

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Antropologia

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

Ana Capitolina de Loureiro Beaumont

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Desenvolvimento e Saúde Global

Orientador:

Professor Doutor Rogério Roque Amaro

Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa

Co-orientador(a):

Professora Doutora Clara Carvalho

Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa

Dezembro, 2014

**O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso
na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche**

“Saúde não é doença, Saúde é Qualidade de Vida”
(Minayo, Hartz & Buss, 2000)

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo, nomeadamente à minha colega Helena Viegas, à Coordenação da Escola do Alto da Peça e às professoras Cidália, Tânia e Fátima. Obrigada também à Sra. Enfermeira Hortênsia e à Coordenação da UCC Cascais Care. Todos indistintamente foram de uma disponibilidade e colaboração fundamentais nesta investigação.

Agradeço aos meus Colegas e Professores do mestrado pelos momentos tão intensamente vivenciados.

Agradeço à Professora Clara Carvalho pelo apoio.

Agradeço à minha Família, na qual incluo os meus Amigos.

Agradeço eternamente aos meus queridos Pais e aos meus adorados Filhos.

Last but no least agradeço profundamente ao meu orientador e Amigo Professor Doutor Rogério Roque Amaro pela sua paciência, segurança e ensinamentos, e por nunca me deixar desistir.

Resumo

O objeto de estudo desta investigação é o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), como aplicação de um conceito inovador que pretende contrariar a tendência globalizante e normalizadora da atual sociedade industrializada – o conceito de Desenvolvimento Local.

Perante a constatação de alguns eixos estruturais comuns entre este conceito que promove a cooperação para o bem estar-social e o conceito de promoção da saúde que serve de base à implementação e execução do PNPSO, estabeleceu-se como objetivo geral deste estudo a aferição do contributo do Programa para o Desenvolvimento Local.

Através de análise documental, observação direta e também de uma metodologia de estudo de caso, aferiram-se dados quantitativos e qualitativos junto de uma amostra de 49 alunos do 4º ano de escolaridade e seus pais/encarregados de educação da Escola Básica do 1º ciclo e Jardim de Infância do Alto da Peça em Alcabideche e de alguns atores sociais implicados na execução das atividades do Programa¹.

Da análise dos resultados obtidos pode aferir-se existe uma parceria informal e amigável de longa duração entre a escola e o Centro de Saúde com uma partilha de recursos que permite a execução das atividades do PNPSO que se optou realizar na escola. A Higienista Oral que operacionaliza o Programa intervém de forma autónoma sem integração em equipa multidisciplinar, porém subjaze a possibilidade de se poder construir o diagnóstico social dos alunos envolvidos no estudo através de uma referenciação pela sua deficiente condição oral. Apesar de haverem evidências de capacitação quanto à sua higiene e saúde orais, a participação dos alunos e seus pais/encarregados de educação no Programa é passiva, não havendo uma postura *empowered* quanto às dinâmicas do PNPSO na escola. A equidade no acesso aos recursos do Programa é maioritariamente reconhecida e este satisfaz ainda outras necessidades para além da saúde oral, como é o caso de uma maior responsabilização para com a higiene, a saúde e a alimentação.

¹ As três Professoras do 4º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico, a Gestora Local do programa e Higienista Oral que também o operacionaliza, a Enfermeira figura de referência do Programa de Saúde Escolar integrada na UCC Cascais Care e o Coordenador Nacional do PNPSO.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

Concluiu-se assim que apesar das fragilidades que apresentam os eixos estruturais do PNPSO no que respeita à promoção da saúde, este tem potencialidades para estar na base de uma rede de maior conhecimento das necessidades e prioridades dos cidadãos no sentido de possibilitar estratégias para o alcance do seu bem-estar, num processo dinâmico de cooperação interpares e rentabilização de recursos já existentes, como é o caso das consultas de tratamentos dentários e/ou de aplicação de selantes.

Palavras – Chave – Desenvolvimento Local, Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, Parcerias, Participação, Equidade, Diagnóstico Social

Abstract

The research of this subject matter is the National Program for the Promotion of Oral Health (PNPSO) as an application of an innovative concept that seeks to counter the globalizing and normal trend of the current industrialized society - the Local Development concept.

After noting some common structural axes between this concept that promotes cooperation for the social welfare and the concept of health promotion that is the basis for the implementation and execution of PNPSO, was established as a general objective of this study the measurement of this Program's contribution to Local Development.

Through document analysis, direct observation and also a case study methodology, quantitative and qualitative data parameters were assessed on a sample of 49 students in the 4th grade from the 1st cycle and Kindergarten Alto da Peça Basic School in Alcabideche, and their parents / guardians. Some social actors involved in the implementation of the Program activities were also interviewed.²

The analysis of the results shows that there is an informal and friendly long term partnership between the school and the health center with a sharing of resources that allows the execution of PNPSO activities that school teachers decided to perform in school. The Dental Hygienist who is responsible for the program at school operates independently without integration in a multidisciplinary team, but underlies the possibility of establishing a social diagnosis of the students involved in the study through a referral by their poor oral condition. Although there is evidence of training for their hygiene and oral health, participation of students and their parents / guardians in the program is passive, not having an attitude *empowered* to the PNPSO in school dynamics. Equity in access to program resources is mostly recognized and this still

² The three teachers of the students, the Dental Hygienist that controls the activities of the Program, the Scholar Health Program Nurse from Cascais Health Center and the National Program for the Promotion of Oral Health National Coordinator.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

satisfy other needs in addition to oral health, as it is the case for greater accountability to hygiene, health and nutrition.

It was concluded that despite the weaknesses of the structural axes of PNPSO regarding health promotion, it has the potential to form the basis of a network of greater knowledge of the needs and priorities of citizens in order to allow strategies to achieve their well-being in a dynamic process of peer cooperation and maximization of resources, like the dental care appointments to treat decay and other treatments such as sealants application.

Key - Words - Local Development, National Program on the Promotion of Oral Health, Partnerships, Participation, Equity, Social Diagnosis.

Índice

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Índice

Lista de gráficos

Lista de abreviaturas

1º CAPÍTULO – Enquadramento teórico

Introdução.....	1
1.1 O conceito de Desenvolvimento.....	5
1.1.2 Sobre a sua evolução.....	5
1.1.3 Sobre o Desenvolvimento Local.....	10
1.1.3.1 Apresentação do conceito.....	11
1.1.3.2 Os princípios metodológicos do Desenvolvimento Local.....	14
1.1.3.2.1 A Participação e o <i>Empowerment</i>	16
1.1.3.2.2 A abordagem integrada.....	20
1.1.3.2.3 As parcerias.....	24
1.1.3.2.4 A equidade.....	27
1.2 A intervenção comunitária em saúde oral em Portugal.....	28
1.2.1 A saúde enquanto fator de desenvolvimento.....	28

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

1.2.2 Sobre a saúde oral na perspetiva social.....	30
1.2.3 Sobre a saúde oral em Portugal.....	33
1.2.4 Sobre o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.....	37
1.2.4.1 A filosofia de intervenção.....	38
1.2.4.2 A sua evolução.....	41
1.2.4.3 As características de ação.....	47
<u>2º CAPÍTULO – Parte empírica</u>	
2.1 Caracterização do território e do Meio da Escola Básica do 1º ciclo e Jardim de Infância (EB1 JI) do Alto da Peça.....	50
2.1.1 O território.....	50
2.1.2 O meio social e económico.....	51
2.1.3 O meio escolar.....	56
2.1.4 A freguesia de Alcabideche.....	57
2.1.5 O Agrupamento de Alcabideche e a EB1 JI do Alto da Peça.....	58
2.1.6 Enquadramento metodológico.....	63
2.1.6.1 Instrumentos utilizados.....	64
2.1.6.2 Grelha analítica.....	65
2.1.6.3 Procedimento.....	65
2.1.6.4 As entrevistas.....	68
2.1.6.5 Os inquéritos por questionário.....	69
2.2 Resultados.....	70
2.2.1 Caracterização das entrevistas.....	71
2.2.2 Caracterização dos inquéritos por questionário.....	73
2.2.3 Descrição dos resultados das respostas dos envolvidos.....	73
2.2.3.1 Caraterização sociodemográfica da amostra.....	73
2.2.3.2 Os hábitos, cuidados e conhecimentos de saúde oral.....	75

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

2.2.3.3 A opinião sobre o PNPSO.....	76
2.2.4 Descrição dos resultados das respostas dos PEE.....	76
2.2.4.1 Caraterização sociodemográfica da amostra.....	76
2.2.4.2 Os hábitos, cuidados e conhecimentos de saúde oral.....	77
2.2.4.3 A opinião sobre o PNPSO.....	78
2.2.5 Análise da existência de diferenças estatisticamente significativas.....	81
2.2.6 Análise correlacional.....	82
2.2.7 Sugestões dos envolvidos e seus PEE.....	84

3º CAPÍTULO – Discussão dos resultados e conclusões

3.1 Discussão dos resultados.....	86
3.1.1 As entrevistas.....	87
3.1.2 Os inquéritos por questionário.....	89
3.2 Conclusões.....	91
3.3 Considerações finais.....	96
Bibliografia.....	97
Anexos.....	104

Lista de gráficos

Gráfico 1.....	50
Gráfico 2.....	53
Gráfico 3.....	53
Gráfico 4.....	56
Gráfico 5.....	74
Gráfico 6.....	75
Gráfico 7.....	77
Gráfico 8.....	78
Gráfico 9.....	79
Gráfico 10.....	80
Gráfico 11.....	80

Listagem de abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AEC – Atividades de Enriquecimento Curricular

AML – Área Metropolitana de Lisboa

ARS – Administração Regional da Saúde

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

AS – Ação Social

BASCD – British Association for the Study of Community Dentistry

CPO – Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados

CSO – Cuidados de Saúde Oral

DGCSP – Direção Geral de Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DRHO – Documento de Referenciação para o Higienista Oral

EADPH – The European Association of Dental Public Health

EB1 JI – Escola Básica do 1º Ciclo e Jardim de Infância

HO – Higienista Oral

IADR – The International Association for Dental Research

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não-governamental

PBSO – Programa Básico de Saúde Oral

PDS – Plano Desenvolvimento Social

PEAS – Programa Específico de Aplicação de Selantes

PEE – Pais/Encarregados de Educação

PIB – Produto Interno Bruto

PIMD – Programa de Intervenção Médico-Dentária

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PPC – Paridade do Poder de Compra

PPSOCA – Programa de Promoção de Saúde Oral em Crianças e Adolescentes

PSOSE – Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar

RSI – Rendimento Social de Inserção

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

**O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso
na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche**

1º Capítulo. Enquadramento teórico

Introdução

1) O Desenvolvimento Local tendo como aplicação a intervenção comunitária em saúde oral

Num mundo que se pretende cada vez mais globalizado, a normatização implica por vezes uma “perda” de sensibilidade para as questões enraizadas no local, assistindo-se por outro lado a movimentos contrários à dinâmica global eurocentrada assente no Paradigma da Modernidade, que frequentemente não atenta às especificidades da comunidade.

Neste contexto, existem comunidades que encetam um esforço no sentido do surgimento de um verdadeiro movimento *bottom-up* com a estimulação do desenvolvimento do seu local, reflectindo-se tal no envolvimento de todos na resolução dos problemas de todos, na participação e *empowerment* dos cidadãos, no estabelecimento de parcerias facilitadoras da partilha de recursos e sinergias e na melhoria da equidade, entre outros pilares do conceito formal de Desenvolvimento Local.

Por sua vez, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) poderá também constituir um meio de promoção do Desenvolvimento Local de uma comunidade, dados os seus princípios norteadores onde está patente a referência à metodologia da promoção da saúde de forma equitativa, pressupondo-se a utilização de estratégias de *empowerment* e participação das crianças envolvidas em conjunto com a ocorrência de parcerias institucionais. Também fazendo parte dos procedimentos desejáveis deste programa, a existência das equipas multidisciplinares proporcionará, por suposição, uma melhor caracterização do diagnóstico social dos envolvidos, das suas famílias e por extensão da comunidade onde estão inseridos, invocando-se desta forma este conceito que constitui um instrumento fundamental na aferição das necessidades, problemas e prioridades de determinada sociedade humana.

2) A problematização

Numa tentativa de conhecer o contributo do PNPSO para o Desenvolvimento Local de uma comunidade, estabeleceu-se esta questão como objetivo geral desta dissertação, daí decorrendo cinco objetivos específicos, adiante pormenorizados. Estes objetivos surgem

naturalmente perante a constatação das afinidades entre alguns dos eixos estruturais do conceito de Desenvolvimento Local e a filosofia de intervenção do PNPSO.

3) Objetivos do estudo

Tendo em conta a revisão de literatura realizada no capítulo seguinte, foi definido como objetivo geral desta investigação, analisar o contributo do PNPSO para o Desenvolvimento Local de uma comunidade. De forma a cumprir-se este objetivo entendeu-se investigar outros cinco objetivos específicos, que implicam cada um, a análise de algumas dimensões do conceito de Desenvolvimento Local:

1. Identificar a ocorrência de parcerias institucionais;
2. Caracterizar a existência de participação das crianças envolvidas neste estudo e seus encarregados de educação;
3. Descobrir o contributo do diagnóstico sectorial em saúde oral para o diagnóstico social integrado;
4. Conhecer o grau de equidade no acesso aos recursos disponibilizados pelo PNPSO;
5. Caracterizar o *empowerment* das crianças envolvidas neste estudo e seus encarregados de educação, no que respeita aos seus conhecimentos, cuidados e hábitos em saúde oral.

4) Justificação do Estudo

Dada a multiplicidade de abordagens possíveis às comunidades abrangidas pelas equipas dos ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde), pareceu-nos de utilidade social e política a partilha de conhecimentos sobre o PNPSO numa nova perspetiva para além da já comprovada melhoria acentuada dos níveis da saúde oral dos escolarizados em Portugal.

A análise da capacidade de mobilização da comunidade em torno da questão da sua saúde oral poderá determinar uma nova conotação ao Programa para além da vertente clínica, ao contribuir para a dissecação da questão social em si. As conclusões desta investigação poderão também identificar pontos fortes e/ ou fragilidades das práticas inerentes à intervenção comunitária em saúde oral no âmbito deste Programa de

referência, tendo como cenário a envolvente social, económica e cultural da comunidade em estudo.

O reforço da implementação destas mesmas práticas ou a sugestão da introdução de práticas diversas na intervenção comunitária em saúde oral poderá incorrer em benefício para os utentes, profissionais do SNS e seus parceiros.

5) Constrangimentos da investigação

O constrangimento mais evidente no decurso deste estudo foi a pouca experiência da investigadora. O facto de ser trabalhadora também limitou a maior disponibilidade para o estudo, que se prolongou no tempo. A não adesão de 14 indivíduos e seus pais/encarregados de educação constituiu outra limitação.

6) Descrição do estudo

O Desenvolvimento Local constitui o tema central desta dissertação tendo como aplicação a intervenção comunitária em saúde oral da qual o PNPSO é o programa de referência.

No I Capítulo desta dissertação procede-se assim à revisão bibliográfica sobre o tema central que se pretendeu estudar, e também se enquadra teoricamente a evolução da intervenção comunitária em saúde oral com enfoque no PNPSO como resultado dessa evolução. Constata-se a correspondência entre cinco eixos estruturais do conceito de Desenvolvimento Local e a filosofia de intervenção do PNPSO, assente numa metodologia de promoção da saúde: a existência de parcerias institucionais, a participação deliberativa, o empowerment, a equidade e a contribuição da condição oral para o conhecimento integrado do indivíduo, na perspetiva das suas necessidades e prioridades.

No II Capítulo descreve-se o estudo empírico que se efetuou. Começa-se por descrever o território, o meio socioeconómico, o meio escolar, a Freguesia de Alcabideche, o Agrupamento de Escolas de Alcabideche e a Escola Básica do 1º ciclo e Jardim de Infância do Alto da Peça, onde se realizou, em contexto de estudo de caso, a investigação que procurou dar resposta aos objetivos propostos.

Faz-se em seguida um enquadramento metodológico onde se descrevem os instrumentos utilizados na investigação, a grelha analítica que esteve na origem das questões

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

colocadas aos participantes selecionados para responder a inquérito por questionário semiaberto (alunos do 4º ano e seus pais/encarregados de educação), das questões colocadas aos entrevistados (a Higienista Oral, a Enfermeira da saúde escolar, as três Professoras do 4º ano e o Coordenador Nacional do PNPSO); e também da escolha da técnica da observação direta e da análise documental como forma de aferir dados para se poderem tecer considerações de maneira a atingir-se os objetivos propostos.

De seguida descreve-se o procedimento para a utilização dos quatro instrumentos selecionados para se fazer o estudo. Aborda-se o procedimento para a realização das entrevistas aos atores sociais pertinentes para a execução do PNPSO e aos inquéritos por questionário aos alunos do 4º ano e seus pais/encarregados de educação.

Adiante nos “Resultados”, caracterizam-se as entrevistas através de análise de conteúdo e faz-se a análise descritiva dos inquéritos por questionário aos 49 alunos do 4º ano da amostra. Faz-se a sua caracterização sociodemográfica, descrevem-se os seus hábitos, conhecimentos e cuidados em saúde oral e a sua opinião sobre o PNPSO, também em contexto das dimensões de análise do Desenvolvimento Local. Seguidamente procede-se de igual forma para os inquéritos por questionário da amostra dos 49 pais/encarregados de educação desses alunos.

Faz-se ainda a análise da existência de diferenças estatisticamente significativas encontradas nas respostas dos dois grupos de participantes, prossegue-se com a caracterização dos inquéritos por questionário estabelecendo-se uma análise correlacional entre as respostas dos alunos e seus pais/encarregados de educação e termina-se com a descrição das sugestões recolhidas.

O III Capítulo desta dissertação é composto pela discussão dos resultados obtidos neste processo interrogativo através das entrevistas, dos inquéritos por questionário, pela análise documental e pela observação direta. Termina-se esta dissertação com as conclusões do estudo onde se faz uma reflexão sintética sobre a utilidade e pertinência do tema abordado e da importância que todo o processo de investigação teve na investigadora, se dá resposta os objetivos estabelecidos, se deixam pistas para outros trabalhos académicos e se dão algumas sugestões de medidas de políticas de saúde, com indicações para os responsáveis políticos.

1.1 O conceito de Desenvolvimento

1.1.2 Sobre a sua evolução

Em 1986, a ONU, na sua “Declaração Sobre o Direito ao Desenvolvimento” refere que os Estados têm o direito e o dever de formular políticas nacionais adequadas para o desenvolvimento, que visem ao constante aprimoramento do bem-estar de toda a população e de todos os indivíduos, com base na sua participação ativa, livre e significativa e no desenvolvimento e na distribuição equitativa dos benefícios daí resultantes¹.

O conceito de desenvolvimento, ainda que sem consistência científica, estava já subjacente na obra de Adam Smith, que no séc. XVIII, estudou a causa e a natureza da riqueza das nações, numa tentativa de associar o crescimento económico e a inovação tecnológica ao progresso². Também a tradução inglesa de “O Capital” de Karl Marx, publicada em 1887, associava o termo desenvolvimento à economia inglesa, como sinónimo de “fases históricas das formas de produção”, embora só no século XX o conceito se afirme, e se torne universal.

Com o final da II Guerra Mundial e a posterior redefinição geográfica dos mapas dos países ex-colonizadores e emergentes, o conceito ganha uma nova dimensão progressivamente mais conotada com o almejado nível de progresso e bem-estar³. Com efeito, as potências ideológicas e económicas que se afirmaram através do conflito mundial, Estados Unidos da América e União Soviética, encetaram uma cruzada de assistência material e de serviços aos países ditos subdesenvolvidos, numa tentativa não raro interessada na disseminação da sua ideologia política. O conceito de desenvolvimento passa assim por uma associação com os países que aspiravam à prosperidade e à riqueza quer na própria Europa, que com a ajuda do Plano Marshall procediam à reconstrução no pós-guerra, quer nas suas ex-colónias que aspiravam alcançar o anterior modo de vida europeu, constituindo geoestrategicamente espaços de implementação das metodologias desenvolvimentistas.

Os acontecimentos políticos, sociais e económicos que se desenrolaram desde a Revolução Industrial e a Revolução Francesa (os dois marcos referenciais do início do período moderno), culminaram assim em experiências historicamente observáveis nas

¹ Declaração Sobre o Direito ao Desenvolvimento. (1986). artigo 2, alínea 3, ONU.

² Smith, Adam. (2007), *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. São Paulo, Edição Sálvio M. Soares. MetaLibri.

³ Amaro, Rogério (2003), *Desenvolvimento – Um Conceito Ultrapassado ou em Renovação? Da Teoria à Prática e da Prática à Teoria*. Cadernos de Estudos Africanos nº4 Jan/Jul. Lisboa.

metrópoles europeias e nos EUA, e tais fatos serviram de referência para a conotação do conceito de desenvolvimento às sociedades industriais. Deste modo, este conceito que antes da II Guerra era o resultado de uma economia de mercado, passa agora a ser o resultado de intervenções políticas, consubstanciadas também na necessidade de acumulação de riqueza como suporte das necessidades tecnológicas e militares implicadas na chamada Guerra Fria, evidenciando-se a sua vertente economicista.

Malgrado a distância ideológica entre as duas correntes políticas dominantes, o facto é que a esmagadora maioria das diferentes formas de pensar e implementar o desenvolvimento eram comuns a leste e a oeste do mundo, a saber: o economicismo, o produtivismo, o consumismo (essencialmente no ocidente), o quantitativismo, o industrialismo, o tecnologismo, o racionalismo, o urbanicismo, o antropocentrismo, o etnocentrismo e o uniformismo, mitos que segundo Amaro, foram os alicerces do conceito durante os chamados Trinta Gloriosos anos do pós-guerra⁴.

As diferentes abordagens implícitas no conceito de desenvolvimento tendente à universalização, trouxeram porém consigo alguns desacertos. As suas implicações menos positivas refletiram-se individual e coletivamente em ambas partes do mundo, na medida em que a relação entre desenvolvimento e crescimento económico classificou os países de acordo com o seu grau de desenvolvimento (onde o cenário industrial era incontornável) e definiu uma fórmula considerada suficiente e direta para se alcançar o “bem-estar da população (educação, saúde, habitação, relações sociais, sistema político, valores culturais, etc.)”⁵, através do rendimento per capita. Porém, o carácter economicista do conceito, que deveria integrar e articular as dimensões sociais, políticas, culturais e ambientais da sociedade, fez vir ao de cima contextos que não haviam sido previstos e que insinuaram o seu impacto nas populações através de um sentimento de frustração, provocando segundo Friedmann, uma “destruição criativa”⁶, e a sujeição social a formas perniciosas de individualismo.

Estes contextos contribuíram para a fecundação de estados psicopatológicos reflexos de desajustes sociais como o stresse, a solidão, a insegurança, as depressões, entre outros, e

⁴ Amaro, Rogério (2003), *Desenvolvimento – Um Conceito Ultrapassado ou em Renovação? Da Teoria à Prática e da Prática à Teoria*, Cadernos de Estudos Africanos nº4 Jan/Jul. Lisboa.

⁵ Amaro, Rogério (2003), *Desenvolvimento – Um Conceito Ultrapassado ou em Renovação? Da Teoria à Prática e da Prática à Teoria*, Cadernos de Estudos Africanos nº4 Jan/Jul. Lisboa.

⁶ Friedmann, Jonh (1996), *Empowerment: The Alternative Development*. Blackwell. Oxford.

que ofuscaram os laços coletivos e comunitários, matrizes estruturais da vertente cultural, aglutinadora de identidades⁷.

A organização política e económica definida pelos Estados-providência que atribui ao mesmo o papel de protetor, defensor e regulador da vida social, económica e política começa assim a ser questionada perante um crescente fenómeno de exclusão social, necessariamente conotado com os baixos rendimentos, e com a rutura dos laços com a sociedade envolvente, o que remete para os conceitos de pobreza e exclusão social analisados mais adiante.

A nível macroeconómico e a somar a estas realidades micropolíticas, a falência do modelo de desenvolvimento euro centrado assentou numa sucessão de crises sociais (como o Maio de 68) e económicas⁸ (exemplo do choque petrolífero) que a partir dos anos 70, afetaram os países ocidentais considerados como exemplo de desenvolvimento, pois não obstante o óbvio incremento económico e tecnológico verificado nestas sociedades, persistiam e com tendência a aumentar, estas franjas da população que não beneficiavam dessa realidade, num cenário de degradação da qualidade de vida, tendo subjacentes outros contextos como o da corrupção política, economias paralelas, violência urbana e desemprego, que Boaventura S. Santos caracteriza como o “terceiro mundo interno”⁹. O crescimento económico é uma realidade que beneficia poucos em detrimento de muitos, e o seu carácter individualista fez vir ao de cima sentimentos de supremacia de indivíduo para indivíduo, além de se verificarem realidades de verdadeiro oportunismo nas transações económico-financeiras tanto a nível individual como coletivo, nacional e supranacional.

Também a nível global o fato é que a maior parte da população mundial continuava num ciclo de pobreza em que não se conseguiam sequer satisfazer algumas das suas necessidades básicas. Para os desfavorecidos dos países subdesenvolvidos (a chamada periferia ou o terceiro mundo), o conceito de desenvolvimento não era mais do que um “cavalo de Troia” das nações ocidentais, cujo objetivo era apenas a exploração económica e a

⁷ Amaro, Rogério (1991), Caminhos de Desenvolvimento para a Beira-interior-10 interrogações, Revista Poder Local, Nº102. (p.62-79).

⁸ Amaro, Rogério (1991), Caminhos de Desenvolvimento para a Beira-interior-10 interrogações, Revista Poder Local, Nº102. (p.62-79).

⁹Santos, Boaventura de Sousa (1993), O Estado, as Relações Salariais e o Bem-Estar Social na Semiperiferia: O Caso Português. Em Portugal um Retrato Singular, Porto, Edições Afrontamento.

opressão política, numa nova forma de colonialismo¹⁰. Perante o confronto capitalista-socialista e num claro processo de individualismo global, os países mais desenvolvidos exerceram a sua hegemonia com vista ao seu próprio crescimento económico e à disseminação das suas ideologias políticas e não tanto como era de supor à ajuda desinteressada. A própria ajuda económica direta que estas nações se comprometeram a dar em acordo firmado (1% do seu PIB) institucionalmente não chegou a ser uma realidade relevante no contexto da ajuda ao desenvolvimento¹¹.

O Paradigma da Modernidade, que Boaventura S. Santos analisou no final dos anos 90, constituiu o primado da razão que produziu grandes avanços científicos e tecnológicos, mas simultaneamente criou situações de desigualdade e de exclusão na medida em que “as sociedades modernas vivem a contradição entre os princípios de Emancipação: Igualdade e Integração Social, e os princípios de Regulação: desigualdade e exclusão social”¹². A propósito deste paradigma, Buss et al. refere que vivemos na “era dos extremos (...) de grandes disparidades internacionais e produzindo enormes problemas sociais e de saúde”¹³. O aparecimento de doenças internacionais como a pandemia do HIV/SIDA cujo progresso científico e tecnológico ainda não conseguiram resolver, é bem exemplo das assimetrias sociais e em saúde no globo pois a esmagadora maioria dos infetados vivem em países em vias de desenvolvimento. Este paradigma falha no cumprimento da sua promessa de equidade nas oportunidades e de melhor qualidade de vida para todos.

A incapacidade científica (que motivou a revisão dos paradigmas científicos¹⁴) e em muitos dos países pobres também logística de se lidar com as chamadas doenças fatais sem-fronteira como foi o caso referido, sem dúvida refreou a ideia da infalível conquista científica progressista, associada ao desenvolvimento tecnológico, e por conseguinte à modernidade

¹⁰ Verhelst, Thierry (1990), *No Life without Roots – Culture and Development*, Londres Zed Books Ltd.

¹¹ O sucesso do Plano Marshall na Europa antecipou uma extrapolação para os países mais pobres se os mais desenvolvidos contribuíssem com 1% do seu PNB para a cooperação, o implicaria numa taxa de crescimento anual de 6% nestas regiões. Ver Comissão Pearson

¹² Santos, Boaventura de Sousa (1999), *A Construção Multicultural da Igualdade e da Diferença*. Oficina do Centro de Estudos Sociais. Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

¹³ Buss, M., Ferreira, J. 2010. Ensaio Crítico Sobre a Cooperação Internacional em Saúde. *Revista Electrónica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. (p.93-105).Vol4. Nº1. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br> [Acesso:27.05.11]

¹⁴ Amaro, Rogério (2003), *Desenvolvimento – Um Conceito Ultrapassado ou em Renovação? Da Teoria à Prática e da Prática à Teoria*, Cadernos de Estudos Africanos nº4 Jan/Jul. Lisboa.

segundo o modelo ocidental¹⁵. Social, económica, política e biologicamente, o modelo de desenvolvimento necessita assim de ser repensado e definitivamente adaptado à diversidade daquilo que é a Vida.

Nesse seguimento, a questão ecológica começou a ter protagonismo junto da comunidade política mundial que despertou para a realidade complexa que poderá vir a ser o esgotamento dos recursos naturais do planeta, pelo que era perigosa, imprudente e irresponsável a sua exploração desregrada, não só em termos ambientais mas também da saúde pública¹⁶.

Assim sendo, a partir dos anos 70 criaram-se condições para uma revisão urgente do conceito de desenvolvimento para além da sua conotação objetiva com os indicadores do crescimento económico. Passou a ser necessário ter-se em consideração também as perspetivas mais complexas como as sociológicas, antropológicas e ecológicas de modo a valorizar o homem e as suas necessidades sociais de uma forma interdisciplinar e na qual o indivíduo, a sua comunidade e a sua cultura são os atores preferenciais de maneira sustentável, respeitando a Natureza e num contexto integrado com o global¹⁷.

Deste modo, a desconstrução do conceito de desenvolvimento vai ser analisada sob várias perspetivas, das quais ressaltam seis com atestada validade científica e reconhecimento institucional:

- O desenvolvimento sustentável (com referência à sustentabilidade do ambiente);
- O desenvolvimento humano (que liga o conceito de desenvolvimento aos direitos humanos e portanto à igualdade de oportunidades);
- O desenvolvimento social (com a tónica na dignidade humana e no bem-estar social também sob a tutela dos direitos humanos);

¹⁵ Amaro, Rogério. (2001). Opções, Estratégias e Atores de Desenvolvimento em Confronto no Caso de Foz Côa. Em O Caso de Foz Côa: Um Laboratório de Análise Socio-Política. (p.193-227). Lisboa. Edições 70.

¹⁶ Ver Conferências de Estocolmo (1972), Rio de Janeiro (1992) e Johannesburg (2002) Verhelst, Thierry (1990), No Life without Roots – Culture and Development, Londres Zed Books Ltd. Roberts, I., P. Edwards (2010). The Energy Glut. Zed Books. London and New York Schumacher, E. 1989. Small is Beautiful – Economics as if People Mattered. Harper Perennial. EUA

¹⁷ Perroux, F. (1987). Ensaio Sobre a Filosofia do Novo Desenvolvimento. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa

- O desenvolvimento participativo (centrado nas pessoas e na sua capacidade de organização participando no sentido de alavancar a mudança, fazendo jus aos conceitos de democracia e cidadania);
- O Desenvolvimento Local (que adiante será abordado);
- O desenvolvimento integrado (num paradigma de complexidade, transversal aos outros conceitos)¹⁸.

1.1.3 Sobre o Desenvolvimento Local

«O Desenvolvimento Local pode ser definido, do ponto de vista económico, como um processo de mudança e de enriquecimento das estruturas económicas num território homogéneo, graças a aspectos culturais, sociais e económicos. E também como a utilização, para efeitos de desenvolvimento, de todos os recursos, que, de outro modo e do exterior, não teriam sido identificados.»¹⁹.

No conceito de desenvolvimento globalizado, a cultura emanada pela grande massa de camadas populares (outrora definida como «cultura popular» e hoje como «cultura de massas») é conotada de forma negativa, resultado de um processo de etnologização que aniquila o potencial criador dos sistemas tradicionais, padronizando os indivíduos e as sociedades²⁰. Tal preconceito foi sendo limitador da implementação dos projetos desenvolvimentistas no terreno pelo que já nos anos 60, e por iniciativa dos próprios agentes das Nações Unidas e de outras instituições como as ONG's, foram-se verificando dinâmicas de distanciamento do modelo ocidental de desenvolvimento nas comunidades, justificadas pela sua ineficácia na resolução das questões centradas no homem local, a favor do fator economicista global. Estes técnicos contornaram as dificuldades em implementar metodologias padronizadas de intervenção adotando formas alternativas de abordagem

¹⁸ Amaro (2003: 57-59)

¹⁹ Conselho Económico e Social. 1996. Iniciativas de Desenvolvimento Local. (p.32). CES. Lisboa

²⁰ Stohr, W. (1990), Global Challenge and Local Response. (p.2), Nova Iorque, Universidade das Nações Unidas.

Habermas, J. (1990), O Discurso Filosófico da Modernidade, Lisboa, Publicações Dom Quixote.

baseadas na participação da comunidade, na utilização dos seus recursos endógenos articulados com o exterior, e na conjugação interdisciplinar desses recursos, capacidades e conhecimentos existentes, de forma a serem um garante para a resolução dos problemas diagnosticados por todos²¹. A reformulação da intervenção comunitária reclamava para si resultados melhores e mais motivadores, quando assentava “numa perspetiva de valorização das comunidades locais e das suas aspirações e capacidades”²².

Assim, aconteceu a génese do conceito de desenvolvimento comunitário eminentemente prático que historicamente constituiu uma reação pragmática ao paradigma da modernidade, na medida em que valorizava os meios humanos e materiais, a cultura e o saber locais, integrando-os nos processos metodológicos do conceito dominante. Com base nesta matriz de intervenção, surgiu uma nova forma de pensar o desenvolvimento, tendo em conta que a generalização das políticas liberais de raiz economicista imprimiram nos processos desenvolvimentistas uma normalização global que não raro traiu a essência do conceito, assente em premissas de uma sociedade justa e equitativa onde a liberdade de agir e de criar fosse uma mais-valia.

1.1.3.1 Apresentação do conceito

Neste contexto e tendo como cenário a aceleração da globalização, ganhou protagonismo, na década de 80, um conceito antípoda que se reporta ao local: constituiu-se nas localidades um fenómeno crescente de distanciamento das estruturas político-partidárias mediante uma comprovada capacidade de organização coletiva. Munidos com este recurso de decisão sobre as dinâmicas comunitárias, os cidadãos investiram na resolução dos seus próprios problemas, recusando a visão paternalista e frequentemente desenquadrada do Estado, tido como agente normalizador, de alguma forma contribuindo para o problema²³. Esta perspetiva inovadora constituiu um denominador que necessariamente unificou vontades que se propunham a agir, aproximando-as sob o conceito de desenvolvimento local. De acordo com Roque Amaro este conceito “exprime fundamentalmente o processo de satisfação e de melhoria das condições de vida de uma comunidade local a partir essencialmente das

²¹ Amaro (2003: 46)

²² Amaro, Rogério (2009), Desenvolvimento Local. Em Dicionário Internacional da Outra Economia. (p.108-116). Lisboa, Edições Almedina e Ces.

²³ Friedmann (1996: 6)

suas capacidades, assumindo aquela o protagonismo principal nesse processo, segundo uma perspectiva integrada dos problemas e das respostas”²⁴.

A consciência ecológica não raro está presente nestas iniciativas e a inovação da componente da sustentabilidade do meio-ambiente (ecológico, social e económico) como requisito para o desenvolvimento frequentemente se verifica, numa perspectiva de veicular “a sustentabilidade do desenvolvimento e, numa etapa posterior, como recurso a favor do próprio desenvolvimento”²⁵. Estas diversas predisposições são o espelho da atuação de vários atores sociais locais, que para além dos cidadãos propriamente ditos concorrem para este verdadeiro trabalho de equipa; autarcas, profissionais de saúde, empresários, filantropos, a banca, instituições públicas e de solidariedade social, entre outros.

Todo este processo foi precedido essencialmente por três fatores: as consequências da globalização que implicaram em desequilíbrios sociais assinaláveis (dentre os quais se destaca a exclusão social), a falência do Estado-providência na atenção equitativa aos cidadãos, e o início da implementação das políticas neoliberais.

É portanto o próprio modelo de desenvolvimento global capitalista, estruturado pela hegemonia ocidental, que faz realçar a necessidade de particularizar e considerar as especificidades de cada comunidade no sentido do ajustamento local dos procedimentos em prol do desenvolvimento da mesma comunidade²⁶. Este conceito de desenvolvimento comunitário fecundou o mais atual conceito de desenvolvimento local²⁷, de conotação mais territorialista, que nos países em desenvolvimento constitui um fenómeno entendido como o derradeiro na busca das soluções para os problemas das comunidades²⁸. A ofuscação das identidades locais e a crise do Estado-providência, reflexo de um “insuficiente crescimento

²⁴ Amaro (2003)

²⁵ Amaro, Rogério (2009). As Novas Oportunidades de Desenvolvimento Local. Em A Rede para o Desenvolvimento Local nº8 (p. 16-22). Faro, In loco.

²⁶ Amaro (2009)

Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (1999). Nações Unidas

²⁷ Este conceito foi legitimado institucionalmente pela própria União Europeia, nas conclusões da Presidência sobre o Conselho Europeu de Corfu (1993), Essen (1994) e Dublin (1996), onde se refere da importância do incentivo às iniciativas de desenvolvimento local, nomeadamente em países como Portugal e Irlanda, por forma a combater o desemprego.

²⁸ O paradigma territorialista propunha-se desafiar o paradigma funcionalista que se baseava na centralização do poder na urbe priorizando-se aí o desenvolvimento em relação à periferia do espaço geográfico.

Iniciativas de Desenvolvimento Local. (p.17). CES. Lisboa
Stohr (1990: 3)

económico”²⁹, aliados a uma gestão padronizada e racionalista da sociedade, incitou as comunidades a recusarem contextos menos produtivos (social, económico, político, ecológico, etc) e a procurar outros de maior satisfação e bem-estar para todos os seus membros, preenchendo lacunas e de alguma forma complementando a globalização³⁰. A equidade, com a igualdade de oportunidades para todos, torna-se assim um reflexo desta nova forma de pensar o desenvolvimento social.

O processo da mobilização comunitária é assim impulsionado por uma qualquer necessidade não satisfeita que é concreta, e que na localidade entendida como “o resultado de uma construção de identidades”³¹, é identificada como um problema sentido pelas pessoas e que contribui para uma diminuição da qualidade de vida (nas suas múltiplas abordagens) e/ou é indutor de assimetrias no seu contexto. Caracteristicamente, e fazendo jus a essa pluralidade de identidades, a comunidade age concertadamente, numa ”lógica integrada” de forma permanente, interpenetrando problemáticas e fazendo uso de recursos endógenos e exógenos com o objetivo de aumentar as probabilidades de ir de encontro às soluções almejadas, à medida que novos problemas se afiguram³².

Pelo exposto e de uma forma sistematizada, identificam-se algumas características específicas que estão implícitas aos processos estimuladores dos pilares do Desenvolvimento Local de uma comunidade e do seu território³³:

- A capacidade de alavancar uma mudança efetiva no sentido da melhoria do nível de vida dos seus membros;
- A circunscrição territorial do projeto em questão, pautada por uma identidade comum mobilizadora de processos de reflexão-ação, subjacente à comunidade que é tida como autónoma na sua capacidade decisória;
- A identificação de necessidades não satisfeitas consideradas como limitadoras para o alcance de melhoria do nível de vida dos membros da comunidade;
- A capacidade de mobilização dos recursos locais para a satisfação dessas necessidades;

²⁹Desenvolvimento Local. (2007). Instituto Brasileiro de Administração Municipal (p.7). Disponível em www.mejorespracticass.org/.../8_Desenvolvimento_Local_IBAM.pdf [acesso: 04.02.11]

³⁰ Amaro (2009)

³¹ Amaro (1993)

³² Stohr (1990: 4) Amaro (1993)

³³ Amaro (2009)

- A capacidade de mobilização de recursos exógenos que em conjunto com os locais contribuam para a satisfação das necessidades identificadas;
- A promoção de uma postura participativa e portanto “empowered” dos membros da comunidade, seja individual seja coletivamente;
- A interação dos vários atores, numa perspetiva também de associação de parceiros com o objetivo comum de resolver os problemas que se apresentam;
- A maior abrangência do impacto da intervenção sobre os membros da comunidade;
- O respeito pelas diversidades individuais e coletivas, reflexo de valores culturais, laborais, sociais, etc.

Daqui se infere da natureza inovadora e contínua do desenvolvimento local, que não se pode traduzir em termos deterministas, antes se afirma como um fluxo contínuo de mudança e renovação³⁴.

1.1.3.2 Os princípios metodológicos do Desenvolvimento Local

Estes princípios pretendem que a partir da intervenção comunitária numa dimensão localizada se alcance uma escala mais alargada, sendo o reflexo do envolvimento de todos na resolução dos problemas de todos³⁵. Isto pressupõe um processo de reafirmação das capacidades e potencialidades dos membros da comunidade, aumentando a sua autoestima e autonomização, entendida aqui como um ato de emancipação e de afirmação da sua identidade³⁶. Pretende-se que esta dinâmica resulte na motivação para que aconteçam mais intervenções, mais eficazes e eficientes no futuro. As potencialidades internas aliadas a outros recursos endógenos da comunidade (humanos, materiais e institucionais) deverão ser dinamizadas explorando-se o seu carácter interdisciplinar o que faz com que não haja um

³⁴ Stohr (1990:17)

³⁵ Ces (1996: 9)

³⁶Verhelst (1990)

Silva, M.(1964). Oportunidade do Desenvolvimento Comunitário em Portugal. Em *Análise Social*, Lisboa nº7/8.Vol2. (p.498-510).

modelo específico de Desenvolvimento Local ao contrário do modelo de desenvolvimento global eurocentrado³⁷.

Os projetos que estimulam o Desenvolvimento Local são particularizados para cada comunidade específica no seu contexto social, cultural, político, económico, ambiental e territorial³⁸.

Num processo de integração sustentável com a matriz macroeconómica nacional ou supranacional (exemplo da União Europeia), os recursos endógenos da comunidade (ricos numa diversidade que deverá ser respeitada) são, quando necessário, complementados com os exógenos. O Desenvolvimento Local pretende ser um contributo definitivo para em particular se delinearem estratégias de diminuição das assimetrias sociais como o “combate ao desemprego e à exclusão social”³⁹ e a comunidade, detentora de conhecimentos escarpados sobre as realidades e necessidades no seu contexto territorial, é o elemento chave em todo este processo.

Pelo exposto se deduz da nova focalização nas questões relativas ao homem, não só na sua vertente economicista, mas prioritariamente nos valores sociais morais como a “liberdade, a dignidade, a identidade e a justiça social”⁴⁰, traduzidos pelas possibilidades de acesso equitativo a oportunidades, bens e serviços básicos e introduzindo uma nova forma de avaliar o crescimento económico ao atribuir-lhe um carácter qualitativo, avaliado de forma racional. Dada a objetividade da sua mensuração, o conceito de desenvolvimento depende ainda do crescimento económico, mas no contexto do Desenvolvimento Local este ganha outra dimensão em que se torna apenas um aspeto da solução de um determinado problema identificado, não constituindo a solução em si⁴¹.

A metodologia do Desenvolvimento Local pressupõe uma territorialização das ações, uma visão integrada da dinâmica para a resolução dos problemas na comunidade, a capacidade de adaptação e flexibilização por forma a respeitarem-se as especificidades do

³⁷ Soares, F. (1989). Regionalização e Desenvolvimento Integrado. Em Poder Local. Nº86 Junho. (p.49-51). Editorial Caminho. Lisboa

³⁸ Amaro, C.A. (1991), Desenvolvimento e Poder Local em Penamacor. Em Sociologia – Problemas e Práticas. Nº10. (p.219-227). CIES. ISCTE
Ces (1996: 21).

Amaro, R. 2001. Opções, Estratégias e Atores de Desenvolvimento em Confronto no Caso de Foz Côa. Em O Caso de Foz Côa: Um Laboratório de Análise Socio-Política. (p.193-227). Lisboa, Edições 70.
Ces (1996: 21)

³⁹ Ces (1996: 9)

⁴⁰ Cunha (1991)

⁴¹ Friedmann (1996: 37-44)

território, uma avaliação permanente (num processo de investigação-ação) e um planeamento estratégico tendo sempre subjacente a ideia de que a participação dos indivíduos e as parcerias institucionais ganham protagonismo nestas dinâmicas⁴².

1.1.3.2.1 A participação e o *empowerment*

O Desenvolvimento Local é centrado nas pessoas, e caracteriza-se pelo “exercício pleno da cidadania e o resultado de uma participação ativa de todos”⁴³, com isto alcançando-se a resolução dos problemas sociais, económicos, tecnológicos culturais e ambientais diagnosticados na comunidade, resultantes das várias crises que desmistificaram os Trinta Gloriosos, e que expuseram novas e perpetuaram velhas situações de mal-estares sociais. Esta postura de participação ativa e interessada dos indivíduos nos desígnios da sua comunidade pressupõe uma estreita relação com os processos democráticos numa dinâmica organizada no sentido da promoção da endogenia, “valorizando as vivências das populações para atingir finalidades mais orgânicas”⁴⁴.

Os direitos de cidadania, característicos dos estados democráticos, estão subjacentes ao envolvimento dos indivíduos nos projetos conducentes à estimulação do Desenvolvimento Local de uma comunidade. Estes direitos incluem a participação na vida pública da coletividade à qual se pertence mediante a assunção também de deveres normalizados e regulados jurídica e politicamente pelo Estado, e a nível local pela comunidade⁴⁵. A cidadania é um conceito que pressupõe uma contribuição para o “bem público” no contexto de um espaço social determinado. É a própria comunidade quem promove uma melhor e mais realista caracterização e portanto um diagnóstico mais fidedigno das necessidades que se refletem no coletivo desse espaço social. A sua proximidade com as dinâmicas interdisciplinares que definem a sinergia do conjunto atribui às pessoas nos seus vários papéis sociais o protagonismo na adoção de uma intervenção assente num modelo de Desenvolvimento Local específico. A identificação de necessidades, obstáculos, recursos e

⁴² Amaro (2009)

⁴³ Amaro (2003: 57)

⁴⁴ Fragoso, A. (2005). Contributos para o Debate Teórico sobre o Desenvolvimento Local: Um Ensaio Baseado em Experiências Investigativas. Em Revista Lusófona de Educação. Nº5 (p.63-83)

⁴⁵ Fonseca, F. (2003). Envolvimento dos Cidadãos nas Políticas de Administração Pública. Em Ética e Administração – Como Modernizar os Serviços Públicos? (p.309-343). Celta Editora. Oeiras

suas possibilidades de interpenetração, delineamento de soluções e futuras intervenções em áreas prioritárias, é feita em contacto direto com a realidade que se pretende abordar, abandonando o paradigma funcionalista centralizador⁴⁶. A participação pública identifica-se assim como indissociável aos processos do novo desenvolvimento.

Segundo Isabel Guerra, “estas novas abordagens advêm, em larga medida, da perceção do pouco impacte das formas tradicionais de gerir a coisa pública e do reconhecimento de que o espaço público é construído – e apropriado – por uma miríade de atores (institucionais) com interesses e lógicas de ação diferentes cujos recursos são indispensáveis à orientação da mudança social”⁴⁷.

Assim, por definição, o conceito de “participação” dos cidadãos nem sempre traduz um desejável consenso entre os autores que criticamente o analisam, dadas as diversas conceptualizações do que é a natureza humana no seio do devir político, social e ideológico. Porém, uma certeza emerge, a de que cada vez mais a sociedade civil nele se suporta para reivindicar a sua inclusão nos processos políticos e sociais decisórios, quer a nível nacional, supranacional e internacional.

Numa análise feita na génese desta problemática, Arnstein invoca a definição de “poder cidadão” que de alguma forma proporciona a inversão do movimento de exclusão, por tratar-se do conjunto de meios através dos quais os indivíduos ”...induce significant social reform wich enables them to share benefits of the afluyente society”⁴⁸. Numa perspetiva mais abrangente, Estivil interpreta o conceito de participação sob diversos parâmetros, na medida em que “para uns, é uma forma de reforçar as democracias representativas, abrindo novos espaços da democracia participativa” enquanto “para outros, é uma forma de legitimar os sistemas políticos e permitir a sua reprodução. Para alguns, é uma tensão constante entre os que tomam decisões de cima para baixo e os que se organizam de baixo para cima. Para outros ainda, é uma nova forma de definir o acesso aos direitos e de dotá-los de conteúdos efetivos”⁴⁹.

⁴⁶ Amaro, R. (1998). O Desenvolvimento Local em Portugal. As Lições do Passado e as Exigências do Futuro. Em A Rede. Nºespecial Nov. (p.60-64)

⁴⁷ Guerra, I. (2006). Participação e Ação Colectiva: Interesses, Conflitos e Consensos. (p.16). Príncipe Editora Lda. Estoril

⁴⁸ Arnstein, S. (1969). A Ladder of Citizen Participation. Em Journal of the American Institute of Planners. Vol.35, nº4, July 1969. (p.216-224)

⁴⁹ Estivil, J. 2003. Programada Luta Contra a Exclusão Social: Conceitos e Estratégias. (p.116). STEP. OIT.

Numa ótica diferente, alguns autores generalizam este complexo conceito apenas como a passagem de informação do público para as instituições e centros decisórios através de vários mecanismos (como por exemplo as reuniões públicas, as conferências, a aplicação de questionários, o estudo de grupos focais, entre outros) sendo que o envolvimento dos cidadãos não garante obrigatoriamente a utilização dos dados fornecidos nos processos de decisão pois existe sempre o risco de se promover o envolvimento público apenas porque “...a nonconsulted public is often an angry one and that involving the public may be one step toward mollifying it.”⁵⁰.

Perante este panorama, podemos apenas constatar a interdependência óbvia que está patente em todas estas realidades, arriscando antever uma relação subjacente entre a legitimação política e o crescimento económico, tida como uma finalidade da participação dos cidadãos nas decisões do poder central⁵¹.

Não obstante esta variedade nas interpretações, a participação quando assente na metodologia da indução e da ação (em vez da dedução ditada por leis generalizadas) tem como bases a vantagem estratégica que constitui o conhecimento indutivo que a população tem do seu próprio entorno e a consequente ação mediante uma análise que implica a participação das pessoas de uma forma *self-empowered* na solução de um problema concreto⁵². Os cidadãos desenvolvem assim as suas capacidades de ação, aumentando o seu poder ao potencializar as emoções que são reflexo das vivências numa rede social estrita e que compõem a sua comunidade, para de uma forma organizada as transformarem em vantagens para a tomada de decisões⁵³.

O *empowerment* pressupõe assim uma estimulação da autonomia de cada um e por consequência das famílias tanto no sentido psicológico, como no social e no político, pois tal

⁵⁰ Gene, R., Frewer, L.(2004). Evaluating Public-Participation Exercises: A Research Agenda. (p.514).Wageningen University

⁵¹ Ver Monterey Consensus of the International Conference on Financing for Development, Monterey Mexico, 18 – 22 March 2002, onde se pode ler “Recognizing that peace and development are mutually reinforcing, we are determined to pursue our shared vision for a better future, through our individual efforts combined with vigorous multilateral action. Upholding the Charter of the United Nations and building upon the values of the Millennium Declaration, we commit ourselves to promoting national and global economic systems based on the principles of justice, equity, democracy, participation, transparency, accountability and inclusion.” Disponível em <http://www.un.org/esa/ffd/monterrey/MonterreyConsensus.pdf> [acesso: 05.02.13]

⁵² Amaro (2003: 57)

Stohr (1990: 22-23)

⁵³ Fragoso (2005)

processo permitirá um aumento da sua autoestima, da sua capacidade de escolha mediante a informação disponível e/ou procurada e por consequência do acesso aos respetivo epicentros reivindicativos, promovendo a criação de riqueza produtiva. Todavia, os fatores externos à dinâmica local permanecem determinantes para um melhor aproveitamento dos recursos quer materiais quer humanos da causa territorial⁵⁴.

Em jeito de resenha, José Reis identifica a colaboração da população como uma condição incontornável à melhor implementação e desfecho de um projeto de desenvolvimento local, sendo que este facto contribui também para o próprio desenvolvimento individual e da relação do indivíduo com o coletivo além e incrementar as potencialidades locais⁵⁵. Este desenvolvimento individual sugere o conceito de *empowerment* traduzido como uma dinâmica de capacitação individual para a ação, no sentido da melhoria da qualidade de vida.

Estivil sugere que a metodologia participativa na comunidade pressupõe a existência de alguns canais que necessariamente se deverão interpenetrar sob pena de se comprometer o sucesso da intervenção: a informação (qual, a quantidade, que tipo, como é veiculada, como é utilizada, quais as barreiras que encontra, etc), a qualificação e a organização⁵⁶. Ao participar num projeto os indivíduos deverão estar cientes das dinâmicas decisórias, suas consequências e meios para cumprir os objetivos estando subjacente um processo de atribuição de competências e regulação do trabalho feito. De uma forma institucional ou informal, a organização é basilar para o garante do sucesso do projeto em causa, mediante o empenhamento dos cidadãos que se envolvem directamente num processo de mobilização interessada de recursos, bens e serviços para a obtenção de benefícios (económicos, sociais, ambientais, etc) na sua comunidade⁵⁷.

Este envolvimento dos cidadãos invoca o *empowerment* como um dos eixos estruturais do Desenvolvimento Local, identificado também no conceito de Promoção da Saúde preconizado pela Carta de Ottawa⁵⁸. O PNPSO, que constitui o objeto deste estudo, possui uma filosofia de intervenção que assenta neste conceito, pelo que considera a melhoria dos

⁵⁴ Friedmann (1996: 33)

Fung, A. (2004). *Empowered Participation*. (p.5-8). Princeton University Press

⁵⁵ Reis, J. 1996. *O Desenvolvimento Local: Condições e Possibilidades*. Em *Desenvolvimento e Ação Local* (Hoven, R., Nunes, H. Coordenação). (p.35-45). Fim de Século Edições. Lisboa

⁵⁶ Estivil (2003: 116)

⁵⁷ Nunes, H., Hoven, R. (1996). *Trabalho Comunitário: Fundamentos e Contextos da Ação*. Em *Desenvolvimento e Ação Local*. (p.47-67). Fim de Século Edições. Lisboa

⁵⁸ The Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). World Health Organization

conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral dos envolvidos como um dos seus objetivos, inferindo-se uma dinâmica subjacente de capacitação individual, estimulada por eles próprios e pelos profissionais de saúde e de educação afetos à comunidade em questão⁵⁹.

1.1.3.2.2 A abordagem integrada

A complexidade metodológica do Desenvolvimento Local socorre-se de uma visão integrada da sua dinâmica, de forma a melhor analisar e intentar a resolução dos problemas da comunidade. Um dos aspetos particularmente interessantes desta abordagem são as equipas multidisciplinares de trabalho.

A conceção de produção industrial fordista, linear e pré-estabelecida, traduzia uma organização social em que de uma forma individual, cada trabalhador tomava conhecimento e participava apenas parcialmente dos processos de produção. A aceleração do fenómeno da globalização implicou num repensar das noções de distância, espaço e tempo também no que se refere às transações entre as instituições e o seu universo de atuação, pelo que esta forma de organizar o trabalho sofreu uma evolução na qual o trabalhador se pretende especializado mas conhecedor do contexto geral onde se integra com os outros trabalhadores, numa relação de multiespecialização. Esta metodologia potencializará os saberes individuais, na medida em que se estabeleceriam relações de interdisciplinaridade e cooperação entre pares, que motivariam o trabalhador a melhorar o seu desempenho (pois internalizaria os objetivos do conjunto) em prol da organização e reciprocamente.

Desta forma seriam satisfeitos os interesses da instituição e os interesses do trabalhador, tendo por base uma matriz avaliadora do desempenho coletivo em detrimento do desempenho individual, no seio da comunidade.

Desde a década de 80 que o trabalho em equipa é aceite como metodologia produtiva de trabalho, não obstante as naturais dificuldades afetas à sua dinâmica que envolvem as

⁵⁹ Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Ministério da Saúde.(2005). DGS. Lisboa.

O PNPSO foi aprovado através do despacho ministerial n.º 153/2005 (2.ª série) e foi normalizado e divulgado através da Circular Normativa N.º1/DSE de 18.01.05 da Direcção-Geral da Saúde. Foi revisto e regulamentado através da Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março. Integra o PNS e constitui o referencial da intervenção comunitária em saúde oral junto dos envolvidos e dos jovens portugueses.

relações hierárquicas, interpessoais, situacionais e contextuais, de cada projeto de intervenção específico.

De forma sumária e perante uma análise bibliográfica transversal, pode dizer-se que esta metodologia, refletida nas equipas multidisciplinares, traduz uma relação de dois ou mais elementos que se adaptam numa relação interdependente contribuindo com o seu “know-how” particular para um objetivo comum que é esperado e valorizado num contexto para além da equipa.

Segundo Robbins⁶⁰, tendo subjacente o ajustamento dos papéis atribuídos à personalidade, às preferências e às expectativas de cada um, o resultado da interação de uma equipa multidisciplinar reflete a melhoria no empenho individual se se verificar um determinado grau de complexidade nas tarefas que se socorrem das experiências, habilidades e na capacidade de julgamento individual. O mesmo autor aponta três fatores determinantes para se optar pela implementação desta metodologia em determinada situação:

- A necessidade de ser realizado por mais do que um elemento na medida da complexidade das suas exigências;
- O resultado da dinâmica de equipa estar para além da soma dos objetivos de cada elemento;
- A existência de interdependência entre os elementos.

Tendo a perceção clara de que o conhecimento é algo que flui ininterruptamente entre disciplinas não se encontrando fragmentado, o acervo específico de cada elemento do conjunto, que no caso das ciências da saúde é altamente especializado, interage com os demais no contexto da intervenção, proporcionando uma análise multifacetada da realidade, favorecendo dinâmicas de resolução das necessidades dos utentes, caracterizando assim a equipa multidisciplinar⁶¹. Esta metodologia de organização social do trabalho pressupõe um incremento na qualidade dos serviços prestados por uma instituição.

Através do estabelecimento de uma relação de confiança mútua desenvolvem-se atitudes baseadas em crenças comuns de molde a que os indivíduos, de forma empowered, se reúnam para efetivamente fazerem uma gestão do trabalho articulado entre todos, promovendo o feedback sobre as dinâmicas da equipa, melhorando assim o desempenho

⁶⁰ Robbins, S.(2004). Fundamentos do Comportamento Organizacional. 7ª edição. São Paulo. Pearson Education.

⁶¹ Romano, B.W. (1999). Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais. (p.70-80). 4ª edição. Casa do psicólogo livraria e editora, lda. São paulo

coletivo⁶². Porém, esta metodologia de trabalho envolve algumas questões que se não forem equacionadas poderão constituir obstáculos à normal implementação de um projeto com as características de uma intervenção comunitária em saúde⁶³, nomeadamente:

- A inclusão da autonomia, da liberdade, da flexibilidade e da possibilidade de usar o talento e as diversas habilidades que promovem o sentido de responsabilidade, na expressão da atividade profissional;
- A existência de recursos e de condições de trabalho adequadas e aliciantes aos membros da equipa, de forma a se assumir uma responsabilidade coletiva (questões relativas ao projeto de trabalho);
- Os conhecimentos técnicos, a capacidade de comunicação, de identificação e posterior resolução de problemas;
- A hegemonia de uma carreira sobre as dos outros profissionais de saúde (por exemplo a medicina tem assumido historicamente papéis de liderança nas equipas por consequência de questões de género e de poder, o que poderá comprometer uma eventual liderança determinada pela natureza do objeto de trabalho, possibilitadora de uma relação dialogante⁶⁴).

A viabilidade e sucesso de uma equipa multidisciplinar poderá também ser determinada por outros fatores como a dimensão e composição da equipa, o tipo de projeto que se pretende trabalhar, as influências do meio ambiente, a temporalidade determinada para as tarefas, e outras variáveis que entretanto são suscetíveis de surgir nestas interações. Também a questão dos possíveis conflitos (fruto das complexas relações interdisciplinares) tem de ser cuidadosamente abordada na medida em que tanto podem contribuir para processos de crescimento e renovação na equipa, como para situações menos produtivas sustentadas por matrizes emocionais de desgaste, baixa de moral e distanciamento entre os elementos, comprometendo os objetivos do projeto.

⁶² Hijinosa et al. (2001). Team collaboration: a case study of an early intervention team. Em *qualitative health research*. (p.206-220). Vol11. Issue: 2. Disponível em <http://www.mendeley.com/research/team-collaboration-a-case-study-of-an-early-intervention-team/> [acesso: 24.11.11]

⁶³ Robbins (2004)

⁶⁴ Spink, M. J. (2003). *Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Editora Vozes. Petrópolis-Rio de Janeiro

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

Esta visão implica uma lógica integrada, a qual prevê um trabalho em parceria, com impacto tendencial em toda a comunidade, englobando uma grande diversidade de caminhos, a qual culminará com um conhecimento que vai aumentando gradualmente⁶⁵.

A implementação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral tem subjacente a metodologia de equipa multidisciplinar onde “para o desenvolvimento das atividades do Programa é indispensável o envolvimento dos profissionais do Agrupamento de Centros de Saúde (higienista oral, médico-dentista, médico, enfermeiro, administrativo), de educação [professores, educadores, auxiliares de ação educativa], pais ou encarregados de educação, bem como das autarquias (funcionários municipais ou das juntas de freguesia)”⁶⁶. Esta organização proporciona a todos os elementos uma visão integrada de cada indivíduo da população alvo, o que supostamente possibilitará um mais completo diagnóstico social, tendo como ponto de partida o diagnóstico sectorial em saúde oral.

Segundo Isabel Guerra, o que está em causa, quando falamos de diagnóstico, é o conhecimento científico dos fenómenos sociais e a capacidade de definir intervenções que atinjam as causas dos fenómenos e não as suas manifestações aparentes, pelo que o indivíduo é assim analisado para além do seu contexto individual, na sua envolvente social, coletiva, cultural, económica e também política⁶⁷.

A ausência desta dinâmica de visão integrada não é de todo compatível com a filosofia de promoção da saúde e de tratamento primário e secundário da cárie adotada no PNPSO, pois este é o reflexo de um sistema dinâmico de prestação de serviços em saúde que se sustenta de forma articulada em parcerias institucionais e na participação ativa e *empowered* dos elementos da comunidade envolvida.

⁶⁵ Guerra, I. (2006). Participação e Ação Colectiva: Interesses, Conflitos e Consensos. Princípia Editora Lda. Estoril

⁶⁶ PNPSO (2005)

⁶⁷ Guerra, I.(2000). Fundamentos e Processo de Uma Sociologia de Acção. O Planeamento em Ciências Sociais. Cascais: Princípia *apud* Silva, E.C., 2011. Educação Social: Âmbitos e Práticas. Projecto “Centro Social Renascer - Assistência Técnica à Inserção da Mulher e Criança de Rua afectada pelo fenómeno da Prostituição no Lobito”.

1.1.3.2.3 As parcerias

As crescentes alterações sociais e políticas da realidade implicaram, como se viu, na redefinição de paradigmas e portanto das formas de atuar perante um determinado problema refletido negativamente sobre uma comunidade. As novas dinâmicas de abordagem local complementadas com o contexto global dependem da participação ativa e interessada dos seus membros mas também integram outros atores sociais, com os quais se estabelecem parcerias que possibilitam melhores metodologias para a resolução dos problemas diagnosticados no espaço social e territorial.

A parceria segundo Estivill é “um processo através do qual dois ou mais agentes de naturezas diferentes estão de acordo para poderem atingir um fim específico”...”com um resultado que representa mais do que a soma das duas partes. Cada agente mantém a sua individualidade na participação, o que inclui riscos e eventuais benefícios partilhados por todos os parceiros”⁶⁸. A ação concertada dos parceiros num projeto pressupõe a ideia de um associativismo que estabelece uma ponte entre a população onde se diagnostica determinada necessidade e as instituições⁶⁹. Esta descrição pressupõe de alguma forma um cenário de franca comunicação, transparência e confiança, numa dinâmica de empowerment, que deverá assegurar a concretização e a longevidade de um projeto comunitário. As parcerias afiguram-se assim como ferramentas estratégicas que viabilizam a operacionalização das políticas de desenvolvimento local, traduzindo uma tentativa de equilibrar o grau de coesão interna da comunidade perante a presença de fatores que lhe são externos⁷⁰.

Segundo Fowler, a verdadeira parceria traduz-se no respeito integral pela identidade, pelo trabalho e pelo bem-estar de cada organização e os parceiros deverão articular no sentido de alcançar os objetivos estabelecidos, coresponsabilizando-se pelos sucessos e fracassos. Ainda de acordo com o mesmo autor estas deverão ser as características de uma parceria saudável:

⁶⁸ Estivill (2003: 113)

⁶⁹ Os parceiros incluem as municipalidades, os serviços públicos locais, organizações de solidariedade social privadas sem fins lucrativos, empresas privadas (em projetos de responsabilização social) e outros. Em OECD 2006, Forum Portugal Partnerships of the Social Network Programme. Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Lisboa. Disponível em <http://www.forumpartnerships.zsi.at/documents/view?id=31> [acesso:11.11.11]

⁷⁰ Cerqueira, C. (2001). As Parcerias no Desenvolvimento Local. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

- Um envolvimento a longo-termo;
- Um acordo que define as obrigações e responsabilidades de cada parceiro;
- Um clima de confiança, respeito, integridade, responsabilidade e igualdade;
- A aceitação do princípio de que uma organização local tem o direito de definir as suas prioridades de trabalho no contexto da comunidade;
- Não deverá contribuir para o enfraquecimento dos elos entre a liderança e os constituintes de uma organização;
- O espírito de trabalho e os compromissos não deverão ser afetados quando da negociação com contextos externos à parceria;
- Nenhuma das partes pode aceitar unilateralmente outras condições materiais ou relacionais que possam influenciar a parceria;
- Não deverá alterar as prioridades básicas relativas à identidade, visão e valores de nenhuma das organizações parceiras;
- A ideia subjacente de que após a parceria as organizações por si só serão também mais competentes no cumprimento dos seus objetivos.

Rodrigues invoca ainda uma “orgânica que é basicamente informal“ nas parcerias locais “...por vezes ao ponto de os parceiros dificilmente se distinguirem dos colegas e amigos, reproduzindo assim um efeito de homogeneização...” e um “...compromisso de um conjunto de parceiros em torno de uma agenda comum” que pretende estimular “o desenvolvimento baseado na participação local...”⁷¹.

O conceito de parceria a nível global reporta-nos na década de 70, a uma relação estabelecida primeiramente entre ONG’s das nações mais desenvolvidas (do norte) e suas congéneres dos países periféricos (do sul) num óbvio processo de dependência baseado no paradigma da modernização, com o intuito de alavancar a mudança social nas zonas mais desfavorecidas⁷². Ao longo dos anos a parceria foi considerada institucionalmente um instrumento estratégico privilegiado de trabalho nos acordos de cooperação⁷³ e mais recentemente no desenvolvimento local, temática a que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico se refere nos seguintes termos relativamente a Portugal:

⁷¹ Rodrigues, F.(1998). Entre Parceria e Partenariado – Amigos Amigos, Negócios à Parte. (p.37). Celta Editora. Oeiras

⁷² Fowler, A. (2000). Partnerships: negotiating relationships: a resource for non-governmental development organisations. Occasional papers series. N° 32. Intrac. Oxford. Tradução nossa

⁷³ Ver por exemplo o relatório da Comissão Pearson intitulado “Parceiros para o Desenvolvimento”

“Partnerships between public and private institutions, at local and national level, are very common and well established. This experience has created the conditions for the incorporation of the partnership principle in current management of social policies and increased the participation of representative national organizations in policy development. The underlying principles are integration, co-ordination, subsidiarity, innovation and participation”⁷⁴.

Em 1996, o Ministério da Solidariedade e Segurança Social nacional publicava o Regulamento do Programa Nacional de Luta contra a Pobreza cuja Comissão do Programa, Elza Chambel caracterizava como tendo por “objetivo a eliminação dos mecanismos de pobreza e exclusão através da cooperação do sector público e privado, da ação intersectorial a partir de uma perspectiva integrada, da participação e responsabilização de grupos e comunidades locais e, sobretudo, da sua capacidade para sair de forma sustentável da situação de pobreza e exclusão social”⁷⁵.

A nível do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, integrado no Programa de Saúde Escolar, deverá beneficiar desta metodologia das parcerias na medida em que “com uma metodologia de projeto que assenta no diagnóstico das necessidades e com uma estratégia de construção de parcerias, criando ou reforçando redes sociais de integração da escola na comunidade”...” a estratégia de intervenção em saúde escolar, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, assentará em atividades que serão executadas de forma regular e contínua ao longo de todo o ano lectivo: a vigilância do cumprimento dos exames de saúde, do Plano Nacional de Vacinação (PNV) e da legislação sobre evicção escolar, a agilização dos encaminhamentos, através de protocolos ou parcerias, dentro e fora do SNS, para a melhoria das respostas aos envolvidos com necessidades de saúde especiais, a promoção da saúde oral e o incentivo de estilos de vida saudáveis”⁷⁶.

A necessidade e o espírito de parceria é reforçado no Programa de Saúde Escolar, no qual são parceiros preferenciais os Centros de Saúde, as escolas públicas e quando possível também privadas, e os consultórios ou clínicas do sector privado. “Para isso, são indispensáveis parcerias, procedimentos democráticos, metodologias participativas e desenvolvimento sustentado”⁷⁷.

⁷⁴ OECD (2006)

⁷⁵ Estivill (2003)

⁷⁶ Plano Nacional de Saúde 2004/10. 2004. As escolas. Ministério da Saúde.

⁷⁷ PNS (2004)

1.1.3.2.4 A equidade

A equidade constitui um dos eixos estruturais do conceito de Desenvolvimento Local. O acesso de forma igualitária aos recursos disponibilizados pelas várias dinâmicas institucionais comunitárias no contexto de vida dos cidadãos deverá traduzir-se numa integração interpessoal, cívica, social económica desses cidadãos. A ausência desta realidade poderá traduzir-se no não exercício da cidadania plena, que em casos extremos nos reporta ao conceito de exclusão social⁷⁸.

Noutra perspetiva, a equidade associada à participação *empowered* dos indivíduos possibilita maior enriquecimento da análise dos fenómenos de Desenvolvimento Local patentes em determinada comunidade, donde se infere que seja desejável por questões de justiça social mas também para potenciar um desenvolvimento sustentável.

A questão da justiça no acesso aos recursos sustenta a definição da OMS sobre o conceito de equidade em saúde que advoga que todos os indivíduos devem ter a possibilidade de atingir o seu potencial máximo de saúde sem que o seu enquadramento económico e social condicione a consecução desse objetivo⁷⁹. Porém, em contexto de prestação de cuidados em saúde existem alguns fatores que poderão gorar este objetivo: os custos, a qualidade do serviço prestado, a organização e a própria disponibilidade dos recursos.

Assim, deverá avaliar-se de forma integrada o quadro de oferta e de procura dos recursos e/ou serviços, considerando também como variáveis a disponibilidade e a capacitação do indivíduo para fazer uso e beneficiar da sua utilização⁸⁰.

Apesar de ser uma tendência filosófica dos sistemas de saúde modernos, deverá por isso considerar-se o aspeto fundamental do acesso a cuidados de saúde de qualidade em função das necessidades dos cidadãos, estando este aspeto plasmado nos diversos programas de intervenção comunitária da área da saúde como se encontra no texto da Lei de Bases da Saúde, e é o caso do PNPSO.

⁷⁸ Pereirinha, A. (Coord.). (1992). Observator On National Policies to Combate Exclusion. Lisboa. Lille – European Economic Interest Group.

⁷⁹ Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up Part I and Part II. Who Regional Office for Europe. 2006.

⁸⁰ Pereira, J.A., Furtado, C. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. 3º Fórum Nacional de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

1.2 A intervenção comunitária em saúde oral em Portugal

“As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes”⁸¹.

1.2.1 A saúde enquanto fator de desenvolvimento

No preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde em 1948 foi estabelecido que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição económica ou social”. Esta organização começou por definir este direito como o “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, numa clara alusão à influência do ambiente nos processos dicotómicos da saúde e da doença⁸².

Porém, autores como Carvalho e Santos vão mais além nesta definição e referem que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Afirmam ainda que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e económica do País”⁸³.

Com a necessária reformulação do conceito de desenvolvimento, o rendimento per capita que até à década de 80 representava o principal indicador de referência para a determinação dos níveis de desenvolvimento das populações foi considerado insuficiente, num novo contexto em que a vertente economicista já não representava a única solução às necessidades humanas e ambientais, convocando-se ao debate também e sobretudo as questões relacionadas com o bem-estar social e a dignidade humana.

⁸¹ PNPSO (2005)

⁸² Constituição da OMS. (1948). OMS

⁸³ Carvalho, G. I.; Santos, L. (1995). Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90). 2ª Edição. Hucitec. São Paulo

Perspetivado a partir do conceito de Desenvolvimento Humano Sustentável, o recente Índice de Desenvolvimento Humano⁸⁴ reflete uma preocupação de avaliar o desenvolvimento numa perspetiva social e ambiental além da económica, de forma a caracterizar o modo como vivem as pessoas em todo o globo. A sua aferição pressupõe a análise de três dimensões: a da longevidade humana (uma vida longa e saudável), a do conhecimento (a alfabetização e a escolaridade) e a do padrão de vida digno (medido pelo PIB per capita em PPC em dólares)⁸⁵.

O indicador da dimensão humana da longevidade tem como base o estudo da saúde, das condições sociais e de salubridade das populações, pois pretende calcular a esperança de vida ao nascer, numa comunidade específica. São assim contempladas todas as causas de morte nas diferentes faixas etárias, sejam as ocorridas por causas externas (acidentes, violência), sejam as ocorridas por doença. Uma esperança de vida curta compromete os processos de produção e as gerações futuras, inferindo-se portanto da importância da variável saúde na equação do desenvolvimento humano, tendo em conta que a riqueza das nações passa também por uma socialização dos corpos em função da força produtiva⁸⁶. A saúde é fundamental nos processos relacionais da vida, nomeadamente em termos sociais e no que se refere à capacidade produtiva⁸⁷.

De acordo com a OMS “melhorar a saúde e a esperança de vida das pessoas pobres é um fim em si e um objetivo fundamental do desenvolvimento económico. Por outro lado, é igualmente um meio de ajudar a alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), estabelecidos por dirigentes mundiais em 2000”. O investimento em saúde trará “benefícios económicos diretos: as populações mais pobres terão uma maior longevidade, desfrutarão de muitos mais dias de boa saúde e, em consequência, terão rendimentos superiores”⁸⁸. Como resultado desta maior produtividade individual, outros benefícios indiretos naturalmente se seguiriam na medida em que a boa saúde é geradora de dinâmicas interdisciplinares que resultam na criatividade, pujança e poder transformador que caracteriza o progresso conducente ao bem-estar social.

⁸⁴ O IDH vem sendo usado desde 1993 pelo PNUD no seu relatório anual. Varia de 0,5 a 1,0 e classifica o desenvolvimento dos países como baixo quando o IDH<0,5 ; médio quando o IDH>0,5 e <0,8 e alto quando IDH>0,8. Em 2011 Portugal figurou neste relatório com um IDH=0,809, ficando em 41º lugar numa lista de 185 países. Em UNDP. 2011. Human Development Report: Human Development Statistical Index. United Nations.

⁸⁵ Human Development Report: Human Development Statistical Index. (2006). United Nations.

⁸⁶ Foucault, M. (1990). Historia de la medicalización. Em La vida de los hombres infames. La Piqueta.

⁸⁷ The Alma-Ata Declaration.(1978) WHO

⁸⁸ Investir na Saúde para o Desenvolvimento Socioeconómico da África. Disponível em http://www.who.int/macrohealth/events/africa_investing/es/index.html [acesso:24.11.11]

Helen Clark, administradora do PNUD, sublinha que se deve “avaliar se as pessoas conseguem ter vidas longas e saudáveis, se têm oportunidades para receber educação e se são livres de utilizarem os seus conhecimentos e talentos para moldarem os seus próprios destinos”⁸⁹. Também Lalonde, que conceituou um novo paradigma para a saúde pública, refere que “good health is the bedrock on which social progress is built. A nation of healthy people can do those things that make life worthwhile, and as the level of health increases so does the potential for happiness”⁹⁰.

1.2.2 Sobre a saúde oral na perspectiva social

As patologias orais das quais se destacam a cárie e as doenças que afectam o suporte das peças dentárias (periodontopatias) são consideradas a nível mundial como problemas de saúde pública, dada a sua elevada prevalência transversal em todas as faixas etárias⁹¹. Em particular a doença cárie dentária que acompanha a humanidade desde tempos imemoriais, tem uma relevância perniciosa nas populações, na medida em que provoca frequentemente infeção, dor, sofrimento e mutilação, reduzindo consideravelmente a capacidade produtiva e a qualidade de vida⁹². Este impacto negativo quer individualmente quer na comunidade, traduz-se num oneroso fardo da doença, que a nível global se repercute sobretudo nas populações mais pobres e desfavorecidas⁹³.

Numa perspectiva clínica, a deficiente saúde oral pode rapidamente implicar em intenso e continuado desconforto físico e emocional, potenciais precursores de várias patologias a nível da saúde geral como doenças crónicas (cardiopatias, doenças digestivas, deficiente

⁸⁹ Relatório do Programadas Nações Unidas para o Desenvolvimento. 2010. Nações Unidas

⁹⁰ Lalonde, M. (1981). *The New Perspectives on The Life of The Canadians*. Minister of National Health and Welfare, Canada.

⁹¹ Chaves, M. (1986). *Odontologia Social*. 3ª edição. Artes Médicas. São Paulo

Segundo a OMS, as doenças orais são um conjunto de patologias e condições nas quais se incluem a cárie, a doença periodontal, as lesões da mucosa oral, a perda de dentes, os tumores oro-faríngeos, as manifestações orais do HIV/SIDA, a estomatite ulcerativa necrotizante e o trauma oro-dental. Em Petersen, P. (2004). *Challenges to improvement of oral health in the 21st century — The Approach of the WHO Global Oral Health Programme*. *International Dental Journal*. *International Dental Journal*. Vol54. Issue S6.(p.329-343)

⁹² Sumariamente a cárie é uma doença infecciosa e transmissível, caracterizada na maior parte dos casos por perda de substância dentária, influenciada entre outros fatores por uma dieta rica em açúcares.

⁹³ Petersen (2004)

absorção de nutrientes que implicam má-nutrição, entre outras), doenças do foro psicológico e infeções sistémicas⁹⁴.

Segundo a OMS, os fatores de risco da cárie dentária também são comuns aos das patologias mais prevalentes e incluem ambientes e hábitos de vida não-saudáveis, nomeadamente o consumo excessivo de açúcares, de tabaco e de álcool⁹⁵. Os açúcares estão incontestavelmente relacionados com a ocorrência da cárie e o seu consumo reflete hábitos de vida das sociedades industrializadas na medida em que o acesso a produtos refinados pressupõe alguma capacidade financeira.

A etiologia da cárie é multifatorial e inclui as condições do hospedeiro, do agente patogénico infeccioso e do ambiente, sendo este último associado ao modo de vida dos indivíduos, com natural correspondência às condições socioeconómicas e culturais que definem fatores de ordem comportamental.

É comumente aceite que a promoção da saúde depende de um comportamento saudável mas não é só; para a melhoria dos níveis de saúde oral concorrem também a utilização de água limpa, a existência de saneamento básico adequado, uma correta higiene oral e a exposição contínua ao flúor, como componentes de programas comunitários preventivos devidamente controlados (frequentes nos países desenvolvidos)⁹⁶⁹⁷.

A cárie dentária é a quarta doença mais cara de se tratar e não obstante se encontrar já em declínio em muitos países industrializados (também pela contribuição de medidas preventivas coletivamente sistematizadas), mantém ainda o seu carácter epidémico nos países menos desenvolvidos e nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos das nações

⁹⁴Petersen, P.(2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry and Oral Epidemiology. (p.3-24). N°32. Supl1.

Narval, P. (2000). Cárie Dentária e Flúor: Uma Relação do Séc.XX. Ciências de Saúde Coletiva. vol.5 n°2. Rio de Janeiro

⁹⁵ Petersen (2004)

⁹⁶ OMS (1986)

A promoção da saúde é o "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo

⁹⁷ O efeito preventivo do flúor tornou este elemento no principal agente utilizado no combate à cárie dentária, sendo que em vários países os produtos fluoretados (dentífricos, água da rede pública e outros) têm contribuído significativamente para a diminuição da sua prevalência.

desenvolvidas, definindo e acentuando desigualdades sociais em saúde que refletem a padronização globalizada do Paradigma da Modernidade abordado anteriormente⁹⁸.

No Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, está implícita a finalidade de contribuir para a diminuição destas desigualdades e uma vez que a saúde oral está intimamente afeta ao bem-estar geral de cada indivíduo, pretende-se que a prevenção e a promoção orais contribuam para manter e/ou restabelecer as estruturas físicas, emocionais e sociais necessárias à consolidação das capacidades e habilidades individuais de molde a melhorar a qualidade de vida, promovendo quando necessário a inclusão social⁹⁹.

Townsend¹⁰⁰ caracteriza os socialmente excluídos como “os indivíduos ou famílias que acumulam um conjunto de riscos, de dificuldades ou de handicaps que os conduzem à pobreza económica, ao enfraquecimento dos laços familiares e sociais, ao descrédito social e mesmo à perda de laços identitários...” resultado “...de trajetórias individuais nas quais se acumulam e reforçam diferentes ruturas e perdas ou privações, aumentadas pelos mecanismos sociais que tendem a estigmatizar”. Na exclusão social o conceito de cidadania plena com o respeito pelos direitos cívicos de cada um, baseados na tríade da Igualdade, Liberdade e Fraternidade, é não raro ignorado a favor das necessidades de outros, que estão mais integrados e portanto são mais merecedores da atenção das instituições.

Neste contexto, a saúde é frequentemente negligenciada quer em termos de oportunidade de acesso aos cuidados quer em termos da qualidade dos mesmos, consubstanciando-se assim estes fenómenos sociais perpetuados num ciclo de pobreza e frequentemente de desinteresse mútuo na resolução das necessidades de saúde diagnosticadas.

Particularizando a relação entre uma deficiente saúde oral e a privação que resulta em pobreza, vários autores dentre os quais Petersen concluíram da importância dos fatores socio-ambientais que se refletem nos estilos de vida: os hábitos alimentares, o tabaco, o abuso do álcool e os níveis de higiene¹⁰¹.

⁹⁸ Petersen (2004), Direcção Geral da Saúde. 1999. Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes. CN n°6/DSE. DGS. Lisboa.

Vasconcelos, N., Melo, P., Gavinha, S. (2004). Estudo dos Fatores Etiológicos das Cáries Precoces da Infância numa População de Risco. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. Vol45. n°2

⁹⁹ PNPSO (2005)

¹⁰⁰ Townsend, P. (1979). Poverty in The United Kingdom – a Survey of Household Resources and Standarts of Living. Penguin Boks. London

¹⁰¹ Petersen P., (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007 .International Dental Journal. N°58. (p.115-121). WHO. Geneva

Consciente desta realidade, a comunidade mundial representada pela OMS e várias instituições internacionais, emitiram orientações para a implementação de estratégias concertadas no sentido da diminuição da epidemia da cárie dentária, numa tentativa de contribuir para contrariar esta tendência, procurando através da saúde oral fornecer algumas respostas às questões sociais de desigualdade¹⁰². Estas estratégias traduziram-se em programas de intervenção comunitária em saúde oral, que embora tenham de ser adaptados a cada realidade ou contexto específico devido às diferenças regionais, visam dar especial atenção às populações mais carenciadas, num processo que envolve avaliações periódicas para aferição de resultados e ajustes metodológicos¹⁰³.

1.2.3 Sobre a saúde oral em Portugal

A Lei de Bases da Saúde perspetiva pela primeira vez a saúde não só como um direito mas também uma responsabilidade do Estado, da sociedade e dos cidadãos, na livre procura da prestação de cuidados. “A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela atividade. Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos. Para a efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado atua através de serviços próprios, mas também celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde”¹⁰⁴.

A atenção clínica às afeções buco-dentárias em Portugal é providenciada quase exclusivamente por profissionais privados, verificando-se da parte do Estado a regulamentação e fiscalização tanto das carreiras dos profissionais de saúde oral como da

¹⁰² A Declaração de Liverpool sobre Promoção de Saúde Oral no séc.XXI foi assinada em Setembro de 2005 pela OMS, IADR, EADPH e pela BASCD. Além de outras temáticas advoga que os Estados devem atuar no sentido de assegurar os cuidados primários de saúde oral da população, utilizando metodologias de prevenção e promoção da saúde.

¹⁰³ A referência destes programas é o WHO Global Oral Health. Ver The Objectives Of The WHO Global Oral Health Program (ORH). Disponível em http://www.who.int/oral_health/objectives/en [acesso: 14.11.11]

¹⁰⁴ Ver Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto em Entidade Reguladora da Saúde sobre a Lei de Bases da Saúde. Disponível em http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/lei-de-bases-da-saude-e-estatuto-do-servico [acesso: 28.11.11]

prestação dos serviços e dos estabelecimentos (consultórios, clínicas, laboratórios). O pagamento das consultas, tratamentos e trabalhos de próteses dentárias envolvem por vezes seguros de saúde privados, mas ainda assim implicam sempre o dispêndio direto de dinheiro por parte dos utentes que procuram a prestação de serviços em saúde oral.

Paradoxalmente, e não obstante o custo elevado dos tratamentos dentários, o facto é que à semelhança do que tem vindo a verificar-se na maior parte dos países industrializados, o nível da saúde oral em Portugal tem vindo a verificar um incremento significativo, que se pode relacionar diretamente com o decréscimo da prevalência da cárie dentária nas populações nomeadamente as mais jovens, pelos motivos que adiante serão abordados.

Para além de alguns trabalhos isolados sobre o diagnóstico de situação relativo às doenças orais no nosso país, existem cinco estudos referenciais de âmbito nacional realizados respetivamente em 1983/84, 1990, 1999, 1999 e 2005/06, que permitem fazer uma análise da evolução das patologias assim como dos respetivos fatores de risco que contribuem para a sua ocorrência¹⁰⁵. Atualmente aguarda-se a publicação do relatório da Direção Geral da Saúde

¹⁰⁵ Almeida, C., Moller, I. et al (1990a). I Inquérito Nacional Explorador de Prevalência das Doenças e Necessidades de Tratamento na Cavidade Oral. 1ª parte. Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial. Nº31(3). (p.137-149)

Almeida, C., Moller, I. et al (1990a). I Inquérito Nacional Explorador de Prevalência das Doenças e Necessidades de Tratamento na Cavidade Oral. 2ª parte. Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial. Nº31(4). (p.215-230)

Almeida, C., Moller, I. et al (1990a). I Inquérito Nacional Explorador de Prevalência das Doenças e Necessidades de Tratamento na Cavidade Oral. 3ª parte. Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial. Nº32(1). (p.9-22)

Almeida, C. (1997). As Doenças da Cavidade Oral nos Jovens Portugueses: Estudo Epidemiológico. Tese de doutoramento em Medicina Preventiva e Saúde Pública apresentada à Universidade de Lisboa através da Faculdade de Medicina.

Almeida, C. et al. (2003). III Inquérito Continental Explorador (1999): Saúde Oral Dentária nos Jovens de 6 e 12 Anos de Portugal continental. Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial. Nº 44 (4). (p.205-218)

Estudo Nacional da Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada.(2000) DGS. Ministério da Saúde. Lisboa

Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais. PNPSO.(2008). DGS. Ministério da Saúde. Lisboa

Nota: A autora recorreu à investigação e análise destes estudos tendo-se socorrido do facto de ter sido aluna do Professor Doutor Mexia de Almeida com quem manteve contacto após terminar a licenciatura e também por ter sido Funcionária Pública como Higienista Oral.

Não obstante, existe uma análise organizada destes estudos na monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa (no Porto) como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado em Medicina Dentária por parte de Paulo Amorim, em 2009.

com os dados referentes ao III Estudo Nacional Prevalência das Doenças Orais da DGS, que se realizou nos anos 2011 e 2012, e dos quais ainda não existem valores oficiais¹⁰⁶.

Assim sendo, refira-se que no ano de 1983 as percentagens de indivíduos com cárie dentária eram respetivamente de 96% para a faixa etária dos 35-44 anos; de 85% para os envolvidos de 12 anos e 24% para os de 6. Não obstante as diferentes metodologias de investigação empregues nestes trabalhos, pode concluir-se, após análise e cruzamento dos resultados neles contidos que no período temporal de 1983 a 2006 e no universo dos indivíduos escolarizados na faixa etária dos 12 anos:

- O número das crianças que frequentaram o dentista no último ano passou de cerca de 36% para 85.2%;
- O número das crianças que nunca escovam habitualmente os dentes é nulo em 2006, em contraponto de uma percentagem de 10% em 1983;
- O número das crianças que escovam os dentes todos os dias praticamente duplicou, representando em 2006 cerca de 90%;
- O número das crianças que sentiu dor devido a cárie nos últimos 6 meses passou de 49.1% para 35.1%;
- O número das crianças livres de cárie¹⁰⁷ passou de 15% para 44%.

Quanto ao universo dos indivíduos na faixa etária dos 6 anos, verificou-se que em 1999 no estudo da DGS, existiam apenas 33% de envolvidos livres cárie, havendo uma evolução para 51% em 2006. Também neste universo, os envolvidos que frequentaram o dentista no último ano (revelando interesse pelo cuidado com os dentes temporários) passou de cerca de 7% em 1983 para 37.2% em 2006.

O Quarto Inquérito Nacional de Saúde 2005/06 também fornece dados elucidativos sobre o contexto da saúde oral em Portugal, comprovando a tendência positiva no processo dos ganhos em saúde¹⁰⁸:

¹⁰⁶ Veja-se a informação no site da Ordem dos Médicos Dentistas. Disponível em <http://www.omd.pt/noticias/2011/06/estudo-doencas-orais> [acesso: 18.06.14]

¹⁰⁷ % de crianças livres de cárie é um indicador de referência nas metas da saúde oral da OMS que significa a ausência de quaisquer dentes cariados, perdidos ou obturados, independentemente do tipo de dentição presente na boca.

¹⁰⁸ Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 Disponível em www.insa.pt/sites/.../INS-2005-2006_Principais%20Indicadores.pdf [acesso: 23.05.14]

- 86% dos habitantes do território nacional com idade igual ou superior a 2 anos, já tinham consultado um técnico de saúde oral (estomatologista, médico-dentista, higienista ou outro técnico de saúde oral). Esta frequência elevada traduziu-se também na discriminação por sexo, com 83.3% para os homens e 88.5% para as mulheres;
- 21.2% dos habitantes que consultaram um técnico de saúde oral no último ano fizeram-no por motivos de higienização da boca, 15.8% devido a dores ou outras situações de urgência, 15.3% para procederem a extração dentária, 13.2% como visita de controlo, 6% para aplicação de selantes de fissura e 4.4% para fazer uma prótese dentária.

Dos indivíduos que nunca consultaram um técnico de saúde oral, 75.8% refere que foi porque não teve necessidade enquanto apenas 12.2% alegou o elevado custo dos serviços¹⁰⁹.

A melhoria mais significativa dos valores que traduzem estes ganhos em saúde ocorreu a partir da década de 90 (pela análise dos cinco estudos de âmbito nacional), e este fenómeno relaciona-se diretamente com a consolidação das medidas preventivas e de promoção da saúde do Programa de intervenção comunitária em saúde oral, emanado pela DGS e implementado pelos profissionais dos Centros de Saúde.

No contexto desta intervenção, que se realiza fundamentalmente em meio escolar, as crianças envolvidas são motivadas a adotar hábitos regulares de higiene e a visitarem o profissional de saúde oral, ao mesmo tempo que lhes são administrados suplementos de flúor tópico, é feito o selamento das fissuras dos dentes sãos e são tratadas as cáries diagnosticadas¹¹⁰.

¹⁰⁹ Recentemente, em 2012, foi realizado o 3º Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, pela Direção Geral da Saúde, que deverá refletir dados mais atualizados, porém, tal estudo à data do término desta investigação, ainda não havia sido publicado.

¹¹⁰ O selante de fissura é uma resina acrílica de elevada aderência que isola as superfícies fissuradas dos dentes (nomeadamente as mastigatórias) do ambiente oral, reduzindo a possibilidade de ocorrência de cárie e facilitando a higiene oral. Em Selantes de Fissura. DGS. Circular Normativa nº 13/DSE de 12/11/99. Lisboa

1.2.4 Sobre o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral¹¹¹

Em Portugal o PNPSO é o Programa de intervenção comunitária em saúde oral de referência, dada a sua longevidade, metodologia e contribuição para a significativa redução dos índices de prevalência da cárie dentária, doença oral que constitui um problema de saúde pública global, sendo limitadora da capacidade produtiva e do bom relacionamento social.

Não obstante a sua atual abrangência a vários grupos populacionais, (mulheres grávidas, idosos beneficiários do complemento solidário, envolvidos e jovens até aos 16 anos a frequentar escolas públicas e IPSS¹¹²) o objetivo deste trabalho cinge-se à intervenção na população-alvo dos indivíduos escolarizados, dada a oportunidade da intervenção e do impacto das medidas preventivas nos primeiros anos de vida, pretendendo-se deste modo estabelecer um melhor conhecimento sobre as dinâmicas associadas neste contexto, relativamente ao Desenvolvimento Local da comunidade de famílias afeta às escolas onde o PNPSO encontra a decorrer.

Seguindo orientações e metodologias de intervenção preconizadas pela OMS, vem sendo implementado nos Centros de Saúde do Sistema Nacional de Saúde, e desde o ano lectivo de 1986/87 funcionando de forma ininterrupta até à atualidade (em 2004 foi integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010). Este Programa tem como espaço privilegiado de atuação o meio escolar, por constituir um excelente veículo de acesso e difusão de informação junto das famílias e da comunidade em geral, tendo como população alvo as faixas etárias mais jovens, mais suscetíveis à mudança e à apreensão de novos conceitos de saúde e de higiene.

A coordenação e avaliação do Programa cabe ao Diretor-Geral e Alto-comissário da Saúde acompanhado por uma Comissão Técnico-Científica por si designada e é executado pela Divisão de Saúde Escolar da DGS. A ARS designa a nível regional um Coordenador que poderá também pertencer ao Centro Regional de Saúde Pública, com competências para coordenar e avaliar o Programa através de uma Comissão Paritária Regional. Nos Centros de Saúde, o responsável pela saúde oral ou pela saúde escolar poderão ser designados pelo Diretor ou pelo responsável do Serviço de Saúde Pública, para a operacionalização e avaliação local.

¹¹¹ Também designado por PNPSO.

¹¹² Instituições Particulares de Solidariedade Social.

Como objetivos principais o PNPSO pretende:

- “Reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais das crianças e adolescentes;
- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral;
- Promover a equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais”... “assim como dos grupos economicamente débeis e socialmente excluídos, que frequentam a escola do ensino regular ou instituições”¹¹³.

De acordo com Petersen, a saúde oral é um dos pilares da saúde geral e os programas nacionais de saúde que incluem a promoção da saúde e também medidas preventivas a nível individual, profissional e comunitário são de facto rentáveis na prevenção das doenças orais¹¹⁴.

1.2.4.1 A filosofia de intervenção

No PNPSO “o quadro conceptual”...” corresponde a uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde e na prevenção primária e secundária da cárie dentária”¹¹⁵. A abordagem preventiva e curativa da doença em ambiente clínico é feita sempre que possível com os recursos materiais e humanos do Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo-se, quando tal não é possível, uma parceria com profissionais e entidades privadas para se proceder à obturação e/ou selagem dos dentes das envolvidos nos seus próprios consultórios.

O PNPSO regula-se essencialmente pelos princípios da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, conceito inovador que constituiu a resposta da saúde pública à falência do modelo biomédico, incapaz de respostas globais e equitativas devido essencialmente a questões do foro orçamental associadas à variação no padrão epidemiológico da doença acontecido em meados do século XX. A promoção da saúde propôs-se a ser assim a estratégia

¹¹³PNPSO (2005)

¹¹⁴Petersen (2008)

¹¹⁵PNPSO (2005)

que contribuiria para o aumento da esperança de vida sem incapacidade ou doença, na nova abordagem à nova saúde pública.

Nas políticas de saúde de organismos internacionais como a OMS, a promoção da saúde constitui uma importante ferramenta de trabalho e a Carta de Ottawa, documento compilador das melhores metodologias em saúde entre outras orientações, evidencia a necessidade de autonomia dos indivíduos para a tomada de decisão sobre si mesmos e o seu entorno considerando que é a educação que melhor lhes permite o acesso à informação. O objetivo a alcançar é a educação dos cidadãos de modo a encorajar a sua capacitação para a análise da informação e dos serviços facultados, tendo como posterior consequência a melhor escolha no que respeita à dicotomia saúde/doença, de maneira a promover a saúde¹¹⁶.

Não pretendendo enveredar pelo debate da legitimidade do papel dos profissionais de saúde ao definirem como “corretos” ou “não corretos” os comportamentos individuais e coletivos que influenciam a saúde, pelo exposto se infere da extensa abrangência desta metodologia que se reflete nos indivíduos, na sua família, na sua comunidade, na nação e a nível supranacional.

Nos programas de abrangência comunitária atuais como o PNPSO, a saúde é promovida de forma positiva, como meio de alcançar a tão almejada qualidade de vida e a capacidade de escolha consciente e informada resulta de um processo de *empowerment* dos indivíduos e das comunidades. É portanto fundamental que o sistema do qual a Equipa de Saúde Oral faz parte proporcione uma resposta organizada de maneira a que o processo de educação para a saúde efetivamente tenha como consequência a aquisição de competências por parte dos indivíduos, contribuindo assim para o desenvolvimento humano através da literacia para a saúde. Concomitante a esta perspetiva, também é necessária a “criação de ambientes infraestruturais (físicos e socioeconómicos) favoráveis à promoção de estilos de vida saudáveis”, que no PNPSO se traduzem em várias iniciativas das quais a mais visível é a facilitação ao acesso a tratamentos dentários¹¹⁷.

Quando esta dicotomia não se articula, os objetivos da educação para a saúde saem gorados, pois traem o princípio caracterizador do conceito da promoção da saúde¹¹⁸.

¹¹⁶ WHO (1986)

¹¹⁷ Carvalho, G. (2006). Criação de Ambientes Favoráveis Para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis. Em Atividade Física, Saúde e Lazer; A infância e estilos de vida saudáveis. Edições Técnicas. Lisboa.

¹¹⁸ The Bangucoque Charter on Health Promotion in a Globalized World.(2005). WHO

A promoção da saúde “direciona-se à população como um todo ou a grupos populacionais no contexto da sua vida quotidiana, visando a ação sobre as causas da doença e os fatores determinantes da saúde” e neste contexto reveste-se de uma responsabilidade social não só do Estado mas de todos os parceiros sociais, do cidadão ele próprio e da comunidade onde se integra, numa tentativa de alcançar a redução das desigualdades em saúde¹¹⁹. A metodologia da educação para a saúde como meio de a promover, é portanto intrínseca à dinâmica da afirmação do poder de cada um para a tomada de decisões individuais e do grupo, com todas as envolventes que isso implica.

No âmbito comunitário, a promoção da saúde é feita através de uma intervenção que “tem como objetivo identificar as necessidades de saúde na comunidade e as áreas prioritárias de intervenção. Esta intervenção envolve um conhecimento dos recursos da comunidade, conhecer e caracterizar esses mesmos recursos e identificar quais as temáticas alvo de intervenção, numa perspetiva de educação para a saúde”¹²⁰.

O carácter associativista do PNPSO implica que as ações concertadas de comum acordo entre os pares se sobreponham às iniciativas isoladas ou individuais. Deste modo, o trabalho em equipa multidisciplinar é essencial, onde diferentes personalidades, vontades, perspetivas e saberes, se articulam de forma a melhor traduzir as diferentes matizes com que se reveste um problema e as possíveis soluções. As ações a desenvolver neste âmbito são de natureza diversa e vão desde o estabelecimento de políticas de carácter geral numa abordagem estruturalista, à proposta de redução dos comportamentos de risco, modificando e adaptando os estilos de vida.

O êxito das metodologias de promoção da saúde, cujo capital é o conhecimento, traduz uma reduzida orçamentação por parte do Estado comparativamente aos elevados ganhos em saúde que se refletem numa vida mais longa e saudável, variável determinante do desenvolvimento humano. A crescente integração da saúde nas políticas de desenvolvimento é o reflexo deste fenómeno¹²¹.

A intervenção comunitária em saúde oral da qual o PNPSO é exemplo, caracteriza-se assim como um processo complexo e multidisciplinar envolvendo vários parceiros e a própria

¹¹⁹ Gabinete de Gestão do Saúde XXI. 2004. Saúde em Portugal – A Promoção da Saúde. Disponível em http://www.forum-empresarial.pt/114_xxi.htm [acesso: 03.02.11]

¹²⁰ WHO (1986)

¹²¹ Kickbush, I.(2009). In Search of The Public Health Paradigm for The 21st Century: The Political Dimensions of Public Health. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Nº Especial 25 anos. (p.11-19)

comunidade, num esforço de potenciação das mais-valias inerentes ao grupo, e à relação do grupo com os fatores que lhe são externos, com o intuito de implementar a melhor metodologia para a resolução de problemas, garantindo a longevidade do programa.

Em Portugal, a promoção da saúde como conceito metodológico começa por figurar na Constituição da República Portuguesa de 1976 e na Lei da Saúde de 1979 onde se enfatiza a importância dos cuidados primários na área da saúde, sustentados por esta filosofia de atuação (o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 sublinha as linhas de ação promotoras da saúde)¹²².

Neste contexto, foi natural a implementação e posterior evolução de um Programa com estas características de intervenção comunitária, constatados os elevados índices de morbilidade e de prevalência da cárie dentária (65% a 95%) registados na década de oitenta, na população escolarizada¹²³. Não obstante a natural evolução da estrutura e das características de ação do Programa ao longo de 25 anos de implementação, o facto é que a promoção da saúde continua a ser principal linha de atuação do Programa e supõe-se que a sua contribuição tenha vindo a ser decisiva para o alcance das metas estabelecidas pela OMS no que respeita à diminuição da prevalência da cárie dentária em Portugal.

1.2.4.2 A sua evolução

Dependendo de múltiplos fatores de ordens tão distintas como físicos, mentais, emocionais, ambientais, culturais e socioeconómicos, a saúde é fundamental nos processos relacionais da vida, nomeadamente em termos sociais e no que se refere à capacidade produtiva. A saúde oral afeta os indivíduos quer física quer psicologicamente influenciando o

¹²² Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro

Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Disponível em www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf [acesso: 19.10.11]

¹²³ Almeida et al (1990a)

Morbilidade é a percentagem de portadores de determinada doença face ao total da população.

A taxa de prevalência representa a proporção de pessoas com determinado resultado de saúde num dado momento temporal. Deste modo, a taxa de prevalência representa a proporção de pessoas com determinada doença ou sintoma, ou que apresentam uma determinada característica individual de saúde relativamente ao grupo de interesse” in www.eurotrials.com/contents/files/Gauss_10.pdf. [acesso:15.10.11]

seu crescimento e podendo comprometer a saúde geral uma vez que a boca constitui um ambiente com condições ótimas para a proliferação de centenas de espécies de micro-organismos cuja patogenicidade se pode propagar ao resto do corpo.

Por outro lado, a saúde oral pode representar um sinónimo de aceitação ou de estigma pelo facto de que o processo de socialização que consolida o nosso bem-estar em sociedade depende de múltiplas relações quotidianas para as quais contribuem também a fonação, a mastigação, a alimentação e a forma como se observa e se é observado¹²⁴.

Na década de 80 o I Inquérito Nacional Explorador de Prevalência das Doenças e Necessidades de Tratamento na Cavidade Oral concluiu que a situação quanto à cárie dentária refletia um universo de apenas 10% das crianças de 6 anos livres de cárie (sem dentes perdidos nem obturados) e um índice elevado índice CPOD aos 12 anos de 3,97¹²⁵. Tais valores reflectiam um cenário preocupante da saúde oral, resultado também da interpenetração de vários determinantes sociais da saúde como a dificuldade (financeira ou espacial) de aceder a uma consulta com um profissional de saúde oral, ou mesmo de ter acesso a informação de carácter promotor da saúde.

A constatação destes valores incitaram o Estado, através da Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários com o apoio do Secretariado Regional Europeu de Saúde da OMS, a definir as primeiras estratégias de intervenção comunitária de um conjunto de medidas promotoras e preventivas de saúde oral que se designou Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar e cuja 1ª fase de implementação se iniciou no ano de 1986¹²⁶. Uma vez que existia a convicção em vários países de que os programas de prevenção primária e secundária da cárie deveriam dar prioridade aos mais jovens, o cenário preferencial de atuação neste âmbito foi a escola, e era neste contexto espacial que se pretendia intervir com a comunidade na medida em que representava um espaço privilegiado para o desenvolvimento de competências capazes de garantir a capacidade de aprendizagem ao longo da vida¹²⁷.

Através dos estabelecimentos de ensino seria feita a proposta de abranger uma população-alvo desabituada na sua maioria a abordar o conceito de prevenção em saúde oral

¹²⁴ Goffman, E.(1963). Stigma – Notes on The Management of Spoiled Identity. Simon & Schuster, Inc. Rockefeller Center

¹²⁵ CPO = Índice dos Dentes Cariados Perdidos e Obturados. É um índice de avaliação internacional em que o valor 0 corresponde ao diagnóstico ideal.

¹²⁶ Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar.(1985). Anexo 2: Atividades de Saúde Oral em Saúde Escolar Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde. Lisboa

¹²⁷ Silvia, K., Lunt, I. (1982). Child Development: *A First Course*. Basil Blackwell. Oxford.

como acessível, e fazendo parte da sua responsabilidade pessoal e colectiva. O objetivo era claro: diminuir os valores de prevalência e morbidade da cárie dentária, proporcionando aos indivíduos meios de se capacitarem e motivarem para as boas práticas em saúde oral, aumentando as suas próprias defesas contra a doença ao reforçarem os fatores de proteção dos dentes¹²⁸.

Em conjunto, a Divisão de Saúde Oral e a Divisão de Saúde Escolar da DGCS, assim como todas as Administrações Regionais de Saúde do país, coordenaram esforços para conseguir projectar níveis de abrangência na ordem da totalidade dos escolarizados do Ensino Infantil e Pré-Primário e em cerca de 40% das crianças matriculadas na 1ª fase do Ensino Primário, dos estabelecimentos de ensino dependentes do Ministério da Educação. À DGCS competiria efetuar a normalização, dinamização e avaliação do projeto.

Aos indivíduos da população-alvo pretendia-se intervir não só ao nível da educação para a saúde, mas também efetuar a terapia de fluoreto de sódio, comprovada como fundamental na prevenção da cárie dentária. Na 2ª fase do Ensino Primário (3º e 4º anos), pretender-se-ia a intervenção a apenas 40% da população e só em termos de educação para a saúde.

Neste contexto, os profissionais de saúde dos Centros de Saúde, nomeadamente higienistas orais e/ou enfermeiros integrando equipas de saúde escolar desenvolveriam atividades como; a educação para a saúde e higiene oral (que incluía a promoção da escovagem dos dentes na escola com dentífrico fluoretado), a educação e higiene alimentar (que desafiava os responsáveis dos estabelecimentos a repensarem as ofertas alimentares aos alunos), a observação da boca das envolvidos, a administração de flúor sob forma tópica (no 1º ciclo) e sistémica (na pré-escola) e sessões de esclarecimento e de educação para a saúde com os encarregados de educação e os professores/educadores.

De acordo com as triagens orais, as crianças seriam ou não sinalizadas para tratamento dentário das cáries, essencialmente no círculo privado. Tratava-se portanto de uma tentativa de controlo epidemiológico através de uma abordagem sobretudo preventivo-educativa, deixando-se ao critério individual (não raro pautado por questões limitações de ordem socioeconómica) a escolha de um eventual tratamento dentário.

¹²⁸ Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes. (1999). Circular Normativa nº6/DSE. Direcção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

Para a população-alvo acima referida foi desenhado um Programa de quatro anos com objetivos definidos quanto à aquisição de conhecimentos e comportamentos em saúde oral (valores de 80% a 95% de abrangência), à diminuição (ou pelo menos estabilização) da percentagem de envolvidos com cárie, à diminuição dos índices de cárie (valores de cerca de 5% e 10%) e ao tratamento dentário (através apenas de encaminhamento após exame oral) na ordem dos 10% em 85/86, 15% em 86/87, 20% em 87/88 e 25% em 88/89.

O Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar teve o mérito de iniciar uma etapa importante na consciencialização da população para a importância da sua saúde oral no contexto da saúde geral, subjazendo a ideia de que a boca era a porta de entrada para todo o organismo, sendo portanto necessária uma boa saúde oral e alimentar, assim como rotinas de higiene corporal para um corpo saudável.

Paralelamente ao PPOSE instituiu-se em 1988 o Programa de Educação em Saúde Oral e o Programa de Saúde Oral em Saúde Materna e Infantil (em 1989) destinado a crianças, adolescentes, grávidas e grupos profissionais, em contexto do Centro de Saúde, como o das consultas de medicina familiar e infantil ou em outros locais fora do âmbito escolar, sem no entanto alcançarem a importância institucional do primeiro.

Ao PPOSE substituiu-se o Programa Básico de Saúde Oral (PBSO) que correspondeu à 2ª fase da sua implementação, e que trouxe a inovação da complementaridade com o Programa Específico de Aplicação de Selantes (PEAS), executado exclusivamente pelos higienistas orais que mantinham vínculo laboral com os serviços públicos. Esta atividade, efetuada preferencialmente em Centros de Saúde ou na impossibilidade, com o suporte de equipas dentárias móveis, correspondia já a uma evolução no conceito preventivo inicial. Pretendia-se que esta intervenção clínica viesse a abranger 40% das escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico, e que o PBSO atingisse a totalidade das escolas também do 1º ciclo, mantendo-se neste último a implementação e execução das atividades de âmbito educativo e preventivo anteriormente referidas como fazendo parte do PPOSE.

Em 1999, este Programa sofre nova uma revisão da sua estratégia e passa a denominar-se Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes. A componente inovadora desta feita é a intervenção médico-dentária, com a intenção de controlar o ciclo de fatores que contribuem para a diminuição dos índices de cárie. O Programa passa a contemplar o tratamento dos dentes que por alguma razão não foram afetados pelas medidas de intervenção primária, e são os melhores resultados avaliativos

obtidos no final do PBSO que motivam as entidades responsáveis a avançar para uma área de carácter curativo, não obstante se manter a componente da atenção básica preventivo-educativa¹²⁹.

Através da contratualização com médicos dentistas e estomatologistas nos seus próprios consultórios, iniciou-se no ano 2000 o Programa de Intervenção Médico-Dentária (PIMD), que estabeleceria uma “complementaridade entre o sector público e privado na prestação de cuidados de saúde oral”...”sempre que não exista resposta pelo Serviço Nacional de Saúde, nesta área”¹³⁰.

O PPSOCA é no entender dos seus responsáveis o culminar das melhores práticas em intervenção comunitária em saúde oral até à data, e pretendia estar enquadrado na filosofia subjacente ao documento “Saúde: Um Compromisso. Uma Estratégia Para o Virar do Século (1998-2002)”¹³¹, do Ministério da Saúde, que teve como base as orientações da Organização Mundial de Saúde no sentido da criação de um Sistema de Qualidade na Saúde onde figurassem além de outros requisitos:

- elevado grau de excelência profissional;
- a eficiência na utilização dos recursos;
- os riscos mínimos para os utentes;
- a satisfação para os utilizadores e a obtenção de Resultados em Saúde”¹³².

Assim sendo, do inicial Programa de intervenção da década de oitenta, evoluía-se agora para três programas complementares: o PBSO, o PEAS e o PIMD, contemplando a vertente educativa, preventiva e curativa, numa estratégia global tendo como base a prevenção primária e secundária da cárie. O impacto que esta associação causou em termos institucionais impulsionou a integração dos higienistas orais nos Centros de Saúde, além de uma maior dinamização da relação entre utentes e os profissionais de saúde oral, no sentido da instalação de crescentes sentimentos de aceitação dos profissionais e das suas atividades na comunidade.

¹²⁹ No Estudo Nacional da Prevalência da Cárie Dentária de 2000 da DGS, já 33% das crianças se encontravam livres de cárie e o CPO tinha baixado para 2.95.

¹³⁰ PNPSO (1999)

¹³¹ Ministério da Saúde. (1999). Saúde: Um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002). Ministério da Saúde. Lisboa

¹³² Saúde Para Todos no Ano 2000. Disponível em wholibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf [acesso: 12.10.11]

Rodrigues, Ana Terezinha Duarte. Crise: Fator de impacto na Gestão das Unidades de Saúde. *Salutis Scientia*. Vol. 3 Jul/11. ESSCVP

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

Com esta evolução, mais uma vez se alargam os objetivos a atingir e projetava-se agora “proporcionar a todas as crianças e jovens portugueses, com idade inferior a 17 anos, a oportunidade de beneficiarem de um sistema coerente de prevenção primária e secundária da cárie dentária”; além de efetivamente contribuir para a redução da incidência da doença na infância e na adolescência de toda a população escolarizada¹³³.

Com a nova visão mais globalizante dos determinantes sociais da saúde e verificada a eficácia do flúor na prevenção da cárie foi normalizado o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (também conhecido como o Programa do Cheque-Dentista), que em 2004 foi integrado no Plano Nacional de Saúde (2004/2010). Além dos escolarizados integra outros grupos-alvo, nomeadamente as grávidas, e envolvidos e jovens com necessidades especiais (NSE).

Na revisão que se efetuou reformulou-se a questão da administração de fluoretos sistémicos de acordo com orientações normalizadoras da União Europeia¹³⁴, face aos objetivos em saúde oral para a comunidade atendendo ao panorama no que respeita à prevalência da cárie (em Portugal constatavam-se já valores na ordem das 51% de envolvidos de 6 anos livres de cárie e uma média de CPO (d) = 1.48 embora “com desvios acentuados entre grupos de diferentes níveis socioeconómicos”¹³⁵).

Sendo que a OMS preconiza para 2020 valores na ordem de 80% de crianças de 6 anos estarem livres de cárie e a estabilização do CPO em 1.5, o Estado insiste e reafirma o investimento neste programa, por forma também a contribuir para a diminuição das desigualdades em saúde¹³⁶.

Os responsáveis pelo PNPSO reforçam inclusivamente a importância dum maior envolvimento das atividades de saúde oral nos currícula escolares tendo subjacente a abordagem globalizante da saúde.

Em 2009, nova revisão aconteceu no que respeita à metodologia da intervenção médico-dentária e a sua versão mais recente inclui o conhecido conceito do cheque-dentista, deixando de se estabelecer o contrato com os dentistas/estomatologistas na modalidade

¹³³ PNPSO (1999)

¹³⁴ Directiva Comunitária 2002/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 10/6, transposta para a legislação através do Decreto-Lei nº136/2003 de 28 de Junho

¹³⁵ Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. (2009). Circular Normativa nº1/DSE. DGS. Ministério da Saúde. Lisboa

¹³⁶ PNPSO (2009)

tradicional, e promovendo-se a emissão de documentos de referenciação de livre acesso aos profissionais de saúde, tanto os higienistas e dentistas dos Centros de Saúde, como do sector privado¹³⁷.

Alargou-se também o universo da sua distribuição, para além dos jovens escolarizados e grávidas, à faixa etária dos idosos beneficiários do complemento solidário e aos imunodeprimidos por HIV/SIDA, sendo que apenas o contexto dos escolarizados constitui tema de abordagem neste trabalho.

Ao longo do percurso evolutivo descrito desta intervenção comunitária sistematizada em saúde oral, os resultados clínicos da prevalência da cárie foram sendo substancialmente melhores a nível nacional, o que pressupõe uma correlação entre este fenómeno e o investimento do Estado junto dos jovens escolarizados. Mais se refere que o PNPSO tem vindo a ganhar um protagonismo assinalável nas atividades de saúde escolar dos Centros de Saúde, que implicou já em algum aproveitamento político por parte da entidade governamental promotora do conceito de cheque-dentista.

1.2.4.3 As características de ação

Tendo como ponto de partida o PNPSO emanado pela DGS, e mediante o cumprimento de etapas determinadas ao longo do tempo, a equipa que integra profissionais de saúde, elementos dos estabelecimentos de ensino, associações de pais, das autarquias e parceiros privados, efetuam um diagnóstico da situação local sobre o problema identificado face ao projeto a implementar, enumeram prioridades de intervenção e definem objetivos. Delineadas as estratégias para os alcançar, são atribuídas aos parceiros as atividades subjacentes às metodologias de intervenção com a elaboração do projeto local propriamente dito que deve levar em consideração os recursos humanos e materiais disponíveis na comunidade. Uma vez acordadas as tarefas de cada indivíduo e/ou entidade, entra-se no período de execução, em que a equipa, frequentemente faz os ajustes necessários para que na fase da avaliação o balanço do projeto seja positivo¹³⁸.

¹³⁷ PNPSO (2009)

¹³⁸ Construcción de Estratégias de Intervención Comunitaria. (2005). Em Cátedra de Estrategias de Intervención Comunitaria. Facultad de Psicología. UNC. Disponível em <http://www.aulavirtual.psyche.unc.edu.ar/moodle5> [acesso:04.02.11]

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

A atual metodologia pedagógica de promoção da saúde resulta da evolução de um conceito que começou por realçar a prevenção da doença como uma responsabilidade individual, para atualmente evidenciar a consciencialização do trinómio saúde/doença/respetivos determinantes, pelo indivíduo e pelo grupo, através da aquisição de informação.

A complexidade desta dinâmica está patente na forma como este projeto de intervenção é implementado de maneira a garantir o sucesso da iniciativa. Desta forma, as atividades a desenvolver implicam fundamentalmente a promoção da saúde oral no contexto escolar com repercussão familiar, na prevenção das doenças orais, no diagnóstico precoce e no tratamento dentário.

São assim realizadas abordagens pedagógicas no âmbito da promoção da saúde ao universo dos alunos, dos professores, educadores e auxiliares dos estabelecimentos de ensino; é feito a triagem oral dos alunos e a respetiva referenciação para o tratamento primário (aplicação de selantes) e/ou secundário (obturação) dos dentes. A DGS fornece informação escrita para ser agregada aos documentos de referenciação para tratamento dentário (cheque-dentista ou documento de referenciação para o higienista oral - DRHO) com conceitos promotores da saúde oral e por vezes os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) estabelecem parcerias com a autarquia ou com empresas privadas, com vista ao patrocínio de materiais de higiene oral (escovas e dentífricos fluoretados) e de atividades culturais e lúdicas sobre temas de saúde oral (exposições de trabalhos, concursos, etc). Paralelamente a toda esta atividade, os alunos escolarizados são incentivados a utilizar diariamente um dentífrico fluoretado, enquanto nas escolas do 1º ciclo se promove o bochecho quinzenal com uma solução de fluoreto de sódio, cuja ação tópica está comprovada ser decisiva no processo de prevenção da cárie.

Geralmente a responsabilidade da dinamização do Programa cabe ao Higienista Oral, que integrado numa equipa multidisciplinar onde figuram os outros elementos da Equipa de Saúde Escolar (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo entre outros) e das escolas (pedagogos, auxiliares de apoio educativo), por suposição terá a possibilidade de contribuir para o diagnóstico social integrado de cada indivíduo escolarizado através do diagnóstico em saúde oral. A vertente universalista do PNPSO sugere o contributo para a melhoria da equidade, a participação dos alunos que se pretende que seja *empowered* dados os

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

conhecimentos e adoção de comportamentos considerados saudáveis, poderá indiciar uma afinidade com um eixo estrutural do conceito de Desenvolvimento Local.

Pelo exposto nesta revisão bibliográfica, refere-se que este trabalho visa determinar se por detrás desta oportunidade de intervenção comunitária em saúde oral subjaz uma efetiva contribuição para o Desenvolvimento Local duma comunidade integrada na área de influência do Centro de Saúde que se escolheu para realizar este estudo.

2º Capítulo. Parte empírica

2.1 Caracterização do território e do meio da Escola Básica do 1º ciclo e Jardim de Infância (EB1 JI) do Alto da Peça

2.1.1 O território

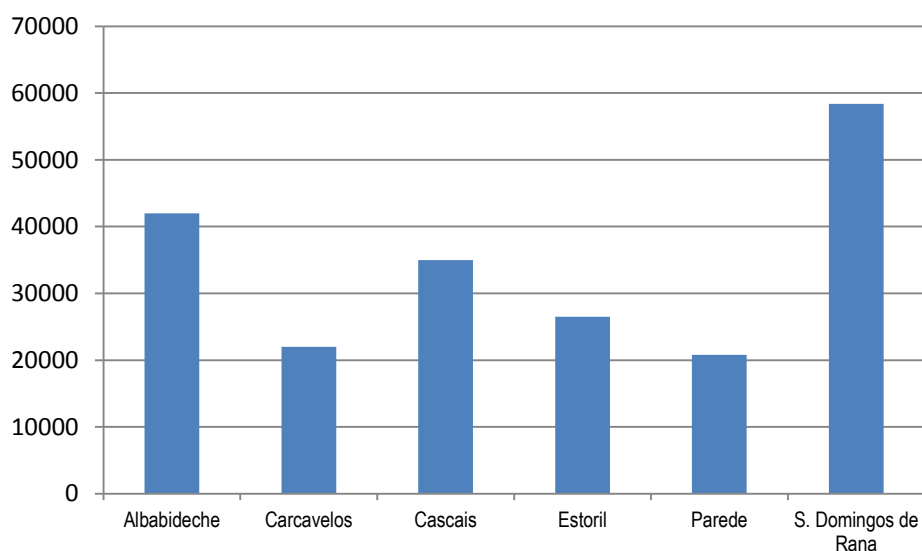
O Concelho de Cascais está situado a ocidente do estuário do Tejo, limitado a norte pela Serra de Sintra, a sul e ocidente pelo Oceano Atlântico e a oriente pelo Concelho de Oeiras. A vila sede do concelho que também o nomeia é caracterizada pela atividade piscatória, conservando o estatuto de “Vila dos Pescadores”, pretendendo manter uma tradição como espaço de acolhimento turístico e cultural de elevada qualidade para os seus frequentadores.

Este Concelho é parte integrante dos concelhos da área metropolitana de Lisboa (AML), da área da grande Lisboa, estando assim integrado na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Em termos administrativos, o concelho de Cascais encontra-se dividido em 6 freguesias: Alcabideche, Carcavelos, Cascais, Estoril, Parede e S. Domingos de Rana, num espaço geográfico de cerca de 99Km².

Em termos demográficos, e de acordo com os Censo 2011, o concelho de Cascais conta com uma população de 206.429 habitantes, assim distribuídos pelas freguesias:

Gráfico 1- Distribuição da população por freguesias do concelho de Cascais



Fonte: INE 2011

Imagem 1 – Freguesias do concelho de Cascais



Fonte: Câmara Municipal de Cascais

As freguesias mais populosas do concelho são Alcabideche e S. Domingos de Rana que tiveram um crescimento notório (32,6% e 30,7% respetivamente), desde os últimos Censo de 2001.

2.1.2 O meio social e económico

Cascais conduz-nos invariavelmente à ideia de uma zona habitada na maioria por famílias de classe alta, mas ao contrário do que aparenta, esta realidade não pode ser generalizada a todo o território concelhio.

Este concelho, tradicionalmente associado a um contexto de abundância e prosperidade, tem vindo a sofrer alterações no tecido social e económico dos seus habitantes. Num passado recente, 1/3 das habitações do interior do Concelho eram clandestinas. Ao longo da década de 90, houve algum crescimento sem controlo do parque edificado, fruto de

uma política de ordenamento do território desajustada, tendo originado situações problemáticas no concelho¹³⁹.

Baseando-nos no documento oficial do Concelho Local de Ação Social de Cascais (CLAS) – o 3º Plano de Desenvolvimento Social (PDS) 2012/ 2015 - retirámos alguns dados que sustentam a análise que a seguir se explana, e que nos permite contextualizar a questão socio-demográfica e económica do concelho¹⁴⁰.

Relativamente às faixas etárias, 56% da população situa-se entre os 24-65 anos, e 16% correspondem aos mais jovens, até aos 14 anos. Novos habitantes e novas formas de viver em sociedade vieram imprimir uma nova identidade a um território que atualmente se pauta por uma considerável diversidade social e cultural.

O concelho tem sido um polo de atracção também para várias comunidades de outros países aí se instalarem, verificando-se uma percentagem de cerca de 11% de residentes estrangeiros, inseridos numa população que trabalha essencialmente no sector terciário, nomeadamente em actividades relacionadas com o comércio.

No que respeita às empresas do setor secundário, o principal tipo de atividades desenvolvidas no concelho de Cascais, diz respeito à área da construção.

¹³⁹ Abreu, J.W. (2010). Gestão Municipal e Empresarial de Energia em Edifícios Públicos e de Serviços - Estudo de caso município de Cascais. FCT. Universidade Nova de Lisboa, citando Dias Coelho, J., 2010. Pacto dos Autarcas —Uma iniciativa europeia, dois projectos em acção. Apresentação no âmbito da conferência Portugal em conferência para uma economia energética eficiente, 22 de Junho de 2010.

¹⁴⁰ Rede Social de Cascais. (2012). 3º Plano de Desenvolvimento Social de Cascais 2012-2015. Conselho Local de Ação Social (CLAS) de Cascais. Cascais

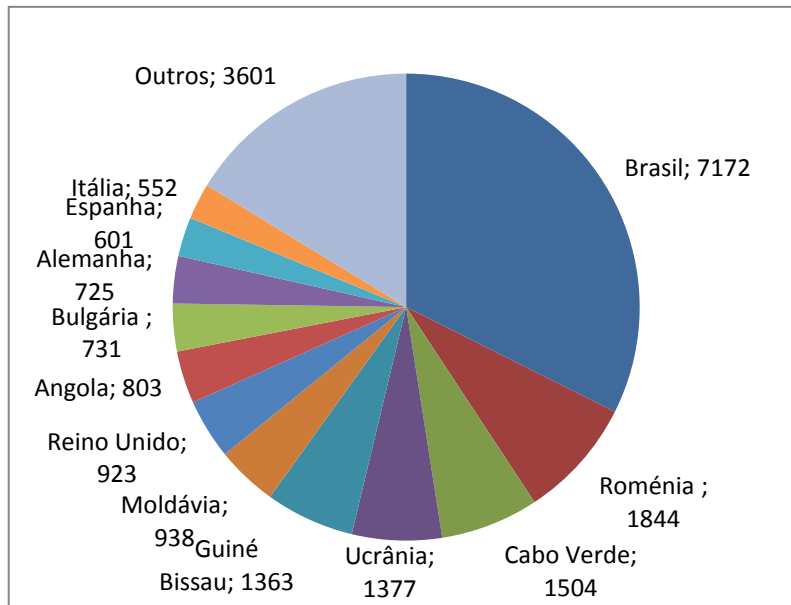
“A Rede Social é um Programa criado através da Resolução do Conselho de Ministros de 18 de Novembro de 1997, regulamentado pelo Dec-Lei 115/2206 de 14 de Junho, que visa lançar e reforçar os fundamentos que promovem a articulação e congregação de esforços entre os agentes sociais activos no concelho com vista a dois grandes objectivos fundamentais: combate à pobreza e à exclusão social e à promoção do desenvolvimento social.” Em:

http://www.redesocialcascais.net/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=88
[acesso 14.12.14]

“O Plano de Desenvolvimento Social (PDS) é um instrumento de definição conjunta e negociada de objectivos prioritários para a promoção do Desenvolvimento Social local, tendo em vista a produção de efeitos correctivos e de efeitos preventivos ao nível da redução da pobreza e da exclusão social.”

http://www.redesocialcascais.net/index.php?option=com_content&task=view&id=129 [acesso: 12.11.14]

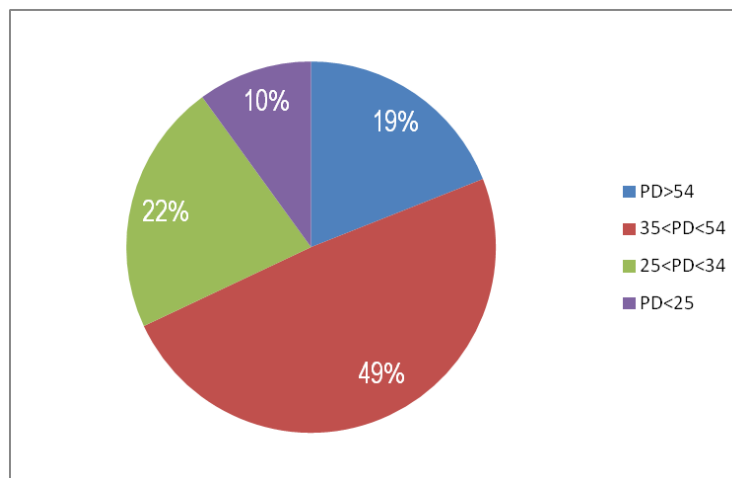
Gráfico 2 – Principais comunidades do concelho de Cascais



Fonte: PDS Cascais 2012-2015

No que concerne aos níveis de empregabilidade, verifica-se que no universo da totalidade dos habitantes do território, existe desde há dois anos, uma taxa de desemprego de sensivelmente 5%.

Gráfico 3 -Distribuição das pessoas desempregadas (PD) por grupo etário, 2012



Fonte: IEFPP (PDS Cascais 2012-2015)

A precariedade laboral, que imita a tendência do mercado de trabalho, poderá ter concorrido para a estatística de 3% das famílias do concelho serem beneficiárias do Rendimento Social de Inserção (RSI).

Decorrente destas constatações têm-se vindo a verificar elevados graus de desigualdades sociais, de pobreza e de exclusão social, nomeadamente na vertente territorial. Nas freguesias mais populosas como é o caso de Alcabideche, onde a população jovem aumentou e a precariedade económica é mais evidente, é onde há maior dificuldade em estabelecer um padrão de respostas sociais assertivas e integradas tanto pelos agentes concelhios como pelas redes de apoio que existem na comunidade.

Numa tentativa de contrariar esta tendência, assistimos atualmente a diversas iniciativas por parte da sociedade civil no sentido de enfrentar a crise económico-social. A coexistência de grupos com elevado capital tanto económico como cultural¹⁴¹ com outros compostos por indivíduos que têm como objetivo desempenhar um papel socialmente útil, reflete-se na criação de associações civis de solidariedade social que promovem a interajuda das famílias, promovem a partilha e apoio em situações críticas, fazendo aumentar a responsabilidade social da população. Todavia a sua ação não tem sido totalmente aferida pela edilidade que ainda não delineou a integração efetiva destes grupos/ associações na sua rede de apoio social.

De forma a fazer face a estas desigualdades e promover a inclusão social¹⁴², o município pretende intervir também ao nível da saúde, tendo estruturado um quadro de referência constituído por um conjunto de instrumentos locais, regionais e nacionais donde se destaca o Plano Nacional de Saúde 2012/ 2016, documento do qual retira uma intenção assim sistematizada em objetivos¹⁴³:

¹⁴¹ A população de Cascais apresenta níveis de instrução elevados relativamente à totalidade do território nacional, sendo o ensino superior o grau académico mais significativo (22%). Este valor é igualmente superior comparativamente com os valores da Área Metropolitana de Lisboa, tendo em conta que a percentagem da população com ensino superior é de 17%, verificando-se em ambos os contextos que cerca de metade dos indivíduos são mulheres.

¹⁴² Lê-se na página 57 do documento a definição de Cascais Inclusivo: “Todas as pessoas têm asseguradas as necessidades básicas de sobrevivência e condições para o exercício de uma cidadania ativa”.

¹⁴³ Plano Nacional de Saúde 2012/ 2011, *apud* Rede Social de Cascais. 2012. 3º Plano de Desenvolvimento Social de Cascais 2012-2015. 1ª parte. Conselho Local de Ação Social (CLAS) de Cascais. Cascais

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

- “Criar e Desenvolver programas específicos na área da educação para a saúde, autogestão da doença e capacitação dos cuidados informais
- Reforçar o contributo articulado dos serviços de saúde e dos agentes locais na melhoria da saúde da população, e investir em cuidados de saúde primários através de estratégias de promoção de saúde, considerando uma abordagem centrada na promoção e proteção da saúde, prevenção e tratamento da doença, minimização do risco de doença e consequente necessidade de apoio por respostas sociais
- Investir num sistema/rede de cuidados que permita às pessoas idosas em casa manterem-se independentes e autónomas, e implementar iniciativas que tornem as cidades mais amigáveis para a “terceira idade”, nomeadamente através da instalação de centros de dia, centros de residenciais e “hospitais de retaguarda”
- Reforçar o contributo dos serviços de saúde, a nível local, na redução do impacto dos determinantes sociais, enquadrando o acesso e as iniquidades em saúde como fatores-chave para a redução das desigualdades e trabalhando com outros sectores nas respostas integradas e proactivas às necessidades em saúde dos grupos vulneráveis.”

No que respeita à saúde oral, para além do PNPSO, existe uma parceria da Câmara com a Associação de Médicos Dentistas Solidários Portugueses - Mundo a Sorrir, que executa o projeto Aprender a ser Saudável em algumas escolas do concelho, nenhuma delas na Freguesia de Alcabideche¹⁴⁴.

Quanto à possibilidade de haver uma intervenção de saúde pública generalizada para todo o concelho, no que respeita a medidas de controlo e diminuição da cárie dentária, constata-se que os níveis de fluoretação da água da rede pública de Cascais são inferiores a 0,1 mg/l, considerados insuficientes para constituírem uma medida de prevenção da doença¹⁴⁵.

¹⁴⁴ O Projeto Aprender a Ser Saudável visa a implementação da escovagem dentária na escola com supervisão do professor. A população-alvo são as crianças dos 6 aos 10 anos.

¹⁴⁵ De acordo com a OMS, os níveis de concentração de fluoretos nas águas de abastecimento da rede pública deverão situar-se entre 0,8 e 1,2 mg/l, para que seja considerada uma medida de prevenção contra a cárie dentária, conforme tabela em anexo.

2.1.3 O meio escolar

De acordo com o documento *Rede Escolar Pública do Concelho de Cascais ano letivo 2013/14* fornecido à investigadora pelo Departamento de Educação e Desporto da Câmara Municipal de Cascais, os alunos a frequentar a rede de escolas públicas do concelho de Cascais no ano letivo de 2013/ 2014 eram no seu total 17.185, distribuídos por doze Agrupamentos Escolares: Alapraia, Aquilino Ribeiro, Alvide, S. João do Estoril, Parede, Matilde Rosa Araújo, Ibn Mucana, Frei Gonçalo Azevedo, Cidadela, Cascais, Carcavelos e Alcabideche, que comportam 71 escolas do pré-escolar, 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e Ensino Secundário.

O Parque Escolar encontra-se assim dividido em relação aos níveis de ensino:

1ºCiclo – 5.216

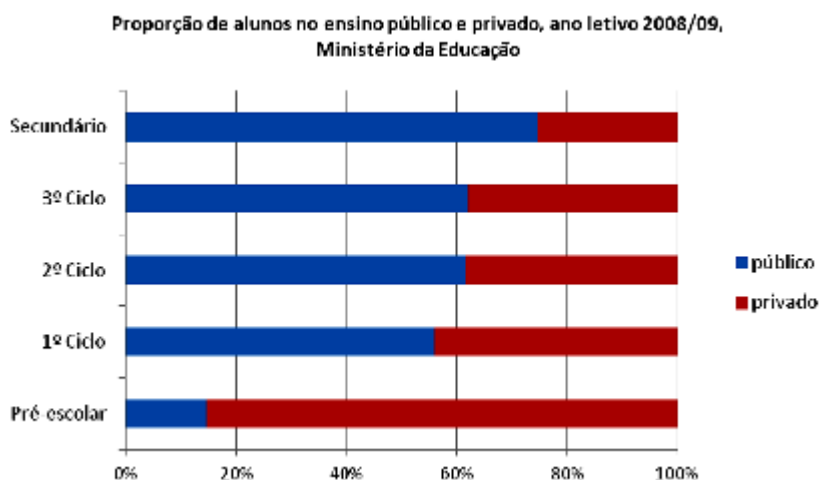
2ºCiclo – 3.058

3ºCiclo – 4.627

Secundário – 4.284

Segundo a sub-Diretora do Agrupamento de Alcabideche que também acumula funções de Coordenadora da EB1 JI do Alto da Peça, Professora Ilda Madeira, há cerca de 5 anos a esta parte que ao nível do concelho se mantém uma tendência de cerca de 45% de população estudantil no ensino privado.

Gráfico 4 - Distribuição de alunos pelo ensino público e privado



Fonte: PDS Cascais 2012-2015

Relativamente ao panorama dos recursos a apoios sociais, e no que respeita à Ação Social (AS), no ano lectivo de 2013/2014, do total de alunos no ensino público (17.185), beneficiaram de auxílios económicos e de refeição: 4.029 indivíduos do escalão A e 2.571 do escalão B, o que corresponde a 38.4% de agregados familiares com baixos rendimentos¹⁴⁶.

Procurando ir de encontro às exigências do mercado e ao mesmo tempo levando em consideração a questão social, existe nos Agrupamentos Escolares do concelho uma preocupação de “aumentar o número de respostas formativas com carácter profissionalizante” com “novas áreas de formação/parcerias com empresas privadas/etc”.¹⁴⁷

2.1.4 A freguesia de Alcabideche

Localizada a Norte do Concelho de Cascais, a Freguesia de Alcabideche confina com a Serra de Sintra a Norte, com o Oceano Atlântico a Oeste, com as Freguesias de Cascais e do Estoril a Sul e com a Freguesia de São Domingos de Rana a Este. Alcabideche foi habitada por povos de várias proveniências e referências culturais, restando ainda hoje vestígios da presença da civilização árabe.¹⁴⁸

Alcabideche é a maior freguesia do concelho com uma área de 39,8 Km² e com uma densidade populacional de 1060,1 Habitantes/ Km², constituindo a freguesia mais populosa do concelho.

De acordo com os dados do último recenseamento, Alcabideche registou um crescimento demográfico acentuado, passando a ser constituída por 15.460 famílias e 19.789 alojamentos.¹⁴⁹

A posição geográfica em que se encontra inserida, por ser diversificada, configura-a como uma freguesia com marcadas diferenças: por um lado edificam-se núcleos urbanos, por outro lado exhibe um conjunto de características periurbanas com imagens que suscitam

¹⁴⁶ Rede Escolar Pública do Concelho de Cascais ano letivo 2013/14 da Câmara Municipal de Cascais. De acordo com o Decreto-Lei n.º 55/2009, de 2 de março que estabelece o regime jurídico aplicável à atribuição e ao funcionamento dos apoios no âmbito da ação social escolar, têm direito a beneficiar dos apoios previstos no presente normativo os alunos pertencentes aos agregados familiares que se integram no 1º e no 2º escalão de rendimentos, determinados para efeitos de atribuição de abono de família, correspondendo respetivamente ao escalão A e B.

¹⁴⁷ PDS 2012/2015 CASCAIS.

¹⁴⁸ O poeta árabe Ibn Mucana que viveu no séc. XI na freguesia é ainda hoje uma das referências culturais da população.

¹⁴⁹ Instituto Nacional de Estatística, Censo 2011

alguma ruralidade (evidências de uma provável economia de subsistência ou apenas complementar). São ainda visíveis traços de habitações que começaram por ser clandestinas e denotam algum desordenamento, sensivelmente na fronteira administrativa com a Freguesia de São Domingos de Rana¹⁵⁰.

As suas características urbanístico-morfológicas permitem distingui-la em 3 zonas sócio-territoriais:

- a zona de Alvide – Amoreira, onde vive cerca de 40% da população em habitações de características de edificação maioritariamente verticalizadas;
- a zona do Ocidente, mais tradicional com habitações mais antigas predominantemente horizontais, e com cerca de 10% de habitantes da freguesia
- a zona da sede da freguesia, o eixo Alcabideche - Alcoitão - Manique que faz fronteira com S. Domingos de Rana. Uma vez que se situa perto da auto-estrada Lisboa-Cascais, acolhe um assinalável fluxo económico, com a edificação de grandes superfícies, processos de distribuição e armazenamento entre outros. Nesta zona vivem cerca de 50% dos habitantes da freguesia.

Alcabideche evoluiu de um “local rural de pequena economia” para se transformar nos últimos anos “num espaço socio-territorial multifuncional, reforçado com a construção da auto-estrada. O aparecimento das grandes superfícies comerciais e de serviços cria um eixo cosmopolita, no que eram os limites de Cascais.”¹⁵¹

2.1.5 O Agrupamento de Alcabideche e a EB1 JI do Alto da Peça

Através do Projeto Educativo do Agrupamento, documento oficial norteador das atividades desta entidade e por dados fornecidos pela coordenação da escola, foi-nos possível entender o seu enquadramento e o da EB1 JI assim como as atividades que desenvolve¹⁵².

¹⁵⁰ Rede Social de Cascais (2005)

¹⁵¹ História – Junta de Freguesia de Alcabideche. Disponível em <http://www.jf-alcabideche.pt/index.php/freguesia/historia-jfa> [acesso: 12.14.14]

¹⁵² Projeto Educativo do Agrupamento de Alcabideche 2014-2017

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

A área de influência do Agrupamento de Alcabideche compreende as escolas das localidades de Alcabideche, Atrozela, Cabreiro, Abuxarda, Alcoitão, Adroana, Pisão e Carrascal de Alvide.

A população estudantil é composta por treze nacionalidades para além da portuguesa, o que reflete uma grande diversidade de origens dos agregados familiares; além dos já referidos estrangeiros existem os naturais da zona, os migrantes e vindos de outras freguesias para realojamento em bairros sociais camarários donde a maior parte vive nos bairros sociais da Adroana, da Cruz Vermelha e de Alcoitão.

Existe uma metodologia de envolvimento das famílias sensibilizando-as para a participação ativa na vida escolar das crianças, numa tentativa de as integrar em todo o processo de aprendizagem, numa dinâmica de articulação entre a comunidade e a escola.

Devido à existência do Estabelecimento Prisional do Linhó e do Centro de Medicina e Reabilitação do Alcoitão na zona, o Agrupamento de Alcabideche acolhe ainda uma população flutuante de escolarizados, integrados em programas de intervenção próprios que constituem ofertas curriculares específicas¹⁵³. Outras ofertas curriculares do agrupamento são para jovens em situação de risco e/ ou exclusão ou então de insucesso e/ou abandono escolar até aos 18 anos e visam entre outros objetivos “promover a integração social e cidadania, prevenir e combater situações de jovens em risco de exclusão social e estabelecer parcerias com empresas/entidades com vista à integração dos jovens no mercado de trabalho”. Também se lecionam cursos de qualificação e formação de adultos.

Pelo acima exposto se infere da diversidade de estratos sociais da comunidade educativa e consequentemente das necessidades diferentes por parte dos alunos. Assim, a muitos destes escolarizados (principalmente do 1º ciclo) são atribuídos apoios (Ação Social), nomeadamente na isenção do pagamento das refeições e apoio financeiro para aquisição de livros e material escolar.

De forma a cumprir os vários objetivos do Agrupamento, esta instituição recorre e incentiva algumas parcerias com várias entidades entre as quais se salienta a Junta de Freguesia, a Câmara Municipal, o Centro de Saúde e a Associação de Pais de Alcabideche, entre outros.

¹⁵³ Respetivamente a EPL (que visa a escolaridade e socialização dos alunos reclusos no Estabelecimento Prisional do Linhó) e a CMRA (que visa a escolaridade e socialização dos alunos internados nos hospitais devido a situações clínicas graves).

A ambição do Agrupamento de Alcabideche, no qual a EB1 JI do Casal da Peça se integra é trabalhar "...para ser reconhecido como organização de referência nas relações com a comunidade onde se insere, no combate ao insucesso e ao abandono escolar e na promoção de uma cultura de esforço e exigência, de valores e de princípios de justiça, igualdade, respeito pela diferença e solidariedade".¹⁵⁴

A EB1 JI Alto da Peça foi inaugurada em Janeiro de 2011 e localiza-se na freguesia de Alcabideche, no sítio designado como Alto da Peça, na Praceta Dr. António Gonçalves Amaral, entre um bloco de realojamento e edificações urbanas recentes¹⁵⁵.

A arquitectura da escola é moderna, devido à sua constituição com espaços de áreas comuns para actividades lúdicas e pedagógicas, grandes espaços para ginásio e/ou polivalente, uma biblioteca local e uma ludoteca comunitária, fomentando a interacção escola-comunidade pela proximidade das famílias e da própria sociedade local, apelando desta forma ao seu usufruto pela comunidade envolvente.

A construção da EB1 JI do Alto da Peça foi considerada com carácter de "necessidade urgente" devido à previsão de crescimento da população estudantil (em cerca de 35% para o pré-escolar e em cerca de 60% para o 1º ciclo). Na sua génese estão envolvidos provenientes das Escolas Básicas nº 1 e nº 2 de Alcabideche. A construção desta escola possibilitou a cerca de 250 crianças usufruírem do ensino público, incluindo a mais-valia de possuir um Jardim de Infância para crianças da pré-escola.

A escola pretende ter uma resposta social, que se integra não só os alunos mas também a família e a comunidade envolvente¹⁵⁶.

O equipamento escolar é composto por:

- 2 salas para o Ensino Pré-escolar; e
- 8 salas para o 1º ciclo (uma sala de 1º ano, duas salas de 2º ano, três salas de 3º ano e duas salas de 4º ano).

No ano letivo 2013/2014, no universo do parque escolar do Agrupamento de Alcabideche (constituído por 1144 alunos), 236 pertencem à EB1 JI Alto da Peça (46 alunos

¹⁵⁴ Projeto Educativo Agrupamento de Escolas de Alcabideche 2013-2017

¹⁵⁵ Coordenadas de GPS: 38.739722, -9.395063

¹⁵⁶ Escola EB1 JI do Alto da Peça. Disponível em <http://www.cm-cascais.pt/escola-eb1-e-jardim-de-infancia-alto-da-peca> disponível [acesso: 19.09.14]

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

do pré-escolar e 190 do 1º ciclo). A taxa de sucesso destes alunos foi em média de 85%, ao longo do ano.

Mantendo a tendência do resto do Agrupamento, nesta escola existem alunos de diversas nacionalidades (portuguesa, angolana, cabo-verdiana, brasileira e senegalesa) e estratos sociais. O recurso à Ação Social reflete-se nos seguintes valores: na totalidade dos alunos da escola que inclui o Jardim de Infância e o 1º Ciclo, 31,35% pertencem ao escalão A e 17,37% ao escalão B, recebendo portanto apoio na comparticipação das refeições na escola, na ajuda financeira para material e livros escolares ou no prolongamento do horário (caso exclusivo dos alunos do Jardim de Infância). Refira-se a título de comparação que no Agrupamento de Alcabideche os valores percentuais da AS para a comunidade educativa do Pré-Escolar, 1º, 2º e 3º Ciclos são de 57% de alunos do escalão A e 20% de alunos do escalão B, sendo que são considerados pelas escolas como escalão A ou B muitos dos 23% dos alunos integrados no escalão C, devido às dificuldades que as suas famílias atravessam.

Localmente são desenvolvidas parcerias e protocolos, nomeadamente com a Junta de Freguesia e com o Centro de Saúde de Alcabideche, entre outros, promovendo a cooperação entre estas instituições e a comunidade escolar, para, de alguma forma, tentar responder às necessidades, exigências e interesses dos alunos e apoiar as suas famílias.

A parceria estabelecida com a Junta de Freguesia é de longa duração (existe desde a inauguração da escola e antes disso, na sua génese, constituída pelas Escolas Básicas do 1º Ciclo nº1 e nº 2 de Alcabideche). O enfoque desta parceria é a o recrutamento e viabilização do pagamento dos honorários dos profissionais de educação no âmbito das Atividades de Enriquecimento Curricular e a dinamização da ludobiblioteca da escola¹⁵⁷. Este espaço amplo e apelativo constitui uma referência na comunidade afeta à escola com o acesso da população livre e gratuito aos sábados à tarde. A Junta de Freguesia de Alcabideche disponibiliza os recursos humanos e materiais e trabalha em parceria com a escola também a nível curricular, durante os períodos letivos, em que, através de um atelier científico e tecnológico e vários espaços de jogos onde acontecem dramatizações, *workshops*, leituras entre outras atividades, as crianças adquirem e sedimentam as competências próprias para a idade.

¹⁵⁷ As AEC são atividades disponibilizadas pelo Ministério da Educação e Ciência, asseguradas por professores, animadores e assistentes especializados, com a finalidade de enriquecer o acervo curricular dos alunos ds escolas públicas, complementando-o, fora dos tempos letivos. Destinam-se aos alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico e adaptam os tempos de permanência das crianças na escola às necessidades das famílias.

No passado, de acordo com a coordenação da escola, a biblioteca teve acesso ao programa SOBE da Rede de Bibliotecas Escolares, mas devido ao facto de não haver recursos humanos suficientes para a desejável dinamização das atividades decorrentes do mesmo, o programa foi abandonado¹⁵⁸.

A parceria com o Centro de Saúde traduz-se por um lado na intervenção comunitária ao nível da saúde escolar, através da implementação e execução do Programa Nacional de Saúde Escolar¹⁵⁹, cuja figura de referência é a Enfermeira Hortênsia Gouveia da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Cascais, denominada Cascais Care, e por outro lado, na implementação e execução do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, através da Higienista Oral Helena Viegas, que acumula funções de Gestora Local do programa¹⁶⁰.

A Enfermeira figura de referência para a saúde escolar será também designada como Enfermeira da saúde escolar e a Higienista Oral como HO.

A escola tem estabelecido outras parcerias de menor expressão das quais se nomeia a associação sem fins lucrativos “Palco da Tua Arte”, que dinamiza atividades extracurriculares para os envolvidos a preços simbólicos, no espaço da própria escola.

Pelo que se constatou, a Associação de Pais não estaria significativamente envolvida em qualquer projeto da escola por motivos de reorganização interna, devido à recente eleição de novos dirigentes, mas segundo informação da coordenação da escola, não se envolve nem envolveu no passado nas atividades inerentes à execução do PNPSO.

A acima referida parceria estabelecida entre a escola e o ACES de Cascais tendo como objeto o PNPSO, é uma das dimensões que se pretende analisar nesta dissertação de mestrado, pelo que a seguir se descrevem as várias diligências e métodos utilizados para a realização do estudo.

¹⁵⁸ A definição de SOBE é Saúde Oral nas Bibliotecas Escolares e corresponde a uma parceria estabelecida entre a Direção-Geral da Saúde, o Plano Nacional de Leitura e a Rede de Bibliotecas Escolares que definiram um protocolo com o objetivo de desenvolver ações de promoção da leitura, do saber e da saúde, tendo como aplicação o PNPSO. Neste contexto foram estabelecidas parcerias várias, criados materiais e atividades de leitura e de aprendizagem que pretendem contribuir para a alteração dos comportamentos ligados à saúde oral. Entre estes materiais conta-se um kit composto de escova de dentes e pasta dentária.

¹⁵⁹ Programa Nacional de Saúde Escolar (2014). DGS

¹⁶⁰ Nesta escola as atividades inerentes à execução do PNPSO são a educação para a saúde, as triagens e referenciarções das crianças para tratamento dentário e/ou de aplicação de selantes. Não são feitos os bochechos quinzenais com fluoreto de sódio por opção da escola.

2.1.6 Enquadramento metodológico

O objeto de estudo desta investigação é o atual PNPSO como resultado da evolução do conceito de intervenção comunitária a partir da saúde oral, no contexto dos Centros de Saúde do Sistema Nacional de Saúde. O tema central desta dissertação é o Desenvolvimento Local na perspetiva da intervenção comunitária em saúde oral, através do PNPSO.

O tema desta dissertação foi explorado através de uma metodologia mista segundo uma perspetiva quantitativa e qualitativa, através da aplicação de instrumentos de avaliação objetivos (inquérito por questionário) e de instrumentos de avaliação subjetivas (entrevistas semi-diretivas). Para este estudo foi definido um plano descritivo de investigação transversal em que cada participante foi avaliado apenas uma vez.

De maneira a atingir o objetivo geral deste estudo, o analisar o contributo do PNPSO para o Desenvolvimento Local numa comunidade, e os objetivos específicos relacionados, optou-se por abordar a Escola Básica do 1º ciclo e Jardim de Infância do Alto da Peça (adiante designada por EB1 JI do Alto da Peça) na freguesia de Alcabideche, numa metodologia qualitativa de estudo de caso, portanto não generalizável. A escolha por esta metodologia justifica-se pela necessidade de se conhecerem as interações entre fatores e eventos inerentes ao objeto em estudo de forma a analisá-lo e o caracterizar perante o contexto do Desenvolvimento Local. Tornou-se assim imperativo aprofundar os temas e os contextos em estudo que se afiguraram complexos, de forma a poderem tecer-se as mais claras conclusões, o que não seria exequível num universo mais alargado^{161, 162}.

Desta forma foi trabalhada uma amostra de 49 indivíduos escolarizados do 4º ano, adiante designados por envolvidos, e seus respetivos pais/encarregados de educação adiante designados por PEE. Abordaram-se ainda os atores sociais essenciais à execução do PNPSO na escola: a Gestora Local (HO do ACES de Cascais que também operacionaliza o programa), as três Professoras do 4º ano do 1º ciclo do ensino básico da escola, a Enfermeira da saúde escolar da UCC Cascais Care do ACES de Cascais e o Coordenador Nacional do programa.

¹⁶¹ Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc Van .(1998). Manual de Investigação em Ciências Sociais. 2ª ed. Lisboa: Gradiva.

¹⁶² Yin, R. K., (2001). Estudo de Caso – Planejamento e Métodos. 2ª edição. Bookman. Porto Alegre

A escolha da EB1 JI do Casal da Peça deveu-se ao facto de a investigadora ter sido colega de curso e de trabalho da Gestora Local/ HO do PNPSO para o concelho de Cascais, e de através dela ter tido conhecimento das características da escola EB1JI do Alto da Peça, e da receptividade e colaboração por parte dos responsáveis do Agrupamento de Escolas de Alcabideche.

2.1.6.1 Instrumentos utilizados

Para levar a cabo a tarefa de atingir os objetivos propostos neste estudo definiu-se um sistema conceptual de recolha de dados adaptado ao objeto de investigação, constituído por quatro instrumentos, capazes de “...recolher ou de produzir a informação prescrita pelos indicadores.”¹⁶³:

- Inquéritos por questionário;
- Entrevistas;
- Análise documental;
- Observação direta.

Através da sua utilização procedeu-se à investigação do contributo do PNPSO para o Desenvolvimento Local através da averiguação das parcerias institucionais no âmbito do PNPSO, do estudo da participação dos envolvidos e do *empowerment* adquirido quanto à sua saúde oral, e ainda à compreensão do contributo da condição oral para a construção do diagnóstico social integrado, da promoção da igualdade de oportunidades e da satisfação das necessidades básicas, numa perspetiva de melhoria da equidade.

Os procedimentos metodológicos foram ditados pelas normas e princípios éticos dos trabalhos académicos, constantes do Regulamento Pedagógico do ISCTE-IUL, pelo que em contexto de estudo de caso foi assim possível extrair informação das entrevistas, dos inquéritos por questionário, da análise documental e da observação direta, enquadrando-se esses dados nas conclusões e considerações que justificam esta dissertação de mestrado.

¹⁶³ Quivy (2008)

2.1.6.2 Grelha analítica

No seguimento da problemática que está na base deste estudo e tendo em vista que a investigadora quer apreender algo a partir do que os sujeitos da investigação lhe confiam¹⁶⁴ construiu-se um modelo de análise onde se procedeu à inscrição das dimensões dos objetivos a atingir, dos indicadores de medida dessas dimensões, das fontes que poderiam fornecer os indicadores e os métodos e técnicas a utilizar para os obter¹⁶⁵.

Esta grelha analítica tornou assim possível a seleção das perguntas, dos participantes no estudo e das técnicas a utilizar para a obtenção de indicadores de caracterização das dimensões dos conceitos a estudar. Paralelamente, e através deste sistema, procuraram-se estabelecer parâmetros de avaliação quantitativa (inquéritos por questionário autopreenchidos) e qualitativa (entrevistas semi-diretivas).

Sistematizaram-se deste modo as questões colocadas aos seguintes atores sociais, figuras fundamentais no processo de execução do PNPSO na EB1 JI do Alto da Peça: o Coordenador Nacional do PNPSO, a HO, as três Professoras do 4º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico da escola e a Enfermeira da saúde escolar.

Da leitura desta grelha e seguindo a mesma metodologia, obtiveram-se as questões pertinentes a serem colocadas aos envolvidos e aos seus pais/encarregados de educação. Através desta estrutura relacional foi assim possível fazer uma seleção das variáveis para cada questionário e também escolher a técnica e método a utilizar para recolher a informação dos participantes escolhidos. Também foi possível determinar a utilização das metodologias de análise documental e observação direta por parte da investigadora na análise das dimensões estudadas, quando tal se justificou.

2.1.6.3 Procedimento

Numa fase antecipada procedeu-se à revisão de literatura pertinente sobre Desenvolvimento Local e Saúde Oral, de forma a inferir a pergunta de partida que justifica esta investigação: “Qual o contributo do PNPSO para o Desenvolvimento Local?”.

¹⁶⁴ Amado, J. (2000). A Técnica da Análise de Conteúdo. Revista Referência nº 5, (p. 53-63). Disponível em:

<https://woc.uc.pt/fpce/person/ppinvestigador.do?idpessoa=10057> [acesso:21.05.14]

¹⁶⁵ Conforme grelha analítica em anexo.

De maneira a conseguir dar resposta a esta questão transformada em objetivo geral deste estudo, foram definidos cinco objetivos específicos que implicaram na necessidade de se efetuar um estudo de caso:

- 1) Identificar a ocorrência de parcerias institucionais;
- 2) Caracterizar a existência de participação dos envolvidos e seus encarregados de educação
- 3) Descobrir o contributo do diagnóstico sectorial em saúde oral para o diagnóstico social integrado
- 4) Conhecer o grau de equidade no acesso aos recursos disponibilizados pelo PNPSO
- 5) Caracterizar o *empowerment* dos envolvidos e seus PEE, no que respeita aos seus conhecimentos, cuidados e hábitos em saúde oral.

Para a realização do estudo foi necessária a obtenção de parecer favorável por parte da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, tendo o protocolo da investigação sido submetido em 05 de junho do corrente e a informação sobre a aprovação pelo Conselho Diretivo ter sido feita a 01 de agosto. Só após esta etapa foi possível prosseguir-se para a abordagem junto da escola escolhida para a investigação, a EB1 JI do Alto da Peça¹⁶⁶.

Depois de uma primeira abordagem telefónica de modo a verificar a disponibilidade da coordenação da escola em participar no estudo, foram feitas as diligências necessárias no sentido de fazer uma apresentação formal da investigadora, dos objetivos e da metodologia adotada na investigação.

Foi enviada antecipadamente via email uma cópia da apresentação do estudo, do Protocolo de Consentimento Informado, do questionário aos alunos envolvidos e do questionário dos PEE e do guião das entrevistas à Coordenadora da EB1J JI do Alto da Peça (Professora Ilda Madeira), a cada uma das Professoras do 4º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico (Tânia Correia, Cidália Parreira e Fátima Fonseca), à Coordenadora da UCC Cascais Care (Enfermeira Helena Gonçalves), à Enfermeira da saúde escolar (Hortênsia Gouveia), à

¹⁶⁶ A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT “... é um órgão colegial e multidisciplinar e assume a natureza de um órgão consultivo do Conselho Diretivo da ARSLVT em matéria de ética assistencial e de investigação.” Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/134> [acesso: 09.12.12]. Vide parecer favorável em anexo.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

Coordenadora da Unidade de Saúde Pública do ACES de Cascais (Dr^a Ana Paula Sousa Uva), ao Coordenador Nacional do PNPSO (dr. Rui Calado) e à Gestora Local do Programa para o ACES de Cascais (HO Helena Viegas).

Teve então lugar uma reunião de esclarecimento de dúvidas e explicação da disponibilidade pretendida por parte dos entrevistados (Professoras do 4^o ano, HO e Enfermeira da Saúde Escolar) e dos inquiridos (envolvidos e PEE). Todos os participantes autorizaram devidamente a recolha de dados e os entrevistados negaram a necessidade de anonimato.

Realizaram-se assim a seu tempo as cinco entrevistas presencias previstas, sendo que a entrevista presencial ao Coordenador Nacional do PNPSO Dr. Rui Calado já havia sido realizada antes na ARSLVT¹⁶⁷.

Quanto aos questionários, foram primeiro enviados para casa através dos alunos, um conjunto de documentos constituído pelo Consentimento Informado e pelo questionário relativo ao próprio PEE. A acompanhar este conjunto foi uma informação escrita no Caderno de Recados do envolvido a explicar o propósito da investigação. No início do questionário estava informação escrita sobre a contextualização do estudo e o modo de preenchimento. Só quando retornava o Consentimento Informado devidamente assinado e o questionário do PEE preenchido é que o aluno, em sala de aula e sob a orientação da Professora, preenchia o seu próprio questionário. Antecipadamente a investigadora esclareceu as Professoras sobre o modo de preenchimento, estando sempre disponível para esclarecimentos adicionais.

Após a recolha dos dados dos questionários, estes foram inseridos numa base de dados informatizada, sendo processados estatisticamente, conforme veremos adiante, com recurso ao Programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, actualmente IBM SPSS Statistics).

Por razões de avaria técnica, a entrevista da Enfermeira Hortênsia Gouveia foi apenas escrita; quanto às restantes, foram gravadas e o seu conteúdo transcrito, sendo posteriormente alvo de análise de conteúdo quanto aos temas mais representativos para se atingirem os objetivos deste estudo¹⁶⁸.

¹⁶⁷ Apresentação dos entrevistados em anexo.

¹⁶⁸ Segundo Bardin a análise de conteúdo corresponde a uma metodologia que utiliza várias técnicas de análise das comunicações sistematizando o conteúdo das mensagens dos entrevistados de forma objetiva num quadro analítico. Em Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lda. Lisboa

Foi realizada uma recolha de dados sujeitos a análise documental, da informação pertinente para a leitura dos resultados obtidos através das entrevistas e dos inquéritos por questionário, junto da Coordenadora da escola, da HO e da Enfermeira da saúde escolar. Por observação direta foi possível conhecer e caracterizar o ambiente entre os parceiros Escola-Centro de Saúde, personificados pelas Professoras do 4º ano e pela Coordenadora da escola, pela HO e pela Enfermeira da saúde escolar.

Sempre que foi necessário e para maior clareza na análise da informação recolhida, a investigadora recorreu ao contato telefónico com os entrevistados, que disponibilizaram os seus telefones pessoais para tal.

A parceria existente entre a instituição escolar EB1 JI do Alto da Peça e os serviços públicos de saúde que correspondem ao ACES de Cascais será adiante designada como parceria entre a escola e o Centro de Saúde ou parceria escola-Centro de Saúde

2.1.6.4 As entrevistas

Foram realizadas seis entrevistas semi-diretivas justificando-se esta escolha pelo facto de se pretender obter da parte dos entrevistados respostas que refletissem uma análise profunda dos temas abordados, através de um método flexível que permitisse a espontaneidade do entrevistado e a neutralidade da entrevistadora. A partir de um guião pré-estabelecido, abordaram-se os entrevistados para que estes se expressassem livremente, mesmo se a ordem das perguntas do guião não se cumprisse. Este facto permitiu colocar questões que não estavam previstas no guião e assim obter outras perceções passíveis de enriquecer a análise dos resultados desta investigação.

Os entrevistados foram ainda questionados quanto a possíveis sugestões para melhoria da execução do PNPSO e dos seus resultados.

Procurou-se diversificar os perfis dos entrevistados de forma a aferir-se diferentes perspetivas de análise da problemática à qual se pretendia dar resposta, e daí extrair informação importante para a esta dissertação^{169,170}.

Para uma melhor contextualização socioeconómica dos envolvidos pretendeu-se entrevistar também a Técnica de Serviço Social afeta ao centro de saúde, mas perante a informação da coordenação da UCC Cascais Care pela pessoa da Enfermeira Helena

¹⁶⁹ Quivy (2008)

¹⁷⁰ Vide em anexo guiões das entrevistas.

Gonçalves de que a sua intervenção junto da população escolarizada era limitada aos alunos referenciados para a Comissão de Proteção das Envolvidos e Jovens (CPCJ) e outros projetos afetos a grupos como a terceira idade e o controlo de dependências, optou-se por abordar a Enfermeira da saúde escolar. Normalmente é a esta figura de referência que a comunidade escolar recorre como intermediária e encaminhadora na maior parte dos processos que necessitem de recursos médicos e eventualmente de encaminhamento para apoio social¹⁷¹.

As respostas às perguntas resultaram nos recortes do discurso dos entrevistados sistematizados numa grelha de análise de conteúdo que permitiu caracterizar alguns conceitos que esta investigação se propôs a estudar, e que refletem os seus objetivos específicos: as parcerias institucionais; a participação dos envolvidos e seus PEE; a melhoria da equidade e a contribuição do diagnóstico em saúde oral para o diagnóstico social numa perspetiva integrada¹⁷².

O conceito de *empowerment* dos envolvidos e seus PEE foi abordado diretamente nos inquéritos por questionário a estes participantes, não obstante se terem registado alguns comentários dos entrevistados sobre esta matéria.

2.1.6.5 Os inquéritos por questionário

Foi feita a opção de aplicar inquéritos por questionário semiaberto de administração direta aos alunos e seus PEE devido à necessidade de se conhecer esta população no que respeita às suas opiniões, modo de vida, comportamentos e caracterização sociodemográfica, procedeu-se à quantificação dos vários dados e à correlação entre alguns deles.¹⁷³

Assim, os questionários dos envolvidos e seus PEE tiveram como objetivo caracterizar sociodemograficamente a amostra dos participantes, conhecer a sua opinião relativamente ao PNPSO, aferir os seus conhecimentos, hábitos e cuidados em saúde oral, bem como relacionar o Programa com as seguintes dimensões de análise do Desenvolvimento Local: a existência de parcerias institucionais, a participação deliberativa, a melhoria da equidade, a contribuição

¹⁷¹ “...as Comissões de Proteção de Envolvidos e Jovens (CPCJ) como instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional ... visam promover os direitos da criança e do jovem e reverter ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.” Disponível em: http://www.cnpcjr.pt/preview_pag.asp?r=1368 [acesso: 12.12.14]

¹⁷² Grelha de análise de conteúdo em anexo.

¹⁷³ Quivy (2008)

Inquéritos por questionário dos envolvidos e seus PEE em anexo.

para o diagnóstico social integrado e o *empowerment* relativamente à sua saúde oral. No final dos questionários foi solicitado aos participantes que tecessem comentário e e/ou sugestões sobre o Programa.

A investigadora procedeu a um pré-teste dos questionários junto de uma amostra de 10 alunos do 4º ano da escola “A Quinta” e seus PEE, de forma a aferir melhoramentos em áreas de ambiguidade como a estrutura, redação e clareza das instruções e questões colocadas, e só depois considerou estarem adequados para serem distribuídos no âmbito do estudo¹⁷⁴.

Os questionários dos alunos envolvidos no estudo foram emparelhados com os dos seus PEE através do número de aluno. Só foram validados os questionários emparelhados que tinham o Consentimento Informado devidamente assinado. Desta forma, dum universo de 65 alunos do 4º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico da EB1 JI do Alto da Peça, extraiu-se uma amostra de 49 indivíduos distribuídos por 3 turmas¹⁷⁵.

Algumas perguntas colocadas eram comuns aos dois questionários, de forma a poder estabelecer-se uma correlação entre as opiniões sobre a dinâmica gerada pelo PNPSO, conhecimentos, hábitos e cuidados em saúde oral dos envolvidos e dos seus PEE, assim como a sua caracterização socio-demográfica. Nesta correlação pretendeu-se ainda aferir a eventual influência de conhecimentos, hábitos e cuidados de saúde oral entre os envolvidos e as suas famílias.

2.2 Resultados

2.2.1 Caracterização das entrevistas

A grelha de análise apresentada em anexo, construída a partir dos objetivos traçados, das perguntas colocadas pela entrevistadora e de excertos do discurso dos entrevistados, conduz a um conjunto de dados inferidos através da técnica de análise de conteúdo, complementar da técnica da entrevista. Descrevem-se seguidamente as inferências obtidas.

¹⁷⁴ Lamb, C., Hair, H., MacDaniel, C. (2012). *Essentials of Marketing Plan*. 7ª edição. Cengage Learning. Boston

¹⁷⁵ Consentimento informado em anexo.

1. Relativamente ao primeiro objectivo específico, que pretende aferir a ocorrência de parcerias institucionais, a percepção sobre os discursos dos entrevistados permitem inferir que:

A parceria principal para a implementação e execução do PNPSO na escola é feita entre esta instituição e o Centro de Saúde, estando este representado pela HO, que também operacionaliza o programa.

- É unânime a opinião de que nesta parceria o ambiente entre parceiros é informal, afável e de respeito mútuo, pese embora se perceber não haverem reuniões nem actividades frequentes conjuntas. Também não se percebeu a existência de registos sobre as reuniões e actividades que possam ter ocorrido, apesar da afirmação da Professora Tânia Correia sobre tal.
- Como recursos do Centro de Saúde na execução do PNPSO, identificaram-se as triagens individuais com a observação da cavidade oral das envolvidos, a atribuição dos documentos de referência de consultas de higiene oral para aplicação de selantes ou de referência para o dentista para aplicação de selantes ou tratamento de cáries, as próprias consultas de aplicação de selantes na escola, as sessões de educação para a saúde oral na escola utilizando meios multimédia.
- Como recursos da escola na execução do PNPSO, identificou-se a utilização do conteúdo do *curriculum* escolar do 1º ciclo sobre a matéria de Estudo do Meio em que se aborda a temática da saúde oral, considerado como um dos poucos recursos, pela Professora Fátima Fonseca.

2. Relativamente à percepção sobre a dinâmica de participação dos envolvidos são de referir as seguintes inferências:

Os entrevistados desconhecem sinais de participação decisória por parte dos envolvidos e das Professoras e o Coordenador Nacional do PNPSO aponta, que localmente poder-se-ão envolver os PEE mas nunca no sentido de se incorrer em alterações estruturais ao Programa como é o caso da participação deliberativa destes elementos e dos seus educandos nas reuniões de decisão.

- Ainda há a necessidade de se trabalhar um maior envolvimento PEE a nível local.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

- Apenas se regista uma proposta de resolução de um problema identificado no local através de um PEE que mobilizou recursos da comunidade para tratar as cáries e outros problemas de saúde e de alimentação de uma aluna da turma da Professora Tânia Correia, aproveitando-se a ocasião para se fazerem ensinamentos sobre saúde oral a todas as envolvidas.
- Os tipos de estimulação à participação adoptados pelas Professoras são o recurso à matéria de saúde oral da disciplina de Estudo do Meio, do *curriculum* escolar. A HO reconhece como estímulo à participação o meio multimédia que utiliza nas sessões de educação para a saúde com as envolvidas (filme de animação) e o Coordenador Nacional alega que a comunidade de profissionais de saúde e de educação nunca aceitaram devidamente os estímulos dos serviços centrais, pese embora terem sido distribuídos 150.000 kits de higiene oral nas escolas, no âmbito do projecto SOBE.

3. Relativamente à percepção sobre a aferição do contributo do diagnóstico sectorial em saúde oral para o diagnóstico social integrado, é possível estabelecer um número apreciável de inferências, entre as quais se podem destacar:

- Existe nesta escola um contexto multicultural com diferentes estratos socioeconómicos, desde os mais carenciados aos de maiores rendimentos.
- De acordo com as vivências das três Professoras, da HO, do Coordenador Nacional e da Enfermeira da saúde escolar, o retrato da saúde oral das envolvidas, deverá contribuir para a caracterização da sua condição económica e social, e existem mecanismos para tal, através do médico de família.

4. Relativamente ao terceiro objectivo específico, a aferição da melhoria da equidade, a percepção sobre a igualdade de oportunidades e a satisfação das necessidades básicas, dimensões do conceito de Desenvolvimento Local, permitem-nos inferir que:

- O carácter universalista do PNPSO é communmente reconhecido por todos os entrevistados, sendo que a Enfermeira da saúde escolar salienta que tal não se verificará se o Programa falhar na sua execução.
- O PNPSO deverá satisfazer as necessidades básicas em saúde oral e até outras necessidades como a responsabilização com a saúde em geral.

As sugestões para uma melhor execução do Programa e dos seus resultados apontam para uma opinião unânime das Professoras que entendem que a HO deveria ir mais vezes à escola.

O Coordenador Nacional alega que os pais deveriam ser parte ativa na execução das atividades do Programa quando há falta de recursos humanos, enquanto a HO requiere mais colegas de trabalho e sugere maior divulgação do Programa para que os utentes pudessem adquirir os documentos de referência para tratamento dentário e/ou alicação de selantes (os cheques-dentista e/ou DRHO) junto dos médicos de família. A Enfermeira da saúde escolar convocaria a autarquia para facilitar o transporte dos envolvidos para os tratamentos dentários no Centro de Saúde, além de mais campanhas de divulgação sobre os recursos do Programa.

Os dados que se referem ao quinto objetivo específico, a caracterização do *empowerment* dos envolvidos e seus PEE, foram recolhidos através de inquérito por questionário junto dos próprios.

2.2.2 Caracterização dos inquéritos por questionário

O presente estudo é constituído por 49 crianças (designadas por envolvidos) que frequentam o 4º ano de escolaridade bem como pelos seus respetivos PEE ($N = 49$ adultos) da EB1 JI do Alto da Peça.

Consequentemente, a secção dos resultados será dividida em três partes distintas:

- (i) Estatística descritiva relativa à amostra dos envolvidos;
- (ii) Estatística descritiva da amostra dos PEE;
- (iii) Análise de diferenças e de correlação.

2.2.3 Descrição dos resultados das respostas dos envolvidos

2.2.3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

De acordo com o apuramento dos dados a maioria da amostra dos envolvidos é constituída por 69.4% de raparigas, o que corresponde a 34 meninas, comparativamente com 15 rapazes ($\% = 30.6$). É possível analisar que para os meninos da amostra a idade encontra-se compreendida entre os 9 e os 11 anos, com uma média de idades de 9.47 anos, sendo que

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

para as meninas da amostra a média de idades é de 9.03, com idades compreendidas entre os oito e os 10 anos de idade.

Em anexo encontram-se as tabelas de estatística descritiva.

Na Tabela 1 é possível verificar que quase a totalidade da amostra de envolvidos ($N = 48$; $\% = 98.0$) é de nacionalidade portuguesa. No que se refere ao número de pessoas com que habitam, 34.7% dos envolvidos ($N = 17$) refere viver com outras três pessoas, correspondendo a 3.33 pessoas em média (ver Tabela 2).

No Gráfico 2 é possível verificar que 16.3% dos envolvidos da amostra, o que corresponde a oito alunos do 4º ano, relataram que os bens de consumo presentes na sua vida familiar são a televisão, o computador, o frigorífico, o automóvel e os refrigerantes, enquanto seis envolvidos ($\% = 12.2$) mencionaram a televisão, o computador, o frigorífico, o automóvel, os alimentos açucarados e os refrigerantes, e outras seis envolvidos aludiram à televisão, o computador, o frigorífico, o automóvel, os alimentos açucarados, *fast-food* e os refrigerantes, respetivamente.

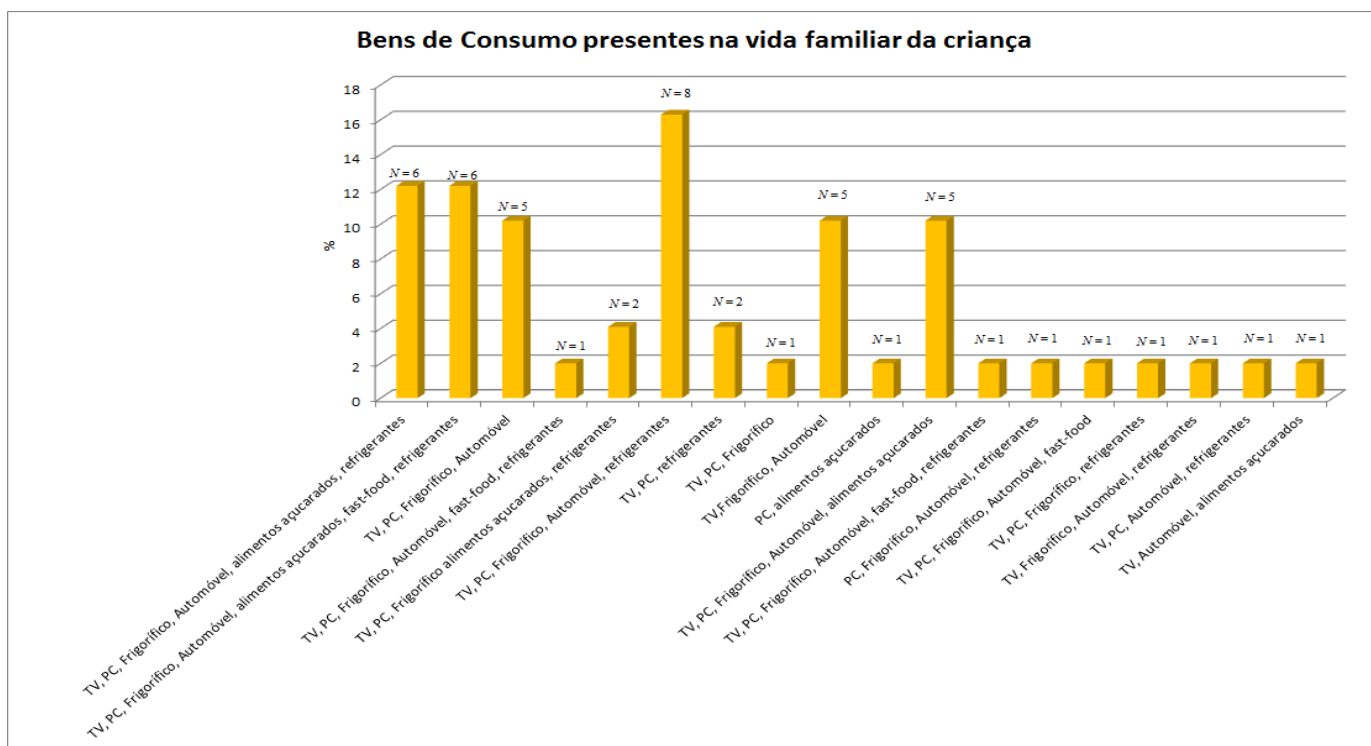


Gráfico 5. Bens de consumo presentes na vida familiar dos envolvidos

2.2.3.2 Os hábitos, cuidados e conhecimentos de saúde oral

Quanto às variáveis relacionadas com as boas práticas de higiene oral e a informação sobre como ter e manter uma boa higiene oral, é possível observar, no Gráfico 6, que a maioria da amostra dos envolvidos ($N = 44$; $\% = 89.8$) relata já ter ido ao dentista/higienista oral.

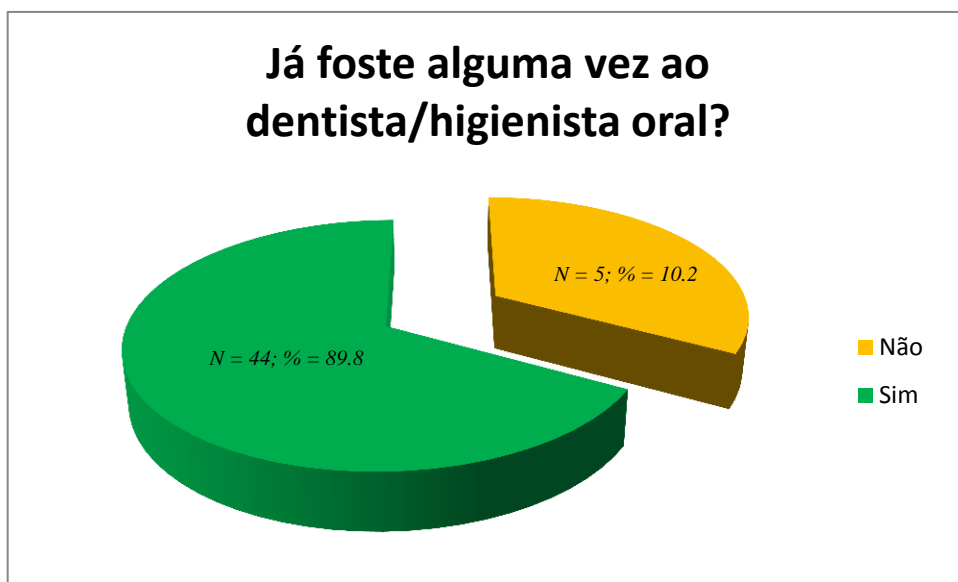


Gráfico 6. Alguma vez foi ao dentista/higienista oral

Cerca de 31% dos envolvidos, o que corresponde a 15 alunos do 4º ano, indicou que ia ao dentista/higienista oral uma vez por ano, enquanto outros 15 referiu que ia mais de duas vezes ao ano; quanto à higiene oral diária 30 envolvidos ($\% = 61.2$) mencionaram lavar os dentes duas vezes por dia (Ver Tabela 3).

No que se refere à questão sobre o que o envolvido utiliza para lavar os dentes, a maior percentagem da amostra (42.9%), o que corresponde a 21 dos envolvidos, relatou usar Escova Dentes + Fio Dentário + Líquido Bochechar, sendo que quanto às razões que levam o envolvido a ir ao dentista/higienista oral 5 deles ($\% = 10.2$) relataram que vão a este profissional de saúde por Rotina e/ou para Limpar Dentes, enquanto outros 5 referiram que as razões são as Cáries Dentárias e/ou Rotina (Ver Tabela 4).

Na tabela 3 é possível analisar, igualmente, que quase um terço da amostra de alunos do 4º ano ($N = 14$; $\% = 28.6$) alude que os doces fora das refeições, as bactérias e a má higiene oral podem provocar cáries dentárias, sendo que a maioria da amostra, ou seja, 51%

($N = 25$) mencionou que a má higiene oral pode promover Mau hálito + Cáries Dentárias e gengivite.

2.2.3.3 A opinião sobre o PNPSO

Apresenta-se seguidamente a estatística descritiva referente ao PNPSO. Assim sendo, é possível verificar na Tabela 4 que 41 envolvidos, o que corresponde a 83.7%, referiu já ter participado em pelo menos uma reunião em que se falou sobre saúde oral, sendo que deste universo 40.8% ($N = 20$) indicou já ter participado em duas reuniões.

A maioria da amostra relatou que a participação no PNPSO é ativa ($N = 37$; % = 75.5), sente que tanto a escola e o Centro de Saúde incentivam a participar no Programa ($N = 41$; % = 83.7) através do ensinamento de boas práticas de higiene oral ($N = 29$; % = 59.2) (Ver Tabela 4).

Quanto a ter tido iniciativa para propor soluções para a resolução de algum problema de saúde oral, 89.8%, o que corresponde a 44 envolvidos, aludiu não ter proposto qualquer solução. Contudo, a maioria dos alunos do 4º ano ($N = 39$; % = 79.6) mencionou que o PNPSO permite o acesso a cuidados de saúde oral de forma igualitária. Cerca de 64% da amostra relatou que a primeira vez que foi ao dentista/higienista oral não foi através do PNPSO, mas 15 envolvidos (% = 30.6) indicam que a sua participação no Programa permite desenvolver uma maior responsabilidade face à higiene oral (Ver Tabela 4).

Quando questionados sobre a importância do PNPSO, a maioria dos envolvidos relatou que o Programa apresenta uma importância positiva para a sua vida ($N = 36$; % = 73.5) e para a vida da sua família ($N = 32$; % = 65.3) (Ver Tabela 4).

2.2.4 Descrição dos resultados das respostas dos PEE

2.2.4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

A maioria dos PEE são mulheres ($N = 46$; % = 93.9), comparativamente com três homens (% = 6.1), sendo que 43, o que corresponde a 87.8% da amostra de PEE, são a progenitora da criança.

A maior parte dos PEE referiu ser de origem portuguesa ($N = 35$; % = 71.4) e ter nacionalidade portuguesa ($N = 43$; % = 87.8) (Ver Tabela 5).

Quanto às habilitações profissionais, 32.7% ($N = 16$) mencionou ter o 2º ciclo, enquanto 30.6% ($N = 15$) relatou ter o 12º ano, sendo que a maioria ($N = 38$; $\% = 77.6$) encontra-se, no dia em que foi recolhida a amostra, empregada, ou seja, fazem parte da população ativa do país. No que se refere ao rendimento mensal, 22 PEE, ou seja 44.9%, afirmou ter um rendimento entre 501€ e 1000€ mensais (Ver Tabela 5).

A totalidade dos inquiridos ($N=49$; $\%=100$) alegou não pertencer a alguma associação.

2.2.4.2 Os hábitos, cuidados e conhecimentos de saúde oral

No que se refere às variáveis relacionadas com as boas práticas de higiene oral e a informação sobre como ter e manter uma boa higiene oral, é possível observar, no Gráfico 7, que a maioria da amostra dos PEE ($N = 47$; $\% = 95.9$) relata já ter ido ao dentista/higienista oral, sendo que quase metade da amostra ($N = 23$; $\% = 46.9$) mencionou ir uma vez por ano ao dentista/higienista oral (ver Gráfico 5).

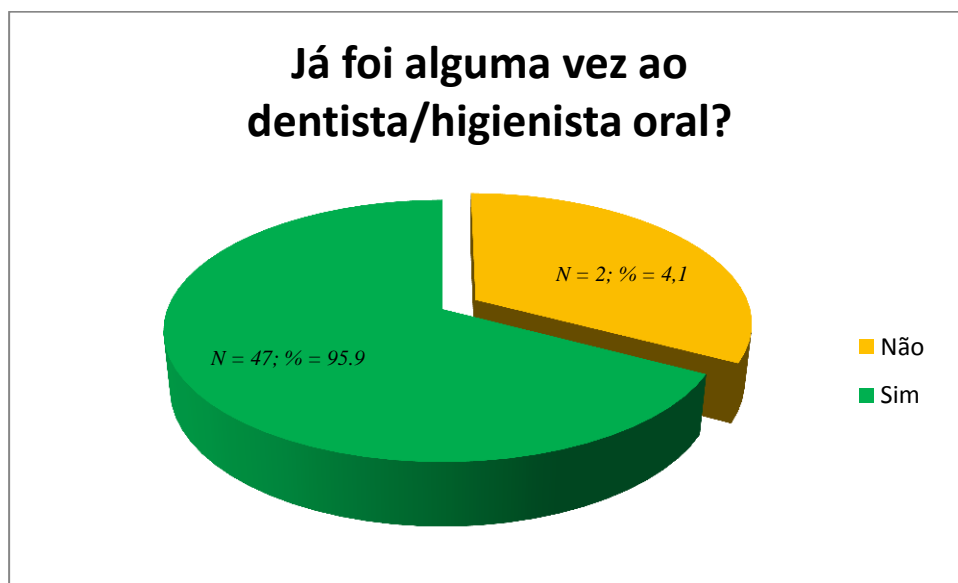


Gráfico 7. Alguma vez foi ao dentista/higienista oral

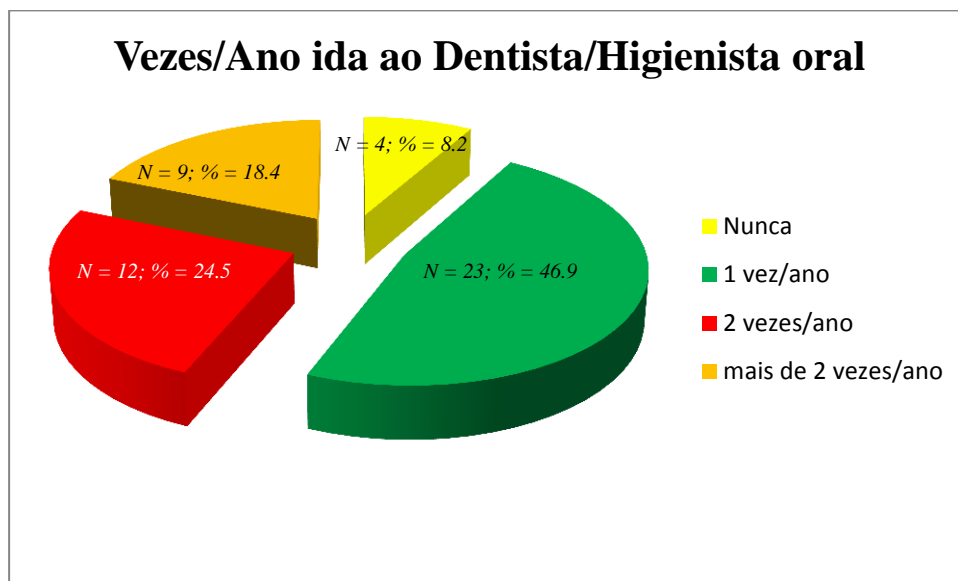


Gráfico 8. N° de vezes por ano em que o PEE vai ao dentista/higienista oral

Na Tabela 6 é possível verificar que a maioria dos PEE, quanto à higiene oral diária, mencionou lavar os dentes duas vezes por dia ($N = 29$; $\% = 59.2$) (Ver Tabela 6).

No que se refere à questão sobre o que utiliza para lavar os dentes, 32.7% da amostra, o que corresponde a 16 PEE referiu usar Escova Dentes + Fio Dentário + Líquido Bochechar + Pasta de Dentes, sendo que 20.4% indica que vai ao dentista/higienista oral ($N = 10$) por motivos de higiene oral (Ver Tabela 6).

Mais de um terço da amostra ($N = 15$; $\% = 30.6$) alude que a má higiene oral pode promover o aparecimento de cáries dentárias, sendo que a maioria, ou seja, 30 PEE ($\% = 61.2$) relatou que a má higiene oral pode promover Mau hálito + Cáries Dentárias e gengivite (Ver Tabela 6).

2.2.4.3 A opinião sobre o PNPSO

Seguidamente apresentam-se os resultados referentes à estatística descritiva associada ao programa de intervenção comunitária em saúde oral, PNPSO.

No que se refere à parceria existente entre a instituição de ensino e Centro de Saúde quanto à execução do PNPSO, 34.7% dos encarregados de educação ($N = 17$) não sabe avaliar a eficiência dessa parceria. Porém, 16 encarregados de educação, o que corresponde a 32.7%, acredita que a parceria é positiva (Ver Tabela 7).

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

A totalidade dos PEE ($N = 49$; $\% = 100$) refere que nunca participou em pelo menos uma reunião na escola sobre saúde oral; mais de um terço da amostra ($N = 16$; $\% = 32.7$) não sabe se a participação do seu educando no PNPSO é passiva ou ativa, apesar de 26.5% indicar que a participação do envolvido é ativa, enquanto 32.7% dos PEE não participa no Programa (Ver Tabela 7).

Quando questionados sobre se a escola e o Centro de Saúde o incentivam e ao seu educando a participar no PNPSO, a maioria relata que não ($N = 27$; $\% = 55.1$), sendo que dos 36.7% que afirma positivamente níveis de incentivo, 32.7% (16 PEE), não refere como são incentivados. De igual forma, a maioria dos PEE aludiu que não teve a iniciativa de propor soluções para resolver potenciais problemas de saúde oral ($N = 44$; $\% = 89.8$), não sabendo que o PNPSO permite o acesso igualitário a qualquer criança com problemas de saúde oral ($N = 28$; $\% = 57.1$). Contudo, 36.7% ($N = 18$) menciona que o Programa permitiu ao envolvido desenvolver maior responsabilidade face à sua higiene oral (Ver Tabela 7).

Cerca de 80% da amostra, o que corresponde a 39 PEE, indica que a primeira vez que o seu educando foi ao dentista/higienista oral, não foi através do programa, sendo que 40.8% ($N = 20$) relata que tem possibilidade ocasional de recorrer aos serviços dentários do sector privado (Ver Tabela 7).

Quanto ao papel e importância do PNPSO, é possível verificar no gráfico 6 que 40.8% ($N = 20$) dos PEE avalia o Programa como tendo uma importância positiva na vida o envolvido.

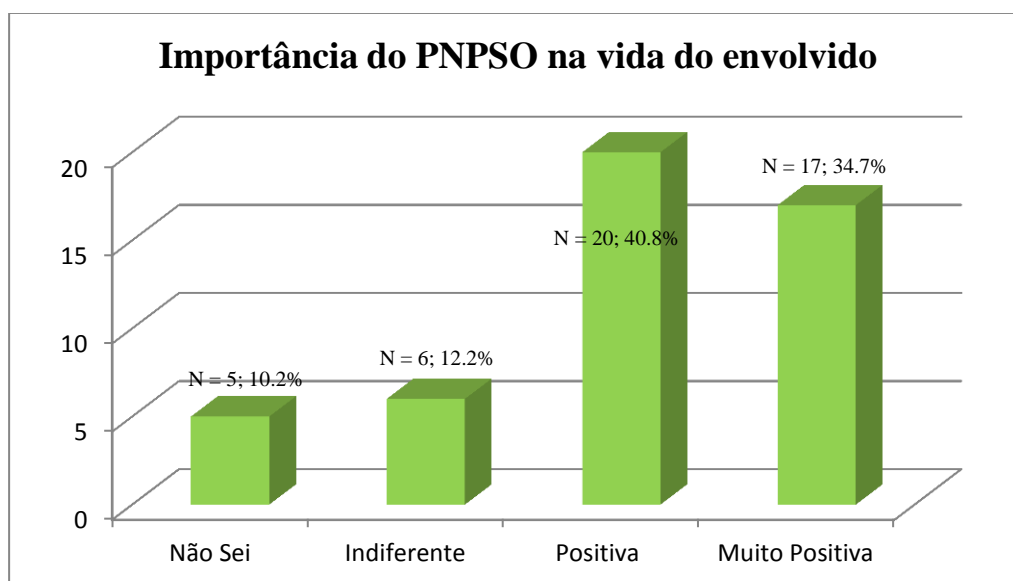


Gráfico 9. Avaliação da importância do PNPSO na vida do envolvido

Quando questionados para avaliarem a importância que o PNPSO poderá apresentar na vida familiar do envolvido, 21 PEE, o que corresponde a 42.9%, indica que o Programa tem uma importância positiva (Ver Gráfico 10).

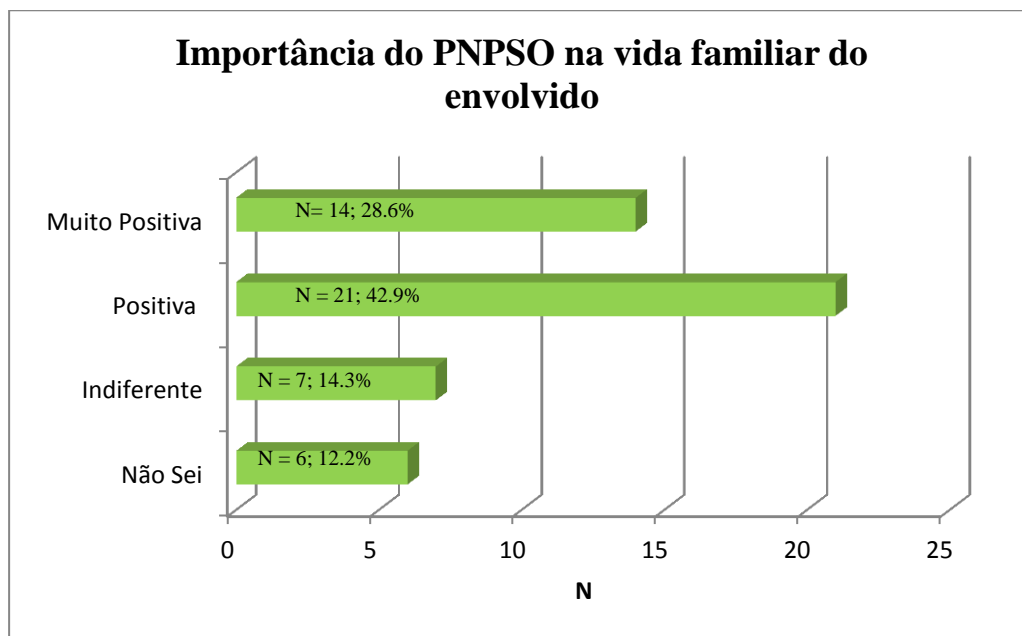


Gráfico 10. Avaliação da importância do PNPSO na vida familiar do envolvido

No que se refere à avaliação da importância do PNPSO na e para a comunidade, 38.8% dos PEE, o que corresponde a 19 familiares dos envolvidos, referiu que o Programa tem uma importância positiva para a comunidade (Ver Gráfico 11).

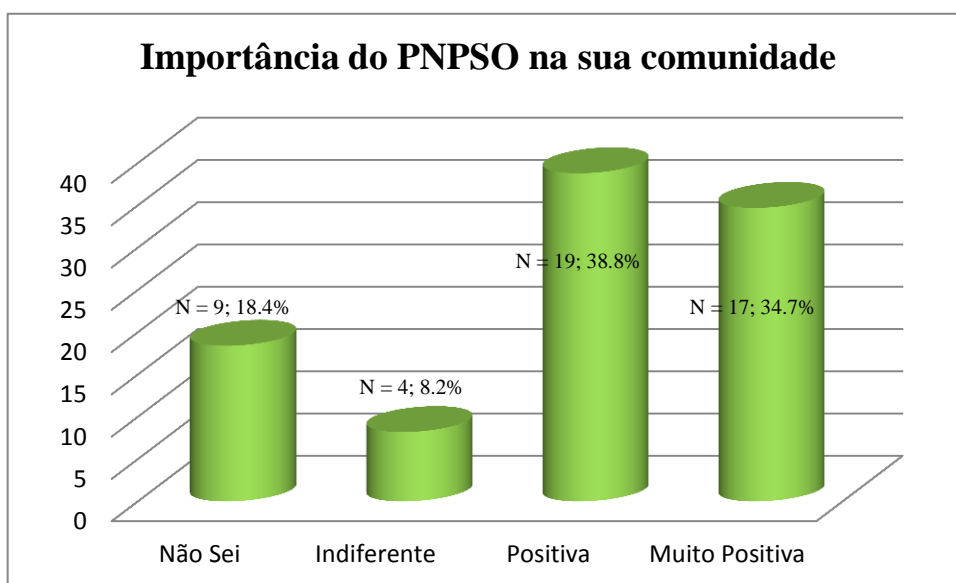


Gráfico 11. Avaliação da importância do PNPSO na comunidade

2.2.5 Análise da existência de diferenças estatisticamente significativas

Tendo em conta a variável “Habilitações Literárias”, e com o objetivo de se analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e as boas práticas de higiene e saúde oral, foi criada uma nova variável: “Escolaridade” que ficou constituída por 3 categorias: (i) Ciclo Preparatório (constituída pelo 1º, 2º e 3º ciclos) ($N = 19$; $\% = 38.8$); (ii) 12º Ano ($N = 14$; $\% = 28.6$); e (iii) estudos universitários (categoria constituída pelas categorias frequência universitária., bacharelato, licenciatura e mestrado) ($N = 15$; $\% = 30.6$).

Foi utilizado o teste do *Chi-Quadrado* (χ^2), de forma a estudar-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sobre o comportamento face à higiene oral, referentes aos PEE.

Como é possível verificar na Tabela 8, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável “O(a) Sr(a) Encarregado(a) de Educação, já alguma vez foi ao dentista/higienista oral?” e a Escolaridade. Contudo, pode-se verificar que 13.3% dos indivíduos com mais anos de estudo referiram nunca ter ido ao dentista/higienista (Ver Tabela 7).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a variável “Quantas vezes por ano vai o Encarregado de Educação ao dentista/higienista oral” e a Escolaridade, assim como com a variável “Com que frequência lava os dentes” (Ver Tabela 7).

Com o propósito de se analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis relacionadas com a higiene oral da criança e a avaliação que a mesma faz ao PNPSO em função de ter participado em uma reunião sobre saúde oral na escola, foi também utilizado o teste do χ^2 (Ver Tabela 8).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a criança sentir que a escola e o Centro de Saúde a incentivam a participar no Programa em função de participar em pelo menos uma reunião sobre saúde oral na escola, enquanto a maioria da amostra de envolvidos que referiu não ter participado em pelo menos uma dessas reuniões, indicar que não se sente incentivada a participar no PNPSO ($N = 4$; $\% = 57.1$), quando comparadas com os envolvidos que participaram em pelo menos uma reunião ($N = 38$; $\% = 92.7$) (Ver Tabela 8).

De igual forma, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a criança sentir que todos os envolvidos têm acesso igualitário aos cuidados de saúde oral em função de participar em pelo menos uma reunião sobre saúde oral na escola, enquanto a quase a totalidade da amostra de envolvidos que mencionou ter participado em pelo menos uma dessas reuniões, aludir que o PNPSO permite acesso igualitário a todos os envolvidos ($N = 36$; $\% = 92.3$), comparativamente com os envolvidos da amostra que não participaram em nenhuma reunião ($N = 2$; $\% = 40.0$) (Ver Tabela 8).

2.2.6 Análise correlacional

Com o objetivo de se avaliar a correlação entre a eficiência da parceria entre a EB1 JI do Casal da Peça e o Centro de Saúde relativamente ao PNPSO, com o envolvimento e importância no e do Programa de ambos os grupos intervenientes (envolvidos e PEE), foi utilizada a correlação bivariada de Spearman (ρ) (Ver Tabela 9).

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, em sentido positivo e moderadas entre a eficiência da parceria entre a escola e o Centro de Saúde para o PNPSO com o grau de participação da criança no PNPSO, com o grau da participação do PEE no PNPSO; e com o PEE sentir-se incentivado a participar no PNPSO, no sentido de que quanto mais positiva a avaliação por parte do PEE, da eficiência da parceria entre a escola e o Centro de saúde, mais positiva a sua avaliação sobre a auto participação e a hetero participação no PNPSO, e mais sente que a escola e o Centro de Saúde o incentiva e ao seu educando a participar no Programa (Ver Tabela 9).

Seguidamente foi analisar-se se existia associação entre os comportamentos de higiene oral do envolvido com os dos PEE, através da utilização do teste não paramétrico de correlação bivariada de Spearman (Ver Tabela 10).

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas, fraca e em sentido positivo entre a variável “Já foste alguma vez ao dentista/higienista oral” com o número de vezes por ano que vai ao dentista/higienista oral, no sentido de quanto mais vezes por ano a criança vai ao dentista, mais foi ao dentista/higienista oral; e moderada em sentido negativo com a frequência de escovagem de dentes por parte dos PEE, no sentido de quanto maior a

frequência de escovagem de dentes por parte do PEE, menos vai a criança envolvida ao dentista/higienista oral (Ver Tabela 10).

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa, positiva e moderada entre o número de vezes que a criança vai por ano ao dentista/higienista oral com o número de vezes que o PEE vai por ano ao dentista/higienista oral. (Ver Tabela 10)

Por último, estudou-se a existência de relações estatisticamente significativas entre a avaliação do PNPSO por parte do envolvido e do PEE, a importância que o Programa apresenta para ambos os intervenientes e a possibilidade de propostas e participação no mesmo. Mais uma vez foi utilizada a correlação bivariada de Spearman (Ver Tabela 11).

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa, em sentido positivo e moderada entre o grau de avaliação da participação do envolvido no PNPSO com a avaliação que o PEE faz da participação do seu educando no Programa ou seja, quanto mais positiva a avaliação do envolvido quanto a sua própria participação no programa, mais positiva a avaliação PEE com relação à sua participação no PNPSO (Ver Tabela 11).

Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa, em sentido positivo e moderada entre a “Iniciativa de propor soluções para resolver algum problema de saúde oral de alguma criança/ família pertencente à escola?” e “A importância que o PNPSO apresenta na vida da criança?”. (Ver Tabela 11).

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas, positivas e fortes entre a avaliação que o PEE faz da participação do seu educando no Programa com a sua própria participação no PNPSO, e com a avaliação do PEE sobre o facto do PNPSO poder permitir o acesso a cuidados de saúde oral de igual maneira a todas as envolvidos da escola; e moderadas com o PEE a entender que a escola e o Centro de Saúde o incentivam e ao envolvido a participar no PNPSO, com a importância que o PNPSO apresenta na vida da criança, segundo a avaliação do PEE, e com a importância que o programa, de acordo com o PEE, apresenta na vida familiar do envolvido. (Ver Tabela 11).

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, em sentido positivo e moderadas entre a variável “Avaliação da participação do encarregado de educação sobre a sua participação no PNPSO” com o sentir que a escola e o Centro de Saúde o incentivam e ao envolvido a participar no PNPSO, e forte com a avaliação do PEE sobre o facto PNPSO poder permitir o acesso a cuidados de saúde oral de igual maneira a todas as envolvidos da escola. (Ver Tabela 11)

Foram encontradas relações estatisticamente significativas, fortes e positivas entre a avaliação que PEE faz sobre a importância do PNPSO na vida do envolvido com a análise que faz sobre a importância que o Programa apresenta na vida familiar do envolvido, e na comunidade. (Ver Tabela 11)

2.2.7 Sugestões dos envolvidos e seus PEE

Nestes inquéritos por questionário foram ainda solicitados aos envolvidos e seus PEE que deixassem os seus comentários e/ou sugestões ao funcionamento do PNPSO. A maioria dos inquiridos não se manifestou sobre esta matéria, com apenas 12 comentários/sugestões dos envolvidos e 10 dos PEE.

A esmagadora maioria dos comentários/sugestões dos envolvidos pode resumir-se nestes recortes retirados de três dos inquéritos por questionário autoperenchidos e que mencionam a vontade de poder ter acesso a mais informação sobre saúde oral:

“Gostava que viessem cá à escola para mostrar mais vídeos do *Dentolas* e falassem sobre o que devemos fazer outra vez.”

“Vir muitas vezes a higienista oral porque quando não vem cá alguns esquecem-se do que ela disse.”

“Vir mais vezes a higienista, para se aprender mais coisas sobre a higiene e a importância dos dentes.”

Quanto aos comentários/sugestões dos PEE, 7 indivíduos, que constituem a maioria, estes desconhecem o funcionamento do PNPSO ou aludem não ter conhecimento sobre qualquer atividade do programa, como se pode constatar nos exemplos de comentários retirados a três dos inquéritos por questionário autoperenchidos:

“...eu não tenho conhecimento nenhum sobre o PNPSO, nem que tipo de actividades teve o meu filho relacionada com este programa, se é que as teve.”

“Como pensa ser possível responder as questões 24 à 36 (à exceção da 31 e 32) sem se ter conhecimento da existência do PNPSO? Ou melhor, sem nunca o ter utilizado por não estar divulgado e não ser de "fácil" acesso?”

“O meu educando nunca trouxe para casa quaisquer relatos de participação neste tipo de actividades.”

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

Quanto a sugestões, um PEE mencionou o interesse de se fazer a escovagem na escola, enquanto outro identifica o PNPSO como um bom recurso, porém escasso, para os mais desfavorecidos.

A periodicidade da atribuição dos documentos de referência para dentista/higienista é considerada por outro PEE demasiado alargada, tendo nesse hiato de tempo de socorrer-se dos serviços privados.

3º Capítulo. Discussão dos resultados e conclusões

3.1 Discussão dos resultados

Esta investigação veio à luz por meio de uma problemática que pretendeu explorar a relação entre o Desenvolvimento Local, o tema central deste estudo, e o PNPSO, Programa de intervenção comunitária em saúde oral.

Estabeleceu como objetivo geral conhecer o contributo do PNPSO para o Desenvolvimento Local da comunidade de alunos do 4º ano da Escola Básica do 1º ciclo e Jardim de Infância (EB1 JI) do Alto da Peça e seus PEE. Procurando corresponder a este intuito, surgiram cinco objetivos específicos que foram estudados em contexto de estudo de caso, no sentido de se obterem dados e informações pertinentes para a edificação de observações conclusivas:

- 1) Identificar a ocorrência de parcerias institucionais;
- 2) Caracterizar a existência de participação dos alunos envolvidos no estudo e seus PEE;
- 3) Descobrir o contributo do diagnóstico sectorial em saúde oral para o diagnóstico social integrado;
- 4) Conhecer o grau de equidade no acesso aos recursos disponibilizados pelo PNPSO;
- 5) Caracterizar o *empowerment* dos envolvidos e seus PEE, no que respeita aos seus conhecimentos, cuidados e hábitos em saúde oral.

Utilizou-se uma metodologia mista qualitativa (entrevistas semidiretivas) a atores sociais relevantes na execução do PNPSO junto da escola e qualitativa (inquéritos por questionário semiaberto) a uma amostra de 49 alunos e seus PEE¹⁷⁶. Recolheram-se dados documentais passíveis de enriquecer a discussão dos resultados, junto dos atores sociais referidos e de instituições locais e procedeu-se à sua análise. Havia o intuito de se conhecer os valores médios do índice CPO de caracterização do número de dentes Cariados, Perdidos e Obturados dos envolvidos, mas segundo a HO, tais registos clínicos não existiam. Houve ainda a oportunidade de se observar diretamente o bom ambiente informal e de respeito mútuo estabelecido entre os representantes da parceria escola-Centro de Saúde e percebeu-se

¹⁷⁶ Os atores sociais são os representantes do parceiro Centro de Saúde (HO Helena Viegas e Enfª da saúde escolar Hortência Gouveia) e os representantes do parceiro EB1 JI do Alto da Peça (Professoras do 4º ano de escolaridade Tânia Correia, Cidália Parreira e Fátima Fonseca). Antecipadamente foi entrevistado o Coordenador Nacional do PNPSO Dr. Rui Calado.

que a aceitação das limitações da intervenção de cada parceiro está presente nesta relação: a HO não tem mais disponibilidade para um maior acompanhamento e estímulo dos envolvidos, e as Professoras têm os seus tempos letivos sobrecarregados.

3.1.1 As entrevistas

Através da técnica de análise de conteúdo os dados recolhidos das inferências ao discurso dos entrevistados permitiram as seguintes observações, que percorrem cada um dos quatro primeiros objetivos específicos, ajudando a caracterizar a amostra dos envolvidos e suas famílias, personificadas maioritariamente pela progenitora. Aferiu-se assim a natureza multicultural da amostra com vários percursos migratórios, e condições socioeconómicas distintas¹⁷⁷.

Quanto ao 1º objetivo específico, na identificação da ocorrência de parcerias institucionais no âmbito da execução do PNPSO, constatou-se o bom ambiente de características eminentemente informais e de respeito mútuo de uma parceria de longo-termo entre a escola e o Centro de Saúde. Existem recursos que estão bem identificados e são partilhados e que resultam em atividades de educação para a saúde junto dos alunos e de aplicação de selantes e/ou de tratamento de cáries, não raro após uma triagem oral feita pela HO, também Gestora Local do PNPSO.

Porém, esta parceria não se sustenta de atividades nem de reuniões em conjunto, cumprindo-se rotineiramente as atividades previstas pela HO, de acordo com a disponibilidade da escola e da HO, sem variação nos procedimentos.

Quanto ao 2º objetivo específico, não se verificam dinâmicas de participação deliberativa tanto dos Professores como dos alunos e seus PEE na orientação das atividades inerentes à execução do PNPSO na escola. A falta de disponibilidade da HO que tem a seu cargo dezenas de instituições escolares poderia sustentar uma justificação para este facto, mas na realidade a montante, e de acordo com o Coordenador Nacional, pelo menos o envolvimento dos PEE não estaria previsto nestes termos.

Os estímulos à participação são pontuais por parte da HO (uma sessão de educação para a saúde com estímulos multimédia e a abordagem individual aquando das triagens e/ou consultas de aplicação de selantes) e estão relativamente presentes por parte das Professoras

¹⁷⁷ Na EB1 JI do Alto da Peça estudam crianças de 5 nacionalidades diferentes: portuguesa, angolana, cabo-verdiana, brasileira e senegalesa.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

da escola, que através da matéria do *curriculum* escolar do Estudo do Meio e também e sobretudo por iniciativa própria, tentam estimular sem quaisquer recursos, os envolvidos a melhorar a sua higiene e saúde oral.

A HO trabalha de forma autónoma, não havendo indícios de integração em equipa multidisciplinar de abordagem à escola, como seria desejável de acordo com as orientações do PNPSO e também em consonância com uma das dimensões de análise do Desenvolvimento Local. Não existe portanto uma relação de interdisciplinaridade permanente, na abordagem aos envolvidos, porém, os representantes dos parceiros concordaram que o mecanismo de encaminhamento e acompanhamento integrado a um aluno eventualmente referenciado e à sua família funcionaria se necessário, tendo como ponto de partida a Enfermeira da saúde escolar e depois o médico de família.

Todavia, relativamente ao 3º objetivo específico, o de descobrir o contributo do diagnóstico sectorial em saúde oral como porta de entrada para um diagnóstico social integrado, deve dizer-se que os entrevistados tinham a perceção de serem muito poucos ou nenhuns estes casos e não souberam precisar quantos poderiam já ter acontecido; a informalidade da relação entre as Professoras e os profissionais de saúde, mas também entre estes últimos poderá fomentar esta falta de registos.

O tema equidade, a estudar no que respeita ao 4º objetivo específico foi unanimemente reconhecido como uma realidade do PNPSO, o que vai de encontro com a filosofia universalista do Programa. O Programa satisfaz as necessidades básicas e ainda outras como uma maior responsabilização com a saúde, respeitando um dos pilares de estimulação do Desenvolvimento Local. A boca serve de porta de entrada para várias doenças e condições de saúde deficientes, pelo que a abordagem da higiene e da saúde oral poderá ter o mérito de ser transversal à higiene e saúde do corpo todo. A questão da universalidade está de acordo com o movimento oposto conducente a processos de exclusão social, que no caso do PNPSO não terão sustentabilidade.

Quanto às sugestões para a melhoria da *performance* do PNPSO, salienta-se a necessidade de maior presença da HO junto das envolvidos da escola pelo impacto que provoca pelo facto de ser um elemento externo; esta escassez de recursos humanos na intervenção para a educação para a saúde revela uma lacuna no que respeita à promoção da saúde, contrária à filosofia do Programa. Também a sugestão de maior divulgação poderá ser uma mais valia para a participação dos envolvidos e seus PEE, deixando perceber que o fluxo de informação sobre a implementação e execução do PNPSO junto da comunidade fica

aquém das expectativas, se analisarmos este facto à luz da participação que se pretende *empowered* e portanto informada nos processos de Desenvolvimento Local.

3.1.2 Os inquéritos por questionário

A extensa e variada informação recolhida da análise estatística descritiva dos inquéritos por questionário, poderá resumir-se a alguns pontos-chave de sustentação da discussão dos resultados, que é o objetivo deste capítulo.

Confirma-se a natureza multicultural dos envolvidos que denotam ter várias origens além da portuguesa, que é a maioria. Os vários estratos socioeconómicos já referidos pelos entrevistados também se confirmam nestes questionários, com rendimentos mensais na sua maioria situados abaixo dos 1.500 euros/mês. As mães constituem a esmagadora maioria dos PEE, exercendo um papel social sociologicamente estudado como representando a principal fonte de conhecimentos da criança¹⁷⁸. A sua escolaridade situa-se na sua maioria entre o 2º ciclo do ensino básico e o 12º ano.

Nas famílias dos inquiridos estão presentes bens de consumo duráveis e não duráveis, sendo que nos bens duráveis todos à exceção de um envolvido tem pelo menos acesso à televisão, veículo facilitador de informação também sobre comportamentos, hábitos e cuidados em saúde.

A maioria dos envolvidos tem ainda acesso a alimentos potencialmente cariogénicos, não obstante terem adquiridos conhecimentos adequados de saúde oral nomeadamente no que concerne à etiologia da cárie e às consequências duma má higiene oral, o mesmo se passando com os seus PEE. Os cuidados de higiene e as idas ao profissional de saúde dentária são uma realidade para a maioria da amostra dos dois grupos de participantes que refere ir pelo menos uma vez por ano avaliar a sua saúde oral. As razões da ida ao dentista/HO são várias mas está quase sempre presente a “higiene oral”, que está conotada clinicamente numa perspetiva de prevenção das doenças orais (no caso da amostra de envolvidos, este ítem aparece designado por “rotina” ou “limpar dentes”, que protocolarmente poderá implicar numa consulta de higiene oral, composta por tratamentos eminentemente profiláticos). A existência de dados clínicos (índice CPO) dos envolvidos poderia complementar esta informação, percebendo-se

¹⁷⁸ Rodrigues, Carla. (2008), Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, “ Comportamentos, hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças: percepção dos pais-encarregados de educação” Universidade Aberta.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

se a condição oral dos participantes corresponderia ou não à prática e à percepção dos participantes.

Os participantes utilizam essencialmente a pasta e a escova de dentes na sua higiene diária, e esta é frequente, numa média de duas vezes ao dia. Também nesta matéria há uma correspondência de cuidados entre envolvidos e suas famílias, personificadas pelo PEE, denotando-se uma influência que poderá ser biunívoca, numa desejável tendência preventiva.

A parceria entre a escola e o Centro de Saúde não é avaliada por cerca de um terço dos PEE, talvez devido à pouca visibilidade apontada pelas Professoras, pela HO, pela Enfermeira da saúde escolar e por alguns PEE, do PNPSO na escola.

Subjaz assim nos dois grupos de participantes uma franja que pratica uma deficiente interpretação de conceitos entre o PNPSO e o conceito de saúde oral em si, pois a importância que é atribuída ao Programa é maioritariamente pelo menos positiva tanto para os envolvidos, como para as famílias e para a comunidade. Mais uma vez a necessidade de informação sobre o PNPSO e as suas atividades se faz sentir.

A ausência de postura associativa por parte da totalidade dos PEE poderá contribuir para uma interpretação do conceito de participação que classifica como “ativa” uma participação que na realidade se traduz por uma atitude passiva, em que não há convocação dos inquiridos (envolvidos e seus PEE) em reuniões de deliberação, caracterizadores de uma participação sustentada pelo *empowerment*, à luz do conceito de Desenvolvimento Local. Neste contexto, são escassas as respostas de envolvidos e PEE que alegam haver proposto iniciativas para a resolução de um problema de saúde oral de outro envolvido na escola. Embora dotados de capacitação para com a sua higiene e saúde oral, os envolvidos e os seus PEE não utilizam este conhecimento em circunstâncias deliberativas no âmbito do PNPSO.

De qualquer modo a maioria dos envolvidos que assistiu a pelo menos uma reunião de saúde oral atribui maior importância ao PNPSO na sua vida e ao seu entorno familiar, sentindo-se de alguma forma incentivado pela escola e pelo Centro de Saúde a participar no PNPSO, pese embora não terem sabido especificar como. Os PEE também seguem esta tendência de se sentirem incentivados e ao seu educando a participar no PNPSO, na proporção da importância que atribuem ao Programa na vida familiar, na criança e na

comunidade. A maioria dos envolvidos que nunca assistiram a qualquer reunião de saúde oral não se sentem incentivados a participar no PNPSO.¹⁷⁹

A perceção sobre equidade no acesso aos recursos do Programa, é invocada pelo grupo de envolvidos que participaram em pelo menos uma reunião de saúde oral e a maioria dos dois grupos de participantes reconhece a satisfação de outras necessidades através do Programa, nomeadamente no que respeita a uma maior responsabilização para com a sua higiene, saúde e alimentação.

Uma minoria de participantes teceu comentários/sugestões para uma melhor *performance* do PNPSO: nos comentários/ sugestões solicitados aos envolvidos, está maioritariamente presente o desejo de que a HO vá mais vezes à escola para interagir com o grupo numa perspetiva de renovação dos ensinamentos das boas práticas em higiene e saúde oral, enquanto a maioria dos PEE revelam desconhecimento sobre o Programa ou então sobre o seu funcionamento, numa clara falta de informação sobre um Programa que está a ser executado já há vários anos nesta escola.

3.2 Conclusões

A globalização pode ser caracterizada como o resultado da rotura com uma série de paradigmas nos conceitos de espaço e tempo, a par com várias mudanças sociais, culturais e económicas, produto de uma revolução tecnológica e científica que determinou um fluxo de informação altamente dinâmico por todo o globo. Este fenómeno implicou numa padronização óbvia nos produtos e nos hábitos de consumo, e de forma insuspeita o próprio devir social; o individualismo e as desigualdades sociais acentuaram-se e surgiu um conceito novo associado aos mais carenciados: o de exclusão social.

Nos debates internacionais sobre desenvolvimento surgiu o conceito de Desenvolvimento Local como contraponto a esta tendência; perante o crescente economicismo descaracterizador das especificidades do local, este conceito apela a processos de cidadania, autonomia e participação dos cidadãos numa tentativa de promover o bem-estar de todos, mitigando as desigualdades e encontrando soluções inovadoras, fruto do

¹⁷⁹ Por reunião de saúde oral entenda-se a uma sessão de educação para a saúde realizada pela HO, uma vez que antecipadamente a investigadora tomou conhecimento através dos entrevistados de que não existiam indícios de participação deliberativa por parte dos envolvidos e seus PEE.

conhecimento intrínseco que a comunidade deverá desenvolver sobre si própria. A equidade é assim uma dimensão que naturalmente se verifica quando se constrói este sistema de cooperação que é a base da vida social.

Neste contexto torna-se fundamental a existência de uma visão integrada, tanto social, como económica, política, cultural e ambiental, que unifica a comunidade e a impulsiona a identificar os seus problemas e a resolvê-los fazendo uso de recursos endógenos mas não negando a oportunidade do uso de recursos vindos de fora.

Nesta dinâmica associativa, as parcerias institucionais são fundamentais ao proporcionar a identificação e partilha de recursos complementares, aumentando sinergias. Paralelamente, o fluir de informação capacita os indivíduos a analisarem e decidirem sobre os seus contextos de forma *empowered*, tornando-se estes os protagonistas dos processos de desenvolvimento.

O Desenvolvimento Local diz respeito às pessoas, à sua entajuda e partilha de recursos e saberes, recusando uma visão individualista, com vista à promoção da inclusão, numa dinâmica coletiva e social.

Tendo formação na área das ciências naturais, este tema constituiu para a investigadora um acervo deveras enriquecedor quer pessoal quer profissionalmente como higienista oral. A perspectiva de o PNPSO que operacionalizou durante décadas poder contribuir para a promoção de um processo de Desenvolvimento Local despertou-lhe a necessidade desta investigação académica, pois considera-se o programa de intervenção comunitária em saúde oral de referência em Portugal, presente em pelo menos todas as escolas públicas do país, o que constitui uma oportunidade evidente de intervenção social.

Delineado para fazer face a um incapacitante problema de saúde pública cuja incidência e prevalência comprometem o bem-estar social, é atualmente implementado em todas as escolas do ensino básico e Instituições Particulares de Solidariedade Social do país. A intervenção comunitária em saúde oral da qual o PNPSO é o resultado atual contribuiu, num espaço de 30 anos, para reduzir em 75% dos índices clínicos de cárie em Portugal, e portanto para aumentar a qualidade de vida dos portugueses¹⁸⁰.

A filosofia de intervenção do PNPSO assenta numa metodologia de promoção da saúde que estimula a autonomia dos indivíduos para a realização de escolhas conscientes, munidos da informação que a educação lhes proporciona. A almejada qualidade de vida através da saúde deveria imprimir uma participação *empowered* dos indivíduos e das

¹⁸⁰ Dados fornecidos pelo Coordenador Nacional do PNPSO Dr. Rui Calado.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

comunidades, no sentido deliberativo, porém, neste estudo de caso sobre o PNPSO tais não foram as conclusões, como adiante se verá.

Do acima exposto, extraído da percepção dos atores sociais convocados na execução do PNPSO na EB1 JI do Alto da Peça através de entrevista semidiretiva, e dos alunos envolvidos no estudo e seus PEE, através de inquérito por questionário semiaberto autopreenchido, da análise documental efetuada junto das entidades pertinentes e da observação direta do ambiente entre os representantes dos parceiros escola-Centro de Saúde, retiram-se as seguintes conclusões:

- Existe uma parceria de longa duração entre a escola e o centro de Saúde, que funciona de forma informal num cenário de desejável respeito e bom ambiente entre os parceiros; os recursos de cada parceiro estão bem identificados e são partilhados resultando na execução de algumas atividades do Programa;
- A HO responsável pela operacionalização do Programa trabalha autónoma sem estar integrada em equipa multidisciplinar e tem a seu cargo várias escolas e Jardins de Infância o que limita a sua disponibilidade em intervir nesta escola com a frequência desejável, à luz do conceito de promoção da saúde;
- Os envolvidos limitam-se a assistir a escassas sessões de educação para a saúde por parte da HO, e são sujeitos a preleções sobre o tema saúde oral por parte das Professoras numa relação unívoca;
- As Professoras requerem apoios para esta prática nomeadamente maior intervenção da HO e disponibilidade de materiais de saúde oral para maior estímulo dos envolvidos;
- Os envolvidos e seus PEE detêm conhecimentos e praticam hábitos e cuidados de saúde oral adequados, e existe uma correspondência desses conhecimentos, hábitos e cuidados de saúde oral entre estes dois grupos, indiciando uma influência mútua e uma capacitação adequada para com a sua higiene e saúde oral, porém sem possibilidade de confirmação clínica;
- Os estímulos à participação dos envolvidos e suas famílias são limitados e não existem evidências de participação decisória por parte dos envolvidos, dos PEE, nem das Professoras no processo da execução das atividades inerentes ao PNPSO;

- Através do relato dos atores sociais entrevistados e implicados na execução do Programa, existe a possibilidade de referenciação e encaminhamento dos envolvidos que apresentem uma manifesta deficiente condição oral, para um sistema de diagnóstico integrado, cuja primeira linha será a Enfermeira da saúde escolar e depois o médico de família, pese embora não terem sido aferidos quantos foram os casos registados em que tal aconteceu devido à informalidade característica destes processos no contexto estudado;
- Todavia, a comunidade dos envolvidos e seus PEE mobilizou-se em torno de um caso de uma aluna, que, através do diagnóstico sectorial em saúde oral (“tinha imensas cáries” nas palavras da docente Tânia Correia), foi referenciada pela mesma junto de outro PEE da turma que, por trabalhar com profissionais de saúde, proporcionou à criança um diagnóstico que se supõe integrado, além de acesso a cuidados de outras áreas da saúde para além da oral. A comunidade organizou-se e articulou no sentido de dar resposta a um problema de saúde oral de forma integrada, revelando uma desejável sensibilidade para com o próximo, característica dos processos de Desenvolvimento Local;
- O carácter universalista do PNPSO é reconhecido e portanto promove a inclusão social. O Programa possibilita ainda a satisfação de outras necessidades como uma maior responsabilização para com a higiene, saúde e a alimentação.
- É desejável uma maior divulgação das atividades do Programa de forma a aumentar a adesão por parte dos interessados¹⁸¹. Especificando uma das atividades do PNPSO que é a possibilidade de tratamentos dentários, no universo dos 65 indivíduos escolarizados do 4º ano de escolaridade da EB1 JI do Alto da Peça, foram atribuídos a seu tempo 65 documentos de referenciação para tratamento dentário e/ou de aplicação de selantes, sendo que apenas 34 indivíduos acorreram às consultas devidas.¹⁸² Nos processos de Desenvolvimento Local, sob a dimensão da participação sustentada pelo

¹⁸¹ De acordo com a Enfermeira da saúde escolar, por vezes os alunos perdem os documentos de referenciação que lhes são entregues para tratamento dentário e/ ou aplicação de selantes.

¹⁸² De novembro de 2013 a outubro de 2014, no concelho de Cascais, foram emitidos 3.699 cheques-dentistas e 640 documentos de referenciação para HO (DRHO) para as três coortes etárias previstas no PNPSO (7, 10 e 13 anos). Foram utilizados 423 DRHO (66,1%) e apenas 875 cheques-dentista (23,7%).

empowerment, a informação deverá constituir um canal efetivo para os indivíduos se conscientizarem sobre as deliberações decorrentes dos programas em que se encontram envolvidos, situação que indicia fragilidades na aplicação do PNPSO ao conceito de Desenvolvimento Local na EB1 JI do Alto da Peça.

“Para o investigador, a análise nunca está acabada, suficientemente completa. As zonas de sombra inquietam-no tanto quanto o sentido escondido e o mais fundamentado das suas deduções; mas a marcha da análise é limitada pelas possibilidades práticas”¹⁸³.

Assim sendo, perante as conclusões acima elencadas, pode afirmar-se que o PNPSO é executado num contexto de manifesta oportunidade de intervenção junto das crianças, e que tal oportunidade é potencialmente interessante para se poder aproveitar para, numa perspetiva social, abranger outros aspetos da sua vivência pessoal para além da questão clínica.

Embora não tenha sido delineado para compreender outras vertentes, este Programa tem potencialidades para se constituir um contributo efetivo para o Desenvolvimento Local da comunidade estudada, pese embora as atuais fragilidades de algumas das suas dimensões de análise.

Este estudo assume-se como um ponto de partida para outras investigações, pelo que poderá ser pertinente o melhor conhecimento destas fragilidades nomeadamente no que respeita ao que se pode considerar o *disempowerment* dos envolvidos; percebendo a relação entre as lacunas no fluxo de informação e os atuais níveis de adesão ao PNPSO (na perspetiva clínica apenas 50% dos abrangidos a nível nacional adere e conclui os planos de tratamento).

Outro aspeto interessante poderá ser o estudo da ausência da dimensão multidisciplinar entre os vários profissionais que abordam a escola numa perspetiva de intervenção comunitária em saúde pública.

Os resultados deste estudo de caso, por definição não são generalizáveis, todavia pelo exposto, seria também de utilidade a revisão do papel do HO como dinamizador da implementação e execução do PNPSO, das suas condições de trabalho e estímulos profissionais na medida em que os processos de Desenvolvimento Local dependem de uma atitude empreendedora, dinamizando a comunidade. Porém, para tal acontecer, o HO precisa de tempo, condições e recursos materiais que no caso da EB1 JI do Alto da Peça indiciam escassear.

¹⁸³ Amado, J. (2000), A Técnica da Análise de Conteúdo. Referência nº 5, 53-63. Disponível em: <https://woc.uc.pt/fpce/person/ppinvestigador.do?idpessoa=10057> [acesso:21.05.14]

3.3 Considerações finais

A execução do Programa é feita nos seguintes moldes: a HO efetua uma sessão de educação para a saúde oral e alimentação no 1º ano de escolaridade, faz triagens orais no 2º ano de escolaridade e organiza e executa o processo de referenciação dos alunos para consultas de tratamento de cáries e/ou aplicação de selantes (a atribuição do cheque-dentista e/ou do DRHO). Para garantir uma maior adesão dos envolvidos, nesta escola os selantes são aplicados pela HO na própria escola em gabinete dentário portátil.

A instituição também não aderiu à realização quinzenal de bochechos fluoretados que é uma componente importante do Programa, e desejável seria também a realização da escovagem de dentes na escola, também prevista nas orientações do PNPSO. Estas atividades deverão impor uma mobilização dos alunos que os motivará a um maior envolvimento dada a componente física envolvida, numa prática pedagógica de aprender fazendo. Porém, a falta de disponibilidade da HO que se encontra já sobrecarregada com dezenas de escolas, poderá ser o maior obstáculo à sua realização, dada a necessidade de acompanhamento periódico destas atividades.

Deve levar-se em consideração que não está previsto no texto do PNPSO a integração de alunos e seus PEE nos processos deliberativos sobre a estrutura do programa, antes poderão os PEE responsabilizar-se pela execução de tarefas como por exemplo os bochechos de flúor e a escovagem na escola, caso se verifique a ausência de recursos humanos por parte da parceria escola-Centro de Saúde¹⁸⁴. Esta circunstância poderia ser interessante na medida em que iniciar-se-ia um processo participação/capacitação das famílias conducente a uma consciencialização necessária às dinâmicas de *empowerment*.

¹⁸⁴Plano B do PNPSO – Orientação n° 007/2011 de 25/03/11 da Direção Geral da Saúde.

Bibliografia

Abreu, J.W. (2010), Gestão Municipal e Empresarial de Energia em Edifícios Públicos e de Serviços - Estudo de caso município de Cascais. FCT. Universidade Nova de Lisboa, citando Dias Coelho, J. (2010). Pacto dos Autarcas —Uma iniciativa europeia, dois projectos em acção.

Almeida, C. (1997), As Doenças da Cavidade Oral nos Jovens Portugueses: Estudo Epidemiológico. Tese de Doutoramento em Medicina Preventiva e Saúde Pública apresentada à Universidade de Lisboa através da Faculdade de Medicina.

Almeida, C. et al. (2003), III Inquérito Continental Explorador (1999): Saúde Oral Dentária nos Jovens de 6 e 12 Anos de Portugal continental. Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial. Nº 44 (4). (p.205-218).

Almeida, C. & Möller, I. et al. (1990a), I Inquérito Nacional Explorador de Prevalência das Doenças e Necessidades de Tratamento na Cavidade Oral. 1ª parte. Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial. Nº31 (3). (p.137-149).

Almeida, C.& Möller, I. et al. (1990a), I Inquérito Nacional Explorador de Prevalência das Doenças e Necessidades de Tratamento na Cavidade Oral. 2ª parte. Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial. Nº31 (4). (p.215-230).

Almeida, C & Möller, I. et al (1990a), I Inquérito Nacional Explorador de Prevalência das Doenças e Necessidades de Tratamento na Cavidade Oral. 3ª parte. Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial. Nº32 (1). (p.9-22).

Amado, J. (2000), A Técnica da Análise de Conteúdo. Referência 5, 53-63, disponível em <https://woc.uc.pt/fpce/person/ppinvestigador.do?idpessoa=10057>

Amaro, C.A. (1991), Desenvolvimento e Poder Local em Penamacor. Em Sociologia – Problemas e Práticas. Nº10. (p.219-227). CIES. ISCTE - CES (1996: 21).

Amaro, Rogério (1991), Caminhos de desenvolvimento para a Beira-interior-10 interrogações, Revista Poder Local, Nº102. (p.62-79).

Amaro, Rogério (1998), O Desenvolvimento Local em Portugal. As Lições do Passado e as Exigências do Futuro. Em A Rede. Nº especial Nov. (p.60-64).

Amaro, Rogério (2001), Opções, Estratégias e Actores de Desenvolvimento em Confronto no Caso de Foz Côa. Em O Caso de Foz Côa: Um Laboratório de Análise Socio-Política. Lisboa, Edições 70.

Amaro, Rogério (2001), Opções, Estratégias e Actores de Desenvolvimento em Confronto no Caso de Foz Côa. Em O Caso de Foz Côa: Um Laboratório de Análise Sociopolítica. Lisboa Edições 70.

Amaro, Rogério (2009), As Novas Oportunidades de Desenvolvimento Local. Em A Rede para o Desenvolvimento Local, nº8, Faro, In loco.

Amaro, Rogério (2009), Desenvolvimento Local. Em Dicionário Internacional da Outra Economia. Lisboa, Edições Almedina e Ces.

Amaro, Rogério (2003), Desenvolvimento – Um Conceito Ultrapassado ou em Renovação? Da Teoria à Prática e da Prática à Teoria, Cadernos de Estudos Africanos nº4 Jan/Jul. Lisboa.

Arnstein, S, (1969), A Ladder of Citizen Participation. Em Journal of the American Institute of Planners. Vol.35, nº4, July.

Bardin, L. (2009). Análise de Conteúdo. Edições 70. Lda. Lisboa

Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2000), SPSS for psychologists. A guide to data analysis using SPSS for windows. New York: L.E.A.

Buss, P.M. & Ferreira J.R. (2010), Ensaio Crítico Sobre a Cooperação Internacional em Saúde. Revista Eletrónica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. Vol4. Nº1. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br> [Acesso:27.05.11].

Câmara Municipal de Cascais – SIG WEB, 2010 cit. in Costa, Joana (2012), Relatório de Estágio do Mestrado em Ciências da Educação: A Gestão das CASE e das AEC em Cascais: relação Autarquia – Escola –Família. Universidade de Lisboa.

Carvalho, G. (2006), Criação de Ambientes Favoráveis Para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis. Lisboa, Em Actividade Física, Saúde e Lazer; A infância e estilos de vida saudáveis, Pereira, B. Carvalho, G.. Lidel, Edições Técnicas.

Carvalho, G. & Santos, L. (1995), Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90). São Paulo Hucitec.

Cerqueira, C. (2001), *As Parcerias no Desenvolvimento Local*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Charles Lamb, Joe Hair, Carl McDaniel, *Essentials of Marketing Plan*, (2012)^{7ª} edição. Cengage Learning.

Chaves, M. (1986), *Odontologia Social*. São Paulo Artes Médicas.

Coutinho, C. P. (2011), *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.

Cunha, A (1991), *Desenvolvimento e Poder Local em Penamacor*. Em *Sociologia – Problemas e Práticas*. Nº10 CIES. ISCTE.

Construcción de Estratégias de Intervención Comunitaria (2005), in *Cátedra de Estrategias de Intervención Comunitaria*. Facultad de Psicología. UNC. Disponível em <http://www.aulavirtual.psych.unc.edu.ar/moodle5> [acesso:04.02.11]

Escola EB1 JI do Alto da Peça. Disponível em <http://www.cm-cascais.pt/escola-eb1-e-jardim-de-infancia-alto-da-peca> disponível [acesso: 19.09.14]

Estivil J. (2003), *Programa da Luta Contra a Exclusão Social: Conceitos e Estratégias*. STEP. OIT.

Fonseca, F. (2003), *Envolvimento dos Cidadãos nas Políticas de Administração Pública*. Em *Ética e Administração – Como Modernizar os Serviços Públicos?* (p.309-343). Oeiras Celta Editora.

Foucault, M. (1990), *Historia de la medicalización*, in *La vida de los hombres infames*. La Piqueta.

Fowler, A. (2000), *Partnerships: negotiating relationships: A Resource for Non-Governmental Development Organisations*. Occasional Papers Series. Nº 32. Oxford, Intrac.

Fragoso A. (2005), *Contributos para o Debate Teórico sobre o Desenvolvimento Local: Um Ensaio Baseado em Experiências Investigativas*. Em *Revista Lusófona de Educação*. Nº5 (p.63-83).

Friedmann, Jonh (1996), *Empowerment: The Alternative Development*. Blackwell. Oxford.

Fung, A (2004), *Empowered Participation*. Princeton University Press.

Gene, R. & Frewer L. (2004), *Evaluating Public-Participation Exercises: A Research Agenda*, Wageningen University.

Goffman, E (1963), *Stigma – Notes on The Management of Spoiled Identity*. Simon & Schuster, Inc. Rockefeller Center.

Guerra, I. (2002), *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*, 2ª ed., Lisboa, Príncípa Editora Lda.

Guerra, I. (2006), *Participação e Acção Colectiva: Interesses, Conflitos e Consensos*. Estoril, Príncípa Editora Lda.

Guerra, I. (2008), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*, 1ªed.,Lisboa, Príncípa Editora Lda.

Habermas, J (1990), *O Discurso Filosófico da Modernidade*, Lisboa, Publicações Dom Quixote.

Hijonoso, et al (2001), *Team collaboration: a case study of an early intervention team*.

Instituto Nacional de Estatística, *Censo 2011*.

Kickbush, I. (2009), *In Search of The Public Health Paradigm for The 21st Century: The Political Dimensions of Public Health*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Nº Especial 25 anos. (p.11-19).

Lamb, C., Hair, H., MacDaniel, C. (2012). *Essentials of Marketing Plan*. 7ª edição. Cengage Learning. Boston

Lalonde, M. (1981), *The New Perspectives on The Life of The Canadians*. Minister of National Health and Welfare. Canada.

Lunt, K (1982). *Child Development: A First Course*. Basil Blackwell. Oxford.

Marôco, J. (2010), *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.

Minayo, M. C., Hartz, Z. M. & Buss, P. M. (2000), *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5 (1), 7-18.

Ministério da Saúde (1999), *Saúde: Um Compromisso*. *A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)*, Lisboa, Ministério da Saúde

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

Narvai, P. (2000), *Cárie Dentária e Flúor: Uma Relação do Séc.XX*. Rio de Janeiro, Ciências de Saúde Coletiva. vol.5 n°2.

Nunes, H & Hoven, R (1996), *Trabalho Comunitário: Fundamentos e Contextos da Acção*. Em *Desenvolvimento e Acção Local*. Lisboa, Fim de Século Edições.

Petersen, P (2008), *World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007*. *International Dental Journal*. N°58. Geneva WHO.

Petersen, P. (2003), *The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. (p.3-24). N°32. Sup11.

Pereira, J.A., Furtado, C. *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. 3º Fórum Nacional de Saúde. Plano Nacional de Saúde (2012-2016).

Pereirinha, A. (Coord.). (1992). *Observator On National Policies to Combate Exclusion*. Lisboa. Lille – European Economic Interest Group.

Perroux, F. (1987), *Ensaio Sobre a Filosofia do Novo Desenvolvimento*. Lisboa Fundação Calouste Gulbenkian.

Plano B do PNPSO – Orientação nº 007/2011 de 25/03/11 da Direção Geral da Saúde.

Plano de Desenvolvimento Social de Cascais, (2012-2015).

Plano Nacional de Saúde 2011/ 2016, apud Rede Social de Cascais. (2012). 3º Plano de Desenvolvimento Social de Cascais 2012-2015. 1ª parte. Conselho Local de Acção Social (CLAS) de Cascais. Cascais.

Programa Nacional de Saúde Escolar (2014). DGS

Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (2005). DGS

Projecto Educativo (2013/2017) para o Agrupamento de Escolas de Alcabideche. "O meu Mundo é a Escola". Ministério da Educação e Ciência

Qualitative Health Research. (p.206-220). Vol.11. Issue: 2, disponível em: <http://www.mendeley.com/research/team-collaboration-a-case-study-of-an-early-intervention-team/> [Acesso: 24.11.11].

Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc Van – (1998) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local: Estudo de Caso na escola EB1 JI do Alto da Peça em Alcabideche

Rede Escolar Pública do Concelho de Cascais ano letivo (2013/14) da Câmara Municipal de Cascais.

Rede Social de Cascais, in Diagnóstico Cascais – (2005).

Reis, J. (1996), O Desenvolvimento Local: Condições e Possibilidades. Em Desenvolvimento e Acção Local (Hoven, R., Nunes, H. Coordenação), Lisboa, Fim de Século Edições.

Robbins, S. (2004), Fundamentos do Comportamento Organizacional, 7ª edição, São Paulo Pearson Education.

Roberts, I. e P. Edwards (2010), The Energy Glut. Zed Books. London and New York

Rodrigues, Ana Terezinha Duarte. Crise: Factor de impacto na Gestão das Unidades de Saúde. *Salutis Scientia*. Vol. 3 Jul/11.

Rodrigues, Carla. (2008), Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, "Comportamentos, Hábitos e Conhecimentos de Saúde Oral das Crianças: Percepção dos Pais/Encarregados de Educação" Universidade Aberta.

Rodrigues, F (1998), Entre Parceria e Partenariado – Amigos Amigos, Negócios à Parte. Oeiras, Celta Editora.

Romano B.W. (1999), Princípios Para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais. São Paulo. Casa do Psicólogo Livraria e Editora, Lda.

Santos, Boaventura de Sousa (1993), O Estado, as Relações Salariais e o Bem-Estar Social na Semiperiferia: O Caso Português. Em Portugal um Retrato Singular, Porto, Edições Afrontamento.

Santos, Boaventura de Sousa (1999), A Construção Multicultural da Igualdade e da Diferença. Oficina do Centro de Estudos Sociais. Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Schumacher, E (1989), Small is Beautiful – Economics as if People Mattered. Harper Perennial. EUA.

Silva, M. (1964), Oportunidade do Desenvolvimento Comunitário em Portugal- Em *Análise Social*, Lisboa nº7/8.Vol2. (p.498-510).

Silvia, K., Lunt, I (1982), *Child Development: A First Course*. Oxford Basil Blackwell.

Smith, Adam. (2007), *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. São Paulo, Edição Sálvio M. Soares. MetaLibri.

Soares, F. (1989), *Regionalização e Desenvolvimento Integrado*. Em *Poder Local*. N°86 Junho. (p.49-51). Editorial Caminho. Lisboa

Spink, M. (2003), *Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Rio de Janeiro Editora Vozes.

Stohr, W (1990), *Global Challenge and Local Response*, Nova Iorque, Universidade das Nações Unidas.

Towsend, P (1979), *Poverty in the United Kingdom – a Survey of Household Resources and Standarts of Living*. London, Penguin Boks.

Vasconcelos, N. & Melo, P. & Gavinha, S. (2004), *Estudo dos Factores Etiológicos das Cáries Precoces da Infância numa População de Risco*. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. Vol. 45. n° 2.

Verhelst, Thierry (1990), *No Life without Roots – Culture and Development*, Londres Zed Books Ltd.

World Health Organization. *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up Part I and Part II*. Who Regional Office for Europe, (2006).

World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion*, (1986).

World Health Organization. *The Bangucoque Charter on Health Promotion in a Globalized World*, (2005).

Yin, R. K., (2001), *Estudo de Caso – Planejamento e Métodos*. 2ª Edição. Porto Alegre: Bookman.

ANEXOS

ANEXO A

Grelha analítica

Estudo de Caso na EB1JI do Alto da Peça em Alcabideche
OBJECTIVO GERAL

CONTRIBUTO DO PNPSO PARA O DESENVOLVIMENTO LOCAL

Grelha Analítica

CONCEITOS	DIMENSÕES DA ANÁLISE	INDICADORES	FONTES	MÉTODO E TÉCNICA A UTILIZAR
SAÚDE ORAL	Cárie dentária	Índice de cárie (CPO)	Gestor local	Entrevista/ Análise documental
	Higiene oral	Índice de placa (IP)		
	Conhecimentos em saúde oral	Nível de conhecimentos em SO	EEE	Questionários/ Análise documental
VISÃO INTEGRADA	Identidade cultural	País de origem	EEE	Questionário
			Professores	Entrevista/ Análise documental
			ESE	
		Gestor local		
		Opções gastronómicas	EEE	Questionário
			Professores	Entrevista/ Análise documental
	Técnico de Serviço Social			
	Gestor local			
	Uso de dialecto ou língua em casa	Nível de rendimentos	EEE	Questionário
			Professores	Entrevista/ Análise documental
			ESE	
	Estatuto socio-económico	Condição perante o trabalho	EEE	Questionários
			Professores	Entrevista/ Análise documental
			ESE	
	Profissão	EEE	Questionários	
Bens de consumo	EEE	Questionários		
VISÃO INTEGRADA	Nível de escolarização	Nível de escolaridade dos EE	EE	Questionários/ Análise documental
	Caracterização do quadro-familiar	Tipologia da família	EEE	Questionários
			Professores	Entrevista/ Análise documental
		TSS		
		Percurso familiar migratório	EEE	Questionários
	Situação e contexto social	RSI	Professores	Entrevista/ Análise documental
			ESE	
		SASE	EEE	Questionários
		Pertença associativa	EEE	Questionários
	Estado de saúde geral	Existência de doenças crónicas na família	EEE	Questionários
			Professores	Entrevista/ Análise documental
		ESE		
		Existência de problemas de saúde na criança	EEE	Questionários
			Professores	Entrevista/ Análise documental
		ESE		
Tipo de habitação	Saúde aparente	Envolvidos	Observação directa	
		EEE	Questionários	
	Tipo de habitação	Professores	Entrevista/ Análise documental	
		ESE		
Condições de habitabilidade	EEE	Questionários		
	Professores	Entrevista/ Análise documental		
ESE				

CONCEITOS	DIMENSÕES DA ANÁLISE	INDICADORES	FONTES	MÉTODO E TÉCNICA A UTILIZAR
PARCERIAS	Existência de parcerias	Número de parceiros	Parceiros	Entrevista
			Gestor local	
			Professores	
			Coordenador nacional	
	Envolvimento a longo prazo	Tipo de parcerias	Parceiros	Entrevista
			Gestor local	
			Professores	
			Coordenador nacional	
		Tempo de existência da relação de parceria	Parceiros	
			Gestor local	
			Professores	
			Coordenador nacional	
Partilha de responsabilidades e decisões	Número de reuniões em parceria	Parceiros	Entrevista	
		Gestor local		
		Professores		
		Coordenador nacional		
	Número de acções em parceria	Parceiros		
		Gestor local		
		Professores		
		Coordenador nacional		
	Frequência de decisões conjuntas	Parceiros		
		Gestor local		
		Professores		
		Coordenador nacional		

PARCERIAS	Partilha de recursos	Identificação dos recursos complementares de cada parceiro	Parceiros	Entrevista
			Gestor local	
			Professores	
			Coordenador nacional	
	Avaliação conjunta	Número de reuniões da avaliação conjunta	Parceiros	Entrevista
			Gestor local	
			Professores	
			Coordenador nacional	
		Participação em relatórios de actividades conjunta	Parceiros	
			Gestor local	
			Professores	
			Coordenador nacional	
Clima de confiança	Ambiente entre parceiros	Parceiros	Entrevista/ Análise documental; Observações directas	
		Gestor local		
		Professores		
		Coordenador nacional		
		Observadores previligiados		

CONCEITOS	DIMENSÕES DA ANÁLISE	INDICADORES	FONTES	MÉTODO E TÉCNICA A UTILIZAR
PARTICIPAÇÃO	Participação dos envolvidos em reuniões de decisões e outras sobre saúde oral	Número de reuniões em que participou	EEE	Questionários
			Gestor local	Entrevista
			Professores	
	Coordenador nacional			
	Proposta e acção dos envolvidos na resolução das propostas	Número de propostas e iniciativas dos envolvidos para a resolução dos seus problemas	EEE	Questionários
			Gestor local	Entrevista
			Professores	
		Coordenador nacional		
		Número de participantes envolvidos para a resolução dos seus problemas	parceiros	Entrevista
			EEE	
	Gestor local			
	Metodologia de indução/acção para a participação	Tipo de métodos de estimulação à participação adoptados	Professores	Entrevista
Coordenador nacional				
Parceiros				
EEE				
Gestor local				

CONCEITOS	DIMENSÕES DA ANÁLISE	INDICADORES	FONTES	MÉTODO E TÉCNICA A UTILIZAR
DESENVOLVIMENTO LOCAL	Igualdade de oportunidades	Número de envolvidos abrangidos versus Total dos abrangidos	EEE	Questionários
			Gestor local	Entrevista/ Análise documental
			Professores	
			Coordenador nacional	
		Número de envolvidos cujo primeiro contacto com os cuidados em SO foi através do PNPSO	EEE	Questionários
			Gestor local	Entrevista/ Análise documental
	Professores			
	Coordenador nacional			
	Satisfação das necessidades básicas	Número de EEE pelo menos satisfeitos com o PNPSO	EEE	Questionários
			Gestor local	Entrevista/ Análise documental
			Professores	
			Coordenador nacional	
Satisfação de outras necessidades		EEE	Questionários	
		Gestor local	Entrevista/ Análise documental	
	Professores			
	Coordenador nacional			

Acrónimos:

EE - Encarregados de Educação

EEE – Envolvidos e seus Encarregados de Educação

HO – Gestor Local

SO – Saúde Oral

ESE - Enfermeira da Saúde Escolar

ANEXO B

Parecer favorável da Comissão de Ética da ARSLVT

Exma. Sr.^a

Dr.^a Ana Beaumont

Ana.beaumont1@gmail.com

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
13565/CES/2013

Data
28-07-2014

Assunto: A Intervenção Comunitária a partir da Saúde Oral: O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local – Estudo de Caso na Escola Básica EB1 JI do Casal da Peça em Alcabideche”.

- Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT – Proc.049/CES/INV/2014

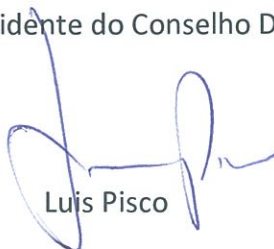
A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 25-07-2014, o projecto mencionado em epígrafe, tendo merecido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo



Luís Pisco

ANEXO C

Guiões das entrevistas

Guião das entrevistas às Professoras do 4º ano.

As questões colocadas às Professoras do 4º ano de escolaridade da EB1 JI do Alto da Peça resultaram de uma grelha analítica em anexo, e foram colocadas em entrevista semidiretiva.

Na interrogativa procuraram-se aferir dados sobre os temas que a seguir se elencam, de acordo com cada um dos quatro primeiros objetivos específicos:

1º Objectivo Específico: Identificar a ocorrência de parcerias institucionais:

- nº parceiros previsíveis no âmbito da implementação do PNPSO nas escolas;
- tipo de parcerias;
- tempo de existência das relações de parceria;
- nº reuniões em parceria;
- nº ações em parceria;
- frequência de ações conjuntas;
- identificação dos recursos complementares de cada parceiro;
- nº reuniões avaliação conjunta;
- participação em relatórios de actividades conjunta;
- caracterização do ambiente entre parceiros;

2º Objectivo Específico: Caracterizar a existência de participação dos envolvidos e seus pais/encarregados de educação:

- nº reuniões em que participaram os alunos no âmbito do PNPSO;
- nº de propostas e iniciativas dos alunos para a resolução dos seus problemas em saúde oral;
- tipos de estimulação à participação adoptados.

3º Objetivo Específico: Descobrir o contributo do diagnóstico sectorial em saúde oral para o diagnóstico social integrado:

- o PNPSO como contributo para o diagnóstico social integrado;
- as várias identidades culturais na escola;
- os percursos familiares migratórios.

4º Objetivo Específico: Conhecer o grau de equidade no acesso aos recursos disponibilizados pelo PNPSO:

- nº de alunos cujo 1º contacto com a saúde oral foi através do PNPSO na escola;
- nº de EE pelo menos satisfeitos com o PNPSO na escola;
- satisfação de outras necessidades dos alunos.

Guião da entrevista à Higienista Oral.

A questões colocadas à Higienista Oral responsável pela operacionalização do PNPSO na EB1 JI do Alto da Peça resultaram de uma grelha analítica em anexo, e foram colocadas em entrevista semidiretiva.

Na interrogativa procuraram-se aferir dados sobre os temas que a seguir se elencam, de acordo com cada um dos quatro primeiros objetivos específicos:

1º Objectivo Específico: Identificar a ocorrência de parcerias institucionais:

- nº parceiros previsíveis no âmbito da implementação do PNPSO nas escolas;
- tipo de parcerias;
- tempo de existência das relações de parceria;
- nº reuniões em parceria;
- nº ações em parceria;
- frequência de ações conjuntas;
- identificação dos recursos complementares de cada parceiro;
- nº reuniões avaliação conjunta;

- participação em relatórios de actividades conjunta;
- caracterização do ambiente entre parceiros.

2º Objetivo Específico: Caracterizar a existência de participação dos envolvidos e seus pais/encarregados de educação:

- nº reuniões em que participaram os alunos no âmbito do PNPSO;
- nº de propostas e iniciativas dos alunos para a resolução dos seus problemas em saúde oral;
- tipos de estimulação à participação adoptados.

3º Objetivo Específico: Descobrir o contributo do diagnóstico sectorial em saúde oral para o diagnóstico social integrado:

- o PNPSO como contributo para o diagnóstico social integrado;
- as várias identidades culturais na escola;
- os percursos familiares migratórios.

4º Objetivo Específico: Conhecer o grau de equidade no acesso aos recursos disponibilizados pelo PNPSO:

- nº de alunos cujo 1º contacto com a saúde oral foi através do PNPSO na escola;
- satisfação de outras necessidades dos alunos .

Sugestões.

Guião da entrevista à Enfermeira da saúde escolar.

A questões colocadas à Enfermeira figura de referência para a saúde escolar na EB1 JI do Alto da Peça resultaram de uma grelha analítica em anexo, e foram colocadas em entrevista semidiretiva.

Na interrogativa procuraram-se aferir dados sobre os temas que a seguir se elencam, de acordo com cada um dos quatro primeiros objetivos específicos:

1º Objectivo Específico: Identificar a ocorrência de parcerias institucionais:

- nº parceiros previsíveis no âmbito da implementação do PNPSO nas escolas;
- tempo de existência das relações de parceria;
- nº reuniões em parceria;
- nº ações em parceria;
- frequência de ações conjuntas;
- identificação dos recursos complementares de cada parceiro;
- nº reuniões avaliação conjunta;
- participação em relatórios de actividades conjunta;
- caracterização do ambiente entre parceiros.

3º Objectivo Específico: Descobrir o contributo do diagnóstico sectorial em saúde oral para o diagnóstico social integrado:

- o PNPSO como contributo para o diagnóstico social integrado;
- as várias identidades culturais na escola;
- os percursos familiares migratórios.

4º Objectivo Específico: Conhecer o grau de equidade no acesso aos recursos disponibilizados pelo PNPSO:

- nº de alunos cujo 1º contacto com a saúde oral foi através do PNPSO na escola;
- satisfação de outras necessidades dos alunos.

Sugestões

Guião da entrevista ao Coordenador Nacional do PNPSO.

A questões colocadas ao Coordenador Nacional do PNPSO resultaram de uma grelha analítica em anexo, e foram colocadas em entrevista semidiretiva.

Na interrogativa procuraram-se aferir dados sobre os temas que a seguir se elencam, de acordo com cada um dos quatro primeiros objetivos específicos:

1º Objectivo Específico: Identificar a ocorrência de parcerias institucionais:

- nº parceiros previsíveis no âmbito da implementação do PNPSO nas escolas;
- tempo de existência das relações de parceria;
- nº reuniões em parceria;
- nº ações em parceria;
- frequência de ações conjuntas;
- identificação dos recursos complementares de cada parceiro;
- nº reuniões avaliação conjunta;
- participação em relatórios de actividades conjunta;
- caracterização do ambiente entre parceiros.

3º Objectivo Específico: Descobrir o contributo do diagnóstico sectorial em saúde oral para o diagnóstico social integrado:

- o PNPSO como contributo para o diagnóstico social integrado.

4º Objectivo Específico: Conhecer o grau de equidade no acesso aos recursos disponibilizados pelo PNPSO:

- nº de alunos cujo 1º contacto com a saúde oral foi através do PNPSO na escola;
- satisfação de outras necessidades dos alunos.

Sugestões

ANEXO D

Apresentação dos entrevistados

Apresentação dos entrevistados

Entrevista 1

Nome do Entrevistado: Dr. Rui Calado

Cargo: Médico de Saúde pública, Coordenador Nacional do Programa

Nacional de Promoção da Saúde Oral da Direção Geral da Saúde

Tipo de entrevista: Presencial

Data da entrevista: 27/09/14

Hora de início e de término: 14.30H às 15.27H

Duração: 57 minutos

Entrevista 2

Nome da Entrevistada: Sr.^a Tânia Correia

Cargo da entrevistada: Professora do 4.º ano do 1.º ciclo do ensino básico da escola

EB1 JI do Alto da Peça

Tipo de entrevista: Presencial

Data da entrevista: 08/10/14

Hora de início e de término: 15.00H às 15.20H

Duração: 20 minutos

Entrevista 3

Nome da Entrevistada: Sr.^a Fátima Fonseca

Cargo da entrevistada: Professora do 4.º ano do 1.º ciclo do ensino básico da escola

EB1 JI do Alto da Peça

Tipo de entrevista: Presencial

Data da entrevista: 08/10/14

Hora de início e de término: 15.30H às 15.18H

Duração: 18 minutos

Entrevista 4

Nome da Entrevistada: Sr.^a Cidália Pereira

Cargo da entrevistada: Professora do 4.º ano do 1.º ciclo do ensino básico da escola EB1 JI do Alto da Peça

Tipo de entrevista: Presencial

Data da entrevista: 08/10/14

Hora de início e de término: 16.40H às 17.03H

Duração: 23 minutos

Entrevista 5

Nome da Entrevistada: Dr.^a Helena Viegas

Cargo da entrevistada: Higienista Oral, Gestora Local do PNPSO

Tipo de entrevista: Presencial

Data da entrevista: 08/10/14

Hora de início e de término: 17.30H às 18.04H

Duração: 34 minutos

Entrevista 6

Nome da Entrevistada: Dr.^a Hortênsia Gouveia

Cargo da entrevistada: Enfermeira, figura de referência do PNPSO no Agrupamento de Escolas de Alcabideche que inclui a escola EB1 JI do Alto da Peça.

Tipo de entrevista: Presencial

Data da entrevista: 15/10/14

Hora de início e de término: 10.30H às 10.56H

Duração: 26 minutos

ANEXO E

Grelha de análise de conteúdo das entrevistas

SAÚDE ORAL E DESENVOLVIMENTO LOCAL

Tema: O PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL E O DESENVOLVIMENTO LOCAL

Estudo de Caso na EB1JI do Alto da Peça em Alcabideche

OBJETIVO GERAL

CONTRIBUTO DO PNPSO PARA O DESENVOLVIMENTO LOCAL

Grelha de análise de conteúdo das entrevistas

Conceitos	Questões	Recolha de opiniões
Visão Integrada	O papel do PNPSO e o diagnóstico social integrado	<p>"...a nível local, pode ser identificado com a ajuda dos professores... Estas situações podem ser devidamente identificadas e estas crianças devem ter um tratamento especial." (Rui Calado - Coordenador Nacional)</p> <p>"Claro que concordo...a enfermeira é que faz essa ligação com as diversas entidades/ pessoas de modo a resolver os problemas das crianças." (Helena - HO)</p> <p>"Penso que sim...se eu tiver uma criança com cáries chamo a enfermeira... e ela providencia... a... resolução do problema...e isso pode ir até à intervenção junto das famílias..." (Cidália - Professora)</p> <p>"Acho que é possível sim...tinha uma menina...já tinha imensas cáries... uma mãe que trabalhava com um médico...conseguiu arranjar consultas de dentista, de higiene e outras..." (Tânia - Professora)</p> <p>"Isso deve se lógico...mas aqui na minha sala nunca tive nenhuma criança que fosse sinalizada por mim por causa de problemas da boca." (Fátima - Professora)</p> <p>"Quando há médico de família sim, é mais fácil, há um encaminhamento" (Hortênsia Gouveia - enfermeira responsável pela saúde escolar)</p>
	Identidades culturais dos alunos	<p>"Sim. Há. Há aqui vários países". (Helena - HO)</p> <p>"Todos de origem portuguesa." (Cidália - Professora)</p> <p>"Há...do Senegal, da Roménia e é só...Angola também"... "Japão" (Tânia - Professora)</p> <p>"...tenho uma brasileira e dois meninos de ...Cabo Verde" (Fátima - Professora)"</p> <p>"No agrupamento há muita gente da Guiné.. " "...é a escola onde estão concentrados alunos com maiores rendimentos..." "Porque é uma escola nova, com um bom staff de professores, as pessoas que podem mobilizar recursos, mobilizam para os filhos irem para o Alto da Peça. " (Hortênsia Gouveia - enfermeira responsável pela saúde escolar)</p>
	Percurso familiares migratórios	<p>"Sim, vem gente de fora mas agora assim de momento, não se". (Helena - HO)</p> <p>"Já tive mas foi embora...Cabo Verde" (Cidália-Professora)</p> <p>"...ela nasceu no Japão mas veio muito cedo para cá" (Tânia - Professora)</p> <p>"...os pais são brasileiros. É tudo." (Fátima - Professora)</p> <p>"Emigrantes residentes" - (Hortênsia Gouveia - enfermeira responsável pela saúde escolar)</p>

Parcerias institucionais	Caracterização das parcerias na implementação e execução do PNPSO (o tempo de existência)	<p>"...não faço ideia. Eu sou nova na escola." (quando questionada sobre o tempo de duração da parceria escola/ Centro de Saúde)" (Fátima - Professora)</p> <p>"São para continuar a desenvolver.Cada vez mais! Cada vez mais!" "Nós fazemos centenas, milhares de reuniões com parceiros." (Rui - Coordenador Nacional)</p> <p>"isto já dura pelo menos desde 2000 que foi quando para cá vim...não existia esta escola, era na outra, a de Alcabideche, antes desta" (Helena - HO)</p> <p>"Já estou em Alcabideche há 18 anos...o tipo de pessoas é mesmo, o centro de saúde e as pessoas que trabalham connosco também é o mesmo." (Cidália - Professora)</p> <p>"Não faço ideia..desde que estou cá existe." (quando questionada sobre o carácter informal da parceria escola/ Centro de Saúde) (Tânia - Professora)</p> <p>"Há muitos anos que existe esta parceria, há uns 15 anos ou mais..." (Hortênsia Gouveia - enfermeira responsável pela saúde escolar)</p>
	Ambiente entre parceiros	<p>"Quando é preciso, pois! Penso que sim!" (quando questionada sobre a eficácia da relação entre a escola e o Centro de Saúde." (Fátima - Professora)</p> <p>"Sim." (perante a questão da entrevistadora sobre o bom ambiente entre parceiros) "Sim." (Perante a questão da informalidade da relação entre a escola e o Centro de Saúde." (Tânia-Professora)</p> <p>"É, muito informal."(Perante a questão da informalidade da relação entre a escola e o Centro de Saúde."(Cidália -Professora)</p> <p>"Às vezes bom, outras vezes mau" "...nos locais de grande decisão, isto é, nos ministérios...nunca houve tanta compreensão..."(Rui - Coordenador Nacional)</p> <p>"A escola/ Centro de Saúde...sim! Sim, funciona." (quando questionada sobre o bom ambiente entre parceiros) (Helena - HO)</p> <p>"Relação informal no bom sentido..." (Hortênsia Gouveia - enfermeira responsável pela saúde escolar)</p>
	Frequência de reuniões conjuntas	<p>"Eu seguramente não, nem me parece que aconteçam..." (Fátima - Professora)</p> <p>"Daquilo que acontece...não." (quando questionada pela entrevistadora sobre o registo de ocorrência de reuniões e actividades conjuntas) (Tânia -Professora)</p> <p>"Mas nós temos algumas coisas...temos registos..." (Cidália - Professora)</p> <p>"Ninguém tem isso...nº de reuniões com parceiros..." (quando questionado sobre registos das reuniões e actividades conjuntas) (Rui - Coordenador Nacional)</p> <p>"Sim, só assim." "...São poucas..." (quando questionada sobre a ocorrência e frequência de reuniões informais) (Helena - HO)</p> <p>" A Helena não faz parte da Equipa de Saúde Escolar neste momento." Trabalha em parceria mas desenvolve trabalho de forma autónoma..." (Hortênsia Gouveia- enfermeira responsável s. escolar)</p>
	Relatórios de actividades conjuntas	<p>"É, é. Sim" (Perante a afirmação da entrevistadora de que os relatórios de actividades não eram feitos em conjunto) (Fátima - Professora)</p> <p>"Não, não passa." (quando questionada sobre a colaboração da escola nos relatórios de actividades do PNPSO) (Tânia - Professora)</p> <p>"Mas também nunca nos foi pedido para fazermos um relatório desses em conjunto." (Cidália-Professora)</p> <p>"Não." "...É só uma para cada turma." (quando questionada sobre a existência de sessões de educação para a saúde nas turmas) (Helena - HO)</p> <p>"Não. Isto é para a gestão local das coisas..." (quando questionado sobre a existência de registos sobre as reuniões ou actividades conjuntas) (Rui-Coordenador Nacional)</p> <p>"Não há relatórios em comum." "... A Helena responde directamente à Drª Paula Sousa Uva...para aferição de procedimentos e resultados."(Hortênsia Gouveia- enfermeira responsável s. escolar)</p>
	Recursos complementares de cada parceiro	<p>"Não me apercebi de nada..." (quando questionada pela entrevistadora sobre a ocorrência de consultas dentárias de aplicação de selantes na escola) (Tânia-Professora)</p> <p>"...não vi cá flúor nenhum nestes 4 anos, nesta escola..." "Mas só para os alunos daquela idade!" (2ºano) (quando questionada sobre os recursos do Centro de Saúde)... "Para além de que nos nossos programas (Estudo do Meio...) está sempre..." (quando questionada sobre os recursos da escola) (Cidália-Professora)</p> <p>"É só uma para cada turma." (quando questionada sobre a ocorrência de sessões de educação para a saúde junto das turmas) "Abranjo cada criança em dois momentos distintos: no 1º ano na sessão de saúde oral e no 2º ano nas triagens, onde informo individualmente sobre saúde oral." "...faço aplicação de selantes aos dos 7 anos." "O ano passado foi a primeira vez." (sobre as consultas de aplicação de selantes de fisura na própria escola) "...assim com o filme é uma beleza!" (sobre os meios audiovisuais utilizados na sessão de educação para a saúde) (Helena - HO)</p> <p>"...há um bocadinho falta de recursos..." (Fátima-Professora)</p> <p>"Nós emitimos cheques e damos cheques a todas as crianças independentemente da raça, do nível sócio-económico, etc..." (Rui-Coordenador Nacional)</p> <p>"Por vezes os miúdos dão "descaminho" aos cheques ."..."Tenho a percepção de que o cheque é pouco usado." (Hortênsia Gouveia- enfermeira responsável pela saúde escolar)</p>

Participação	Participação dos envolvidos em reuniões de decisão	<p>"Os encarregados de educação não são alguma coisa de estratosférico que vem de fora para dentro, para as nossas discussões....Os pais têm sempre uma palavra a dizer em cada uma das escolas. Em cada uma das escolas!" (Rui-Coordenador Nacional)</p> <p>"Que eu saiba não." (Tânia- Professora)</p> <p>"De decisão? Não. De todo." (Cidália - Professora)</p> <p>"Eu seguramente não. E eles (as crianças e os seus pais)..também não tive notícia dessas vivências." (Fátima-Professora)</p> <p>"Não." (Helena - HO)</p> <p>"Penso que não!" (Hortênsia - Enfermeira da saúde escolar)</p>
	Proposta e acção dos envolvidos na resolução dessas propostas	<p>"Não, nada." (Fátima - Professora)</p> <p>"...há uma mãe que trabalha com um médico, que tem contacto co outros médicos, que levou lá a turma...." "A criança (aluna da turma) estava com abcessos...." "A mãe arranjou os tais contactos. Conseguiu as consultas..." (Tânia-Professora)</p> <p>"... não." (Cidália-Professora)</p> <p>"...não." (Helena - HO)</p>
	Tipos de métodos de estimulação à participação adoptados	<p>"Sim. Quando estamos a tratar desse assunto no Estudo do Meio." (Fátima -Professora)</p> <p>"Bem...eu vou falando com eles...também faz parte da matéria do Estudo Meio." (Tânia-Professora)</p> <p>"...cada professor é que lhe dá a profundidade que achar..." (referindo-se ao conteúdo do programa de Estudo do Meio)... "É sempre um estímulo" (o facto de a higienista vir à escola) (Cidália - Professora)</p> <p>"Nunca os estímulos dos serviços centrais foram devidamente aceites pela comunidade, pelos profissionais de saúde e de educação!" "No entanto com o SOBE, nós no último ano e meio, para projectos específicos de higiene oral nas escolas, distribuímos 150.000 kits.(conjunto de escova e pasta de dentes)" (Rui - Coordenador Nacional)</p> <p>"Sim, Sim..." (quando questionada sobre a utilização de meios multimédia nas sessões de educação para a saúde)(Helena - HO)</p>
Equidade	Igualdade de oportunidades	<p>"Sim." (quando questionados sobre o carácter universal do PNPSO) (Cidália - Professora)</p> <p>"Concordo." (quando questionados sobre o carácter universal do PNPSO) (Tânia -Professora)</p> <p>"Sim." (quando questionados sobre o carácter universal do PNPSO) (Fátima - Professora)</p> <p>"Sem dúvida." (quando questionados sobre o carácter universal do PNPSO) (Helena - HO)</p> <p>"Agora o Estado fez aquilo que deve sempre fazer: é considerar todas as pessoas numa base de igualdade absoluta!" (Rui - Coordenador Nacional)</p> <p>"O PNPSO está ao nível da excelência em termos de filosofia, de missão, mas se falhar, a equidade não se verificará, naturalmente." (Hortênsia Gouveia- enfermeira responsável pela saúde escola)</p>
	Satisfação das necessidades básicas	<p>"...é assim: eu não tenho dúvidas que este Programa abana as pessoas e pode ser um factor positivo na co-responsabilidade das pessoas em relação à sua saúde." (Rui- Coordenador Nacional)</p> <p>"Com alguns sim. Alguns já sabem muito. Mas há outros..." (Helena - HO)</p> <p>"Acho que sim, que acaba por responder. A higiene geral do corpo, da roupa, dos banhos, dessas coisas todas..." (Cidália-Professora)</p> <p>"Sim. E até na alimentação..." (Tânia - Professora)</p> <p>"Claro!" (Fátima - Professora)</p> <p>"Deverá cumprir o objetivo de estimular as crianças para uma maior responsabilização com a sua saúde geral, não só oral." (Hortênsia - Enfermeira)</p>
	Sugestões	<p>"Pedir suporte à Câmara para a mobilidade das crianças para irem às consultas..." "...mais campanhas de divulgação dos benefícios do programa.."(Hortênsia - Enfermeira)</p> <p>"... divulgar-se que havia a possibilidade de terem o cheque e as pessoas irem ao médico de família e pedirem..."</p> <p>"Mais colegas a trabalhar comigo..." "Além de melhorar as condições de trabalho?" "... trabalhar mais as escolas..."</p> <p>"Ou a Junta ou a Câmara..." (sobre a possibilidade de existirem outros parceiros para viabilizarem o PNPSO) (Helena - HO)</p> <p>"Os pais podem perfeitamente, e está previsto no programa, serem os responsáveis, em ambiente escolar, pela execução de determinadas actividades para as quais nós não temos profissionais de saúde ..." "as pessoas que fazem a saúde escolar nos agrupamentos de centro de saúde, que participem activamente nas reuniões de planeamento dos professores (Rui - Coordenador Nacional)</p> <p>"Era importante a questão da escovagem...É fazê-los sentirem-se mais importantes no processo(ir a HO à escola mais vezes)" (Fátima - Professora)</p> <p>"...de dois em dois anos tinham mesmo de ir ao dentista." "...Ensinar a escovar os dentes (a HO)" (Tânia - Professora)</p> <p>"... ela (a HO) vir aí... mas quer dizer, com material, com escovas, com pastas, com coisas e vir mais...Tem sempre outro peso! Eles gostam e era importante!"(Cidália - Professora)</p>

ANEXO F

Declarações de conformidade dos entrevistados

DECLARAÇÃO

Eu, Hortênsia Gouvía, Enfermeira operacional do Programa de Saúde Escolar da UCC Cascais Care do Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais, portadora do Cartão de Cidadão/ BI número 06562418, com validade até 26.12.19, residente em Rua Padre António Barbak, **DECLARO**, sob compromisso de honra, e para os devidos efeitos legais, que a transcrição da entrevista realizada pela Dra. Ana Beaumont, se encontra conforme a entrevista original que teve lugar nas instalações da UCC a 15/ 10 / 14.

Data: 26/12/14

Assinatura:

Hortênsia Gouvía

Hortênsia Gouvía

DECLARAÇÃO

Eu, Cidália Pereira, Professora do 1º ciclo do Ensino Básico, portadora do Cartão de Cidadão/ BI número 10356161, com validade até 10/3/2019, residente em Alcobideche, **DECLARO**, sob compromisso de honra, e para os devidos efeitos legais, que a transcrição da entrevista realizada pela Dra. Ana Beaumont, se encontra conforme a entrevista original que teve lugar Na escola EB1 JI do Alto da Peça a 20/09/14.

Data: 11/12/14

Assinatura:

Cidália Pereira
Cidália Pereira

DECLARAÇÃO

Eu, Fátima Eugênia Fonseca, Professora do 1º ciclo do Ensino Básico, portadora do Cartão de Cidadão/ Bt número 11497105, com validade até 28/08/19, residente em Lousinhã, **DECLARO**, sob compromisso de honra, e para os devidos efeitos legais, que a transcrição da entrevista realizada pela Dra. Ana Beaumont, se encontra conforme a entrevista original que teve lugar Na escola EB1 JI do Alto da Peça a 20./09/14.

Data: 11/12/14

Assinatura:

Fátima Eugênia da Silva Santos Fonseca
Fátima Fonseca

DECLARAÇÃO

Eu, Tânia Correia, Professora do 1º ciclo do Ensino Básico, portadora do Cartão de Cidadão/ BI número 11049246, com validade até 21.9.15, residente em R. Buão do Louro nº22, 1ª A, Juntas **DECLARO**, sob compromisso de honra, e para os devidos efeitos legais, que a transcrição da entrevista realizada pela Dra. Ana Beaumont, se encontra conforme a entrevista original que teve lugar Na escola EB1 JI do Alto da Peça a 20/09/14.

Data: 11.10.14

Assinatura:



Tânia Correia

DECLARAÇÃO

Eu, Helena Viegas, Higienista Oral, Gestora Local do PNPSO no Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais, portadora do Cartão de Cidadão/BI número 5531169, com validade até 16/9/16, residente em Caracavelos,

DECLARO, sob compromisso de honra, e para os devidos efeitos legais, que a transcrição da entrevista realizada pela Dra. Ana Beaumont, se encontra conforme a entrevista original que teve lugar Na escola EB1 JI do Alto da Peça a 20./09/14.

Data: 17/12/14

Assinatura:

Helena Viegas
Helena Viegas

ANEXO G

Questionários dos envolvidos e seus pais/encarregados
de educação

QUESTIONÁRIO AOS ALUNOS DO 4º ANO

Nome: _____ Turma: _____ Nº questionário: _____

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (conhecido como o Programa do Cheque-Dentista) permite a possibilidade de, através da escola, das crianças fazerem exames orais, bochechos de flúor, aplicação de selantes, tratamentos dentários e aprenderem melhores hábitos e comportamentos em saúde oral.

As respostas a este questionário farão parte de um trabalho que pretende relacionar o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) com o Desenvolvimento Local. As informações obtidas permanecerão confidenciais.

A maioria das respostas deverá ser assinalada com um X (nas perguntas 8,13,15, 16 e 17 poderás escolher mais do que uma opção).

Obrigada por colaborares!

1. Idade: _____ anos.

2. Sexo: Masculino Feminino

3. País de origem da mãe _____ e do pai _____.

4. Nacionalidade _____.

5. Naturalidade _____.

6. Se fores de origem estrangeira, fazes uso de alguma língua ou dialeto que não seja o português? _____ Se sim, qual? _____.

7. Tens algum problema de saúde, do qual tenhas conhecimento?

Sim Não Se sim, qual? _____.

8. Quais os bens de consumo presentes na vida da tua família?

(Podes escolher mais do que 1 opção)

Televisão Computador Frigorífico Automóvel
Alimentos açucarados Fast-food Refrigerantes

9. Qual o tipo de habitação em que vives?

Habitação própria Habitação alugada Habitação social Não sei
Outro Qual? _____.

10. Quantas pessoas vivem contigo na tua casa? _____.

11. Já alguma vez foste ao dentista/higienista oral?

Não Sim

12. Quantas vezes por ano costumavas ir ao dentista/higienista oral?

Nunca Uma vez Duas vezes Mais de duas vezes

13. Qual(ais) a(s) razão(ões) que te levam a ir ao dentista/higienista oral?

(Escolhe até 3 opções)

Nunca fui Urgência Cáries Tirar Dentes Dor de dentes
Cirurgia Rotina Aparelho Limpar os dentes
Outra Qual? _____.

14. Com que frequência lavas os teus dentes?

1 vez ao dia 2 vezes ao dia 3 ou mais vezes ao dia
Algumas vezes por mês Nunca

15. Em casa, o que utilizas para a tua higiene oral? (Podes escolher mais do que 1 opção)

Escova de dentes Fio Dentário Líquido para bochechar
Pasta de dentes Outro Qual? _____.

16. Na tua opinião, o que provoca a cárie dentária? (Podes escolher mais do que 1 opção)

Doces fora das refeições Bactérias Má Higiene Oral
Não sei Outro Qual? _____.

17. Na tua opinião, a falta de uma boa higiene oral pode provocar: (Escolhe até 3 opções)

- | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Não causa nada | <input type="checkbox"/> | Mau Hálito | <input type="checkbox"/> |
| Cáries Dentárias | <input type="checkbox"/> | Problemas nos Pulmões | <input type="checkbox"/> |
| Problemas no Coração | <input type="checkbox"/> | Periodontite | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Tumores na Boca | <input type="checkbox"/> |
| Gengivite <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Outro | <input type="checkbox"/> |
| Baixa da Auto-Estima <input type="checkbox"/> | | Qual? _____. | |
-

18. Já alguma vez participaste em pelo menos uma reunião em que alguém te falou sobre saúde oral, na escola?

Sim Não

Se sim, em quantas desde que frequentas esta escola? _____.

19. No teu entender, a tua participação no PNPSO na escola é:

Muito Ativa Ativa Passiva Não participo Não sei

20. No teu entender a escola e o Centro de Saúde incentivam-te a participar no PNPSO?

Sim Não Se sim, como? _____.

21. Já alguma vez tiveste a iniciativa de propor soluções para resolver algum problema de saúde oral de alguma criança/família pertencente à escola?

Sim Não

22. No teu entender, o PNPSO permite o acesso a cuidados de saúde oral de igual maneira a todas as crianças da escola?

Não Sim Não sei

23. A primeira vez que foste ao dentista/higienista oral foi através do PNPSO?

Não Sim Não sei

24. A tua participação PNPSO poderá permitir satisfazer outras necessidades. No teu entender desenvolveste:

Maior responsabilidade com a tua higiene oral

Maior responsabilidade com a tua higiene corporal

Maior responsabilidade com a tua alimentação

Não modificaste o teu comportamento

Não sei

25. Como avalias a importância do PNPSO na tua vida?

Muito positiva Positiva Indiferente Negativa Não sei

26. Como avalias a importância do PNPSO na vida da tua família?

Muito positiva Positiva Indiferente Negativa Não sei

Caso pretendas, deixa aqui os teus comentários e/ou sugestões:

- FIM DO QUESTIONÁRIO -

OBRIGADA POR COLABORARES!

QUESTIONÁRIO AOS PAIS E/OU ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Nome da criança: _____ Turma: _____ N° questionário: _____

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (conhecido como o Programa do Cheque-Dentista) permite a possibilidade de, através da escola, as crianças fazerem exames orais, bochechos de flúor, aplicação de selantes, tratamentos dentários e aprenderem melhores hábitos e comportamentos em saúde oral.

As respostas a este questionário farão parte de uma investigação académica que pretende relacionar o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) com o Desenvolvimento Local. As informações obtidas permanecerão confidenciais.

A maioria das respostas deverá ser assinalada com um X (nas perguntas 13,19,21, 22 e 23 poderá escolher mais do que uma opção).

Obrigada pela sua disponibilidade em colaborar!

Este questionário refere-se à sua pessoa como Encarregado(a) de Educação.

1. Idade: _____ anos.

2. Sexo: Masculino Feminino

3. País de origem _____.

4. Naturalidade _____

5. Nacionalidade _____

6. Se for de origem estrangeira, faz uso de alguma língua ou dialeto que não seja o português?

Sim Não Se sim, qual? _____.

7. Qual a sua escolaridade?

1º Ciclo (1º, 2º 3º e 4º anos)	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
2º Ciclo (5º e 6º Anos)	<input type="checkbox"/>	Pós-Graduação	<input type="checkbox"/>
3º Ciclo (7º, 8º e 9º Anos)	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>
12º Ano	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>
Frequência Universitária	<input type="checkbox"/>	Sem Estudos	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>		

8. Qual a sua condição perante o trabalho?

Ativo(a) Desempregado(a) Reformado(a)
Doméstico(a) Estudante Trabalhador(a)/Estudante

9. Qual a sua profissão? _____.

10. Qual a média do seu rendimento familiar mensal?

Inferior a 500€ por mês Entre 501€ e 100€ por mês
Entre 1001€ e 1500€ por mês Mais de 1500€ por mês

11. Pertence a alguma associação?

Sim Não Se sim, a qual?

_____.

12. Qual a sua relação com a criança?

Mãe Pai Avó/Avô Outro

Qual? _____.

13. Quais os bens de consumo presentes na vida familiar da criança? (Pode escolher mais do que 1 opção)

Duráveis: Televisão Computador Frigorífico

Automóvel

Não-duráveis: Alimentos açucarados Fast-food Refrigerantes

14. A criança tem algum tipo de problema de saúde, do qual tenha conhecimento?

Sim Não Se sim qual? _____.

15. Quantas pessoas vivem com a criança? _____.

16. Qual o tipo de habitação em que vive a criança?

Habitação Própria Habitação alugada Habitação social

Outra Qual? _____.

17. O(a) Sr(a) Encarregado(a) de Educação, já alguma vez foi ao dentista/higienista oral?

Sim Não

18. Se sim, quantas vezes por ano costuma ir ao dentista/higienista oral?

Nunca Uma vez Duas vezes Mais de duas vezes

19. Qual(ais) a(s) razão(ões) que o levam a ir ao dentista/higienista oral? (Escolha até 3 opções)

Nunca fui Urgência Cáries Tirar Dentes Dor de dentes
Aparelho Ortodôntico Higiene Oral Cirurgia
Outra Qual? _____.

20. Com que frequência lava os seus dentes?

1 vez ao dia 2 vezes ao dia ou mais vezes ao dia
Algumas vezes por mês Nunca

21. Em casa, o que utiliza para a sua higiene oral? (Pode escolher mais do que 1 opção)

Escova de dentes Fio Dentário Líquido para bochechar
Pasta de dentes Outro Qual? _____.

22. Na sua opinião, o que provoca a cárie dentária? (Pode escolher mais do que uma opção)

Doces fora das refeições Bactérias Má Higiene Oral
Não sei Outro Qual? _____.

23. Na sua opinião, a falta de uma boa higiene oral pode provocar: (Escolha até 3 opções)

Não causa nada	<input type="checkbox"/>	Mau Hálito	<input type="checkbox"/>
Cáries Dentárias	<input type="checkbox"/>	Problemas Pulmonares	<input type="checkbox"/>
Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/>	Periodontite	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Tumores Orais	<input type="checkbox"/>
Gengivite	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
Baixa da Auto-Estima	<input type="checkbox"/>	Qual? _____.	

24. A escola e o Centro de Saúde de Cascais são parceiros na execução do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO). Como avalia a eficiência desta parceria?

Muito positiva Positiva Satisfatória Negativa Não sei

25. Já alguma vez participou em pelo menos uma reunião sobre saúde oral na escola?

Sim Não

Se sim, em quantas desde que a criança frequenta esta escola? _____.

26. No seu entender, a participação da criança no PNPSO na escola é:

Muito Ativa Ativa Passiva Não participa Não sei

27. No seu entender, a sua participação no PNPSO na escola é:

Muito Ativa Ativa Passiva Não participo Não sei

28. No seu entender a escola e o Centro de Saúde incentivam-no e à criança a participar no PNPSO?

Sim Não Se sim, como? _____.

29. Já alguma vez teve a iniciativa de propor soluções para resolver algum problema de saúde oral de alguma criança/família pertencente à escola? Sim Não

30. No seu entender, o PNPSO permite o acesso a cuidados de saúde oral de igual maneira a todas as crianças da escola? Sim Não Não sei

31. A primeira vez que a criança foi ao dentista/higienista oral foi através do PNPSO?

Sim Não Não sei

32. Para além dos recursos a que a criança pode ter acesso através do PNPSO, teria possibilidade de recorrer aos serviços dentários do sector privado?

Nunca	<input type="checkbox"/>	Difícilmente	<input type="checkbox"/>
Frequentemente	<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>
Muitas Vezes	<input type="checkbox"/>	Não sei	<input type="checkbox"/>

ANEXO H

Resultados dos inquéritos por questionário

Resultados dos inquéritos por questionário

Os procedimentos estatísticos foram realizados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* – IBM SPSS 20.0, tendo sido efetuada uma base de dados numa folha de Excel. Foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos¹.

Para que se possa utilizar testes paramétricos é necessário a existência de três condições: um N superior a 30 indivíduos; distribuição normal ($\alpha > .05$) e homogeneidade de variância das variáveis dependentes². A análise da existência de distribuição normal ($p \geq .05$) realizou-se através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* e o de homogeneidade de variância ($p \geq .05$) através do teste *Levene*, das variáveis intercalares em estudo.

Consequentemente, para as variáveis que não apresentarem distribuição normal ($p \geq .05$) ou homogeneidade de variância, foram utilizados testes não paramétricos.

Os resultados são considerados significativos para $\alpha = .05$ ³.

É importante referir que para a análise das diferenças e de correlação não foram analisados os *missing values* nem as respostas como “não sei”. De igual forma, e com o objetivo dos dados seguirem a mesma direção, na introdução dos dados na base de dados foram recodificadas algumas variáveis: a resposta “não” foi sempre categorizada com o 1, enquanto o “sim” com o 2; por outro lado, e dando como exemplo a 24ª questão no questionário do encarregado de educação, a variável foi categorizada da seguinte forma: não sei = 1; negativa = 2; satisfatória = 3; positiva = 4; e muito positiva = 5

¹ A utilização de testes não paramétricos não exige que a distribuição da variável em estudo seja conhecida. Os testes paramétricos requerem quase sempre variáveis quantitativas, em amostras maiores.

² Brace, Kemp & Snelgar (2000) ob. cit.

Coutinho (2011) ob. cit.

Marôco (2010) ob. cit.

³ Coutinho (2011) ob. cit.

Marôco (2010) ob. cit.

Tabela 1. Estatística descritiva da amostra constituída pelos envolvidos

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Nacionalidade</i>		
Portuguesa	48	98.0
Senegalesa	1	2.0
<i>Fala outro idioma para além do português?</i>		
Não	47	96.0
“Cabo-Verdiano”	1	2.0
Romeno	1	2.0
<i>Tipo de Habitação em que vive o envolvido</i>		
Habitação Própria	38	77.6
Habitação Alugada	9	18.4
Habitação Social	2	4.1
<i>Número Pessoas com quem vive o envolvido</i>		
1	2	4.1
2	11	22.4
3	17	34.7
4	12	24.5
5	4	8.2
6	1	2.0
7	2	4.1

Tabela 2. Média e DP da variável “número de pessoas que vivem com o envolvido”

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>AMP</i>	<i>Assim</i>	<i>Curtose</i>
<i>Nº de pessoas que vivem com o envolvido</i>	3.33	1.31	1 - 7	.86	1.11

Nota. AMP = amplitude; Assim = assimetria; M = média; DP = desvio padrão

Tabela 3. Estatística descritiva das variáveis relacionadas com as práticas e informação sobre higiene oral

	N	%
<i>Quantas vezes por ano costumam ir ao dentista/higienista oral?</i>		
Nunca	6	12.2
Uma vez por ano	15	30.6
Duas vezes por ano	12	24.5
Mais de duas vezes por ano	15	30.6
<i>Frequência com que o envolvido lava os dentes</i>		
Nunca	1	2.0
Algumas vezes por mês	3	6.1
Uma vez por dia	12	24.5
Duas vezes por dia	30	61.2
Três ou mais vezes por dia	3	6.1
<i>Em casa, o que utilizas para a tua higiene oral?</i>		
Escova Dentes + Fio Dentário + Líquido Bochechar	21	42.9
Escova Dentes + Fio Dentário + Líquido Bochechar + Pasta Dentes	11	22.4
Escova Dentes + Pasta Dentes	12	24.5
Escova Dentes + Fio Dentário + Pasta Dentes	3	6.1
Escova Dentes + Pasta Dentes + “Dentoplaque”	1	2.0
Fio Dentário + Pasta Dentes	1	2.0
<i>Qual(ais) a(s) razão(ões) que te levam a ir ao dentista/higienista oral</i>		
Nunca Fui	4	8.2
Urgência	1	2.0
Cáries Dentárias	1	2.0
Tirar Dentes	1	2.0
Rotina	2	4.1
Limpar Dentes	3	6.1
Cáries Dentárias + Tirar Dentes + Dor de Dentes	1	2.0
Cáries Dentárias + Tirar Dentes + Limpar Dentes	1	2.0
Tirar Dentes + Dor de Dentes + Limpar Dentes	2	4.1
Cáries Dentárias + Limpar Dentes	2	4.1
Rotina + Aparelho	1	2.0

Urgência + Limpar Dentes	2	4.1
Dor de Dentes + Limpar Dentes	3	6.1
Cáries Dentárias + Tirar Dentes + Aparelho	1	2.0
Cáries Dentárias + Dor de Dentes + Limpar Dentes	1	2.0
Tirar Dentes + Rotina + Limpar Dentes	2	4.1
Rotina + Limpar Dentes	5	10.2
Cáries Dentárias + Tirar Dentes	1	2.0
Urgência + Cáries Dentárias + Cirurgia	2	4.1
Cáries Dentárias Rotina + Aparelho	2	4.1
Dor de Dentes + Rotina	2	4.1
Cáries Dentárias + Rotina	5	10.2
Tirar Dentes + Dor de Dentes	1	2.0
Tirar Dentes + Dor de Dentes + Rotina	1	2.0
Dor de Dentes + Limpar Dentes	1	2.0
Tirar Dentes + Rotina	1	2.0
<i>O que provoca a cárie dentária?</i>		
Doces fora das refeições	4	8.2
Bactérias	5	10.2
Má Higiene Oral	4	8.2
Bactérias + Má Higiene Oral	6	12.2
Doces fora das refeições + Bactérias + Má Higiene Oral	14	28.6
Doces fora das refeições + Má Higiene Oral	11	22.4
Doces fora das refeições + Bactérias	3	6.1
<i>A falta de uma boa higiene oral pode provocar:</i>		
Não provoca nada	1	2.0
Cáries Dentárias	2	4.1
Problemas do Coração	1	2.0
Mau hálito + Cáries Dentárias + gengivite	25	51.0
Mau hálito + Cáries Dentárias	4	8.2
Mau hálito + Cáries Dentárias + tumores na boca	3	6.1
Cáries Dentárias + diabetes + tumores na boca	1	2.0
Mau hálito + Cáries Dentárias + periodontite	1	2.0
Cáries Dentárias + periodontite + tumores na boca	1	2.0

Cáries Dentárias + gengivite + baixa autoestima + cair dentes	1	2.0
Mau hálito + Cáries Dentárias + cair dentes	4	8.2
Cáries Dentárias + periodontite + gengivite	2	4.1
Periodontite + tumores na boca + gengivite	1	2.0
Cáries Dentárias + baixa autoestima	1	2.0
Problemas nos pulmões + diabetes	1	2.0

Tabela 4. Estatística descritiva referente ao PNPSO

	N	%
<i>Participação, em pelo menos, 1 reunião em que se falou sobre saúde oral, na escola</i>		
Não	8	16.3
Sim	41	83.7
<i>Em quantas reuniões participaste?</i>		
Uma reunião	8	16.3
Duas reuniões	20	40.8
<i>A tua participação no PNPSO na escola é</i>		
Não sei	3	6.1
Passiva	3	6.1
Ativa	37	75.5
Muito Ativa	6	12.2
<i>No teu entender a escola e o Centro de Saúde incentivam-te a participar no PNPSO?</i>		
Não	7	14.3
Sim	41	83.7
Através do uso de Cheques Dentistas	3	6.1
Através do ensino da escovagem dos dentes	29	59.2
Através do preenchimento de questionários	4	8.2
<i>Já alguma vez tiveste a iniciativa de propor soluções para resolver algum problema de saúde oral de alguma criança/família pertencente à escola?</i>		

Não	44	89.8
Sim	4	8.2
<i>No teu entender, o PNPSO permite o acesso a cuidados de saúde oral de igual maneira a todas as envolvidos da escola?</i>		
Não	5	10.2
Sim	39	79.6
Não Sei	4	8.2
<i>A primeira vez que foste ao dentista/higienista oral foi através do PNPSO?</i>		
Não	31	63.3
Sim	11	22.4
Não Sei	7	14.3
<i>A tua participação PNPSO poderá permitir satisfazer outras necessidades. No teu entender desenvolveste</i>		
Não sei	8	16.3
Maior responsabilidade com a tua alimentação	2	4.1
Maior responsabilidade com a tua higiene corporal	2	4.1
Maior responsabilidade com a tua higiene oral	15	30.6
Maior responsabilidade com a tua alimentação, a higiene corporal e oral	11	22.4
Maior responsabilidade com a tua higiene corporal e oral	3	6.1
Maior responsabilidade com a tua alimentação e higiene oral	4	8.2
Não modifica o teu comportamento + maior resp. com a tua alimentação, higiene corporal e oral	1	2.0
Não modifica o teu comportamento + Maior resp. com a tua alimentação	1	2.0
<i>Como avalias a importância do PNPSO na tua vida</i>		
Indiferente	1	2.0
Positiva	36	73.5
Muito Positiva	12	24.5
<i>Como avalias a importância do PNPSO na vida da tua família</i>		
Não Sei	10	20.4
Indiferente	1	2.0
Positiva	32	65.3
Muito Positiva	5	10.2

Tabela 5. Estatística descritiva das variáveis correspondentes ao questionário dos

PEE

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Género</i>		
Homens	3	6.1
Mulheres	46	93.9
<i>Relação com a criança</i>		
Mãe	43	87.8
Pai	3	6.1
Irmã	1	2.0
Madrasta	1	2.0
Tia	1	2.0
<i>País de Origem</i>		
Portugal	35	71.4
Cabo Verde	1	2.0
Roméia	1	2.0
Brasil	3	6.1
França	4	8.2
Moçambique	1	2.0
Angola	2	4.1
Senegal	1	2.0
<i>Nacionalidade</i>		
Portuguesa	43	87.8
Senegalesa	1	2.0
Cabo Verdiana	1	2.0
Romena	1	2.0
Brasileira	3	6.1
<i>Habilitações Literárias</i>		
1º Ciclo	3	6.1
3º Ciclo	16	32.7
12º Ano	15	30.6
Frequência Universitária	9	18.4
Bacharelato	1	2.0

Licenciatura	3	6.1
Mestrado	1	2.0
<i>Condição Profissional</i>		
Ativo/a	38	77.6
Desempregado/a	4	8.2
Reformado/a	1	2.0
Doméstica	5	10.2
Estudante	1	2.0
<i>Rendimento Mensal</i>		
Menos 500€/mês	11	22.4
Entre 501€ e 1000€/mês	22	44.9
Entre 1001€ e 1500€/mês	10	20.4
Mais de 1500€/mês	6	12.2

Tabela 6. Estatística descritiva das variáveis relacionadas com as práticas e informação sobre higiene oral relativas aos PEE

	N	%
<i>Frequência com que lava os dentes</i>		
Uma vez por dia	7	14.3
Duas vezes por dia	29	59.2
Três ou mais vezes por dia	12	24.5
<i>Em casa, o que utiliza para a sua higiene oral?</i>		
Escova Dentes + Fio Dentário + Pasta Dentes	11	22.4
Escova Dentes + Fio Dentário + Líquido Bochechar + Pasta Dentes	16	32.7
Escova Dentes + Pasta Dentes	13	26.5
Escova Dentes + Fio Dentário + Pasta Dentes	7	14.3
Escova Dentes + Pasta Dentes + “Colginete”	1	2.0
Escova Dentes + Líquido Bochechar + Escovilhão	1	2.0
<i>Qual(ais) a(s) razão(ões) que o levam a ir ao dentista/higienista oral</i>		
Nunca Fui	3	6.1
Urgência	3	6.1
Tirar Dentes	2	4.1

Dor de Dentes	2	4.1
Higiene Oral	10	20.4
Cirurgia	1	2.0
Higiene Oral + Pedido do Médico	1	2.0
Higiene oral + cirurgia	1	2.0
Tirar Dentes + Higiene Oral	8	16.3
Tirar Dentes + Dor de Dentes	2	4.1
Tirar Dentes + Higiene Oral	1	2.0
Cáries Dentárias + Dor de Dentes + Higiene Oral	2	4.1
Urgência + Dor de Dentes	3	6.1
Urgência + Cáries Dentárias + Dor de Dentes	2	4.1
Urgência + Cáries Dentárias + Higiene Oral	2	4.1
Urgência + Dor de Dentes + Higiene Oral	1	2.0
Cáries Dentárias + Higiene Oral + “Pedra”	1	2.0
Urgência + Higiene Oral	1	2.0
Urgência + Tirar Dentes + Higiene Oral	1	2.0
Tirar Dentes + Aparelho + Higiene Oral	1	2.0
<i>O que provoca a cárie dentária?</i>		
Doces fora das refeições	2	4.1
Bactérias	1	2.0
Má Higiene Oral	15	30.6
Doces fora das refeições + Má Higiene Oral	10	20.4
Doces fora das refeições + Bactérias + Má Higiene Oral	12	24.5
Doces fora das refeições + Bactérias	2	4.1
Bactérias + Má Higiene Oral	5	10.2
<i>A falta de uma boa higiene oral pode provocar:</i>		
Mau hálito + Cáries Dentárias + gengivite	30	61.2
Mau hálito + Cáries Dentárias	7	14.3
Mau hálito + Cáries Dentárias + tumores na boca	3	6.1
Cáries Dentárias + diabetes + Periodontite	3	6.1
Cáries Dentárias + periodontite + Gengivite	2	4.1
Mau hálito + Cáries Dentárias + Diabetes	1	2.0
Mau hálito + Cáries Dentárias + Problemas do Coração	3	6.1

Tabela 7. Estatística descritiva referente ao PNPSO

	N	%
<i>Como avalia a eficiência da parceria escola vs. Centro Saúde</i>		
Não Sei	17	34.7
Negativa	3	6.1
Satisfatória	5	10.2
Positiva	16	32.7
Muito Positiva	8	16.3
<i>Já alguma vez participou em pelo menos uma reunião sobre saúde oral na escola</i>		
Não	49	100.0
<i>A participação do envolvido no PNPSO na escola é</i>		
Não Sei	16	32.7
Não Participa	7	14.3
Passiva	4	8.2
Ativa	13	26.5
Muito Ativa	8	16.3
<i>A sua participação no PNPSO na escola é</i>		
Não Sei	13	26.5
Não Participa	16	32.7
Passiva	5	10.2
Ativa	10	20.4
Muito Ativa	4	8.2
<i>A escola e o Centro de Saúde incentivam-no e à criança a participar no PNPSO?</i>		
Não	27	55.1
Sim	18	36.7
<i>Como é que incentivam?</i>		
Através de partilha informação sobre como ter boa higiene oral	1	2.0
Através de Cheques Dentista	1	2.0
Não Respondeu	16	32.7
<i>Já alguma vez teve a iniciativa de propor soluções para resolver algum problema de saúde oral de alguma criança/ família pertencente à</i>		

escola?

Não	44	89.8
Sim	5	10.2

No seu entender, o PNPSO permite o acesso a cuidados de saúde oral de igual maneira a todas as envolvidos da escola?

Não	5	10.2
Sim	16	32.7
Não Sei	28	57.1

A primeira vez que o envolvido foi ao dentista/higienista oral foi através do PNPSO?

Não	39	79.6
Sim	8	16.3
Não Sei	2	4.1

Teria possibilidade de recorrer aos serviços dentários do sector privado?

Nunca	3	6.1
Difícilmente	12	24.5
Frequentemente	12	24.5
Ocasionalmente	20	40.8
Muitas Vezes	1	2.0

No seu entender, com o PNPSO o envolvido desenvolveu

Não Sei	8	16.3
Não modificou o seu comportamento	6	12.2
Maior responsabilidade com a sua alimentação	3	6.1
Maior responsabilidade com a sua higiene oral	18	36.7
Maior respons.com a sua alimentação, com a higiene corporal e oral	2	4.1
Maior responsabilidade com a sua alimentação e higiene oral	8	16.3
Maior responsabilidade com a sua higiene corporal e oral	1	2.0
Maior responsabilidade com a sua alimentação e higiene corporal	2	4.1

Tabela 8. *Estudo das diferenças entre a Escolaridade e as variáveis “O(a) Sr(a) Encarregado(a) de Educação, já alguma vez foi ao dentista/higienista oral?”, “Quantas vezes por ano vai o Encarregado de Educação ao dentista/higienista oral” e “Com que frequência lava os dentes”*

	1		2		3		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
<i>Já foi HO?</i>							4.59	.101
Não	0	.0	0	.0	2	13.3		
Sim	19	100	14	100	13	86.7		
<i>Qtas vezes/ano vai HO</i>							2.66	.851
Nunca	2	10.5	1	7.1	1	7.1		
1 vez/ano	9	47.4	7	50.0	7	50.0		
2 vezes/ano	6	31.6	3	21.4	2	14.3		
Mais de 2 vezes/ano	2	10.5	3	21.4	4	28.6		
<i>Frequência Lava Dentes</i>							8.50	.075
1 vez/dia	5	26.3	0	.0	2	13.3		
2 vezes/dias	13	68.4	8	61.5	8	53.3		
3 ou mais vezes/dia	1	5.3	5	38.5	5	33.3		

Nota. 1 = categoria constituída pelos encarregados de educação com escolaridade até 9º ano; 2 = categoria constituída pelos encarregados de educação com 12º ano; 3 = categoria constituída pelos encarregados de educação com estudos universitários; Já foi HO? = O(a) Sr(a) Encarregado(a) de Educação, já alguma vez foi ao dentista/higienista oral?; Qtas vezes/ano vai HO = Quantas vezes por ano vai o Encarregado de Educação ao dentista/higienista oral.

Tabela 9. *Estudo das diferenças entre a criança ter participado em pelo menos uma reunião na escola sobre saúde oral e a sua higiene oral e participação e importância no e sobre o PNPSO*

	Não		sim		χ^2	p
	N	%	N	%		
Já participaste em pelo menos 1 reunião na escola sobre saúde oral?						
<i>Já foste ao HO?</i>					.06	.815
Não	1	12.5	4	9.8		
<i>Sim</i>	7	87.5	37	90.2		
<i>Qtas vezes/ano vais HO?</i>					.10	.992
Nunca	1	14.3	5	12.2		
1 vez/ano	2	28.6	13	31.7		
2 vezes/ano	2	28.6	10	24.4		
2 ou mais vezes/ano	2	28.6	13	31.7		
<i>Frequência com que lavas os dentes</i>					6.54	.162
Nunca	1	12.5	0	.0		
Algumas vezes por mês	0	.0	3	7.3		
1 vez por dia	2	25.0	10	24.4		
2 vezes por dia	4	50.0	26	63.4		
3 ou mais vezes por dia	1	12.5	2	4.9		
<i>Incentivo participar PNPSO</i>					11.92***	.001
Não	4	57.1	3	7.3		

Sim	3	42. 9	38	92.7		
<i>Iniciativa propor soluções</i>					.38	.538
Não	6	85. 7	38	92.7		
Sim	1	14. 3	3	7.3		
<i>PNPSO acesso igualitário CSO</i>					4.59*	.032
Não	2	40. 0	3	7.7		
Sim	3	60. 0	36	72.3		
<i>Importância PNPSO vida criança</i>					5.68	.058
Indiferente	1	12. 5	0	.0		
Positiva	6	75. 0	30	73.2		
Muito Positiva	1	12. 5	11	26.8		
<i>Importância PNPSO vida familiar</i>					.37	.832
Indiferente	0	.0	1	3.0		
Positiva	4	80. 0	28	84.8		
Muito Positiva	1	20. 0	4	12.1		

Nota. Já foste HO? = já alguma vez foste ao dentista/higienista oral?; Qtas vezes/ano vais HO = Quantas vezes por ano vais ao dentista/higienista oral; Incentivo participar PNPSO = a escola e o Centro de Saúde incentivam-te a participar no PNPSO; Iniciativa propor soluções = Já alguma vez tiveste a iniciativa de propor soluções para resolver algum problema de saúde oral de alguma criança/ família pertencente à escola?; PNPSO acesso igualitário CSO = PNPSO permite o acesso a cuidados de saúde oral de igual maneira a todas as crianças da escola?.

*** $p \leq .001$; * $p \leq .05$.

Tabela 10. Associação entre o grau de eficiência da parceria escola - Centro Saúde para o PNPSO e algumas variáveis associadas ao PNPSO

	Eficiência da Parceria	p
Participação da Criança no PNPSO	.56**	.006
A sua participação no PNPSO	.52**	.006
A escola e o Centro de Saúde incentivam-no e ao envolvido a participar no PNPSO	.49**	.007
Iniciativa de propor soluções	.27	.142
O PNPSO permite o acesso igualitário a cuidados de saúde oral	-.34	.218
Importância do PNPSO na vida do envolvido	.28	.122
Importância do PNPSO na vida familiar do envolvido	.04	.835
Importância do PNPSO na sua comunidade	.11	.547

Nota. Iniciativa propor soluções = Já alguma vez teve a iniciativa de propor soluções para resolver algum problema de saúde oral de alguma criança/ família pertencente à escola?; PNPSO permite o acesso igualitário a cuidados de saúde oral = PNPSO permite o acesso a cuidados de saúde oral de igual maneira a todas as envolvidos da escola?.

** $p \leq .01$.

Tabela 11. Matriz de correlações entre as variáveis de comportamento de higiene oral das envolvidos e dos PEE

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1 – Já foste, alguma vez, ao Higienista oral?	-					
2 – Quantas vezes ano vais Higienista oral?	.29*	-				
3 – Frequência com que lavas os dentes	.10	.08	-			
4 – Já foi, alguma vez, ao Higienista Oral?	-.07	-.05	-.11	-		
5 – Quantas vezes ano vai Higienista Oral?	.06	.34*	.04	.25	-	
6 – Frequência com que escova os dentes	-.32*	-.05	.15	.20	.22	-

Nota. * $p \leq .05$.

Tabela 11. *Matriz de correlações entre a avaliação do PNPSO por parte do envolvido e do PEE, a importância que o Programa apresenta para ambos os intervenientes e a possibilidade de propostas e participação no mesmo*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
1 - Participação envolvido PNPSO_E	-													
2 - Incentivo participar no PNPSO_E	-.27	-												
3 - Iniciativa de propor soluções_E	.24	.13	-											
4 - Acesso igualitário a CSO_E	-.15	.07	-.14	-										
5 - Importância do PNPSO na vida envolvido_E	.07	.17	.37*	.15	-									
6 - Importância PNPSO vida familiar do envolvido_E	.14	-.26	-.07	.06	-.09	-								
7 - Participação do envolvido no PNPSO_PEE	.36*	.10	.35	-.04	.25	.00	-							
8 - Sua participação no PNPSO_PEE	.21	-.06	-.11	-.22	.32	-.03	.75****	-						
9 - Incentivo participar no PNPSO_PEE	.28	-.17	-.22	-.29	.11	.24	.55**	.49**	-					
10 - Iniciativa de propor soluções_PEE	.13	.14	.14	.13	.13	-.08	.18	.08	.14	-				
11 - Acesso igualitário a CSO_PEE	.38	-.19	.13	.13	.06	.11	.63**	.60**	.35	.27	-			
12- Importância do PNPSO na vida do envolvido_PEE	.23	.09	-.12	-.06	.02	-.11	.59****	.31	.22	-.02	.37	-		
13 - Importância PNPSO vida familiar do envolvido_PEE	.17	.03	-.08	-.01	-.07	-.09	.49**	.20	.10	-.16	-.27	.89****	-	
14 - Importância PNPSO na comunidade_PEE	.18	.15	-.15	.12	-.09	.08	.32	.13	.02	-.10	.03	.82****	.83****	-

Nota.

- Incentivo participar PNPSO = A escola e o Centro de Saúde incentivam-te a participar no PNPSO?/ No seu entender a escola e o Centro de Saúde incentivam-no e à criança a participar no PNPSO?
- Iniciativa propor soluções = Já alguma vez tiveste/teve a iniciativa de propor soluções para resolver algum problema de saúde oral de alguma criança/ família pertencente à escola?;
- Acesso igualitário CSO = O PNPSO permite o acesso a cuidados de saúde oral de igual maneira a todas as envolvidos da escola?;

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$.

- E = Envolvidos

ANEXO I

Sugestões dos envolvidos e seus Pais/Encarregados de
Educação

Pais/Encarregados de Educação

Turma A Prof. Tânia Correia

Questionário nº	Comentário/Sugestão
12	Não conheço o serviço aqui mencionado, por isso nada posso divulgar. Obrigada.

Turma B - Prof. Cidália Parreira

Questionário nº	Comentário/Sugestão
3	O meu educando desde muito cedo é instruído para uma boa higiene oral. O programa a que se referem tão pouco ou nada é dado a conhecer. O meu educando foi ao dentista aos 6 anos por minha iniciativa. O cheque-dentista escolar só existe a partir dos 8 anos e depois só volta a ser visto aos 10, entre esse período o programa de nada vale. Se eu desejar levá-lo ao dentista por qualquer eventualidade teria de esperar pelos seus 10 anos de idade, o que é muito tempo para se resolver seja o que for na boca de uma criança. Por isso, os pais tem os levar ao setor privado, para manter vigiado o bom crescimento dos dentes. Este programa passa completamente despercebido aos pais e aos encarregados de educação.
8	O Daniel nunca trouxe para casa quaisquer relatos de participação neste tipo de actividades.
12	A minha filha nunca pode usufruir do PNPSO porque tinha de ir à consulta no centro de saúde de S. João do Estoril, no qual ela nem sequer pertence pois somos de Alcabideche.
15	A escola deveria incentivar as crianças a levarem para a escola um kit de viagem para a sua higiene oral, para utilizarem pelo menos a seguir ao almoço
19	Como pensa ser possível responder as questões 24 à 36 (à exceção da 31 e 32) sem se ter conhecimento da existência do PNPSO? Ou melhor, sem nunca o ter utilizado por não estar divulgado e não ser de "facil" acesso?
23	As respostas que se encontram em branco, não poderei responder, porque em 4 anos que o Tiago está nesta escola, nunca fui informada da existencia do PNPSO, ou convidada para reuniões sobre o assunto. O Tiago no ano passado teve direito a um cheque dentista, para verificar os dentes e colocar um selante, no centro de saude de S. João do Estoril
25	Que O PNPSO vá mais às escola e que ajudem mais as familias que não podem. Eu pessoalmente não sei quase nada sobre o PNPSO.
26	A maior parte das minhas respstas foi "não sei" porque eu não tenho conhecimento nenhum sobre o PNPSO, nem que tipo de actividades teve o meu filho relacionada com este programa, se é que as teve.

Turma C - Prof. Fátima Fonseca

Questionário nº	Comentário/Sugestão
6	Desconheço o que é o PNPSO.

Envolvidos

Turma A - Prof. Tânia Correia

Questionário nº	Comentário/Sugestão
----	-----

Turma B - Prof. Cidália Parreira

Questionário nº	Comentário/Sugestão
2	Gostava que pudessem vir cá explicar como se pode prevenir uma cárie.
3	Gostava que viessem cá à escola para mostrar mais vídeos do <i>Dentolas</i> e falassem sobre o que devemos fazer outra vez.
6	Se caso viessem cá à escola, poderiam ver os dentes de todos para ver se está tudo bem.
10	Saber como tirar coisas pretas dos dentes em casa.
22	Queria que viessem à nossa escola mostrar mais vídeos do <i>Dentolas</i>

Turma C - Prof. Fátima Fonseca

Questionário nº	Comentário/Sugestão
2	Adorei o questionário, foi muito boa ideia. Espero que a higienista oral venha cá mais vezes.
3	Vir mais vezes a higienista, para se aprender mais coisas sobre a higiene e a importância dos dentes.
5	Gostaria que a higienista oral viesse cá mais vezes falar connosco e gostei muito de fazer este questionário.
6	Eu gostava que todas as crianças lavassem bem os dentes.
8	Vir muitas vezes a higienista oral porque quando não vem cá alguns esquecem-se do que ela disse.
10	Eu acho que a dentista devia vir mais vezes à escola para ver se está tudo bem.
14	Vir mais vezes a dentista oral ver os nossos dentes.

ANEXO J

Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu,, de nacionalidade, de anos de idade, residente em, permito a cedência de informação por mim facultada e pelo(a) meu(minha) educando(a) de anos de idade, através de questionários, a Ana Beaumont, no âmbito da sua dissertação de Mestrado intitulada “*O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o Desenvolvimento Local – Estudo de Caso na Escola EBIJI do Casal da Peça, do ISCTE-IUL*”⁽¹⁾.

Mais informo que fui devidamente esclarecido sobre o contexto deste estudo e dos seus objectivos, sendo a minha participação e do(a) meu (minha) educando(a) voluntária, e os dados por nós fornecidos verídicos, tendo-me sido garantida a confidencialidade total sobre esta matéria.

Alcabideche, de de 2014

(1) ISCTE-IUL – Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa (Instituto Universitário de Lisboa); Mestrado em Desenvolvimento e Saúde Global.

Contacto da investigadora para qualquer esclarecimento de dúvidas – 910055515

ANEXO K

Relatório trimestral da qualidade da água do conselho
de Cascais

3º trimestre 2014

No sentido de assegurar o controlo da qualidade da água distribuída aos nossos Clientes, a Águas de Cascais, de acordo com o Decreto-Lei 306/2007 de 27 de Agosto, elaborou um Programa de Controlo de Qualidade da Água, aprovado pela entidade competente - ERSAR (Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos), para avaliar e demonstrar a conformidade dos requisitos de qualidade estabelecidos para a água utilizada para consumo humano na torneira do consumidor.

No 3º trimestre de 2014, foram colhidas pelas Águas de Cascais 140 amostras, de acordo com o Programa de Controlo de Qualidade da Água de 2014.

Nas amostras colhidas pelas Águas de Cascais, foram realizadas 1379 análises, das quais 100% apresentam resultados em conformidade com os valores paramétricos da legislação em vigor.

Nas zonas de abastecimento em que a água foi adquirida a outra entidade gestora, foram ainda realizadas 90 análises nos pontos de entrega ao Concelho de Cascais. Os respetivos resultados são incluídos neste relatório, dos quais 100% estão em conformidade com os valores paramétricos da legislação em vigor.

Resultados do controlo analítico da água distribuída

CONTROLO DE ROTINA (R1)

Parâmetro	Unidades	N.º de análises previstas	N.º de análises efetuadas	% de análises efetuadas	Resultados				VP
					Máximo	Mínimo	> VP	% de cumprimento	
Bactérias coliformes	ufc / 100 mL	140	140	100%	0	0	0	100%	0
Cloro livre	mg / L	140	140	100%	1,6	< 0,20 (Lq)	0	100%	-
<i>Escherichia coli</i>	ufc / 100 mL	140	140	100%	0	0	0	100%	0

CONTROLO DE ROTINA (R2)

Parâmetro	Unidades	N.º análises previstas	N.º análises efetuadas	% de análises efetuadas	Resultados				VP
					Máximo	Mínimo	> VP	% de cumprimento	
Alumínio (a)	µg / L	54	54	100%	165	< 20 (Lq)	0	100%	200
Amónio	mg / L	55	55	100%	< 0,020 (Lq)	< 0,020 (Lq)	0	100%	0,5
Cheiro, a 25 °C	Factor de diluição	55	55	100%	< 1 (Lq)	< 1 (Lq)	0	100%	3
<i>Clostridium perfringens</i> (b)	ufc / 100 mL	54	54	100%	0	0	0	100%	0
Colónias a 22 °C	ufc / mL	55	55	100%	4	0	-	-	Sem alteração anormal
Colónias a 37 °C	ufc / mL	55	55	100%	4	0	-	-	Sem alteração anormal
Condutividade, a 20 °C	µS / cm	55	55	100%	877	< 133 (Lq)	0	100%	2500
Cor	mg / L	55	55	100%	6	< 5,0 (Lq)	0	100%	20
Manganês	µg / L	55	55	100%	20	< 5 (Lq)	0	100%	50
Nitratos (c)	mg / L	71	71	100%	12	0,87	0	100%	50
Oxidabilidade (d)	mg / L	53	53	100%	2,4	< 0,50 (Lq)	0	100%	5
pH	unidades de pH	55	55	100%	8,7	6,9	0	100%	[6,5 - 9,0]
Sabor, a 25 °C	Factor de diluição	55	55	100%	< 1 (Lq)	< 1 (Lq)	0	100%	3
Turvação	NTU	55	55	100%	1,81	< 0,20 (Lq)	0	100%	4

CONTROLO DE INSPEÇÃO

Parâmetro	Unidades	N.º análises previstas	N.º análises efetuadas	% de análises efetuadas	Resultados				VP
					Máximo	Mínimo	> VP	% de cumprimento	
1,2-dicloroetano	(c) µg / L	8	8	100%	< 0,9 (Lq)	< 0,10 (Lq)	0	100%	3
Antimónio	(c) µg / L	8	8	100%	< 2,0 (Lq)	< 0,500 (Lq)	0	100%	5
Arsénio	(c) µg / L	8	8	100%	< 2,5 (Lq)	< 0,500 (Lq)	0	100%	10
Benzeno	(c) µg / L	8	8	100%	< 0,3 (Lq)	< 0,3 (Lq)	0	100%	1
Benzo(a)pireno	µg / L	7	7	100%	< 0,008 (Lq)	< 0,008 (Lq)	0	100%	0,010
Boro	(c) mg / L	8	8	100%	< 0,10 (Lq)	< 0,020 (Lq)	0	100%	1
Bromatos	(c) µg / L	8	8	100%	< 10 (Lq)	< 5 (Lq)	0	100%	10
Cádmio	(c) µg / L	8	8	100%	< 1,0 (Lq)	< 0,500 (Lq)	0	100%	5
Cálcio	mg / L	7	7	100%	56	16	-	-	-
Carbono Orgânico Total	(e) mg / L	5	5	100%	2,1	< 0,3 (Lq)	-	-	Sem alteração anormal
Chumbo	µg / L	7	7	100%	< 2,5 (Lq)	< 2,5 (Lq)	0	100%	10
Cianetos	(c) µg / L	8	8	100%	< 10 (Lq)	< 5,00 (Lq)	0	100%	50
Cloretos	(c) mg / L	8	8	100%	208	< 15,0 (Lq)	0	100%	250
Cobre	µg / L	7	7	100%	< 15 (Lq)	< 15 (Lq)	0	100%	2000
Crómio	(c) µg / L	8	8	100%	< 2,0 (Lq)	< 1,00 (Lq)	0	100%	50
Dureza	mg / L	7	7	100%	197	51	-	-	-
Enterococos	ufc / 100 mL	7	7	100%	0	0	0	100%	0
Ferro	µg / L	7	7	100%	41	< 20 (Lq)	0	100%	200
Fluoretos	(c) mg / L	8	8	100%	< 0,10 (Lq)	< 0,10 (Lq)	0	100%	1,5
Hidrocarbonetos Aromáticos Policíclicos	(1) µg / L	7	7	100%	< 0,02 (Lq)	< 0,02 (Lq)	0	100%	0,1
Magnésio	mg / L	7	7	100%	13,8	2,3	-	-	-
Mercúrio	(c) µg / L	8	8	100%	< 0,4 (Lq)	< 0,200 (Lq)	0	100%	1
Níquel	µg / L	7	7	100%	5,5	< 2,0 (Lq)	0	100%	20
Nitritos	mg / L	7	7	100%	< 0,010 (Lq)	< 0,010 (Lq)	0	100%	0,5
Pesticidas	(4) (f) µg / L	1	1	100%	< 0,08 (Lq)	< 0,08 (Lq)	0	100%	0,5
Selénio	(c) µg / L	8	8	100%	< 2,5 (Lq)	< 2,00 (Lq)	0	100%	10
Sódio	(c) mg / L	8	8	100%	114	5,27	0	100%	200
Sulfatos	(c) mg / L	8	8	100%	37	10,1	0	100%	250
Tetracloroetano e tricloroetano	(2) (c) µg / L	8	8	100%	< 1,5 (Lq)	< 1,0 (Lq)	0	100%	10
Trihalometanos	(3) µg / L	7	7	100%	92	43	0	100%	100

(1) Inclui a determinação de 4 substâncias individualizadas; (2) Inclui a determinação de 2 substâncias individualizadas; (3) Inclui a determinação de 4 substâncias individualizadas; (4) Inclui a determinação de 3 substâncias individualizadas.

(a) Nas zonas em que não é utilizado como agente flocculante, este parâmetro faz parte do Controlo de Inspeção.

(b) Nas Zonas em que a origem da água não seja superficial nem seja influenciada por águas superficiais, este parâmetro faz parte do Controlo de Inspeção.

(c) Quando a água é adquirida a outra entidade gestora, é dispensado o controlo deste parâmetro; neste caso são considerados os resultados da entidade gestora em alta nos pontos de entrega ao Concelho de Cascais.

(d) Nos controlos de inspeção, a análise de oxidabilidade não é obrigatória desde que nessa amostra seja determinado o teor de Carbono Orgânico Total.

(e) Parâmetro analisado quando o volume médio diário é superior a 10 000 m³.

(f) Parâmetro analisado apenas nas zonas identificadas pela Direcção Geral de Agricultura e Desenvolvimento Rural.

Lq - Limite de quantificação do método de análise; VP - Valor Paramétrico da legislação em vigor.