em geral, ao falarmos de promoção da Saúde Oral, parece, segundo três das informantes, estar apenas direcionada para a Saúde Infantil.

“ Saúde oral - tenho trabalhado com 1º ciclo por causa da questão do bochecho fluoretado, bochecho com fluor quinzenal, que todas as escolas estão a fazer”

Esmeralda

“ Relativamente ao pré-escolar, tenho conseguido com algumas escolas, não são muitas”

Esmeralda

“No pré-escolar, tenho também algumas turmas”

Esmeralda

“ Na saúde infantil, a nível escolar, principalmente, nos jardins de infância e primeiro ciclo”

Jade

Houve apenas um registo em que este conceito/atividade deve ser abrangente em todas as etapas do ciclo vital:

“ na consulta de saúde infantil e juvenil, na consulta do idoso, na consulta do adulto, praticamente ao longo do ciclo vital e na consulta da grávida”

Safira

A promoção da Saúde Oral passa, portanto, por ensinar o outro a cuidar da sua saúde, fazendo vigilância periódica. Mas, para uma das entrevistadas, as pessoas adultas, com

filhos, ao terem conhecimentos, nesta área, poderão fazer a vigilância dos seus filhos. Daí ser importante o ensino aos pais:

“ quando ensinamos os pais, nomeadamente na Saúde Oral, será para fazerem uma vigilância aos filhos e ensinarem a lavar os dentes, pois se os pais não souberem lavar os seus dentes, também não vão conseguir ensinar” Rubi

As intervenções de promoção da Saúde Oral parecem estar planeadas antecipadamente.

Há vários projetos planeados neste âmbito, mas ainda não foram colocados em ação como nos refere:

“ vamos desenvolver um projeto de dois anos a nível da escovagem e outros temas relacionados com a higiene oral, alimentação, etc.” Esmeralda

2.2.3. Atividades de promoção da Saúde Oral

Ao que nos parece todas as enfermeiras, entrevistadas, realizam atividades de promoção de Saúde Oral. Estas, na sua maioria, passam por um planeamento prévio. Pois conhecem o público a que se destinam e são intencionais. Há enfermeiras que referiram aproveitar a comemoração de algo, por exemplo comemorar o dia internacional de XX para efetuarem ações de educação, para a saúde com a finalidade de promover a saúde dos indivíduos. No entanto, na sua prática diária, a enfermeira pode detetar alguma lacuna ou falta de conhecimentos, ou outra necessidade, e sem uma planificação desenvolve, naquele momento, a educação para a saúde, tendo em conta as necessidades que sentiu naquele momento. Neste sentido, os ensinamentos são direcionados e personalizados. Também foi referido que ações desta natureza podem ser feitas com uma planificação temporal mais alargada, criando-se projetos para vários meses.

“Sim, as minhas atividades foram sempre previamente planeadas. Eu trabalho por projetos” Esmeralda

“...em função do dia mundial assim as atividades planeadas.” Safira

“passei por fazer ensino escolar e aí sim fazíamos mesmo ações estruturadas nos infantários, jardim-de-infância, nas escolas, para esse tipo de ensino” Rubi

“...no contexto da consulta infantil não deixa de ser planeado, mas é e não é, quer dizer não obedece a um plano de sessão, como obedece quando é em grupos na comunidade, mas, por outro lado, como está planeado no âmbito da consulta infantil não posso dizer que não seja planeado...” Rubi

“Portanto, não posso dizer que aquele momento esteja planeado em 5min, para aqueles 5 minutos, para outra coisa, mas no fundo faz parte da consulta de saúde infantil e vai surgindo de forma mais fluida no decorrer da consulta.” Rubi

“ vamos desenvolver um projeto de dois anos a nível da escovagem e outros temas relacionados com a higiene oral, alimentação” Esmeralda

Os locais eleitos para a atividade de promoção de Saúde Oral é feita no CS, na USF na consulta de saúde infantil, ensinando os pais a escovarem os dentes dos filhos e na UCC, na saúde escolar, em contexto de escola, direcionada aos ensinamentos da escovagem dos dentes e no bochecho com flúor às crianças do 1º ciclo. As atividades, propriamente ditas, são diversas e dependem muito do público-alvo. Se são direcionadas para as crianças, então vão depender da faixa etária, a que pertencem. Recorrem a vários materiais didáticos, tal como filmes, demonstração, jogos, projeções de slides, conto de histórias, entre tantos outros. O importante será transmitir a informação e verificar se houve ou não aprendizagem da mesma.

O conteúdo da informação, destas atividades, passa por ensinar a importância da escovagem dos dentes, a importância do bochecho com flúor. Em suma, a importância da Saúde Oral, como componente da saúde em geral.

“Relativamente ao método de escovagem tenho um modelo, em que mostro a escovagem e falo dos problemas das cáries, tenho um filme da Direção Geral de Saúde sobre a escovagem é fixe...” Esmeralda

“...utilizo músicas, tenho um CD de músicas...” Esmeralda

“Junto da comunidade, falávamos da importância da Saúde Oral, apresentávamos um data show, contávamos histórias, eu recorde-me que nos infantários contávamos sempre uma história para os sensibilizar para a importância da higiene oral, em crianças mais velhinhas abordava, com recurso ao data show, a apresentação da constituição dos dentes, para que serve os dentes” Safira

“nos dias comemorativos fazemos sempre a apresentação de diapositivos” Rubi

“incorporamos atividades lúdicas” Rubi

“Quando fazia nas escolas sim, tínhamos apoio audiovisual, fazíamos “powerpoints”, portanto estamos a falar de data show na apresentação de diapositivos, tínhamos filmes” Rubi

“Temos formações através de histórias, teatros, filmes, e a parte prática eu escovo os meus dentes, faço bochechos com flúor, faço tudo em pessoa” Jade

2.3. Formação para desenvolverem ações de promoção da Saúde Oral

Um das nossas inquietações, que nos motivou à execução deste estudo, foi querer saber que tipo de formação detinham os enfermeiros para fazerem atividades de promoção da Saúde Oral. Assim, esta categoria, a formação para desenvolverem ações de promoção da Saúde Oral, como já foi referido, emergiu *“a priori”*. Depois de uma análise mais cuidada, verificamos que esta categoria se dividia em três subcategorias, a saber: fontes de conhecimento; conteúdos da informação; necessidades de formação. Passaremos a descrever, de seguida, cada uma delas.

2.3.1. Fontes do conhecimento

Para estas informantes, é importante estar atualizado no que diz respeito à Saúde Oral. Pois ao constatarem com os outros, devem estar preparados para dar resposta a todas as suas dúvidas. Para tal, procuraram mais conhecimento sobre esta matéria através de vários meios. Os “*mass media*”, dos quais, referimos os jornais, reportagens na televisão e revistas apesar de não serem, hoje, a fonte preferida, mesmo assim recorrem a ela por ser acessível.

“...algumas questões em jornais, nomeadamente no jornal de notícias ou no público, mas às vezes sem querer lá vem um assunto ou outro, numa revista, ou então ouve-se na rádio ou televisão...” Esmeralda

Hoje com a acessibilidade da Internet, ao alcance de muitos, principalmente dos que possuem maior literacia e/ou melhor condição económica, é fácil obter informação sobre qualquer assunto, neste domínio. A Internet, para todas as enfermeiras abordadas, é um meio para obter informação sobre como fazer promoção da Saúde Oral, através de ações de educação para a saúde. É aqui que procuram diretamente respostas para dúvidas ou para se manterem atualizadas sobre os Programas de Saúde vigentes.

“Relativamente á informação, procuro muitas coisas na Internet” Esmeralda

“Fui praticamente fazendo sem recorrer a nada de novo, tentava aperfeiçoar-me, mas esta informação já me vem desde á muitos anos.” Safira

“Basicamente no ”site” da DGS, que tem lá uma parte específica sobre a Saúde Oral...” Safira

“através da Internet, na Associação Portuguesa de Pediatria e na Ordem dos Médicos Dentistas, mas tudo sites portugueses. Procuro muito na Associação de Pediatria, uma vez que sou dessa área.” Jade

“Procuro como toda a gente na Internet” Rubi

A formação dada nesta área, pela Administração Regional de Saúde (ARS), pelo departamento de formação, fornece aos profissionais de Enfermagem, alguma informação sobre a matéria. Os livros são, também, outra fonte de informação.

“Livros, formação da ARS” Jade

“No que diz respeito à pós-graduação, não fiz nenhuma, o que eu fiz foi algumas formações protagonizadas pela Direção Regional de Saúde” Esmeralda

Só uma informante recorre a profissionais não enfermeiros, para obter informações para depois poder reproduzir num contexto de prática.

“busca de informação aos próprios estomatologistas/dentistas” Jade

Todas as restantes enfermeiras referiram, que os profissionais, que ministram este tipo de formação são, também eles, enfermeiros.

“Algum profissional de medicina dentária nunca” Esmeralda

“se foi administrado, foi algo muito simples, mas sempre dado por uma enfermeira”
Esmeralda

“...penso que os meus professores eram licenciados ou mestres em Enfermagem...”
Rubi

Algumas das informantes referem que a experiência, de há muitos anos, lhes deu este conhecimento.

“...na altura não fazia parte do currículo a Higiene Oral. A promoção da saúde fui eu que as realizei, ou seja, quando se trabalha em cuidados de saúde primário, as nossas

ferramentas de trabalho somos nós, dado que as temos que procurar e aperfeiçoar, depois com os conhecimentos que fomos adquirindo, com a prática, também adquirimos experiência e prática no assunto.” Safira

A maioria referiu que estes conhecimentos não são adquiridos no curso de licenciatura de Enfermagem, pois esta matéria não faz parte dos *curricula* escolares.

“já tirei o curso há muitos anos, aproximadamente 15 anos, e na licenciatura não me recordo de ter nenhuma disciplina, que tenha abordado o assunto” Esmeralda

“na área de Enfermagem Comunitária não me recordo de ter falado sobre o assunto, nomeadamente, no âmbito da Saúde Escolar” Esmeralda

“se foi dado, então foi algo que não me marcou” Esmeralda

“...na altura não fazia parte do currículo a Higiene Oral. A promoção da saúde fui eu que promovi para mim própria, ou seja, quando se trabalha em cuidados de saúde primários, as nossas ferramentas de trabalho somos nós próprios, que as temos que procurar e aperfeiçoar” Safira

2.3.2. Conteúdos da informação

As informações, que se obtiveram de todas as fontes de informação, referidas no ponto anterior, foram essencialmente de natureza prática, sobre como fazer a escovagem dos dentes. No entanto, uma das entrevistadas referiu que recebeu formação para fazer encaminhamento de utentes para o médico dentista, através do “cheque dentista”. Por isso, se depreende que obteve algum tipo de formação/informação sobre patologias orais.

“...uma era no âmbito de Saúde Escolar, em geral, tive alguns conhecimentos na área da Higiene e Saúde Oral, no geral...” Esmeralda

“Houve uma formação na Direção Regional de Saúde, por causa do cheque dentista”

Esmeralda

“Falando especificamente no conteúdo, foi-nos ensinada a técnica de escovagem dos dentes, para ensinarmos no contexto da promoção da saúde oral, mas por doenças específicas do dente e da gengiva não demos, pelo que recorde não demos nada disso. Foi mesmo no âmbito da escovagem e alguns conceitos para depois promovermos a Saúde Oral.” Rubi

“Agora todos os profissionais, sobre informação e formação, pelo menos aqui na minha unidade, todos sabemos quantos dentes há, quer permanentes quer decíduos, como se chamam, sabemos que é por números que se contam os dentes, sabemos os cuidados a ter, sabemos as doenças mais frequentes da boca, a nível da alimentação os cuidados a ter...” Jade

2.3.3. Necessidades de formação

As enfermeiras referiram, de modo geral, de que quem precisa de formação /informação são os utentes do SNS. Em relação a elas, dizem ter muita informação ao seu alcance.

No entanto sugerem que no curso de Enfermagem fosse lecionada uma cadeira, que abordasse os temas estomatológicos e odontológicos.

“...penso que seria útil os enfermeiros da licenciatura terem a noção de algumas das patologias da boca...” Rubi

“Se tiverem uma formação na licenciatura com o conteúdo, que falamos ainda agora, penso que não será necessário uma formação extra.” Rubi

“Acho que as que temos são necessárias. Eu vou falar na minha prática do dia-a-dia, informação sobre Saúde Oral á imensa, só não tem quem não quer, panfletos há imensos só não os lê quem não quer...” Jade

“...como tal eu acho que a formação é muito importante e por mais que digam que as circulares estão lá, há por vezes alguma dificuldade na interpretação dessas circulares e muitas pessoas nem vão ler por falta de tempo “ Esmeralda

“ ... não acho necessário mais informação do que aquela que há, pois é imensa” Jade

“Eu penso que não, as pessoas estão hoje em dia informadas, isto é básico e como essencial que é as pessoas estão vocacionadas para isto” Safira

PARTE III – CONCLUSÕES DO ESTUDO

1. DISCUSSÃO DOS DADOS

As enfermeiras, que participaram no estudo, têm boas referências do que é promover a saúde. A noção, que têm do conceito, está de acordo com aquilo que se observou na pesquisa bibliográfica, ou seja, promover a saúde é promover o nível de saúde da população, é dar empoderamento ou seja os conhecimentos necessários sobre a saúde e suas determinantes para que, os indivíduos, possam fazer, de forma consciente e responsável, as escolhas certas, no momento certo, para a sua saúde e bem-estar, esta definição do conceito é também defendida por Dias *et al.* (2004) e Sorensen *et al.* (2012).

Os conceitos sobre o que é promover a saúde e educar para a saúde, estão presentes no seu pensamento e sabem distingui-los. No entanto, parece-nos que, apesar destes conhecimentos estarem presentes, a capacitação para fazerem ensinamentos sobre saúde oral, parece estar aquém do que é necessário, pois a maioria restringe-se a fazer ensinamentos sobre a escovagem dos dentes e um uso do flúor.

Foi patente, na análise dos dados, que estas profissionais de saúde detêm competências para efetuarem ações de educação para a saúde, pelos meios que utilizam de modo a alcançar o interesse dos mais novos, na maioria das situações, o seu público-alvo.

Pelo que foi referido, poderemos afirmar que estas profissionais possuem competências para ensinar, mas carecem de conhecimentos sobre saúde oral o que pode tornar o ensino um pouco vago, confuso ou com informações que não sabemos se estão corretas.

Larrea e Plana (1993, *cit. in* Carvalho e Carvalho 2006), referem exatamente este problema ou seja a educação para a saúde é fundamental, mas mais fundamental que a forma como se comunica é a informação que se transmite, esta informação deve ser clara, precisa e de cariz científico. Por outro lado, no capítulo 2, artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996) está descrito que o enfermeiro é um profissional que tem competência para promover e educar na saúde, no entanto é omissa as áreas em que estes possuem as competências para estas ações.

Percecionou-se que todas as enfermeiras, entrevistadas, realizam atividades de promoção de saúde oral. Estas, na sua maioria, passam por um planeamento prévio. Pois conhecem o público a que se destinam e são intencionais. No entanto, na sua prática diária a enfermeira pode detetar alguma lacuna ou falta de conhecimentos, ou outra necessidade, e sem uma planificação desenvolve, naquele momento, educação para a saúde tendo em conta as necessidades que sentiu naquele momento. Todas estão motivadas para este tipo de atividade apesar dos poucos conhecimentos que detêm.

Para se atualizarem e sustentarem os seus conhecimentos, novos e relevantes, para que possam realizar esta educação, segundo o que referem na entrevista, utilizam muito a internet e os meios de comunicação. Pensamos que esta informação, em que se apoiam, possa ser em alguns casos, pouco ou nada científica sendo, por isso, pouco correta e pode induzir em erro.

Verificou-se que estas profissionais têm acesso a panfletos e outros meios de aquisição de informação, o que se pode verificar também é que referem que devido ao excesso de informação que lhes chega diariamente, por vezes, esta é descartada e quando lida pode não abarcar as necessidades destas profissionais ou conter informação que possivelmente não é a mais atualizada e correta.

A formação dada nesta área pela Administração Regional de Saúde (ARS), pelos seus departamentos de formação, fornece aos profissionais de enfermagem alguma informação sobre a matéria sendo esta científica, mas tal como referem, as circulares são muitas e não têm tempo para as analisar. Redman (2003) refere que os profissionais têm a obrigação ética e moral de serem competentes na educação para a saúde, evitando danos que esta prática possa trazer para os indivíduos, dano este que é dado pela falta de conhecimento ou obtenção de conhecimento não correto.

Algumas das informantes referem que a experiência de há muitos anos lhes deu este conhecimento. A maioria referiu que estes conhecimentos não são adquiridos no curso de base de Enfermagem pois esta matéria não faz parte dos currículos escolares. Pensa-se que a lacuna no conhecimento começa exatamente neste ponto, os conhecimentos base não sendo adquiridos no curso dificilmente são adquiridos *a posteriori*, pois as

formações são cada vez menos e a informação é recolhida em locais sem cariz científico. Tal como refere Dolce (2012) o passo inicial para o desenvolvimento dos profissionais de Enfermagem com competências essenciais na promoção da Saúde Oral e a prevenção de doenças é preparar o enfermeiro com os conhecimentos necessários, habilidades, atitudes e práticas em saúde oral e estas devem ser iniciadas logo no curso de licenciatura base.

Pelo que pudemos verificar pelos resultados, todas as informantes referem a importância do uso de flúor, a correta escovagem dentária e a alimentação aquando da promoção e educação para a Saúde Oral. Os conceitos básicos sobre Higiene Oral estão presentes, mas apenas uma enfermeira me refere que sabe identificar o que é uma cárie, o que é um problema gengival e como tal, sabe quando reencaminhar o paciente para o médico dentista, neste aspeto há uma lacuna na formação destas profissionais. Se desenvolvem promoção da Saúde Oral e educação para a Saúde Oral, seria importante saberem quando reencaminhar o paciente e informar o paciente convenientemente para este facto.

Seria importante os enfermeiros relacionarem as patologias sistémicas dos pacientes com os problemas orais que os afetam e saberem quando reencaminhar o paciente e o porquê. Por exemplo, a doença periodontal está associada com diabetes e as suas sequelas, incluindo o acidente vascular cerebral e enfarto do miocárdio. Além disso, vários efeitos secundários de medicamentos aumentam o risco de doença oral como é o caso da *Xerostomia* e hiperplasia gengival, ambas induzidas por fármacos (Hahn *et al.*, 2012).

Estas profissionais são, na maioria das vezes, o intercâmbio entre o paciente e o médico dentista, uma vez que são aquelas que mais atuam a nível das comunidades e como tal, têm um papel preponderante no aconselhamento do paciente. Os Enfermeiros, preocupados com a promoção da Saúde Oral e Saúde Pública, são um grupo de profissionais, que acabam por ser um recurso fundamental para o cuidado oral, não só no trabalho de aconselhamento, mas também na identificação de crianças em risco de cárie elevado, uma vez que fazem uma intervenção mais próxima do indivíduo (Skeie *et al.*, 2011).

Não poderemos terminar este relatório de investigação sem nos referirmos às limitações que sentimos durante a sua execução:

- O número de informantes foi limitado na medida em que um número maior de entrevistas poderia ter dado mais contributos para os resultados. Com eles poderia obter uma maior consistência interna;
- Os resultados deste estudo não podem extrapolar outras realidades, são válidos para este grupo e neste contexto de trabalho. Isto porque se trata de um estudo qualitativo e pelo reduzido número de informantes;
- Pensa-se que pelo facto de o grupo de informantes ser muito homogéneo, quer em termos de experiência profissional, como tempo de serviço, pode ser limitador nos resultados. Se o grupo fosse mais heterogéneo poderia existir uma maior hipótese de informação;
- Outra limitação foi a grande dificuldade que sentimos ao concretizarmos este trabalho, pela inexperiência em fazer investigação. De enaltecer a colaboração, a quem muito agradeço e reconheço, do Professor Doutor José Frias Bulhosa, Docente da Universidade Fernando Pessoa.

2. CONCLUSÕES

Em forma de conclusão, promover a saúde é ensinar, dar poder às pessoas para fazerem escolhas corretas, a população alvo deste tipo de promoção é a população em geral. A promoção da Saúde Oral, apesar de não ser administrada a uma população geral, na maioria dos casos, o que deveria, é administrada a uma população jovem (crianças e jovens).

Os principais agentes promotores de saúde são os profissionais de Enfermagem. Estes têm competências na educação e promoção para a saúde, uma vez que são preparados a nível do curso base de Enfermagem para o efeito. No que concerne á promoção da Saúde Oral pode-se concluir que os conhecimentos são muito básicos e muitas vezes escassos, o que os torna pouco capacitados para a realização desta promoção em específico.

Pode-se verificar que a lacuna nos conhecimentos destes profissionais, no que se relaciona com a Saúde Oral, começa no curso base de Enfermagem, pois não há nenhuma disciplina, onde sejam administrados conceitos básicos sobre o assunto. Nas formações, o que se verifica é que os conceitos básicos são ensinados por um profissional que não um médico dentista, podendo ser por esse motivo que perpetuam erros.

A informação sobre a Saúde Oral está discriminada, no dia-a-dia, destes profissionais ao nível de circulares provenientes da ARS – Norte, o problema é que há circulares para tudo e como tal, a leitura das mesmas é muitas vezes colocada em segundo plano, sendo necessário uma formação, cara a cara, com o profissional, para que estes possam colocar as suas dúvidas e para que o ensino seja mais pessoal.

Para finalizar, os conhecimentos destes profissionais poderiam ser aprimorados através de formações por profissionais competentes para o efeito, deveriam ser realizadas reciclagens periódicas e a ARS - Norte deveria fornecer material para estas profissionais realizarem esta promoção, bem como promover formações com profissionais da área.

Como já dissemos atrás, apesar de serem os enfermeiros a fazerem este tipo de ações de educação para a saúde, o médico dentista pelos seus conhecimentos e pelas suas capacidades deveria ser incluído nas equipas de cuidados de saúde, nomeadamente na saúde escolar e poderia ser um destes profissionais a planear, gerir e liderar este tipo de educações. Também, teria lugar, noutras equipas, para promover, vigiar a Saúde Oral de todos os grupos etários.

Para além disso, poderia ter um lugar privilegiado na formação dos enfermeiros e na continuidade do seu papel, enquanto educadores, melhorando, direta e indiretamente, a qualidade deste serviço.

Pensa-se, também, que futuramente poderá haver um estudo que averigue se a informação que chega via circulares e panfletos é correta, uma vez que este tipo de meio de informação abrange um grande número de profissionais e não se pretende que informação incorreta seja perpetuada e ensinada às comunidades.

Terminamos este trabalho referindo que pensamos ter atingido todos os objetivos que nos propusemos para o estudo, acrescentando outros objetivos que foram de igual modo concretizados, isto é: pensamos ter adquirido algumas habilidades para fazer investigação, apelando ao nosso espírito crítico reflexivo e dar resposta a uma exigência curricular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, M., Volschan, B., Haas, N. (2004). Education Buccal Health: Sensibilization of Children's Parents Assisted In Pediatric Dentistry Child Clinic Of Two Private Universities. *Pesq. Bras. Odontopediátrica Clínica Integrada*, 4(1), pp.47-51.

Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*, Lisboa, Edições 70.

Bernardino, A. *et al.* (2009). Os enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde – Validação das escalas práticas e comportamentos de educação para a saúde [Dissertação]. IPLeia.

Bransford, J. *et al.* (2007). *Como as Pessoas Aprendem- Cérebro, Mente, Experiência e Escola*, Bela Vista, Editora Senac São Paulo.

Bogdan, R., Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria do método*, Porto, Porto Editora.

Carneiro, L. *et al.* (2011). Oral Health Knowledge and Practices of Secondary School Students, Tanga, Tanzania. *International Journal of Dentistry*, 2011. [Em Linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3227463/?tool=pubmed>. [Consultados em 07/01/2012].

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas.

Collière, M. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude dos cuidados e enfermagem*, Lisboa, Edição do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Cuenca Sala, E. & García, P. (2005). *Odontologia Preventiva Y Comunitaria- Principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona, Masson.

David, M. (1993). *Parents, Gender & Education Reform*, Oxford, Blackwell Publishers.

Deci, E. e Ryan, R. (2012). Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: a few comments. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(24). [Em Linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312850/?tool=pubmed>. [Consultado em 19/07/2012].

Dias, R. *et al.* (2004). Promoção da Saúde- O renascimento de uma ideologia?. *Análise Psicológica*, 3(22), pp. 463-473.

Dolce, M. (2012). Nurse Faculty Enrichment and Competency Development in Oral-Systemic Health. *Nursing Research and Practice*, 2012. [Em Linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3357600/?tool=pubmed>. [Consultado em 20/07/2012].

Duke, D. (1990). *Teaching an Introduction*, Singapore, McGraw-Hill Editions.

Figueira, T., Leite, I. (2008a). Oral Health perceptions, knowledge and practices among Primary Schoolchildren. *RGO*, 56(1), pp. 27-32.

Figueira, T., Leite, I. (2008b). Parental Knowledge and Practices of Oral Health and Their Influence on the Care to the Children. *Pesq Bras Odontopediátrica Clínica Integrada*, 8(1), pp.87-92.

Figueiredo, F. (2006). Educação para a saúde: Uma área construída por todos com todos e para todos. II Seminário Conversas de Família.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*, Coimbra, Lusociência.

Ghiglione, R., Matalon, B. (1992). *O inquérito: teoria e prática*, Oeiras, Celta editora, Lda.

Gomez, J., Freitas, O., Callejas, G. (2007). *Educação e Desenvolvimento Comunitário Local- Perspectivas Pedagógicas e sociais da sustentabilidade*, Porto, Editora Profedições.

Guerrero, J. D. (2010). On a naturalist theory of health: a critique. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 41, pp. 272-278.

Hahn, J. *et al.* (2012). Infusing Oral Health Care into Nursing Curriculum: Addressing Preventive Health in Aging and Disability. *Nursing Research and Practice*, 2012. [Em linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3350980/?tool=pubmed>. [Consultado em 14/06/2012].

Hebbal, M. *et al.* (2011). Evaluation of knowledge and plaque scores in school children before and after health education. *Dental Research Journal*, 8(4), pp. 189-196.

Hui, E. e Tsang, S. (2012). Self-Determination as a Psychological and Positive Youth Development Construct. *The Scientific World Journal*, 2012. [Em linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353314/?tool=pubmed>. [Consultado em 02/06/2012].

Justo, C. (2011). A Crise do Modelo Biomédico e a resposta da promoção da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2). [Em linha]. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200001&lang=pt. [Consultado em 04/01/2012].

Lopes, M. *et al.* (2010). Análise do Conceito de Promoção de Saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 19 (3), pp.461-468.

Meirieu, P. (1998). *Aprender...Sim, Mas Como?*, Porto Alegre, ArtMed.

Monteiro, M. & Ferreira, P. (2006). *Ser Humano*, Porto, Porto Editora.

Moore, R. (2011). Desigualdades e desvantagens na saúde. In Hannah C., e Susan P., *Sociologia em Enfermagem e cuidados de saúde*. (pp. 111-127). Loures, Lusociência.

Nogueira, A. e Azeredo, Z., (2012). Tomada de Decisão na Saúde-Doença: Duas Faces da Mesma Situação. In Alves, J., e Neto, A., *Decisão – Percursos e Contextos*. (pp. 321-340). Porto, JSAMED- Medicina e Formação lda.

Paúl, C., Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*, Lisboa, Climepsi Editores.

Polit, D. Hungler, B.(1994), *Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud*, Interamericana, McGraw-Hill.

Pozo, J. (2005). *Aquisição de Conhecimento*, Porto Alegre, Artmed.

Precioso, J. (1992). Algumas estratégias de âmbito intra e extra curricular. Para promover e educar para a prática de uma alimentação racional. *Revista Portuguesa de Educação*, 2, pp.111-128.

Redman, B. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. Lisboa, Lusociência.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996). Ordem dos Enfermeiros. [Acedido a 10 de Junho de 2012]. Disponível na Internet: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*, Lisboa, Climepsi Editores.

Sacristán, J. *et al.* (2011). *Educar por Competências- O que há de novo?*, Lisboa, ArtMed Editora.

Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Colectiva*, 17(1), pp.29-41.

Skeie, M. *et al* (2011). Do public health nurses in Norway promote information on oral health?. *BMC Oral Health*, 11(23). [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3189905/?tool=pubmed>>. [Consultado em 16/02/2012].

Sorensen, K. *et al.* (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). [Em linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3292515/?tool=pmcentrez>. [Consultado em 03/07/2012].

Sournia, J. 1992. *História da Medicina*. Porto, Instituto Piaget.

Streubert, H., Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem- Avançado o Imperativo Humanista*. Lisboa, Lusociência.

Stokes, E. *et al.* (2009). The promotion of oral health within the Healthy School context in England: a qualitative research study. *BMC Oral Health*, 9(3). [Em Linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=The%20promotion%20of%20oral%20health%20within%20the%20Healthy%20School%20context%20in%20England%3A%20a%20qualitative%20research%20study>. [Consultado em 11/09/2011]

Sun, R. e Hui, E. (2012). Cognitive Competence as a Positive Youth Development Construct: A Conceptual Review. *The Scientific World Journal*, 2012. [Em Linha].

Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22654575>. [Consultado em 05/07/2012]

Talekar, B., Rozir, G., Slade, G. (2005). Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *JADA*, 136, pp 364-372.

Watt, R. (2005). Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, pp.711-718.

Weinstein, P., Harrison, R., Benton, T., (2004). Motivar os pais a prevenirem as cáries nos seus filhos. *JADA*, 4(6), pp.39-49.

WHO. [em linha] Disponível em [http://: www.who.int/en/](http://www.who.int/en/). Consultado em [5/1/2012].

Promoção e Educação da Saúde Oral: Conhecimentos dos enfermeiros
Estudo Qualitativo

Sara Catarina Nogueira Morais

**Promoção e Educação da Saúde Oral: Conhecimentos dos enfermeiros
Estudo Qualitativo**

ANEXOS

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Anexo I- Guião para entrevista semi-dirigida

Sexo.

Idade.

Habilitações académicas

Que cargo desempenha neste momento?

Tempo de Atividade profissional.

Há quanto tempo realiza a promoção para a saúde oral e em que local exerce esta função (nomeadamente no centro de saúde, escola...)?

O que é para si a promoção e educação para a saúde.

Realiza promoção para a saúde oral junto de que grupos?

Desenvolve atividades previamente planeadas?

Que tipo de atividades (fala com as pessoas, demonstração ilustrativa, método de escovagem, fala da doença cárie, apresenta filmes, tem mostradores, etc...)?

Para realizar esta tarefa teve necessidade de procurar informação?

Se sim, onde recolheu a informação (jornais, revistas, artigos, pós graduação)?

Durante o seu percurso académico, teve uma disciplina específica onde lhe foram administrados conhecimentos sobre a saúde oral? Em que disciplina foi? Que áreas abordavam este tema (prático, teórico, clínico)?

Qual era a formação de base dos profissionais que lhe deram esta formação?

Que tipo de formação/experiência seria pertinente os enfermeiros terem para realização deste tipo de ações nomeadamente a promoção e educação da saúde oral?

Na sua opinião os enfermeiros que realizam este tipo de atividade necessitam de formação específica para melhorar o seu desempenho neste âmbito? Porquê?

Gostaria de acrescentar algo sobre este tema que eu não tenha perguntado?

Anexo II- Entrevistas às participantes

1º Entrevista

Sexo: Feminino

Habilitações académicas:

Tenho a pós- licenciatura em Enfermagem Comunitária, neste momento, estou a realizar o mestrado na área de Enfermagem Comunitária, tirei o curso base, que na altura era bacharelato, e depois tive que tirar a licenciatura e são essas as minhas habilitações académicas.

Que cargo desempenha neste momento?

Neste momento, desempenho o cargo de coordenadora da unidade de cuidados na comunidade de Ermesinde, desde há um ano, fez dia 1 de Março um ano, e também estou como coordenadora de Enfermagem do serviço de atendimento de petições urgentes na área de Ermesinde. Trabalho no agrupamento de centros de saúde de Valongo e também, para além do cargo de coordenadora, desenvolvo outros projetos. Neste caso, sou eu que estou com a área de saúde escolar na UCC, em articulação com a unidade de saúde pública, mas sou que eu estou com vários programas a nível da UCC incluindo o programa de Saúde Oral.

Tempo de Atividade profissional?

Já tenho 15 anos de profissão.

Há quanto tempo realiza a promoção para a saúde oral e em que local exerce esta função (nomeadamente no centro de saúde, escola, outro)?

Relativamente á promoção da Saúde Oral, realizo mais especificamente, desde que comecei a fazer atividade de saúde escolar, neste caso no ano letivo 2005/2006, aliás foi logo um dos programas iniciais que é um programa específico, na área de Saúde Oral na Saúde Escolar e foi essa área que eu comecei. O local, onde comecei a exercer, foi em Ermesinde e Alfena, embora no ano letivo 2009/2010 tenha estado com a Saúde Escolar do conselho de Valongo, como tal dei prioridade a esse programa de Saúde Oral e não consegui desenvolver outros programas de saúde escolar e esse é o programa prioritário, que temos a nível da saúde escolar uma vez que o recurso era só eu.

O que é para si a educação e promoção para a saúde?

A educação e promoção para a saúde, eu posso falar num sentido abrangente á várias definições, mas especificamente nesta área, quando estou a desenvolver esta promoção e educação para a saúde penso sempre na vertente de promover a nível da saúde os outros, promover a nível de comportamentos, de estilos de vida, de forma a que as pessoas tenham competências específicas, para que depois, ao longo da vida, façam as escolhas corretas e saibam o porquê, ou seja o “know how”, o empoderamento como também alguns autores falam. Este empoderamento das pessoas é fazer com que elas, ao longo do tempo, saibam fazer as coisas certas, no momento certo, e percebam o porquê e isto é uma coisa, que não é visível, a curto prazo, mas a longo prazo acontece. Posso dar aqui uma pequena experiência, eu tive um trabalho e a nível internacional, fomos apresentá-lo como um projeto “Nem bucha nem estica”, em que estive 4 anos com alunos na área da alimentação, eu e uma nutricionista, tendo desenvolvido várias atividades, na área da promoção, para que esses alunos façam as escolhas corretas na área da alimentação, de acordo com a roda dos alimentos. Passado 3 anos, deparei-me com estes alunos, neste caso com outra área, na área da Higiene Oral e eles reconheceram-me e vieram-me dar os parabéns pela atividade desenvolvida e lembravam-se das atividades, que tinha feito com eles e, neste caso, isso fez a diferença em termos de escolhas. Estamos a falar de alunos do 1º ciclo, dos 6 aos 10 anos, que agora têm 13/ 14 e estou a trabalhar com eles na área da Saúde Oral e foi engraçado! ... É a tal coisa, trata-se, pois, de algo não visível, para nós, mas o que nós pretendemos é que haja ganhos em saúde e, normalmente, é a longo prazo. Coisas que nós não vemos,

ou pensamos que é agora na hora, que conseguimos, mas não sabemos se ficaram solidificadas e o importante é que fiquem.

Realiza promoção para a Saúde Oral junto de que grupos?

Atualmente, no projeto de Higiene e Saúde Oral, tenho trabalhado com 1º ciclo por causa da questão do bochecho fluoretado, bochecho com fluor quinzenal, que em todas as escolas se estão a fazer. Relativamente ao pré-escolar, tenho conseguido com algumas escolas, não são muitas, tenho conseguido, mas não só com a escovagem, que seja feita em casa, mas neste caso na escola. Também tenho trabalhado com o 1º ciclo, com algumas turmas, a nível da escovagem, com outras não e estamos a falar da escovagem após o almoço, visto que agora é nas escolas que os alunos fazem o almoço. No pré-escolar, tenho também algumas turmas e para o ano tenho uma proposta de uma escola, em que eu fiz a proposta ao departamento pré-escolar de Alfena e vamos desenvolver um projeto de 2 anos, a nível da escovagem, e outros temas relacionados com a Higiene Oral, alimentação, a nível da saúde e isto está a saber, em primeira mão, a notícia e é um projeto, que pretendemos levar a cabo e à partida já foi assinado. Tenho feito este ano uma coisa diferente, que já tinha idealizado no ano passado com o diretor da Escola Secundária de Ermesinde, visto que ele me ter dado o conhecimento, que tem um curso técnico auxiliar de protésico e eu disse que, visto eles realizarem atividades na escola, era importante unirmos sinergias. Neste caso, na educação para saúde, trabalharmos todos para o mesmo fim. Neste caso, o diretor disse que sim, a coordenadora deste curso também aceitou, fizemos um projeto, em conjunto, que foi para a Direção Geral de Saúde, que nos deu os parabéns, não vamos fazer a escovagem na escola por ser uma área, que a escola considera difícil, mas estamos na questão da utilização do cheque dentista, a própria escovagem das pessoas, para que tenham o conhecimento, que podem usar um estojo e se quiserem, neste caso, sem obrigação, motivar para andar com o estojo dos dentes, na mesma, como andam com o estojo do lápis, são aluno do secundário, são os alunos líderes, em que eu lhes dei formação e eles agora dão formação aos alunos do 7º e 8º anos, que são os que vão receber o cheque dentista, pretende-se, entretanto, trabalhar no sentido em que haja conhecimentos na área da Higiene Oral e que eles escovem os dentes, quanto mais não seja duas vezes por dia e que tenham esta área como sendo importante.

Desenvolve atividades previamente planeadas?

Sim, as minhas atividades foram sempre previamente planeadas. Eu trabalho por projetos, neste caso específico, mais vale falar no mais recente, mas sempre trabalhei com o previamente planeado, em que eu estou nesta unidade na comunidade, em que nós tivemos que fazer projetos e estes tiveram que ser validados pela direção do ACES e pela Administração Regional de Saúde - Norte, por uma equipa regional de apoio, que valida os projetos. Vamos, agora, falar especificamente na área da Higiene Oral, nomeadamente, na área da escovagem e tive que colocar valores muito pequenos relativamente a percentagens, pois que á escolas que não estão motivadas e existem várias questões, que aqui têm que ser trabalhadas, com a câmara com a Saúde Pública, e que teria que ser um grupo mais vasto de trabalho, para que depois a gente consiga até ter uma continuidade e, no fundo, falar com todos, para que todas as sinergias fluam, não numa questão de obrigação, mas com motivação e que as pessoas percebam o porquê. Tenho, então, ajustado os projetos conforme o que consigo fazer nas escolas. Fora da escovagem, tento dar motivação através de trabalhos, dar ferramentas, CDS, desenhos, “power points”, várias atividades, que podem ser feitas a nível de escola e aproveitar o contexto curricular e aproveitar o Plano B, que também tem várias áreas de sites de Internet, livros e dar todas estas ferramentas de trabalho, para que os professores perante as necessidades que percecionam, consigam trabalhar com estas ferramentas e sempre com consultoria, dando-lhes alguns alicerces, motivando-os e educando-os para esta área da Saúde Oral.

Que tipo de atividades (fala com as pessoas, demonstração ilustrativa, método de escovagem, fala da doença cárie, apresenta filmes, tem mostradores, etc...)?

Relativamente ao método de escovagem, tenho um modelo em que mostro a escovagem e falo dos problemas das cáries, tenho um filme da Direção Geral de Saúde sobre a escovagem, que é fixe, que é algo de específico, e preciso de facto deste apoio. Os miúdos gostam muito, utilizo musicas e apresento-lhes um CD de musicas, que me ofereceram, e que ofereço ás escolas, para utilizarem, seja na informática, seja em língua portuguesa. Isto depois a escola trabalha na melhor forma que entender.

Para realizar esta tarefa teve necessidade de procurar informação?

Sim, sou uma pessoa que está sempre a procurar informação, também tenho algumas pessoas, que me dão algum apoio, neste sentido. Estou sempre á procura de informações novas e diferentes, claro que isto ocorre quando tenho tempo livre, para o fazer, senão vou usando várias coisas, que tenho, porque tenho alguma dificuldade em mobilizar os professores e há vários recursos, que tenho utilizado, que acabam por ser os mesmo e os professores estão em mobilidade curricular, até porque nem sempre estão na mesma escola, também há professores, que não utilizaram as ferramentas. Eu vou utilizando várias da Direção Geral de Saúde, outras que eu encontro em “sites” entre outros.

Se sim onde recolheu a informação (jornais, revistas, artigos, pós graduação)?

Relativamente á informação, procuro muitas coisas na Internet, porque é a ferramenta que tenho no serviço, e como no serviço é um pouco do estilo tenho, então ficarão ali senão parece que estou a fugir do serviço, como tal tenho que procurar localmente informação e perante, o que tenho á mão, que neste caso é a Internet, também relativamente a algumas questões em jornais, nomeadamente no jornal de noticias ou no público, que me chegam ás mãos e que eu acho interessante e que também utilizo. No que diz respeito a pós- graduação não fiz nenhuma, o que eu fiz foi algumas formações protagonizadas pela Direção Regional de Saúde, uma era no âmbito de saúde escolar, em geral, em que tive alguns conhecimentos na área da Higiene e Saúde Oral, mas já tinha alguns anos de prática, e outra era mesmo importante e estava a ser necessária, foi uma formação de 25horas no âmbito de Saúde Oral, claro que deveria ser mais horas para esmiuçar mais alguns pormenores, mas a nível geral foram dados algumas informações importantes e das quais não tinha conhecimento.

Durante o seu percurso académico teve uma disciplina específica onde lhe foram administrados conhecimentos sobre a Saúde Oral? Em que disciplina foi? Que áreas abordavam este tema (pratico, teórico, clínico)?

Sinceramente, já tirei o curso á muitos anos, aproximadamente 15 anos e na licenciatura não me recordo de ter nenhuma disciplina que tenha abordado o assunto, na área de

Enfermagem Comunitária não me recordo de ter falado sobre o assunto, nomeadamente no âmbito da Saúde Escolar, mas como abordávamos várias áreas e eram tantas áreas em que podíamos intervir, se foi dado foi algo que não me marcou, e como são muitas as áreas que tenho trabalhado não quero estar a dizer que sim, nem que não, mas se foi dado de facto, foi algo que não me marcou e não me ficou como ferramenta de trabalho.

Qual era a formação de base dos profissionais que lhe deram esta formação?

Algum profissional de Medicina Dentária nunca, na especialidade de Enfermagem Comunitária lembro-me de haver várias áreas de trabalho, mas nós também estávamos numa área mais especificamente relacionada com a Enfermagem Comunitária e com as nossas competências e havia várias questões de trabalho específicas, a questão da formação, e provavelmente foram coisas mais marcadas e se foi administrado foi algo muito simples mas sempre dado por uma enfermeira.

Que tipo de formação/experiência seria pertinente os enfermeiros terem para realização deste tipo de ações nomeadamente a promoção e educação da saúde oral?

Realmente, e eu posso falar a nível dos cuidados de saúde primário, e eu já dei formação pois achei que deveria ser alguém da área a nos dar formação, eu própria arranjei a formação, para os colegas na área poderem usufruir, foi uma dentista na área da Medicina Dentária, que nos foi dar a formação, uma formação muito específica, de uma hora, uma formação *sui generis*, mas que era muito importante, porque nós a nível do sistema de apoio de Enfermagem temos que responder a vários itens e eu acho que as pessoas respondem, como nós podemos clicar e passar á frente, entre aspas, ou podemos clicar e fazer, mas não fazer com a qualidade que é necessária eu achei que era importante, fiz isso uma vez porque também estava mais ligada a essa área e achei importante, mas depois não houve mais reciclagem. Entretanto, já tinha falado na Saúde Pública, quando estive lá, que era importante as pessoas perceberem o porquê desta questão da Higiene Oral e perceber o funcionamento de como era tudo, visto que era uma área do domínio da Saúde Pública, do meu domínio, que era a minha área de trabalho, mas que não é a área de trabalho deles e eles estão sempre a receber muito

formação por circulares na Saúde Pública, mas esta informação é muita, e a formação cara a cara com os profissionais é melhor e isso foi feito. Na área de Saúde Pública, isso foi feito, eu já tinha saído de lá, mas uma colega que me foi substituir, fez essa formação no ACES de Valongo, na Saúde Pública, a nível da Saúde Oral, e em continuidade com o que eu tinha feito, e as pessoas ficaram com algumas ferramentas, com alguns folhetos, com algumas circulares e foi tudo feito, no mesmo bolo, e penso que foi importante pois é o nosso dia-a-dia.

Na sua opinião os enfermeiros que realizam este tipo de atividade necessitam de formação específica para melhorar o seu desempenho neste âmbito? Porquê?

Houve uma formação na Direção Regional de Saúde, por causa do cheque dentista, e eles vieram cá e eu fiz algumas questões, por exemplo, sobre o facto de alguns médicos emitirem estes cheques, mas nem saberem como o fazer, nem saberem como é que isto funciona. O que me disseram foi que dar formação a todos os profissionais, que não fazia sentido e como tal colocavam circulares, mas as circulares cada vez há mais, e a questão da clinica cada vez funciona melhor sim senhora, mas nem todos os profissionais estão a fazer essa leitura, como é que eles conseguem ler e recolher toda essa informação das circulares? Podem ler no dia-a-dia, ou porque precisam, fora isso não vão ler uma circular sobre o cheque dentista, que eles não precisam na hora, qualquer informação que querem ligam para a Saúde Pública ou para mim. Isto não faz sentido e a Direção Regional de Saúde na altura disse que não fazia sentido dar esta formação, eu referi que a nível local a Saúde Pública pode gerir isto muito bem e fazer esta formação, acho muito importante o cara a cara e tirar algumas informações e tirar dúvidas, sobre algumas coisas, que eles não percebem senão vão estar sempre a questionar e ainda á pouco me ligaram sobre a questão de um cheque dentista, que a escola não emitiu e que tínhamos que ser nós, não a escola, é a escola que tem que resolver, neste caso, a pessoa perguntou-me como é que teria que resolver esta situação e eu referi que tinha que se dirigir á escola ou ao centro de saúde publico da região, onde estudava o filho da pessoa em questão, que nem era na nossa área de abrangência que é Valongo, e isto foi dito. Eu tenho a certeza que a colega falou sobre isto, mas não houve fundamentação sobre o assunto, houve aqui alguma falha de comunicação e isto é importante ser trabalhado, como tal eu acho que a formação é muito importante e por

mais que digam que as circulares estão lá, há por vezes alguma dificuldade na interpretação dessas circulares, e muitas pessoas nem vão ler por falta de tempo sinceramente.

Gostaria de acrescentar algo sobre este tema que eu não tenha perguntado?

Eu acho que as perguntas foram realmente todas direcionadas sobre o facto de ser importante insistir e investir na questão da formação, há varias ferramentas que estão agora a ser construídas. A nível da Higiene Oral há realmente o plano B, a nível da formação da Saúde Oral, porque as coisas não funcionaram bem e eles estão agora com o plano B, mas é importante este plano não ser só para a Saúde Pública e para quem está na unidade dos cuidados , mas também para outras pessoas, neste caso os médicos e a equipa de saúde familiar, bem como outras pessoas de modo a que percebam o que é este plano B ,englobando tudo isto de forma a que as pessoas percebam o que temos que fazer a nível de escola para depois de oferecer à continuidade. Eu acho que isto é muito importante, estarmos a funcionar em sintonia, e estou a pensar na questão do bochecho fluoretado, se estamos a fazer bochecho fluoretado, os miúdos não têm que fazer o comprimido de fluor. Eu sei de um Aces em que foi descrito, que a nível das farmácias não podiam dar o comprimido de fluor, porque tinha que passar pelo médico de família e que ele dizia que se as crianças daquela zona estavam a fazer o bochecho, não precisavam de estar a fazer o comprimido, até porque é melhor não fazer a nível sistémico.

2º Entrevista

Idade: 46

Sexo: feminino

Habilitações académicas: 12º

Que cargo desempenha neste momento?

Sou enfermeira e trabalho num modelo de uma USF enfermeiro de família.

Tempo de Atividade profissional.

Já são 25 anos para 26.

Há quanto tempo realiza a promoção para a Saúde Oral e em que local exerce esta função (nomeadamente no centro de saúde, escola...)?

Sempre trabalhei em cuidados de saúde primários e em cuidados de saúde primários. A promoção é feita em todos os contextos, neste momento fazemo-la no contexto da unidade de saúde familiar na USF, não o faço em contexto comunitário, mas fi-lo durante muito tempo, fui responsável pela unidade de saúde escolar e a Saúde Oral era uma das áreas da saúde escolar.

O que é para si a promoção e educação para a saúde.

È fundamental, é a pedra basilar da saúde, promover e prevenir.

Realiza promoção para a saúde oral junto de que grupos?

Na consulta de saúde infantil e juvenil, na consulta do idoso, na consulta do adulto, praticamente ao longo do ciclo vital, na consulta da grávida também.

Desenvolve atividades previamente planeadas?

Sim, desenvolve-mos atividades no âmbito dos dias mundiais da saúde, a USF tem por hábito nesse dia fazer o dia aberto, e em função do dia mundial assim as atividades planeadas.

Que tipo de atividades (fala com as pessoas, demonstração ilustrativa, método de escovagem, fala da doença cárie, apresenta filmes, tem mostradores, etc...)?

As atividades variam, e abordamos o tema e depois desencadeamos qualquer atividade, ou amostras sobre o tema, por exemplo, no dia da alimentação das amostras, sobre a alimentação saudável, no dia mundial da criança, falamos sobre a promoção e prevenção da Higiene Oral, são vários, mas as atividades são quase sempre nas USF. Por vezes, desencadeamos estas atividades nos infantários, quando solicitados, versando as áreas da Saúde Oral, alimentação, primeiros socorros, mas isso é muito esporádico. Junto da comunidade, falávamos da importância da Saúde Oral, apresentávamos um “data show”, contávamos histórias, eu recordo-me que nos infantários contávamos sempre uma história para os sensibilizar da importância da Higiene Oral, em crianças mais velhinhas, abordava com recurso ao “data show” a apresentação da constituição dos dentes, para que servem os dentes, para sorrir, para mastigar. Para prevenir e proteger os dentes, surgiu o ênfase à alimentação, a todos os alimentos cariogénicos, à ida ao dentista, consoante a situação, mas surgia sempre ênfase desde o prevenir até ao tratamento, porque há muitos miúdos com cárie. Damos especial atenção à família, aqui em consulta infantil e juvenil, nós abordamos os pais, porque os miúdos, é óbvio que se não têm alimentos cariogénicos em casa, não os comem e não os usam.

Para realizar esta tarefa teve necessidade de procurar informação?

Sim, eu já trabalho há muitos anos, a área da saúde escolar já me é familiar, eu tive muito tempo a fazer Saúde Escolar e a Saúde Oral é uma área da saúde escolar. Fui praticamente fazendo sem recorrer a nada de novo, tentava sempre aperfeiçoar, mas esta informação já me vem desde há muitos anos.

Se sim onde recolheu a informação (jornais, revistas, artigos, pós-graduação)?

Basicamente, no “site” da DGS, que tem lá uma parte específica sobre a Saúde Oral. Está aí no terreno o programa de Saúde Oral das crianças, da grávida e do idoso. Nós aqui abordamos estas três áreas. Na consulta da grávida, informamos sempre a grávida, deste direito social que tem, que é o cheque dentista da grávida e o idoso, quanto tem o complemento solidário do idoso, que nós chamamos o CSI. Portanto, também pode usufruir deste complemento. É uma área que nós trabalhamos há muito tempo.

Durante o seu percurso académico teve uma disciplina específica onde lhe foram administrados conhecimentos sobre a Saúde Oral? Em que disciplina foi? Que áreas abordavam este tema (prático, teórico, clínico)?

Na altura não fazia parte. Eu já tenho o curso há 25 anos e na altura não fazia parte do currículo a Higiene Oral. A promoção da saúde fui eu, ou seja, quando se trabalha em cuidados de saúde primário, as nossas ferramentas de trabalho somos nós, que as temos que procurar e aperfeiçoar, depois com os conhecimentos, que fomos adquirindo com a prática também adquirimos experiência e prática no assunto.

Na sua opinião, os enfermeiros que realizam este tipo de atividade necessitam de formação específica para melhorar o seu desempenho neste âmbito? Porquê?

Eu penso que nos currículos de hoje em dia já faz parte, do currículo base, a promoção da saúde. As escolas tentam vocacionar os alunos para a promoção da saúde. Eu penso que não, as pessoas estão, hoje em dia, informadas, isto é básico e como básico e essencial que é as pessoas estão vocacionadas para isto.

Gostaria de acrescentar algo sobre este tema que eu não tenha perguntado?

Penso que não. É de manter o programa de Saúde Oral, as pessoas que lidam com este tema, os resultados devem ser mostrados, porque com o programa de Saúde Oral penso que foi uma mais valia para as crianças e também o ser alargado às grávidas e aos idosos foi muito significativo, e espero que se mantenha.

3º Entrevista

Sexo: feminino

Idade: 35

Habilitações Académicas: Especialidade em Enfermagem Comunitária

Que cargo desempenha neste momento?

Neste momento sou enfermeira de família, numa unidade de saúde familiar (USF)

Tempo de Atividade profissional.

Setembro de 1998, portanto há 13 anos.

Há quanto tempo realiza a promoção para a Saúde Oral e em que local exerce esta função (nomeadamente no centro de saúde, escola...)?

Nós, apesar de quando iniciei a atividade profissional, comecei num centro de saúde e trabalhávamos, por tarefa, um bocado, porque as instalações assim o obrigavam, estava organizado dessa forma e as colegas que lá trabalhavam há mais tempo estavam habituadas dessa forma, acabávamos por trabalhar assim. No entanto, fazíamos consulta infantil e na consulta fazíamos ensino sobre os cuidados de Higiene Oral e, como tal, posso dizer que há 13 anos que desempenho essa atividade. É claro que houve momentos, que depois passei por fazer ensino escolar e aí sim fazíamos mesmo ações estruturadas nos infantários, jardim-de-infância, nas escolas, para esse tipo de ensino.

O que é para si a promoção e educação para a saúde.

No fundo, é dotarmos as pessoas que ensinamos, sendo os pais (também já fizemos formação com os pais), sendo as crianças, adolescentes, de conhecimentos e competências, de saberem fazer algo, e neste caso é de saberem cuidar dos dentes, fazerem algo pela sua saúde. Claro que quando ensinamos os pais, neste tipo de conhecimento, nomeadamente a Saúde Oral, é de fazerem uma vigilância aos filhos e ensinarem-nos a lavar os dentes, pois se os pais não souberem escovar, também não vão conseguir educar os filhos. Nas crianças, não tanto nos meninos mais pequeninos, mas consoante vão da pré para a primária essas crianças devem saber lavar os dentes, pois

um dia mais tarde vão ser seres autónomos e muitos são desde cedo seres autónomos desde muito cedo na realização deste tarefa em particular.

Realiza promoção para a Saúde Oral junto de que grupos?

Neste momento, em contexto de USF nós não trabalhamos grupos a não ser esporadicamente fazemos ações, em dias específicos, comemoramos o dia mundial da saúde, o dia mundial da criança e, aí assim, incorporamos atividades lúdicas, também em ensinos para a saúde, higiene oral, higiene corporal etc, mas não fazemos em grupos específicos como já fiz nas escolas, agora fazemos mais a não ser nesses dias comemorativos, fazemos mais em gabinete, sendo individual esse ensino.

Desenvolve atividades previamente planeadas?

È assim quando é em âmbito de escolas e quando é em grupo faz todo o sentido e tem que ser. Eram obviamente planeadas, mas no contexto da consulta infantil não deixa de ser planeado, mas é e não é, quer dizer não obedece a um plano de sessão, como obedece quando é em grupos na comunidade, mas, por outro lado, como está planeado no âmbito da consulta infantil não posso dizer que não seja planeado. Portanto, não posso dizer que aquele momento esteja planeado em 5min. Para aquilo, 5 minutos para outra coisa, mas no fundo faz parte da consulta de saúde infantil e vai surgindo de forma mais fluida no decorrer da consulta.

Que tipo de atividades (fala com as pessoas, demonstração ilustrativa, método de escovagem, fala da doença cárie, apresenta filmes, tem mostradores, etc...)?

Quando fazia nas escolas sim, tínhamos apoio audiovisual, fazíamos “powerpoints”, portanto, estamos a falar de “data show” na apresentação de diapositivos e tínhamos filmes. Neste momento, para a consulta não temos a logística necessária nem o tempo na verdade, porque, no contexto de consulta de Enfermagem e no contexto de enfermeiros de família, temos aí uns 15 minutos para cada consulta e nem temos os meios audiovisuais disponíveis em cada gabinete, nem temos tempo para isso. No

entanto, nos dias comemorativos fazemos sempre a apresentação de diapositivos ou filmes, durante o dia, com questões alusivas á saúde nomeadamente à Saúde Oral.

Para realizar esta tarefa teve necessidade de procurar informação?

Sim, surgiram alguns parceiros, que nos ajudaram, estamos a falar, nomeadamente, da “Colgate”, que nos deu um filme, alguns laboratórios forneceram-nos alguns panfletos informativos, mas também há muita coisa, que foi elaborada por nós, muitos “power points”, filmes não digo, mas temos muitos panfletos, cartolinas e atividades formuladas por nós.

Se sim onde recolheu a informação (jornais, revistas, artigos, pós graduação)?

Basicamente, folhetos informativos que já existiam no centro de saúde, manuais de Enfermagem, também á Internet, mas foi realmente mais pelos manuais.

Durante o seu percurso académico teve uma disciplina específica, onde lhe foram administrados conhecimentos sobre a Saúde Oral? Em que disciplina foi? Que áreas abordavam este tema (pratico, teórico, clínico)?

Sim, em Enfermagem Pediátrica, ou Enfermagem de Saúde Infantil já não me recordo bem o nome. Esta disciplina surgiu no contexto, era Enfermagem Clinica, que era teórica, mas depois de aplicação á pratica. Falando, especificamente, no conteúdo foi-nos ensinado técnica de escovagem dos dentes, para ensinarmos no contexto da promoção da saúde oral, mas por exemplo doenças específicas do dente e da gengiva não demos, pelo que recordo, nada disso. Foi mesmo no âmbito da escovagem e alguns conceitos para depois promovermos a Saúde Oral.

Qual era a formação de base dos profissionais que lhe deram esta formação?

Não me recordo, mas na altura o curso era um bachelato, só mais tarde tirei a especialidade e penso que os meus professores eram licenciados e/ou mestres em Enfermagem.

Que tipo de formação/experiência seria pertinente os enfermeiros terem para realização deste tipo de ações, nomeadamente a promoção e educação da saúde oral?

Julgo que o que nós aprendemos, sobre a Saúde Oral, e eu não posso comparar com o que se ensina hoje, pois não tenho qualquer noção, de qualquer forma penso que seria útil os enfermeiros do curso base terem a noção de algumas patologias da boca. Quem se forma em Medicina Dentária é que vai saber tudo, mas penso ser importante este conhecimento, para depois eles compreenderem a importância da escovagem para uma boca sã.

Na sua opinião os enfermeiros que realizam este tipo de atividade necessitam de formação específica para melhorar o seu desempenho neste âmbito? Porquê?

Se tiverem uma formação na licenciatura, com o conteúdo que falamos ainda agora, penso que não será necessário uma formação extra.

Gostaria de acrescentar algo sobre este tema que eu não tenha perguntado?

Queria dizer que acho realmente importante, e é uma coisa que temos muita dificuldade é que as nossas crianças e os nossos jovens escovem os dentes, até porque não foi um habito muito enraizado desde as gerações mais antigas. É muito complicado, mesmo connosco, no ensino individual, estarmos a dizer á criança para lavar os dentes, quando os pais não o fazem. Penso que é importante abordar este tema quer nas escolas, quer a nível das comunidades e quer, ainda, na consulta de Saúde Infantil. Penso que é importantíssimo, porque isto implica muitos gastos, depois a nível de saúde é claro que há muita parte da Medicina Dentária que é paga em particular, mas quem não pode ir, e estamos a viver uma crise em que as pessoas vão deixar de poder pagar estas consultas e

depois estes problemas podem estender-se e levar a outros problemas de saúde, o que vai implicar custos para o Estado. Logo, penso que promover a Saúde Oral é importantíssimo em todos os sentidos.

4ºEntrevista

Sexo: Feminino

Idade: 47

Habilitações académicas: especialidade em Saúde infantil e Pediátrica

Que cargo desempenha neste momento?

Sou enfermeira da unidade de cuidados comunitários e, neste momento, sou a coordenadora desta unidade.

Tempo de Atividade profissional.

34 anos.

Há quanto tempo realiza a promoção para a Saúde Oral e em que local exerce esta função (nomeadamente no Centro de Saúde, escola...)?

Há mais ou menos 4 anos, a nível da Consulta Infantil e na Saúde Escolar.

O que é para si a promoção e educação para a saúde.

Será fornecer informação sobre conhecimentos recentes, para a população em geral, de forma a que esta reflita e tome as melhores decisões nos seus comportamentos.

Realiza promoção para a saúde oral junto de que grupos?

Na Saúde Infantil, a nível escolar, principalmente, nos jardins de infância e primeiro ciclo.

Desenvolve atividades previamente planeadas?

Primeiro estou com as coordenadoras dos jardins infantis, tento saber o que elas sabem da saúde oral, o que pretendem da saúde oral, falo com elas sobre a importância da saúde oral e depois vemos a necessidade de implementar a escovagem, a informação para os pais, a informação para as operacionais e, de acordo com as necessidades, iniciámos o planeamento das sessões, da escovagem etc...

Que tipo de atividades (fala com as pessoas, demonstração ilustrativa, método de escovagem, fala da doença cárie, apresenta filmes, tem mostradores, etc...)?

Temos formações através de histórias, teatros, filmes, eu escovo os meus dentes, faço bochechos com fluor, faço tudo em pessoa, no final do dia, faço demonstrações para ficarem com a boca limpa!

Para realizar esta tarefa teve necessidade de procurar informação?

Sim, é logico que sim, para tentar dar a informação mais atualizada, visto que, em saúde ,o que hoje é, amanhã não o será.

Se sim, onde recolheu a informação (jornais, revistas, artigos, pós graduação)?

Livros, formação da ARS, busca de informação dos próprios médicos dentistas, através da Internet, na associação portuguesa de pediatria e na Ordem dos Dentistas, mas tudo em sites portugueses. Procuo muito na Associação de Pediatria, uma vez que sou dessa área.

Durante o seu percurso académico teve uma disciplina específica onde lhe foram administrados conhecimentos sobre a saúde oral? Em que disciplina foi? Que áreas abordavam este tema (prático, teórico, clínico)?

Está implícito tanto no curso de Enfermagem, quanto na especialidade. De acordo com o nosso projecto profissional, temos que procurar coisas fora, tais como nos cursos da ARS , participando em tertúlias e formação , que há, mesmo sem ser no âmbito na saúde, para tentar inteirar-se sobre temas da saúde oral mais recente. Claro que não substituo os dentistas, nem os higienistas, dado que tenho conhecimentos para ver o que é uma cárie, como se devem lavar os dentes, quais são os melhores produtos fluoretados para fazer os bochechos e em que alturas.

Qual era a formação de base dos profissionais que lhe deram esta formação?

Foram médicos dentistas, foram enfermeiros, foram os meus colegas mais velhos, no próprio serviço, e, também, no meu interesse pessoal, tenho filhos e procuro informá-los.

Que tipo de formação/experiência seria pertinente os enfermeiros terem para realização deste tipo de ações, nomeadamente a promoção e educação para a saúde oral? Na sua opinião, os enfermeiros que realizam este tipo de atividade necessitam de formação específica para melhorar o seu desempenho neste âmbito? Porquê?

Acho que as que temos são necessárias. Eu vou falar na prática do dia a dia: informação sobre saúde oral há imensa, só não tem quem não quer, há imensos panfletos, só não os lê quem não quer. Agora, sabemos que estamos numa altura em que provavelmente as pessoas vão deixar de ir ao dentista, de 6 em 6 meses. Agora todos os profissionais têm informação e formação, pelo menos, na minha unidade, todos sabemos quantos dentes há, sejam permanentes sejam decíduos, como se chamam. Sabemos, também, que é por números que se contam os dentes, sabemos os cuidados a ter, sabemos as doenças mais frequentes da boca, a nível da alimentação os cuidados a ter, etc. Não acho necessário mais informação do que aquela que há, uma vez que é imensa e se conseguirmos chegar às pessoas e estas nos queiram ouvir, sobre aquilo, já era muito bom.

Gostaria de acrescentar algo sobre este tema, que eu não tenha perguntado?

Acho que perguntaste tudo e que perguntaste muito bem.

Anexo III- Matriz síntese dos dados

Categorias	Subcategorias	
<p>Promoção da saúde oral</p>	<p>Concetualização</p>	<p><i>“ fundamental, é a pedra basilar da saúde, promover e prevenir”</i> Safira</p> <p><i>“ é dar empoderamento às pessoas, é fazer com que elas saibam no momento certo e no tempo certo fazer a coisa certa e perceber porquê”</i> Esmeralda</p> <p><i>“é dotarmos as pessoas que ensinamos (...), de conhecimentos e competências para saberem fazer algo pela sua saúde “ Rubi</i></p> <p><i>“ não é uma coisa visível a curto prazo, mas, antes, a longo prazo acontece (...) pretendemos que a longo prazo haja ganho em saúde. Coisas que nós não vemos, ou pensamos que é agora, na hora que</i></p>

		<p><i>conseguimos, mas não sabemos se ficaram solidificadas e o importante é que fique”</i> Esmeralda</p> <p><i>“ dotarmos as pessoas que ensinamos com conhecimentos, sendo os pais, sendo as crianças, adolescentes, de competências para saberem cuidar os dentes”</i> Rubi</p> <p><i>“É fornecer informação sobre conhecimentos da altura, para a população em geral de forma a que esta reflita e tome as melhores decisões nos seus comportamentos”</i> Jade.</p>
	<p>Público-alvo</p>	<p><i>“Atualmente, no projeto de higiene e saúde oral tenho trabalhado com 1º ciclo”</i> Esmeralda</p> <p><i>“O pré-escolar, tenho também algumas turmas”</i></p>

		<p>Esmeralda</p> <p><i>“Na consulta de saúde infantil e juvenil, na consulta do idoso, na consulta do adulto, praticamente, ao longo do ciclo vital, na consulta da grávida também.” Safira</i></p> <p><i>“Neste momento, em contexto de USF, nós não fazemos trabalhos grupos, a não ser esporadicamente, fazemos ações em dias específicos, comemoramos o dia mundial da saúde, o dia mundial da criança e aí assim incorporamos atividades lúdicas, também no ensino para a saúde, higiene oral, higiene corporal etc, mas não fazemos em grupos específicos como já fiz nas escolas” Rubi</i></p> <p><i>“Na saúde infantil, a nível escolar principalmente nos jardins de infancia e</i></p>
--	--	--

		<p><i>primeiro ciclo” Jade</i></p> <p><i>“ quando ensinamos os pais, nomeadamente na saúde oral é para fazerem vigilância aos filhos e ensinarem a lavar os dentes, pois se os pais não souberem lavar os seus dentes, também não vão conseguir ensinar”</i></p> <p>Rubi</p>
	<p>Atividades desenvolvidas</p>	<p><i>“Sim, as minhas atividades foram sempre previamente planeadas. Eu trabalho por projetos”</i></p> <p>Esmeralda</p> <p><i>“...em função do dia mundial assim as atividades planeadas.”</i></p> <p>Safira</p> <p><i>“ comecei por fazer ensino escolar e aí fazíamos ações estruturadas nos infantários, jardim-de-infância, nas escolas, para esse tipo de ensino”</i></p>

		<p>Rubi</p> <p><i>“...no contexto da consulta infantil, não deixa de ser planeado, mas é e não é, quer dizer não obedece a um plano de sessão, como obedece quando é em grupo, na comunidade, mas como está planeado, no âmbito da consulta infantil, não posso dizer que não seja planeado...” Rubi</i></p> <p><i>“Não posso dizer que aquele momento esteja planeado em 5min, para 5 minutos, para outra coisa, mas no fundo faz parte da consulta de saúde infantil e vai surgindo de forma mais fluida no decorrer da consulta.” Rubi</i></p> <p><i>“ vamos desenvolver um projeto, de dois anos, a nível da escovagem e outros temas relacionados com a higiene oral,</i></p>
--	--	--

		<i>alimentação” Esmeralda</i>
		<i>“...que nós tivemos que fazer projetos e estes tiveram que ser validados pela direção do ACES e pela administração da regional de saúde do Norte por uma equipa regional de apoio que valida os projetos como válidos...” Esmeralda</i>
	Atividades para promoção e educação	<p><i>“Relativamente ao método de escovagem tenho um modelo em que mostro a escovagem e falo dos problemas das cáries, tenho um filme da direção geral de saúde sobre a escovagem ...”</i> Esmeralda</p> <p><i>“...utilizo músicas, tenho um CD de músicas...”</i> Esmeralda</p> <p><i>“Junto da comunidade falávamos da importância da saúde oral, apresentava-mos um data show, contávamos</i></p>

		<p><i>histórias, eu recordo-me que, nos infantários, contávamos sempre uma história para os sensibilizar da importância da higiene oral, em crianças mais velhinhas abordava com recurso ao data show a apresentação da constituição dos dentes, para que serve os dentes”</i></p> <p>Safira</p> <p><i>“nos dias comemorativos fazemos sempre a apresentação de diapositivos”</i> Rubi</p> <p><i>“incorporamos atividades lúdicas”</i> Rubi</p> <p><i>“Quando fazia nas escolas, tínhamos apoio audiovisual, fazíamos powerpoints e, portanto, estamos a falar de data show na apresentação de diapositivos, tínhamos filmes”</i> Rubi</p>
--	--	--

		<p><i>“Temos formações através de histórias, teatros, filmes, e na parte prática, escovo os meus dentes, faço bochechos com flúor, faço tudo, ...” Jade</i></p>
<p>Formação para desenvolver ações de promoção da saúde oral</p>	<p>Fontes de conhecimento</p>	<p><i>“Relativamente á informação, procuro muitas coisas na internet”</i> Esmeralda</p> <p><i>“...algumas questões em jornais, nomeadamente, no jornal de notícias ou no público... mas às vezes sem querer lá vem um assunto ou outro numa revista ou então ouve-se na rádio ou televisão”</i> Esmeralda</p> <p><i>“No que diz respeito a pós graduações, não fiz nenhuma, o que eu fiz foi algumas formações protagonizadas pela direção regional de</i></p>

		<p><i>saúde” Esmeralda</i></p> <p><i>“já tirei o curso há muitos anos, aproximadamente 15 anos e, na licenciatura ,não me recordo de ter nenhuma disciplina que tenha abordado o assunto” Esmeralda</i></p> <p><i>“na área de enfermagem comunitária não me recordo de ter falado sobre o assunto, nomeadamente no âmbito da saúde escolar”</i> Esmeralda</p> <p><i>“se foi dado, foi algo que não me marcou”</i> Esmeralda</p> <p><i>“ Por algum profissional de medicina dentária, nunca ! ...” Esmeralda</i></p> <p><i>“se foi administrado, foi muito simples, mas sempre dado por uma enfermeira” Esmeralda</i></p>
--	--	--

		<p><i>“Fui praticamente fazendo sem recorrer a nada de novo, tentava sempre aperfeiçoar-me. Mas esta informação já me vem desde há muitos anos.” Safira</i></p> <p><i>“Basicamente, no site da DGS existe uma parte específica sobre a saúde oral...” Safira</i></p> <p><i>“...na altura, não fazia parte do currículo a disciplina de higiene oral. A promoção da saúde fui eu que a fiz por mim, ou seja, quando se trabalha em cuidados de saúde primários, as nossas ferramentas de trabalho somos nós que as temos que procurar e aperfeiçoar, depois com os conhecimentos que fomos adquirindo e com a prática, também adquirimos experiência e prática no assunto.”</i></p>
--	--	--

		<p>Safira</p> <p><i>“Basicamente, lia folhetos informativos, que já existiam no centro de saúde, manuais de enfermagem. Também ia á internet, mas foi realmente mais pelos manuais” Rubi</i></p> <p><i>“Sim, em enfermagem pediátrica, ou enfermagem de saúde infantil já não me recordo bem o nome.” Rubi</i></p> <p><i>“Procuro como toda a gente na internet”Rubi.</i></p> <p><i>“Esta disciplina surgiu no contexto, era enfermagem clinica que era teórica, mas depois com aplicação á pratica” Rubi.</i></p> <p><i>“...penso que os meus professores eram licenciados ou mestres em enfermagem...” Rubi</i></p>
--	--	---

		<p><i>“Livros, formação da ARS, busca de informação com os próprios estomatologistas dentistas, através da internet, na Associação Portuguesa de Pediatria e na ordem dos dentistas, sendo tudo pesquisado nos sites portugueses. Procuro muito na Associação de Pediatria uma vez que sou dessa área.” Jade</i></p> <p><i>“Está implícito tanto no curso de Enfermagem, quanto na especialidade. De acordo com o nosso projeto profissional, temos que procurar coisas, noutras locais, tais como nos cursos da ARS , participando em tertúlias e formação, que há mesmo sem ser no âmbito na saúde, para me inteirar da saúde de forma mais atualizada” Jade</i></p>
--	--	--

		<p><i>“Foram médicos dentistas, foram enfermeiros, foram os meus colegas mais velhos no próprio serviço, e também, pelo meu interesse pessoal, dado que procuro mais informação, que também é útil para os meus filhos.” Jade</i></p>
	<p>Conteúdos da formação</p>	<p><i>“...foi uma era no âmbito de saúde escolar, em geral, em que tive alguns conhecimentos na área da higiene e saúde oral ...”</i> Esmeralda</p> <p><i>“Houve uma formação na Direção Regional de Saúde , por causa do cheque dentista”</i> Esmeralda</p> <p><i>“Falando especificamente no conteúdo, foi-nos ensinada a técnica de escovagem dos dentes, para ensinarmos no contexto da promoção da saúde oral, mas em doenças específicas do</i></p>

		<p><i>dente e da gengiva não demos, pelo que recordo não demos nada disso. Foi mesmo no âmbito da escovagem e alguns conceitos para depois promovermos a saúde oral.” Rubi</i></p> <p><i>“Agora, todos os profissionais, sobre informação e formação, pelo menos aqui na minha unidade, sabemos quantos dentes há , quer permanentes quer decíduos, como se chamam, sabemos que é pelo números que se contam os dentes, sabemos os cuidados a ter, sabemos as doenças mais frequentes da boca e ao nível da alimentação os cuidados a ter...” Jade</i></p>
	<p>Necessidade de formação</p>	<p><i>“a Direção Regional de Saúde, na altura, disse que não fazia sentido dar esta formação, eu referi que, a nível local, a saúde pública pode gerir isto muito bem e fazer esta</i></p>

		<p><i>formação, acho muito importante o cara a cara e obter informações e tirar dúvidas” Esmeralda</i></p> <p><i>“...como tal, eu acho que a formação é muito importante e por mais que digam que as circulares estão lá, há por vezes alguma dificuldade na interpretação dessas circulares e muitas pessoas nem vão ler por falta de tempo.”</i> Esmeralda</p> <p><i>“Eu penso que não, as pessoas estão, hoje em dia, informadas, isto é ,julgo essencial que é as pessoas estejam vocacionadas para isto”</i> Safira</p> <p><i>“...penso que seria útil os enfermeiros do curso base terem a noção de algumas das patologias da boca...” Rubi</i></p>
--	--	---

		<p><i>“Se tiverem uma formação na licenciatura com o conteúdo que falamos ainda agora, penso que não seria necessário uma formação extra.” Rubi</i></p> <p><i>“Acho que as que temos são necessárias. Eu vou falar na minha prática do dia a dia : informação sobre saúde oral, há imensa, só não tem quem não quer, há imensos panfletos, só não os lê quem não quer...” Jade</i></p> <p><i>“portanto, não acho necessário mais informação do que aquela que há, pois é imensa”- Jade</i></p>
--	--	--

Anexo IV- Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Promoção e Educação da Saúde Oral: conhecimentos dos profissionais de saúde.

Eu, abaixo-assinado (nome completo)

.....

-----,

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação, que tenciono realizar, bem como do estudo em geral. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento que a informação ou explicação, que me foi prestada, versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar, em qualquer momento, a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi-me ainda assegurado que os registos, em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem), serão confidenciais e utilizados, única e exclusivamente, para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/_____/20__

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura: