
	Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa  Universidade de Évora	
---	---	---

## VII Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de outubro de 2002)

Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

---

***Avaliação da vertente dos tratamentos de saúde oral contratualizados, para crianças e jovens: o caso de 2 Agrupamentos de Escolas do Concelho de Almada***

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Maria Filomena de Almeida Alves Branco**

**Orientador:**

**Prof. Doutor Paulo Sousa**

**Évora**

**Outubro de 2011**

## Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço ao Prof. Doutor Paulo Sousa, meu orientador, que muito me ajudou a entender as falhas e a melhorar a qualidade do meu trabalho, motivando-me de forma inequívoca, a levá-lo até ao fim, a bom termo. O meu muito obrigado Professor!

Ao Prof. António Guerreiro que me ajudou em toda a logística de aplicação e recolha dos questionários do pré-teste na Escola Secundária António Gedeão.

À Prof<sup>a</sup>. Tânia Serrano, do Agrupamento de Escolas Conceição e Silva, aos Professores coordenadores de escolas do 1º ciclo deste agrupamento, Prof<sup>a</sup> Ana Palma, Prof<sup>a</sup> Alzira, Prof. Jorge e Prof. Hélder. À Professora Maria José Severino, que autorizou a aplicação do questionário nas escolas do seu agrupamento.

Ao Prof. Paulo Cabrita, ao qual agradeço toda a ajuda, colaboração e estratégias, que me permitiram obter os dados do Agrupamento de Escolas Ruy Luís Gomes, em tempo útil para esta investigação. Às Prof<sup>a</sup> Denise Almeida, Prof<sup>a</sup> Paula Candido e Prof<sup>a</sup> Carla Figueiredo das escolas do 1º ciclo deste Agrupamento. À Prof<sup>a</sup> Cecília Matos, pela pronta colaboração e autorização, para realização do questionário nas escolas do Agrupamento que coordena.

Ao Prof. Doutor Henrique Soares Luís da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa, pela ajuda que me deu no tratamento estatístico deste trabalho e pela disponibilidade e amizade que sempre demonstrou.

À Dra. Maria da Luz Antunes, da biblioteca da Escola Superior de Tecnológicas da Saúde de Lisboa, pela sua preciosa ajuda, na organização das referências bibliográficas e citações.

À minha colega de trabalho, Célia Moreira, pelo incentivo que me deu ao longo do tempo e pela amizade.

À minha mãe, Maria de Lourdes, por estar sempre presente e pelo apoio que sempre me deu.

Ao meu irmão, Herculano, pelo incentivo que me deu durante a elaboração deste trabalho.

Ao meu marido Vitor, que me aturou em momentos de impaciência e desalento. Pela ajuda que me deu, sempre que foi necessária.

À minha filha Catarina, pela força, que todos os dias me transmite.

## Resumo

A Saúde oral é mencionada, como uma área cujos tratamentos são de difícil acesso, devido a um conjunto de fatores dos quais se destacam: custos elevados para o utilizador nos serviços privados e por resposta inadequada e demorada da parte dos serviços públicos.

Em 2009, uma iniciativa integrada no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral na Saúde Oral para Crianças e Jovens, disponibiliza tratamentos médicos dentários contratualizados, gratuitos para o utilizador. Os critérios de seleção envolvem a saúde materna, saúde infantil e saúde escolar, neste último grupo são selecionadas apenas as crianças que completem 7, 10 e 13 anos até ao final do ano civil. No entanto, os resultados da taxa de utilização destes serviços são muito reduzidos, ficando aquém das expetativas iniciais, sobretudo no que respeita à taxa de utilização dos cheques dentista no subgrupo das crianças e jovens.

Com este estudo de caso, exploratório, pretendemos determinar e avaliar, quais os fatores que estão na base de tão baixa utilização do cheque dentista, por parte desta população.

Foi feita uma recolha de dados, através de um questionário, em dois Agrupamentos de escolas do concelho de Almada, tendo como base os resultados obtidos relativamente à taxa de utilização do cheque dentista aos sete, dez e treze anos. Taxa essa que é similar à obtida no global da área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

O questionário foi aplicado a cerca de 760 pais/encarregados de educação dos alunos, que no ano letivo 2009/2010 receberam o cheque dentista. Daqueles recebemos 372 questionários devidamente preenchidos.

O questionário foi elaborado para o estudo, para responder ao nosso objetivo, apresentava em termos de estrutura três dimensões essenciais:

i) caracterização socioeconómica e cultural da amostra; ii) fatores que condicionam o uso do cheque dentista; iii) opinião sobre a importância do programa e sugestões para alteração do referido programa.

A nossa amostra revelou ser constituída por famílias de quatro elementos, o casal com dois filhos. Com um rendimento mensal abaixo dos mil euros e habitando em casa própria.

Dos 93% (n=346) inquiridos que receberam o cheque dentista em meio escolar, só 52% (n=185) o utilizaram. As principais razões apontadas para a não utilização do cheque dentista foram:

- Já ter dentista particular
- Deixou passar a validade
- Os cheques não davam para fazer tratamentos dentários, mas apenas para aplicação de selantes de fissura e destartarizações.
- Solicitação de pagamentos para efetuar ou completar os tratamentos, por parte de alguns Médicos/ Clínicas.

Nesta investigação podemos registar quatro conclusões:

1º A adesão a tratamentos dentários aumenta com o aumento do estatuto socioeconómico.

2º A maioria dos inquiridos que não usam o cheque dentista, tem acesso e utilizam tratamentos dentários em Dentistas privados.

3º Se conjugarmos os indivíduos que usam o cheque dentista, com os que não usando, utilizam tratamentos dentários regulares, obtemos uma maioria significativa.

4º Existe uma franja dos inquiridos, que não valoriza nem se sente valorizado, pelo PNSPSO-SOCJ.

Palavras-chave: saúde oral, cheque dentista, tratamentos, meio escolar

## Children and Youth oral health treatments contractualized evaluation: 2 school groupings case study

### Abstracts

Oral health is mentioned as an area whose treatments are of difficult access: user high costs in private services, without adequate response and time-consuming public services. Since the year two thousand and nine, dental medical treatments are available, free of charge, through a private's clinics contractualisation program. The selection criteria involve maternal health, child health and school health. However, the results for the rate of use for these services are very low the initial goals, particularly regarding the use rate for dentist checks of children and young people. With this exploratory study case, we tried to understand the factors behind these facts. Data collection was made in two groupings of schools of Almada municipality, based on the results obtained in relation to the use rate of dentist checks to seven, ten and thirteen years old. The use rate in these groupings is similar to that obtained in the overall area of Lisbon and Vale do Tejo regional health administration.

Data collection was made, through a questionnaire, made to parents/guardians of students, about 760, that in school year 2009/2010 received the dentist check. However only 372 questionnaires were returned, duly completed, that being the number of questionnaires which constitutes our sample. The questionnaire was made to our study, in order to respond to our objective. It was built in three dimensions: socioeconomic and cultural characterization of the sample; factors which affect the use of the dentist check; opinion about the importance of the program and suggestions for amendment of the same program. Our sample consisted of families of four elements, with two children. The average monthly income is below one thousand Euros. Most of the families live in home ownership.

Of the 93% (346) respondents who received the dentist check, only 52% (185) used it. The main reasons, in order of decreasing frequency, pointed to the non-

use of the dentist check are: already have private dentist; missed the check validity, the checks were not worth for dental treatment, but only for application of fissure sealants and scaling, was also mentioned payment demand to perform treatments by some Doctors/Clinics.

With this inquiry we came to four conclusions:

- 1) dental treatments adherence increases with higher socio-economic degrees.
- 2) The majority of the individuals which did not use dental check were already using regular dental treatments with their own private dentists
- 3) summing the individuals that used the check dentist, with the ones that didn't use the check dentist but even so make use of regular dental treatments, brings us to a significant majority.
- 4) There's a cluster of individuals whom disvalue and feels devalued by the PNSPSO-SOCJ.

Keywords: oral health, dentist check, treatments, scholar settings.

## INDICE

	<b>Pág</b>
<b>1- Introdução</b> .....	<b>16</b>
<b>2- Enquadramento Teórico</b> .....	<b>17</b>
2.1- Planeamento em Saúde .....	18
2.2- Promoção da Saúde .....	21
2.2.1- Cuidados de Saúde Primários .....	24
2.3 – Programa de Saúde Oral .....	26
2.3.1 – Estrutura de Implementação do Programa .....	28
2.3.2 - Saúde Oral Crianças e Jovens (PNPSO-SOCJ) .....	29
<b>3 – Caracterização do Concelho de Almada</b> .....	<b>30</b>
3.1 - Caracterização demográfica e social do Concelho de Almada.....	31
3.2 - Agrupamento de Centros de Saúde de Almada /ACES de Almada)	
- Caracterização .....	33
3.2.1–Missão e Atribuições .....	33



4 - Caracterização dos Agrupamentos Objetos de Estudo.....	35
4.1 – Agrupamentos de Escolas Comandante Conceição e Silva	35
4.2 - Agrupamentos de Escolas Ruy Luís Gomes .....	36
4.3 - Caracterização das Freguesias dos Agrupamentos .....	38
4.3.1 – Freguesia do Laranjeiro .....	38
4.3.2 – Freguesia da Cova da Piedade .....	39
5- Metodologia .....	41
5.1 – Objetivos .....	41
5.2 – Método de Estudo .....	41
5.3 – Amostra .....	43
5.4 - Instrumento de recolha de dados .....	45
5.4.1 – Questionário .....	45
5.5 – Instrumento de análise.....	48
6 – Apresentação de resultados .....	49
6.1 – Resultados do PNPS-SOCJ- Cheque dentista.....	60
7 – Discussão de Resultados .....	80
8 – Conclusão – Limitações Perspetivas futuras .....	82
Referências Bibliográficas .....	87

---

Anexos.....90

Anexo 1 – Questionário (instrumento de recolha de dados)

Anexo 2 – Análise de conteúdo (perguntas abertas)

Anexo 3 – Autorizações para aplicação dos Questionários, pelas Direções dos Agrupamentos de Escolas onde o estudo foi efetuado.

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 – Distribuição por idades

Gráfico 2 – Percentagem de utilização do cheque dentista.

Gráfico 3 – Fatores de não utilização do cheque dentista

## **Índice de Quadros**

Quadro 1 - Distribuição por sexo

Quadro 2 - Nacionalidade

Quadro 3 – Estado civil

Quadro 4 – Nível de Escolaridade

Quadro 5 – Situação face ao emprego

Quadro 6 – Rendimento mensal do agregado familiar

Quadro 7 – Situação habitacional

Quadro 8 – Dimensão do agregado familiar

Quadro 9 – Número de filhos

Quadro 10 - Relação do rendimento com a dimensão do agregado familiar

Quadro 11 – Rendimento do Agregado familiar relacionando com o número de filhos

Quadro 12 – Hábito de ir ao Dentista/ Higienista Oral

Quadro 13 – Resumo dos resultados globais sobre o programa

Quadro 14 – Resultados sobre a recepção do cheque dentista

Quadro 15 – Utilização do cheque dentista

Quadro 16 – Fatores mencionados para a não utilização do cheque dentista

Quadro 17 – O cheque dentista foi entregue em tempo útil?

Quadro 18 – Informações sobre validade do cheque dentista

Quadro 19 – Acesso a informação sobre quais as Clínicas e Médicos aderentes

Quadro 20 – Informação sobre os tratamentos a que tinha direito

Quadro 21 – Qualidade do atendimento nas clínicas/dentistas contratualizadas e informação dos tratamentos a que tinha direito.

Quadro 22 – Resultados sobre os tratamentos efetuados.

Quadro 23 – Classificação do Programa Cheque Dentista

Quadro 24 – Alterações propostas ao programa

Quadro 25 – Relação do hábito ir ao dentista/Higienista Oral com o sexo

Quadro 26 – Relação do nível de escolaridade com o hábito de ir ao Dentista/Higienista Oral

Quadro 27 – Relação da situação face ao emprego com o hábito de ir aos Dentista/Higienista Oral

Quadro 28 - Resumo do número de indivíduos que responderam a cada uma das perguntas dos quadro que se seguem e respetivas percentagens.

Quadro 29 – Relação entre o nível de escolaridade dos Pais /Encarregados de Educação com o facto de ter recebido o cheque dentista.

Quadro 30 – Relação do nível de escolaridade, com a utilização do cheque dentista

Quadro 31 - Relação do nível de escolaridade, com as razões que levaram a não usar o Cheque Dentista

Quadro 32 - Relação da situação face ao emprego com a utilização do cheque dentista

Quadro 33 - Relação da situação face ao emprego com a razão pela qual não utilizou o cheque dentista

Quadro 34 – Relação do rendimento do agregado familiar com o facto do filho/educando ter recebido o Cheque Dentista

Quadro 35 – Relação do rendimento do agregado familiar com a utilização do cheque dentista

Quadro 36 – Relação do rendimento do agregado familiar com as causas da não utilização do cheque dentista

## **Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas –**

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

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

BASCD – Associação Britânica de Estudos em Medicina Dentária e Comunitária

EADPH – Associação Europeia de Saúde Pública

IADR – Associação Internacional para a Pesquisa Dentária

DGS – Direção Geral da Saúde

I.N.E – Instituto Nacional de Estatística

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

R.N.U – Registo Nacional de utentes

SE – Saúde Escolar

SISO – Sistema de Informação de Saúde Oral

S.N.S – Serviço Nacional de Saúde

SOSI – Saúde Oral Saúde Infantil

SOCJ – Saúde Oral Crianças e Jovens

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences



## 1 – Introdução

A saúde oral é um dos pilares fundamentais, para o aumento a qualidade de vida e da saúde em geral.

A Saúde é um fenómeno com dimensões sociais, psicológicas, espirituais e físicas. A sua manutenção exige uma abordagem multissetorial transdisciplinar e é condicionada por todas as políticas em todos os setores (Loureiro, Gomes, Dias, & Santos, 2010).

Tendo em conta a filosofia do Programa Nacional de Saúde Oral, isto é, a prestação de cuidados de saúde oral às populações mais vulneráveis, dado o carácter gratuito, para o utilizador do Cheque Dentista, a reconhecida escassez de oferta de tratamentos Médico Dentários nos SNS, os índices de prevalência das doenças orais, nomeadamente a cárie dentária na população infantil e juvenil do nosso país, torna-se importante conhecer, os fatores que estão na origem do baixo índice de utilização dos tratamentos contratualizados para crianças e jovens (Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral – Saúde Oral em Crianças e Jovens ou Cheque Dentista).

Neste estudo pretende-se determinar e avaliar, alguns dos fatores que interferem, direta ou indiretamente, na adesão aos programas de tratamentos dentários contratualizados, que integram o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO).

Pretende-se pesquisar os fatores que influenciaram esta taxa de utilização, uma vez que comparativamente com os valores encontrados nas taxas de utilização dos cheques das grávidas e idosos, a taxa de utilização dos cheques dentista das crianças e jovens é baixa.

Relativamente à taxa de utilização do cheque dentista em 2009, e segundo as informações da Direção Geral de Saúde (...) esta foi de 77,8%, tendo essa



utilização apresentado valores mais baixos nos subgrupos das crianças e jovens, respetivamente 41% para crianças até aos 6 anos e de 61% para as crianças dos 7, 10 e 13 (Circular Normativa nº 08/DSPPS/DCVAE, 2010).

Se analisarmos os indicadores do programa da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), a taxa de utilização dos cheques dentista foi de 38,3% em 2009, representando uma taxa de utilização mais baixa, do que a taxa de utilização nacional ( ...).

A dificuldade de acesso aos cuidados de saúde oral é uma das barreiras frequentes e que impede, que o êxito conseguido até aos nossos dias, não seja ainda maior, no que respeita aos resultados dos Programas de promoção de saúde oral. Sendo a contratualização dos serviços médico dentários, nomeadamente o cheque dentista, uma forma de melhorar esse acesso e consequentemente, concorrer para a melhoria da saúde oral dos portugueses.

Desde que se iniciou o Programa de Promoção da Saúde Oral, na década de 80, que se conseguiu passar de um índice de cárie severa, para um índice de cárie moderada na população infantil e juvenil (Circular Normativa nº 01/DSE, 2005).

## **2- Enquadramento Teórico**

O Centers for Disease Control and Prevention (2007) refere que crianças provenientes de famílias com baixos rendimentos, correm maior risco de desenvolvimento de cáries, do que as crianças de famílias mais ricas. Assim, estando a viver no auge de uma de crise económica grave, tanto a nível Nacional como Internacional, devemos ter a preocupação de analisar e avaliar os fatores, que estão a interferir, na baixa utilização de serviços de cuidados de saúde oral, disponibilizados a título gratuito, uma vez que, são serviços referidos como deficitários, na oferta, no que se refere ao serviço nacional de saúde (SNS) e dispendiosos, quando se refere aos cuidados prestados por entidades ou clínicas privadas.

Aproveitando os resultados obtidos, pretendemos contribuir para, melhorar o desempenho e o desenvolvimento de programas de prevenção e promoção das doenças orais.

Na pesquisa bibliográfica efetuada para a realização deste estudo, não foram encontradas referências a estudos, inquéritos ou questionários, efetuados em Portugal, com o objetivo de avaliar os programas de contratualização de serviços Médico Dentários, que já existem há alguns anos e que integram ou estão associados ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), no que respeita à qualidade dos serviços prestados e ao grau de satisfação e necessidades daqueles que usufruem dos referidos serviços.

## **2.1- Planeamento em Saúde**

Segundo Imperatori e Giraldes (1992) o Planeamento em saúde consiste, na racionalização da utilização de recursos, com vista a atingir os objetivos fixados.

Quando se fazem estudos na área das políticas de saúde de forma detalhada, num espaço económico e social relativamente homogéneo, como é o caso de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), são identificados vulgarmente três objetivos centrais:

Em primeiro lugar, a equidade: os cidadãos devem ter acesso a um conjunto mínimo de cuidados de saúde e a qualidade do tratamento, não deve ser prestado em função do rendimento, mas sobretudo das necessidades efetivas de cuidados. É necessário, que exista proteção contra as consequências financeiras da doença e que o pagamento desta proteção, não esteja baseado no risco individual da doença, Simões (2004). Barr (1990), refere a possibilidade de acesso a cuidados suficientes e equitativos, para que todos os cidadãos possam beneficiar de um mínimo de cuidados, devendo às mesmas

necessidades corresponder os mesmos tratamentos, devendo aplicar-se este princípio, pelo menos no sistema público de financiamento:

Para Simões (2004), os problemas de equidade e do acesso aos cuidados de saúde, estiveram sempre em primeiro plano da agenda do debate das reformas de saúde nos países da OCDE, sobretudo no contexto da disponibilidade dos serviços públicos de saúde:

Em segundo lugar, a eficiência técnica: trata-se de maximizar o resultado dos cuidados e satisfazer os consumidores, a custo mínimos, através da combinação de formas organizacionais, que promovam uma melhoria da produtividade dos meios disponíveis.

Em terceiro lugar, a eficiência económica ou distributiva: os sistemas de saúde, só deverão consumir uma parte adequada ou necessária do Produto Interno Bruto (PIB), pelo que é necessário a utilização dos mecanismos apropriados para limitar a despesa, quer seja a decorrente de políticas públicas, quer seja aquela provocada por uma oferta excessiva do mercado privado ou da procura dos cuidados de saúde.

Barr (1990), acrescenta a estes três objetivos, dois outros, embora os considere como meios e não como objetivos, que são: a liberdade de escolha dos prestadores de cuidados de saúde, pelos consumidores e a autonomia dos prestadores, no sentido de preservar ao máximo a liberdade dos médicos e outros técnicos. Sem que no entanto, se perca a compatibilidade com a realização dos outros objetivos anteriormente mencionados:

Barr e Logan (1977) afirmam que os recursos para a saúde, devem ser distribuídos no contexto mais amplo do bem-estar social e económico da população e que nenhum programa de saúde moderno pode ignorar o valor da prevenção. McKeown (1976), refere que existem evidências na literatura contemporânea, para que se possa defender a ideia, de que a melhoria no nível de saúde, pode resultar de melhorias dos aspetos do meio ambiente que são hostis à saúde, e através do desenvolvimento de meios mais sofisticados

de tratamento. Reforçando esta ideia McKeown (1979) defendeu a teoria, que a principal causa do crescimento da população na Grã-Bretanha entre 1840 e 1970, se deveu sobretudo a uma melhoria na alimentação e condições de higiene e não apenas aos avanços da medicina.

A melhoria do nível de saúde é também segundo Maynard (1981), considerada por muitos investigadores e pela população em geral, diretamente proporcional ao fornecimento de serviços de saúde. No entanto, é fundamental distinguir os inputs dos serviços de saúde (hospitais, o número de camas, as despesas de saúde, os profissionais de saúde, etc.) o número de casos, dias de internamento e os resultados no nível de saúde, medido através dos serviços de saúde prestados (output). Segundo este autor, a melhoria do nível de saúde, poderá ser conseguida de forma mais eficiente, não apenas pelos serviços de saúde prestados, mas pelo stock de saúde de cada indivíduo. Mas afinal, o que é o stock de saúde? Grossman (1972) foi um dos primeiros economistas, a considerar a saúde como um stock, que, segundo ele, se deprecia ao longo do tempo, mas que pode ser aumentada se houver investimento. Segundo este autor, a saúde tem duas razões de procura: como bem de consumo (os dias de doença, são uma fonte de inutilidade) e como bem de investimento, pois determina o tempo disponível da atividade produtiva. A saúde de um indivíduo é determinada por múltiplos fatores que vão influenciar o seu nível de saúde, dos quais poderemos destacar: o rendimento, nível educacional, tipo de habitação, estrutura familiar, etc. Diversos estudos mencionados por Le Grand (1982), associam o meio ambiente ao meio socioeconómico em que as pessoas estão inseridas, e mencionam-no como um fator determinante para o seu estado de saúde, a variável que frequentemente é considerada como mais importante, é o rendimento

Segundo Le Grand (1982), citado por Imperatori, & Giraldes, (1982), é útil encarar a saúde como um capital análogo a outras formas de capital humano, como a educação, ou de capital físico. Será ainda, de esperar que se verifiquem diferenças de stock de saúde entre ricos e pobres. Nos indivíduos

de grupos socioeconómicos mais baixos, os fatores ambientais, a má nutrição das mães de classes sociais mais baixas, podem originar um stock de saúde mais pequeno, do que as das mães dos grupos sociais mais elevados. Por outro lado os indivíduos mais pobres, vão investir menos em saúde, porque recorrem pouco aos serviços de promoção e prevenção da saúde, não têm noção dos benefícios reais da utilização dos mesmos. O baixo nível educacional, faz com que exista menor conhecimento e valorização, sobre as vantagens de dietas equilibradas, hábitos saudáveis, cuidados de higiene adequados ou a utilização dos serviços de saúde preventivos.

Pelas razões anteriormente mencionadas, deve dar-se maior importância e apostar mais fortemente em programas comunitários de educação, prevenção e promoção da saúde. Através destes programas, abrangem-se indivíduos de grupos socioeconómicos baixos, ensinam - se e motivam-se estes grupos populacionais, a aproveitarem os recursos materiais e humanos que têm à sua disposição, para uma melhoria efetiva do seu estado de saúde e bem-estar geral. Nestes programas, é fundamental inserir atividades a adotar estratégias, para que as pessoas percebam, que muitas das atitudes e comportamentos de hoje, podem produzir resultados, positivos ou negativos no seu futuro e no dos seus descendentes. Ou seja, é necessário mudar consciências e comportamentos, tarefa nem sempre fácil, que apresenta resultados visíveis a médio e longo prazo.

## **2.2- Promoção da Saúde**

Citando a Circular Normativa nº 01/DSE (2005), o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), integra o Plano Nacional de Saúde, constitui uma referência na intervenção em saúde oral, junto das crianças e jovens. As orientações gerais do programa, definem uma estratégia global de intervenção, com uma forte componente na promoção da saúde em contexto familiar e escolar, na prevenção das doenças orais e no diagnóstico precoce e tratamento dentário.

A Declaração de Liverpool, sobre a Promoção da Saúde Oral no século XXI, foi assinada em Setembro de 2005, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Associação Internacional para a Pesquisa Dentária (IADR), pela Associação Europeia de Saúde Pública Dentária (EADPH) e pela Associação Britânica de estudos em Medicina Dentária e Comunitária (BASCD). Nesta Declaração, consagra-se a escola como uma das plataformas de promoção da saúde, da qualidade de vida e da prevenção da doença em crianças e adolescentes e prevê o envolvimento das famílias e restante comunidade. Defende que a organização dos Estados, assegure os cuidados de saúde primários de saúde oral, dando prioridade à prevenção e promoção da saúde, segundo uma medicina baseada na evidência.

A circular normativa nº 01/DSE (2005), refere que os programas de educação para a saúde têm como principal objetivo, capacitar as pessoas a tomarem decisões no seu quotidiano, que se revelem as mais adequadas para manter ou alargar o seu potencial de saúde. Este objetivo, poderá ser atingido, fornecendo-se informação e utilizando-se metodologias, que facilitem e dêem suporte às mudanças comportamentais e à manutenção das práticas consideradas saudáveis.

A mudança de comportamentos, não é fácil, depende de múltiplos fatores, sociais, culturais, familiares, entre muitos outros, e não apenas do conhecimento científico que as pessoas possuam sobre determinada matéria. É importante desenvolvermos estratégias de Educação para a Saúde que não culpabilizem os pais, porque estes, intrinsecamente desejam sempre o melhor para os seus filhos, embora não consigam por vezes, colocá-lo em prática, refere a circular normativa nº 01/DSE (2005).

Atuar sobre comportamentos individuais, é uma tarefa bastante complexa, para se aumentar a eficiência das práticas de Educação para a Saúde torna-se fulcral utilizar metodologias alargadas a vários parceiros e setores da comunidade, de forma articulada e continuada, para que progressivamente possamos ir obtendo resultados.

Segundo Nancy Russel (1996) no seu **Manual de Educação para a Saúde**:

“Para desenhar um programa de Educação para a Saúde é necessário ter conhecimentos sobre comportamentos e sobre os fatores que produzem a mudança”.

“As teorias da mudança de comportamento, que podem ser aplicadas em Educação para a Saúde, foram elaboradas a partir de uma variedade de áreas, incluindo a psicologia, a sociologia, a antropologia, a comunicação e o marketing. Nenhuma teoria ou rede de conceitos, domina por si só a investigação ou a prática da Educação para a Saúde. Provavelmente, porque os comportamentos de saúde são demasiado complexos para serem explicados por uma única teoria”.

Segundo a circular normativa nº 01/DSE (2005), é importante estabelecer, como uma das primeiras atividades a análise de duas vertentes com grande influência na saúde oral: os hábitos culturais das famílias relativamente à alimentação e as práticas de higiene oral dos adultos e das crianças.

Assim, deveremos proceder a um diagnóstico de situação. Segundo o Modelo Precede de Green existem 3 etapas a contemplar num diagnóstico de situação:

- Diagnóstico epidemiológico necessário para a identificação dos problemas de saúde, sobre os quais se vai atuar, como seja os índices de cárie dentária e outros;
- Diagnóstico social que corresponde à identificação das situações sociais existentes na comunidade, onde se desenvolve a atividade, que podem contribuir para os problemas de saúde oral detetados ou que se pretende prevenir;

- Diagnóstico comportamental para identificação dos vários padrões comportamentais que possam estar relacionados com os problemas de saúde oral inventariados.

Apesar da existência da prevalência das doenças orais, podem existir em algumas comunidades, outros problemas de saúde mais graves ou mais prevalentes e, neste caso, importa fazer uma avaliação dos recursos e das possibilidades de eficácia, dando prioridade aos grupos e às situações mais graves e de maior amplitude. Outro fator a ter em conta na decisão, relaciona-se com a capacidade de alterar as causas comportamentais ou fatores de risco, através de utilização de programas educacionais.

### **2.2.1 - Cuidados de Saúde Primários**

Tem-se demonstrado através da evidência científica (WHO, 2004) que os sistemas de saúde focalizados na prestação de cuidados de saúde primários, apresentam por norma, melhores resultados em termos de efetividade clínica e de desempenho financeiro, do que aqueles que não têm uma forte aposta neste nível de cuidados. Perante tal evidência, tem-se vindo a verificar, um aumento dos esforços ao nível das reformas da saúde nos países da OCDE, no sentido de direcionar recursos, tendo em vista, a melhoria e o reforço dos cuidados de saúde primários das populações.

Segundo uma equipa de investigação da Escola Nacional de Saúde Pública (2009), o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2008 incide na visão ambiciosa dos cuidados de saúde primários, mencionando-os como um conjunto de valores e princípios orientadores do desenvolvimento nos sistemas de saúde. A OMS, no mesmo documento, considera os cuidados de saúde primários, como uma entidade aglutinadora da promoção da saúde e da prevenção e tratamento da doença, atuando no interface entre a população e o sistema de saúde, sendo, por isso, de primordial importância as reformas que



visam colocar o doente no centro do sistema de saúde e que privilegiam a integração de cuidados de saúde.

Na Década de 70, Portugal surge como um dos primeiros países europeus, a adotar uma estratégia de reforço dos cuidados de saúde primário, através da implementação de uma vasta rede de centros de saúde que cobria todo o território nacional. Desde essa altura, que se tem vindo a assistir a um aumento da importância dos cuidados de saúde primários dentro do sistema de saúde português, proporcionado pelas importantes funções na prevenção da doença e na promoção da saúde, citando a Equipa de Investigação da Escola Nacional de Saúde Pública (2009) .

Apesar dos avanços a que temos assistido, na organização dos cuidados de saúde, ainda existem muitos desafios por colocar, designadamente, o aperfeiçoamento dos processos de contratualização e o desenvolvimento dos instrumentos necessários ao bom desempenho das unidades de saúde. Neste âmbito, é importante dar continuidade ao aprofundamento do estudo da contratualização em contexto de cuidados de saúde primários, em particular na área da Saúde Oral. É necessário, tentarmos perceber, porque razão, ao fim de tantos anos de investimento na prevenção e no tratamento das doenças orais sua prevalência e incidência, mantêm níveis ainda tão elevados.

É necessário perceber, quais as razões e fatores que estão inerentes, a uma tão baixa taxa de utilização dos serviços contratualizados de Saúde Oral, colocados à disposição dos utentes, sobretudo das crianças e jovens.

### **2.3 - Programa de Saúde Oral**

O Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, desenvolve-se desde 1986, foi revisto em 1999 e divulgado através da Circular Normativa n.º 6/DSE de

20/05/99 da Direção-Geral da Saúde, tendo passado a designar-se Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes. Em 2005, é novamente revisto através da Circular Normativa n.º 01/DSE de 18/01/05 da Direção-Geral da Saúde, passando a designar-se por Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral pelo despacho Ministerial n.º 153/2005.

Este programa assenta numa estratégia global de intervenção, baseando-se na promoção da saúde e na prevenção primária e secundária da cárie dentária. A promoção da saúde e a prevenção da doença, são asseguradas, na maioria dos casos, por equipas multidisciplinares de saúde escolar, que integram profissionais de Saúde Oral, nomeadamente Higienistas Oraís, que funcionam como um suporte indispensável da intervenção preventiva e curativa, sendo esta última operacionalizada maioritariamente através de contratualização de serviços médico-dentários. Este processo, tem permitido prestar cuidados médico-dentários a grupos de crianças escolarizadas, integradas em programa de saúde oral e que desenvolveram cárie dentária.

O Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes contemplava até 2005, a administração de suplementos sistémicos de fluoretos a todas as crianças e jovens. No entanto, face à publicação da Diretiva Comunitária 2002/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 10/6, transposta para a legislação nacional pelo Decreto-lei n.º 136/2003 de 28 de junho, relativa à aproximação das legislações dos Estados-Membros sobre suplementos alimentares e à desadequação da utilização de suplementos de flúor, Rompante (2003), procedeu-se à revisão do Programa.

As alterações da estratégia de intervenção do atual programa, contou com a colaboração e o empenho científico dos peritos de uma, Task Force, Almeida (2003), reunida para rever as políticas de administração dos fluoretos, Rompante (2002) e as metas europeias para a área da saúde oral

Devido à sua elevada prevalência, as doenças orais constituem um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. Quando

adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais, têm uma elevada vulnerabilidade, com custos financeiros reduzidos e ganhos em saúde muito elevados WHO (1999) e WHO (2003). Em Portugal, os resultados obtidos através da implementação de programas comunitários de prevenção e promoção de saúde oral na população escolar, traduziram-se em índices de cárie dentária de gravidade moderada, na população infantil e juvenil, ou seja, a percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos é de 33% e o CPO-D (índice de cárie, que traduz o número de dentes cariados, perdidos e obturados, por criança, o D maiúsculo, significa dente permanente e o facto das outras letras serem maiúsculas, referem-se também a dentes permanentes) aos 12 anos é de 2,95, (...). Um outro estudo, em que foi utilizado o método, pathfinder da Organização Mundial da Saúde (OMS), apresenta valores médios de CPO-D de 1.52 Almeida, Jesus, Toscano (1999), com desvios acentuados entre grupos de diferentes níveis socioeconómicos.

A estratégia europeia e as metas definidas para a saúde oral, pela OMS, apontam para que, no ano 2020, pelo menos 80% das crianças com 6 anos estejam livres de cárie e, aos 12 anos, o CPO-D não ultrapasse o valor de 1.53, WHO (1999).

O atual Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, conjuga a promoção da saúde à prestação de cuidados, assentando em parcerias público-privado, com competências claramente definidas, tendo por base a intervenção comunitária. Todos os cuidados de saúde oral, que por qualquer motivo não possam ser satisfeitos pelo Serviço Nacional de Saúde, serão prestados através de contratualização, referido na Circular normativa nº 02/DSPPS/DCVAE de 9 de janeiro de 2009.

A promoção da saúde, prevenção das doenças orais e a prestação de cuidados de saúde dentários, são áreas da competência do setor público da saúde e são passíveis de serem realizadas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esta intervenção é assegurada pelos profissionais dos Centros de Saúde, através

de ações dirigidas ao indivíduo, à família, e à comunidade escolar. Os cuidados médicos – dentários não satisfeitos pelo SNS, são assegurados pelo setor privado, através dos profissionais e de clínicas de estomatologia e medicina dentária contratualizados.

### **2.3.1 - Estrutura de implementação do programa**

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, tem a coordenação a nível nacional, efetuada pelo Diretor-Geral e Alto-comissário da Saúde, no que se refere à sua Orientação, implementação e avaliação, a execução está a cargo da Divisão de Saúde Escolar, sendo o seu acompanhamento realizado por uma Comissão Técnico – Científica.

A nível regional, a Administração Regional de Saúde, designa um Coordenador Regional do Programa, da sua estrutura ou pertencente ao Centro Regional de Saúde Pública, que possua um perfil e competência para dinamizar e avaliar o programa, coordenar a Comissão Paritária Regional e integrar a Comissão Técnico – Científica. A nível local, o Diretor do Centro de Saúde ou o responsável pelo Serviço de Saúde Pública avalia a capacidade instalada, coordena a implementação do programa e gere a contratualização. Por delegação, o responsável pela saúde escolar ou pela saúde oral poderá assumir a sua operacionalização e avaliação local.

As orientações do atual Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, estão definidas na Circular Normativa em vigor (C.N n.º 01/DSE de 18/01/05 da DGS) e assentam nas seguintes estratégias:

- Promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar;
- Prevenção das doenças orais;
- Diagnóstico precoce e tratamento dentário. Este Programa apresenta como finalidades: a melhoria dos conhecimentos e comportamentos

sobre alimentação e higiene oral; diminuição da incidência de cárie dentária; Redução da prevalência da cárie dentária, aumento da percentagem de crianças livre de cárie; criação de uma base de dados, nacional, sobre saúde oral; Prestar especial atenção, numa perspetiva de promoção da equidade, à saúde oral das crianças e dos jovens com Necessidades de Saúde Especiais, assim como dos grupos economicamente débeis e socialmente excluídos, que frequentam a escola do ensino regular ou instituições:

### **2.3.2 - Saúde Oral Crianças e Jovens (PNPSO-SOCJ)**

Inicialmente, este programa pretendia abranger crianças e jovens desde o nascimento até aos 16 anos de idade. No entanto, a sua intervenção foi alargada, a grupos populacionais mais vulneráveis, nomeadamente a grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário, utentes do SNS.

O Projeto do cheque-dentista foi concebido, numa fase inicial, para crianças e jovens dos 7,10 e 13 anos, com base em procedimentos simplificados e orientados para a satisfação das necessidades em saúde oral destes grupos está contemplada na Circular normativa nº 02/DSPPS/DCVAE de 9 de janeiro de 2009.

Assim, a partir de 2009, e após reformulação de parte do Programa, relativamente à intervenção médico-dentária, aquele passou a abranger, mais dois segmentos populacionais prioritários, de utentes do Serviço Nacional de Saúde: grávidas e idosos.

O sistema de informação de saúde oral (SISO), proporciona os dados necessários à emissão do 1º cheque, nos Centros de Saúde após confirmação da elegibilidade do utente no PNPSO, ao introduzir o nome, data de nascimento e número do S.N.S, disponível no Registo Nacional de Utentes (RNU). A emissão do 2º e 3º (os jovens aos 13 anos têm direito a 3 cheques

dentista) cheques-dentista, é assegurada pelo Consultório ou Clínica Privada, em função dos cuidados de saúde oral prestados e as necessidades dos utilizadores.

A avaliação da aplicação do PNPSO aos utentes beneficiários, é efetuada essencialmente pela análise de indicadores de atividade, tendo-se verificado que a taxa de utilização dos cheques tem ficado muito aquém do esperado, segundo informações contidas, na circular normativa nº 08/DSPPS/DCVA de 2010.

As atividades deste programa estão incluídas nos programas de saúde materna, saúde infantil e juvenil e saúde escolar, a serem desenvolvidas no Centro de Saúde e em todos os estabelecimentos de educação pré-escolar e do ensino básico, público, privado ou dependentes de estruturas oficiais da segurança social. Para o desenvolvimento das atividades do programa, é indispensável o envolvimento dos profissionais de saúde, de educação, pais ou encarregados de Educação.

### **3 – Caracterização do Concelho de Almada**

Caracterizamos aqui o concelho de Almada, de modo a enquadrar o estudo na sua realidade sociodemográfica. Isto permite, não só situar os Agrupamentos de escolas do ponto de vista, social, como permitirá, aferir melhor, eventuais semelhanças, ou dissonâncias entre os resultados/conclusões deste estudo, e de outros, pertencentes ou não às mesmas regiões demográficas ou administrativas. É obviamente, pelas mesmas razões, também importante para fazer estudos comparados, com investigações, que usem inquiridos de regiões estrangeiras.

O Concelho de Almada tem uma área de 71Km<sup>2</sup>. Localiza-se na margem esquerda do rio Tejo, fazendo fronteira com o concelho do Seixal a Este, com o concelho de Sesimbra a Sul e a Oeste é rodeado pelo Oceano Atlântico. Pertence ao distrito de Setúbal e à Área Metropolitana de Lisboa, cerca 55,6%

da população tem entre 25 e 64 anos de idade e 49,4% da população tem idade inferior a 40 anos.

Cerca de 81 500 habitantes constituem a população ativa do concelho, correspondendo a uma taxa de atividade de 50,6% (...), 76% da população ativa está empregada no setor terciário, refletindo a evolução deste setor de atividade nos últimos anos, em detrimento dos setores industrial e agrícola. (...). 121,41 é o índice de poder de compra (per capita) da população do concelho, acima da média da Península de Setúbal (108,33). (Dados de 2007 do INE).

### **3.1 – Caracterização demográfica e social do Concelho de Almada**

Almada é um dos nove concelhos da península de Setúbal, tem uma população residente estimada em cerca de 166.103 pessoas (dados do INE 31 e dezembro de 2009) distribuídas por 11 freguesias – Almada, Cacilhas, Pragal, Cova da Piedade, Laranjeiro, Feijó, Costa da Caparica, Monte da Caparica, Trafaria, Charneca da Caparica e Sobreda. Tem uma densidade populacional de 2.366,8 habitantes por km<sup>2</sup>, uma das mais elevadas da Península de Setúbal e superior em cerca de 50 habitantes relativamente à observada em 2001, citando o relatório de atividades do (ACES Península de Setúbal I, (2010); a Câmara Municipal de Almada (2010)).

As freguesias mais populosas do concelho são: Laranjeiro, Cova da Piedade, Charneca da Caparica, Almada e Monte da Caparica.

Relativamente à população residente, tendo em conta o sexo e a idade, a percentagem de mulheres é superior à dos homens em todos os grupos etários. Exceto nos menores de 14 anos em que se verifica uma supremacia dos homens como seria de esperar. Uma vez que nascem mais crianças de sexo masculino, esta tendência acompanha os dados obtidos no resto do país, no entanto, o peso relativo do sexo masculino, em relação ao sexo feminino, verifica-se uma redução com a idade, atingindo-se a igualdade entre ambos os sexos por volta dos 30 e os 40 anos. A partir dos 40 anos, o peso dos

indivíduos do sexo feminino aumenta continuamente, de tal forma que acima dos 64 anos a proporção é de 74 homens por 100 mulheres.

Relativamente à população de crianças e jovens, verificou-se entre 1991 e 2001 um decréscimo importante (- 16% no grupo com menos de 15 anos e - 9,3% no grupo entre os 15 e os 24 anos), enquanto se verificou um aumento de 51,4 % no grupo com mais de 65 anos, tendo-se assistido a um envelhecimento da população residente. No entanto, entre 2001 e 2007, a proporção de crianças e jovens com menos de 15 anos aumentou cerca de 13% e houve um decréscimo da população idosa em cerca de 11,6%, contrariando desta forma, a tendência verificada na década anterior.

O aumento do peso dos jovens e dos idosos, grupos que representam populações economicamente não ativas, com uma consequente redução do grupo da população ativa, têm repercussões importantes no equilíbrio económico e social das comunidades.

De acordo com os dados do INE, Almada é um dos concelhos da Região de Lisboa e Vale do Tejo, com maior percentagem de famílias unipessoais, cerca de 20%, enquanto a média nacional era de 17,3%. A elevada proporção deste tipo de famílias é explicada, pelo envelhecimento da população, pelos divórcios e pelo tipo de vida urbano, que levam os jovens em idade ativa a viverem sós, no entanto o fator de maior peso nesta situação, tem a ver com o envelhecimento da população, uma vez que estas famílias são constituídas por pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

Relativamente às habilitações académicas da população ativa do concelho de Almada (Dados INE, Censos 2001) temos, 22% com o 1º ciclo, 22% com 2º e 3º ciclo, 31% ensino secundário e 23% ensino médio e superior.



### **3.2- Agrupamentos de Centros de Saúde de Almada (ACES de Almada)**

#### **- Caracterização**

Os agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, surgem com o objetivo de reorganizar os cuidados de saúde primários, colocando como ponto central os cuidados no cidadão. Estes agrupamentos estão enquadrados legalmente através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro(JusNet370/2008).

Neste contexto de mudança foi criado o Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal I - Almada através da portaria n.º 276/2009 de 18 de março(JusNet564/2009).

O ACES de Almada é dotado de autonomia administrativa e é constituído por várias unidades funcionais integradas em três Centros de Saúde - Almada, Costa da Caparica e Cova da Piedade. Com uma área de influência que abrange as 11 freguesias do concelho de Almada, apresenta uma população de 166.103 residentes (atualização relativa ao ano de 2008, elaborada pelo Instituto Nacional de Estatística). No total 48,3% da população é do sexo masculino e 51,7 % do sexo feminino.

A sua Visão é definida por "A implementação e garantia de funcionamento de uma rede de unidades funcionais de saúde, de qualidade, ajustadas às características e necessidades da população, próximas dos cidadãos".

#### **3.2.1 - Missão e Atribuições.**

O ACES de Almada tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica.

No cumprimento da sua missão, tem como atribuições a promoção e a proteção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados na doença, constituindo a primeira linha de atuação do Serviço Nacional de Saúde.

O ACES de Almada tem a sua ação dirigida individualmente e à família, assim como à saúde de grupos populacionais específicos da comunidade, através dos cuidados que, ao seu nível seja apropriado prestar, tendo em conta as práticas recomendadas pelas orientações técnicas em vigor e os melhores conhecimentos científicos disponíveis. Desenvolve também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, identificação das necessidades de saúde, controlo, monitorização e avaliação dos resultados das intervenções efetuadas e participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua, informações do Relatório anual do ACES Península de Setúbal I (2010).

## **4 - Caracterização dos Agrupamentos Objetos de Estudo**

### **4.1 – Agrupamentos de Escolas Comandante Conceição e Silva**

No ano de 1973 vivia-se uma época de explosão demográfica na região de Almada. Em 1968 foi instituído o Ciclo Preparatório do Ensino Secundário. As escolas preparatórias de Almada D. António da Costa e do Feijó, estavam superlotadas, razão pela qual havia uma necessidade premente de abrir novas escolas. A Escola Preparatória Comandante Conceição e Silva começou por funcionar no Largo do Pombal, no edifício do Catial, uma firma de construção civil, que tinha acabado de ser construída e cujo rés-do-chão e primeiro piso estavam ainda por ocupar, sendo usadas como instalações para a nova Escola. O mobiliário para a escola (carteiras, cadeiras, mesas e armários) veio de um sótão da Escola Emídio Navarro, que estava recheado de material antigo abandonado. Só em outubro de 1975 é que a Escola entrou em atividade no local que hoje conhecemos – Rua Comandante Eugénio Conceição Silva, junto ao Alfeite.

A Escola recebeu inicialmente o nome de Preparatória Comandante Conceição e Silva, como homenagem “à memória de um homem que procurou modificar tudo que o rodeava (...), procurou melhorar a cultura, a investigação e ensino em Portugal”. No entanto, este nome foi posteriormente alterado, pelo Ministério da Educação, para Escola Preparatória da Cova da Piedade, alteração que nunca agradou à Comunidade Educativa. No ano letivo de 2000/2001, a Escola passou a chamar-se Escola Básica 2.3 Comandante Conceição e Silva, dado que o Ministério da Educação permitiu, por insistência da Escola, a reutilização do nome do seu patrono. Eugénio Correia da Conceição Silva, nasceu em Lisboa, no dia 1 de maio de 1903. Morreu em 1969, no dia 26 de abril. Foi um grande homem e é hoje mundialmente conhecido por ter sido um grande astrónomo. A astronomia era

a sua grande paixão, referências históricas obtidas no site do Agrupamento de Escolas Comandante Conceição e Silva (2010).

O Agrupamento Vertical de Escolas Comandante Conceição e Silva foi constituído em 29 de agosto de 2003, reunindo atualmente um total de cinco escolas, com níveis de ensino repartidos entre o pré-primário e o primeiro, segundo e terceiro ciclos do ensino básico: EB1/JI nº 3 do Laranjeiro, EB1 nº 1 do Alfeite, EB1 n.º1 da Cova da Piedade e EB1 n.º2 da Cova da Piedade e a EB 2/3 Comandante Conceição e Silva, abrangendo um total de 1543 alunos, no ano letivo de 2009/2010, tendo recebido cerca de 455 Cheques Dentista, destinados aos alunos das cortes de 7, 10 e 13 anos.

Estas escolas estão localizadas na área do Laranjeiro e da Cova da Piedade.

#### **4.2 - Agrupamentos de Escolas Ruy Luís Gomes**

A Escola Secundária com 2º e 3º Ciclos Prof. Ruy Luís Gomes iniciou a sua atividade no ano letivo de 1974/1975, inicialmente, foi designada como “Escola Secundária do Laranjeiro”. Foi construída, numa zona de quintas, nos arredores da cidade de Almada, gradualmente foi alterando a sua denominação à medida que se construía ao seu redor, uma zona dormitório, com os seus altos prédios, crescia a área de Miratejo, passando a escola a designar-se, por “Escola do Miratejo”, talvez porque a maior parte dos seus alunos ser oriunda de Miratejo. Passou, posteriormente e após a construção, em 2001, de uma 2ª escola secundária no Laranjeiro, a designar-se por “Escola Secundária nº1 do Laranjeiro”. Por fim, por decisão da maior parte da comunidade educativa e com o aval do Ministério da Educação e da Câmara Municipal de Almada, tomou o nome de um ilustre pedagogo e matemático antifascista, o do Professor Ruy Luís Gomes.

A “Escola Secundária do Laranjeiro” que albergava quase 2 mil alunos no auge da explosão demográfica do Laranjeiro e do Miratejo, com o aparecimento de novas escolas e o envelhecimento da população

envolvente, viu nos últimos anos a sua população estudantil decrescer. No entanto, ano letivo de 2007/2008, o número de alunos voltou a subir graças a um novo desafio. A sua tipologia foi mais uma vez alterada, passando a denominar-se Escola Secundária com 2º e 3º Ciclos e tornou-se sede de um Agrupamento Vertical, integrando 3 Escolas do 1º ciclo e respetivos Jardins de Infância: a EBI/JI do Laranjeiro nº 1, a EBI/JI do Laranjeiro nº2 e a EBI/JI do Alfeite, informações obtidas no site do Agrupamento de Escolas Ruy Luís Gomes (2010).

Durante o ano letivo de 2009/2010 frequentaram as Escolas deste Agrupamento cerca de 1829 alunos, tendo sido abrangidos pelo PNSO – SOCJ cerca de 392 alunos de idades elegíveis dos 7, 10 e 13 anos.

Este Agrupamento, está situado numa área pertencente à freguesia do Laranjeiro, área de residência de uma população de cerca de 21.175 habitantes multicultural, com baixos recursos económicos e um baixo nível de escolaridade.

A população escolar deste Agrupamento é de uma diversidade cultural e linguística bastante significativa, uma vez que cerca de 21 % dos alunos têm naturalidade estrangeira, proveniente de cerca de vinte e oito países, com relevo para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e para o Brasil.

### **4.3 - Caracterização das Freguesias dos Agrupamentos**

#### **4.3.1 – Freguesia do Laranjeiro**

Existem várias explicações quanto, à origem do nome Laranjeiro (topónimo): inicialmente dizia respeito a uma quinta da região e esse nome, quinta do "Laranjeiro", teria resultado da alcunha atribuída ao seu proprietário (conhecido como o "O "Laranjeiro"de Cacilhas). Na região, além da quinta do

"Laranjeiro" existiram outras quintas e lugares de que hoje ainda há memória. As quintas: Coveira, Eucaliptos, São Simão, Macieira, Pagador, Rato, Romeira, Santo Amaro, Santo António, Portela. Mas o topónimo Laranjeiro a partir do séc. XIX foi substituindo todos os outros quando havia referências à região. Esse pequeno núcleo, situado no cruzamento de caminhos importantes, pela proximidade à Base de Naval do Alfeite e também pela expansão de Almada e Cova Piedade transformar-se-á rapidamente num aglomerado urbano em constante crescimento.

As principais atividades económicas desta freguesia são o comércio e os serviços (setor terciário).

O Laranjeiro confina a sul com a freguesia de Corroios (concelho do Seixal), a norte com a freguesia da Cova da Piedade, a poente com a freguesia de Feijó e a nascente com o Mar da Palha, abrangendo toda a área atualmente ocupada pela Base Naval de Lisboa, no Alfeite, informações obtidas na Junta de Freguesia de Feijó (2010) e Junta de Freguesia do Laranjeiro (2006).

#### **4.3.2 – Freguesia da Cova da Piedade**

A freguesia da Cova da Piedade é uma das freguesias urbanas da Cidade de Almada. Encontramos referências a esta freguesia, desde a Idade Média, onde a desaparecida igreja de S. Simão era local de culto e veneração. Nesta região de quintas e beira-rio, a população dividia-se entre a agricultura, pequenas unidades piscatórias, algumas atividades artesanais como tanoeiros, sapateiros, carpinteiros navais, oleiros e outros. Também era terra de almocreves, que ajudavam na descarga e transporte de mercadorias e produtos hortícolas de e para Cacilhas, beneficiando da proximidade da grande cidade de Lisboa.

A reconstrução da Igreja em honra de Nossa Senhora da Piedade, em 1762, terá dinamizado o crescimento do aglomerado urbano, então denominado Cova, pela situação morfológica de vale, e da Piedade, pela devoção mariana que os habitantes escolheram. Este edifício ainda hoje notável pelos belíssimos painéis de azulejos pombalinos e pela escultura magnífica da “Pietà”; foi ampliado na década de 1960, mantendo, todavia, a sua traça arquitetónica e decorativa.

A partir de 1880, com a chegada do comboio ao Barreiro facilita o transporte de matérias-primas, promovendo o processo de industrialização da zona ribeirinha, onde se instalaram fábricas de transformação de cortiça, estaleiros de construção naval, um forno de cal e mais tanoarias. No lugar da Romeira, existia uma verdadeira “indústria” de lavagem de roupas. Lisboa foi sempre uma cidade sem água e se o aqueduto trouxe à capital meia dúzia de chafarizes não resolveu o problema da lavagem das roupas que se efetuava na ribeira de Caneças ou na Cova da Piedade. Tratava-se de uma atividade organizada, com a divisão de tarefas bem definidas.

Mas a proximidade do Tejo traz outras possibilidades, como as da construção Naval. A descoberta da utilização motriz do vapor e da eletricidade alteraram significativamente a indústria naval e a conceção dos navios. Foi, então, profunda a transformação em virtude do aparecimento dos navios de aço e da propulsão a vapor, em detrimento dos navios de madeira e à vela. Em 1928 outorgou-se o contrato para a construção do Arsenal do Alfeite, ao abrigo do regime das reparações de guerra alemãs, tendo as obras de construção sido concluídas em dezembro de 1937. No ano seguinte entrou em laboração total, passando a ser considerado um dos maiores e melhor apetrechados estabelecimentos do género, até aos anos 30-40, a Cova da Piedade apresentou uma feição industrial plena, se bem que a crise da indústria corticeira e a dureza do regime tenham acentuado as clivagens político-sociais.

Em 1967, com a instalação dos estaleiros da Lisnave, na Margueira, aumentou muito a oferta de trabalho e a população da freguesia aumentou e prosperou,

acentuando a importância da Construção naval na freguesia. A 7 de fevereiro de 1928, a Cova da Piedade adquire autonomia administrativa com a elevação à categoria de freguesia. É uma das freguesias do concelho de Almada e está localizada na margem esquerda do rio Tejo, confrontando a Norte e a Oeste a freguesia do Pragal; a Nordeste, a freguesia de Cacilhas; a Este, o rio Tejo e a Sul, as freguesias do Laranjeiro e Feijó retiradas posteriormente ao território da Cova da Piedade. Com uma área de 15 km<sup>2</sup> e com 32.000 habitantes, é composta pelas localidades de Ramalha, Barrocas, Caranguejais, Romeira, Pombal e Bairro.

A Freguesia tem quatro escolas do Ensino Básico de primeiro ciclo, frequentadas por 900 crianças, um jardim-de-infância de ensino Público e três IPSS, onde mais de 400 crianças frequentam o ensino Pré-escolar. Informações obtidas no site da Junta de Freguesia da Cova da Piedade (2010).



## **5- Metodologia**

### **5.1 Objetivos**

Assim, o principal objetivo deste trabalho é, de conhecer os principais motivos, que levam à baixa taxa de utilização dos Cheques Dentista para crianças e jovens, em dois Agrupamentos de Escolas do Concelho de Almada, que é uma região habitada na sua maioria por famílias com fracos recursos socioeconómicos. Pretendemos ainda, tendo em conta os resultados obtidos, procurar estratégias, que possam vir a reverter, de forma positiva, esta situação.

### **5.2 - Método de Estudo**

Os estudos descritivos podem assumir várias formas: estudos exploratórios, quando existe pouco conhecimento sobre o assunto; e estudo de caso que busca analisar os vários aspetos de um indivíduo ou grupo delimitado de indivíduos Cervo e Bervian (1996).

Segundo Yin (1984), o estudo de caso, investiga um fenómeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, utilizando várias fontes de evidência. Yin (1994:92), refere que, uma das principais vantagens dos estudos de caso é o recurso a múltiplas fontes de dados.

Yin (1993:32), afirma que o estudo de caso não implica nenhuma forma particular de recolha de dados, estes podem ser quantitativos e qualitativos, mas sim o uso de múltiplas fontes de evidência, convergindo para o mesmo conjunto de questões. Múltiplas fontes de dados podem ser um dos recursos, com o objetivo de obter maior informação sobre factos, fenómenos, acontecimentos, ou pelo contrário, procurar obter informação com diferente proveniência sobre o mesmo facto, fenómeno, acontecimento ou sujeito.

Assim sendo, a utilização de múltiplas fontes de evidência ou dados, vai permitir, por um lado, assegurar as diferentes perspetivas dos participantes no estudo e por outro, obter várias “medidas” de um mesmo fenómeno, criando condições para uma triangulação dos dados, durante a fase da análise dos dados em estudos. Segundo Yin (1994:92), a utilização de múltiplas fontes de dados na construção de um estudo de caso, permite-nos por um lado, considerar um conjunto mais diversificado de tópicos de análise e, por outro lado, permitir corroborar o mesmo fenómeno.

A recolha de informação foi feita, através de um questionário, que adiante se descreve, efetuado aos encarregados de educação das crianças e jovens, dos grupos etários elegíveis para serem abrangidos pelo Cheque Dentista (alunos nascidos em 1996, 1999 e 2002), com posterior comparação dos grupos que usaram o cheque dentista e dos que não usaram. O questionário foi elaborado tendo em conta os fins a que se destinava, sendo construído de base, tendo as perguntas sido estruturadas, de modo a permitirem a obtenção de dados necessários a esta investigação

Os questionários foram entregues aos encarregados de educação dos alunos abrangidos pelo PNPSO- SOCJ, pelos Professores Diretores de turma, nas reuniões de avaliação do 2º período do ano letivo de 2010/2011. Estes Professores foram prévia e devidamente informados, sobre os destinatários dos questionários, uma vez que numa mesma turma poderiam, existir encarregados de educação de alunos abrangidos pelo PNPSO- SOCJ ou não. Após devidamente preenchidos, os questionários deveriam ser entregues no final das reuniões. Como, a maioria dos inquiridos, se esquecia de entregar os questionários, tivemos de insistir e alargar o horizonte temporal da recolha dos mesmos, para as reuniões de avaliação do 3º período.

Posteriormente, o tratamento de dados foi feito com recurso ao programa de estatística SPSS, versão 19. Utilizou-se a análise de frequência, e um método de análise da dispersão para duas variáveis de escala nominal, para

determinar a correlação entre variáveis,  $X^2$  (Qui-quadrado). Assim foi possível efetuar o cruzamento de dados de várias variáveis.

No que diz respeito á análise de conteúdo efetuada, às perguntas com opções para resposta aberta, foi construída uma tabela em Excel, com as diversas respostas e frequências associadas a cada uma delas. Essa tabela encontra-se em anexo 2.

### **5.3 Amostra**

Em qualquer tipo de investigação, a dimensão da amostra, deve ser determinada no período em que se está a desenhar ou estruturar o estudo. De acordo com a teoria de Salant and Dillman (1994), para determinarmos o tamanho de uma amostra, devemos ter em consideração 4 fatores: qual o erro da amostra que podemos admitir, atendendo ao tamanho da população em estudo; o tamanho da população; variedade dos fatores que interessam estudar na população em causa e qual a estimativa do subgrupo mais pequeno.

No entanto, o método da estimativa do tamanho da amostra que mais frequentemente se usa, é a de Krejcie e Morgan (1970), existindo uma tabela que nos permite facilmente, e, tendo em conta a população alvo, saber qual o tamanho da nossa amostra.

Para o desenvolvimento deste trabalho, foi selecionada uma amostra de 767 Pais/Encarregados de Educação de crianças e jovens, com idades de 7,10 e 13 anos, alunos de dois Agrupamentos de Escolas, com características sócio - económicas, similares às dos alunos das Escolas do Concelho de Almada e abrangidos pelo Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral do Agrupamento de Centros de Saúde de Almada. Estes indivíduos responderam a um questionário, cuja primeira parte, com dez questões, tinha por objetivo de conhecer os aspetos socioeconómicos, nível de escolaridade condições

habitacionais e dimensão do agregado familiar, que permitiram caracterizar a população em estudo, nos fatores mencionados.

Relativamente á segunda parte do questionário, as dez perguntas efetuadas, relacionam-se especificamente com o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, na vertente de tratamentos contratualizados.

No caso da nossa investigação, foram entregues no ano letivo 2009/2010 no Concelho de Almada, cerca de 4670 cheques dentista, a crianças e jovens com 7,10 e 13 que frequentaram os estabelecimentos de ensino público ou Instituições privadas de solidariedade social.

Pela tabela de Krejcie e Morgan (1970), implica que temos de obter, pelo menos, 357 questionários, respondidos pelos pais ou encarregados de educação destes alunos.

Nas escolas que integram os dois Agrupamentos selecionados: Agrupamentos de Escolas Conceição e Silva, foram entregues no ano letivo 2009/2010, cerca de 455 cheques dentistas distribuídos da seguinte forma:

- crianças nascidas em 2002, corte dos 7 anos – 209 cheques
- crianças nascidas em 1999, coorte dos 10 anos - 203 cheques
- crianças nascidas em 1996, coorte dos 13 anos – 43 cheques

Nas escolas do Agrupamento Ruy Luís Gomes, foram entregues no referido ano letivo, cerca de 392 cheques dentista, distribuídos da seguinte forma:

- crianças nascidas em 2002, coorte dos 7 anos – 134 cheques
- crianças nascidas em 1999, coorte dos 10 anos - 134 cheques
- crianças nascidas em 1996, coorte dos 13 anos – 124 cheques

Para este estudo, foram entregues cerca de 767 questionários, embora tivessem sido entregues na totalidade nos dois agrupamentos cerca de 847 cheques dentista no ano letivo de 2009/2010. Esta diferença, de cerca de 87

alunos, tem a ver com o facto de estes alunos terem entretanto sido transferidos para outras escolas, não pertencentes ao concelho de Almada.

Nos dois Agrupamentos selecionados, dos 767 questionários entregues, foram recebidos, devidamente preenchidos 372 (49%), os quais foram objeto de análise estatística.

#### **5.4 Instrumentos de Recolha de Dados**

A recolha de dados, foi efetuada em dois Agrupamentos de Escolas do Concelho de Almada, representativos em características socioeconómicas, culturais similares às do Concelho de Almada, assim como, em número de alunos abrangidos por este Programa, que receberam Cheque Dentista.

Tivemos como base para a escolha destes Agrupamentos, os resultados obtidos relativamente á taxa de utilização do Cheque Dentista aos 7,10, e 13 anos dos alunos que frequentam os dois Agrupamentos do Concelho de Almada, serem similares às taxas do Concelho Almada (29%) e às taxas obtidas na Região de Lisboa e Vale do Tejo (38,3%)

Usamos como instrumento um questionário, tendo para o efeito solicitada autorização, ao Presidente do Conselho Executivo de cada um dos Agrupamentos. A autorização foi concedida por escrito, tendo sido indigitado, um professor que seria o responsável por acompanhar as diversas fases da aplicação do inquérito, assim como pelo contacto com os professores e encarregados de educação.

##### **5.4.1 – Caracterização do Questionário**

A técnica utilizada, foi a de inquérito por questionário, uma técnica de observação não participativa, apoiada numa sequência de perguntas escritas dirigidas a um conjunto de indivíduos (País ou Encarregados de Educação de alunos de nascidos em 2002,1999 e 1996), que registam as suas opiniões,

representações, as suas crenças ou várias informações factuais sobre eles próprios ou o seu meio, Birou, Alain. (1982)

O questionário foi elaborado, de modo que a que, as 5 primeiras questões, referem-se à caracterização socioeconómica e cultural dos inquiridos, sexo, idade, nacionalidade, estado civil, nível escolar, situação face ao emprego, rendimento mensal do agregado familiar, tipo de habitação, número de elementos do agregado familiar e de filhos.

Na questão 6, podemos inferir, qual a importância que dão à sua própria saúde oral, com a utilização de uma questão fechada, escalar sobre o hábito de ir ao Dentista/ Higienista Oral.

As restantes 5 perguntas, referem-se especificamente ao PNPSO – Cheque Dentista.

A pergunta 7 é dicotómica, e investiga se o inquirido recebeu o cheque dentista. Em caso de resposta negativa, passa-se para nova pergunta aberta onde se averigua as razões pelas quais não recebeu o cheque dentista. E de seguida o questionário continua na pergunta 10.

A pergunta 8 é também dicotómica. Aplica-se somente a quem usou o cheque dentista (resposta afirmativa na pergunta 7). Averigua se o inquirido usou ou não o referido cheque. Em caso de resposta negativa são dadas 6 hipóteses de respostas fechadas e 1 aberta para averiguar o motivo da não utilização do cheque.

As questões 9.1 e 9.2 são dicotómicos. A 9.1 investiga se o inquirido recebeu o cheque em tempo útil e se foi informado sobre o prazo de validade do mesmo.

A 9.2 investiga a qualidade do atendimento e do (s) tratamento (s) recebidos na clínica contratualizada. Em caso de resposta negativa solicita-se, em pergunta aberta, em que o inquirido baseou a sua resposta.

Na pergunta 10 utilizou-se a escala de Linkert para classificar a importância que o cheque dentista teve para os inquiridos.

A pergunta 11 procura sugestões para a melhoria do programa. Tem três opções de resposta fechada, com duas que solicitam respostas abertas.

O questionário foi elaborado, tendo em conta o objetivo deste estudo.

Validação do questionário, segundo Streiner & Norman (1995) poderemos ter validade de rosto (validade aparente ou validade externa) e validade de conteúdo são descrições técnicas de julgamento, para que uma escala pareça razoável. A validade externa, indica-nos a sua aparência, o instrumento parece estar a avaliar as qualidades desejadas. A validade de conteúdo, é um conceito que efetua um relato de forma mais verdadeira, avaliando se todas as amostras do instrumento são relevantes, tem conteúdo ou domínios importantes. Tanto a validade de face quanto a de conteúdo pode ser verificada através da análise do grupo de peritos.

Realizou-se um pré-teste ao questionário, com Pais/Encarregados de Educação de alunos com características similares aos dois Agrupamentos objeto de estudo. O pré-teste foi aplicado aos Pais/Encarregados de Educação de 76 alunos de uma Escola com características, similares aos dos Agrupamentos em estudo. Também nesta escola, tivemos a preciosa ajuda do professor António Guerreiro, que fez a interligação entre os professores diretores de turma e os encarregados de educação dos alunos, aos quais se destinavam os questionários. Foram recebidos 46 questionários, dos quais tiveram de ser anulados 11, pelo facto de terem sido preenchidos com as idades dos alunos e não dos Encarregados de Educação. Assim, ficamos com 35 questionários disponíveis, para o pré-teste.

Após análise dos questionários, verificamos que nenhuma das perguntas, deu origem a respostas que não fossem adequadas, ou demonstrassem não terem sido percebidas pelo respondente.

Por tal fato não tivemos de reformular, acrescentar ou retirar nenhuma pergunta. Tivemos apenas de reforçar junto dos Professores Diretores de turma a ideia de que as idades a colocar nos questionários, era a dos Pais/Encarregados de educação, para além de colocar uma adenda no início do questionário para que essa informação estivesse bem presente.

### **5.5 Instrumento de análise de dados**

Usámos dois instrumentos de análise de dados: o SPSS, *Statistical Package for the Social Sciences*, que permite a análise de dados com testes paramétricos ou não paramétricos, sendo construído especialmente para o uso em ciências sociais, onde as amostragens de pequena dimensão e o uso de variáveis nominais, ou ordinais são mais frequentes, como acontece com o nosso estudo.

Foram usados os testes  $X^2$  (Qui-quadrado) e análise de frequências.

O Excel, com o qual construímos uma tabela de análise de conteúdo, permitiu-nos efetuar a análise de conteúdo das perguntas abertas.

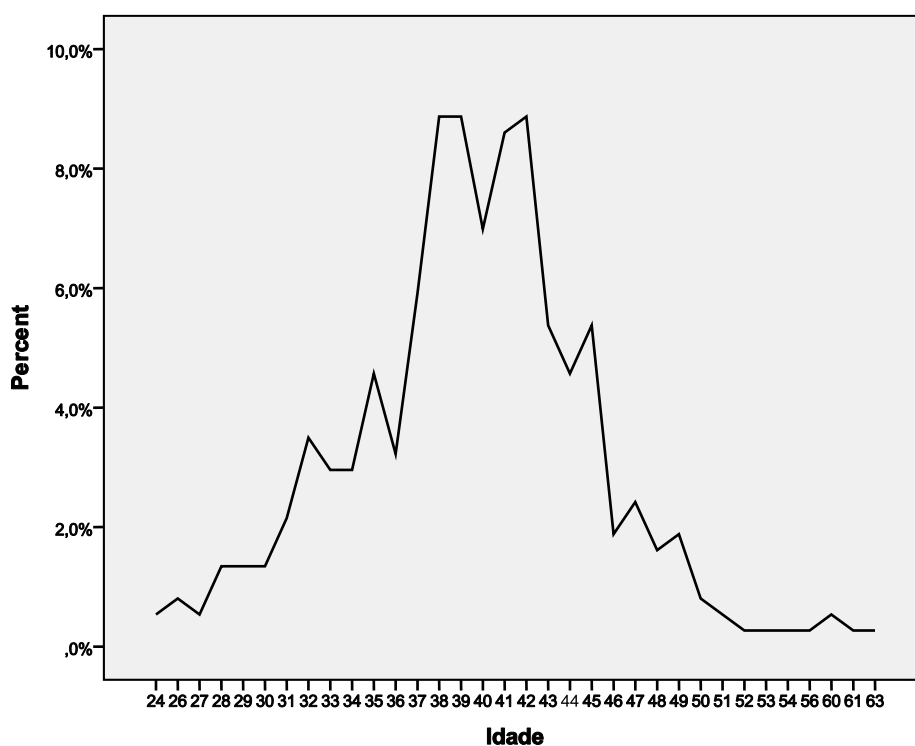


## 6 – Apresentação de resultados

Como já foi dito anteriormente, foram entregues 760 questionários, dos quais apenas 372 (49%) foram devolvidos devidamente respondidos. As razões apresentadas para não entrega do questionário, foi sempre o esquecimento. Os inquiridos receberam, os questionários no início das reuniões de avaliação, no final das referidas reuniões, os questionários deveriam ser entregues, devidamente preenchidos, aos diretores de turma. Na maioria dos casos isto, não acontecia, esquecendo-se de os entregar, apesar de ter sido solicitado a sua entrega, por diversas vezes.

A amostra em estudo é constituída por 372 indivíduos. Do quadro 1, ao quadro 10, apresenta-se a caracterização da amostra no que se refere à idade, sexo, nacionalidade, estado civil, nível de escolaridade, situação face ao emprego, rendimento mensal do agregado familiar, situação habitacional, número de elementos do agregado familiar e número de filhos.

Gráfico 1 – Distribuição por idades



Dos 372 indivíduos inquiridos, 265 indivíduos (71%) da amostra tem idades compreendidas entre os 35 e os 45 anos, sendo o grupo etário com maior número de indivíduos, 38, 39 e 42 anos (33 indivíduos), seguindo-se os de 41 anos (32 indivíduos), os de 40 anos ( 26 indivíduos) com 37 anos (22 indivíduos) e por fim com 43 e 45 anos (20 indivíduos). Os elementos mais novos desta amostra tem 24 anos (2 indivíduos) e o mais idoso, tem 63 anos.

Quadro 1 – Distribuição por sexo

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sexo	Masculino	95	25,5	25,5
	Feminino	277	74,5	100,0
	Total	372	100,0	

Como podemos ver no quadro 1, existe uma predominância de elementos do sexo feminino, sendo 95 indivíduos do sexo masculino, correspondendo a uma percentagem de 25,5% e 277 indivíduos do sexo feminino, correspondente a uma percentagem de 74,5 % do total da amostra.

Quadro 2 - Nacionalidade

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Nacionalidade	Portuguesa	337	90,6	90,6
	Brasileira	13	3,5	94,1
	Africano PALOP	19	5,1	99,2
	Leste europeu	1	,3	99,5
	Outras	2	,5	100,0
	Total	372	100,0	

No que se refere à nacionalidade, como podemos ver no quadro 2, 90,6% dos inquiridos têm nacionalidade portuguesa, seguindo-se os indivíduos de nacionalidade africana, originários de países africanos de expressão portuguesa com 5,1%, em segundo lugar e 3,5 % têm nacionalidade brasileira, havendo ainda indivíduos originários de países de leste e árabes.

Quadro 3 – Estado civil

	Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Estado Solteiro	84	22,6	22,6
Cível Casado	201	54,0	76,6
União de facto	34	9,1	85,8
Divorciado	48	12,9	98,7
Viúvo	5	1,3	100,0
Total	372	100,0	

Relativamente a estado civil dos inquiridos, 54% são casados, 22,6% solteiros, 12,9% divorciados, a viver em união de facto 9,1% e viúvos 1,3%. Pelos resultados obtidos, a maioria dos inquiridos são casados, mas podemos concluir que, cerca de 37 % destas famílias são de estrutura mono parental.

Relativamente aos dados apresentados no quadro 4, a maioria dos inquiridos tem um nível de escolaridade abaixo do ensino secundário, 72,8%, inseridos nesta percentagem, temos cerca de 1,6% dos indivíduos que não sabe ler nem escrever. 21,2 % São licenciados, 3,5% têm cursos técnico profissionais e 2,4% têm mestrado.

Quadro 4 – Nível de Escolaridade dos Inquiridos

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Nível de escolaridade	Não sabe ler nem escrever	6	1,6	1,6
	Sabe ler e escrever, mas não possui nenhum nível de escolaridade	6	1,6	3,2
	Primeiro ciclo	41	11,0	14,2
	Segundo ciclo	27	7,3	21,5
	Terceiro ciclo	82	22,0	43,5
	Ensino secundário	109	29,3	72,8
	Ensino técnico-profissional	13	3,5	76,3
	Licenciatura	79	21,2	97,6
	Mestrado	9	2,4	100,0
	Total	372	100,0	

No que diz respeito à situação face ao emprego, com os dados apresentados no quadro 5, dos 346 respondentes, 74,9% estão empregados. No grupo dos desempregados, o subgrupo que apresenta a percentagem mais elevada, 13,9%, é a dos desempregados há mais de 2 ano. Desta forma, no subgrupo dos desempregados, evidencia-se uma grande percentagem de desemprego de longa duração.

Quadro 5 – Situação face ao emprego

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Situação face ao emprego	Empregado	259	74,9	74,9
	Desempregado há menos de 1 ano	27	7,8	82,7
	Desempregado de 1 a 2 anos	12	3,5	86,1
	Desempregado há mais de 2 anos	48	13,9	100,0
	Total	346	100,0	
Missing	9	26		
Total		372		

Quadro 6 – Rendimento mensal do agregado familiar

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Rendimento mensal	até 500 euros	73	21,5	21,5
	de 500 a 1000 euros	93	27,4	49,0
	de 1000 a 1500 euros	63	18,6	67,6
	de 1500 a 2000 euros	45	13,3	80,8
	de 2000 a 2500 euros	34	10,0	90,9
	superior a 2500 euros	31	9,1	100,0
Total	339	100,0		
Missing	9	33		
Total		372		

Relativamente ao rendimento mensal do agregado familiar, responderam 91,1% dos inquiridos.

A maioria dos respondentes, 49% têm um rendimento mensal inferior a 1000 euros, 18,6% referiram ter rendimentos entre os 1000 e 1500 euros. 32,4% dos inquiridos, mencionam ter rendimentos mensais superiores a 1500 euros

Dos resultados anteriores, poderemos concluir que estamos perante uma população maioritariamente de baixos rendimentos.

Quadro 7 – Situação habitacional

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Tipo de Habitação	Própria	260	70,3	70,3
	Alugada	87	23,5	93,8
	Outra	23	6,2	100,0
	Total	370	100,0	
Missing	9	2		
Total		372		

A maioria dos indivíduos inquiridos, 70,3%, referem habitar em casa própria e 23,5% em casa alugada. À opção, outro tipo de habitação respondeu 6,2%, contemplando as seguintes opções: habitação em casa de familiares, quartos alugados, partilha de habitação com outra família ou habitação em casa camarárias.

O quadro 8, refere-se os dados do número de elementos do agregado familiar, sendo a maior percentagem pertencente às famílias constituídas por 4 elementos, 41,9%, seguindo-se as famílias compostas por 3 elementos, 25,4%, com 5 elementos 14,3%, 2 elementos 11,4% e 6 e 7 elementos com respetivamente 4,1 % e 2,4%. Temos assim, neste grupo famílias

maioritariamente constituídas por 3 e 4 elementos. Relativamente ao número de filhos, como podemos verificar, pelos resultados do quadro 9, a maioria das famílias tem 2 filhos 49,3%, seguindo-se as famílias com 1 filho com 28,2% e com 3 filhos 16 %.

Quadro 8 – Dimensão do agregado familiar

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Nº de Elementos do	2	42	11,4	11,4
Agregado Familiar	3	94	25,4	36,8
	4	155	41,9	78,6
	5	53	14,3	93,0
	6	15	4,1	97,0
	7	9	2,4	99,5
	8	1	,3	99,7
	13	1	,3	100,0
	Total	370	100,0	
Missing	9	2		
Total		372		

Quadro 9 – Número de filhos

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Nº de filhos	0	1	,3	,3
	1	104	28,2	28,5
	2	182	49,3	77,8
	3	59	16,0	93,8
	4	13	3,5	97,3
	5	10	2,7	100,0
	Total	369	100,0	
Missing	9	3		
Total		372		

Quadro 10 - Relação do rendimento com a dimensão do agregado familiar

		Dimensão do agregado familiar								Total
		2	3	4	5	6	7	8	13	
Rendimento do agregado familiar	até 500 euros	12	9	20	15	8	6	1	1	72
	de 500 a 1000 euros	19	26	31	15	1	1	0	0	93
	de 1000 a 1500 euros	7	16	29	5	5	0	0	0	62
	de 1500 a 2000 euros	0	16	25	3	1	0	0	0	45
	de 2000 a 2500 euros	1	10	21	2	0	0	0	0	34
	superior a 2500 euros	0	10	13	8	0	0	0	0	31
Total		39	87	139	48	15	7	1	1	337

Se relacionarmos a dimensão do agregado familiar, com o seu rendimento mensal, vamos obter os seguintes resultados:

Com rendimentos até aos 500 euros temos 27,7% do agregado familiar com 4 elementos, 20,8% com 5 elementos e 16,6 % com 2 elementos.



Com rendimentos entre os 500 e os 1000 euros temos 33% com 4 elementos, 28% com 3 elementos, 20,4% com 2 elementos e 16% com 5 elementos.

Com rendimentos entre os 1000 e 1500 euros temos 46,7% com 4 elementos, 25,8% com 3 elementos e 8% com 5 e 6 elementos.

Com rendimentos superiores a 1500 euros, o parâmetro do comportamento da distribuição do rendimento mensal mantém-se, cabendo a maior percentagem ao agregado familiar com 4 elementos, seguindo-se com 3 e em terceiro lugar 5 elementos.

Após análise do quadro 10, poderemos concluir que os agregados familiares com maior número de elementos, acima dos 5 elementos, auferem na sua maioria, rendimentos mensais abaixo dos 1000 euros.

Quadro 11 – Rendimento do Agregado familiar relacionando com o número de filhos

		Número de filhos						Total
		0	1	2	3	4	5	
Rendimento do agregado familiar	Até 500 euros	1	16	23	18	4	8	70
	De 500 a 1000 euros	0	34	42	12	4	1	93
	De 1000 a 1500 euros	0	16	35	7	4	1	63
	De 1500 a 2000 euros	0	14	27	4	0	0	45
	De 2000 a 2500 euros	0	8	24	2	0	0	34
	Superior a 2500 euros	0	8	15	8	0	0	31
Total		1	96	166	51	12	10	336

Quando cruzámos os dados relativos ao rendimento do agregado familiar com o número de filhos, obtivemos em todos os níveis de rendimento, as percentagens mais elevadas nas famílias com 2 filhos, seguindo-se as famílias com 1 filho e em terceiro lugar com 3 filhos.

Devemos ainda referir, que as famílias com 5 filhos, têm a sua percentagem mais elevada, no rendimento mais baixo (até aos 500 euros), cerca de 11,4%,

deixando de ter qualquer representatividade, a partir do escalão dos 1500 aos 2000 euros. Poderemos assim concluir que os agregados familiares de menores recursos, são os que apresentam maior número de filhos.

Quadro 12 – Hábito de ir ao Dentista/ Higienista Oral

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Nº de vezes que vai ao dentista /higienista oral	1 vez por ano	134	36,5	36,5
	2 vezes por ano	87	23,7	60,2
	Mais de 2 vezes por ano	69	18,8	79,0
	Só quando tem dores	67	18,3	97,3
	Nunca	10	2,7	100,0
	Total	367	100,0	
Missing	9	5		
Total		372		

Relativamente aos hábitos de consultar um profissional especializado em saúde oral, obtivemos os resultados, que se encontram no quadro 12. A maioria dos inquiridos tem o hábito de ir ao Dentista/ Higienista Oral, uma vez por ano 36,5%, duas vezes por ano 23,7%, mais de duas vezes por ano 18,8 % e 18,3% só vai ao Dentista quando tem dores. 2,75% dos indivíduos que referem, nunca ir ao Dentista.

Pelos resultados obtidos e já mencionados anteriormente, poderemos dizer que estamos perante uma população constituída maioritariamente por mulheres, de nacionalidade portuguesa, com um nível médio de escolaridade, com uma

média de dois filhos e 4 elementos no agregado familiar, com rendimento mensal abaixo dos 1000 euros e habitando em casa própria.

A maioria dos inquiridos refere ter o hábito de ir ao Dentista/Higienista Oral pelo menos uma vez por ano.

## 6.1 Resultados referentes ao PNPSO – SOCJ – Cheque Dentista

Quadro 13 – Resumo dos resultados globais sobre o programa

	O seu filho/educando recebeu o Cheque Dentista?	Se respondeu sim, usou o cheque dentista?	Porque não usou o Cheque Dentista	Recebeu cheque dentista em tempo útil	Foi informado da validade do cheque dentista?	Teve acesso à lista de clínicas aderentes?	Foi informado dos tratamentos s a que tinha direito?	Foi informado dos tratamentos s a que tinha direito pelas clínicas?	O seu filho/educando efetuou todos os tratamentos necessários?	Como classifica este tipo de iniciativa?
N	372	354	173	318	303	326	321	240	235	367
Nulos	0	18	199	54	69	46	51	132	137	5

Quadro 14 – Resultados sobre a recepção do cheque dentista

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Recebeu Cheque Dentista	Sim	346	93,0	93,0
	Não	26	7,0	100,0
	Total	372	100,0	

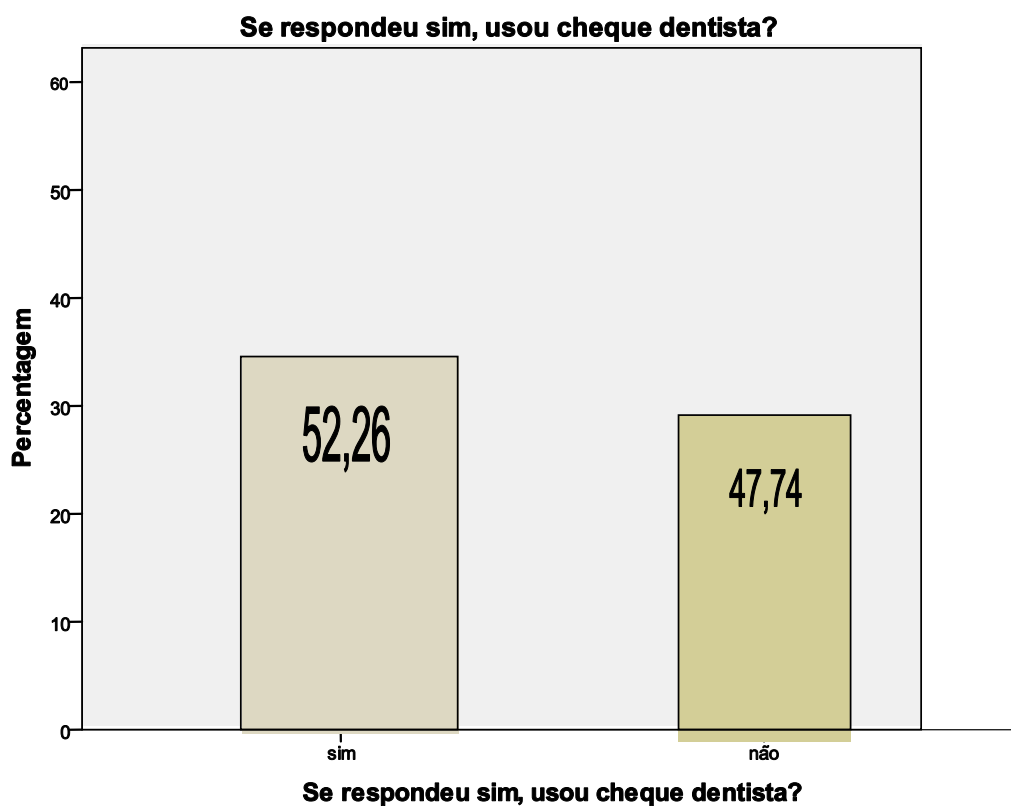
Dos 372 indivíduos inquiridos, 93% referem ter recebido o cheque dentista, tendo 7 % respondido negativamente. Através da análise de conteúdo que foi efetuada para as respostas negativas a esta pergunta, 35% dos indivíduos afirmaram desconhecer as razões pelas quais não tinham recebido o cheque dentista.

Quadro 15 – Utilização do cheque dentista

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Usou o Cheque	Sim	185	52,3	52,3
Dentista?	Não	169	47,7	100,0
	Total	354	100,0	
Missing	9	18		
Total		372		

Houve 8 inquiridos, que tendo respondido na pergunta 7, não terem recebido o cheque dentista, foram posteriormente responder por lapso, à pergunta número 8, por esse motivo, surge a discrepância entre a 346 indivíduos do quadro 14 e os 354 do quadro 15. No entanto este lapso não influenciou os resultados finais, uma vez que não considerámos as respostas à pergunta indevidamente respondida. Temos então, que dos respondentes a esta questão, 54,4% usou o cheque dentista e 46,5 % não utilizou.

Gráfico 2 – Percentagem de utilização do cheque dentista



À pergunta relativa às razões que levaram à não utilização do cheque dentista, obtivemos 46,5% de respostas, 53,5 % não respondeu.

Dos 173 indivíduos que responderam, mencionando quais razões para a não utilização do cheque:

- 51,4%, refere não ter usado, por ter dentista particular,
- 7,5%, responderam não terem necessidade de tratamentos
- 4,6% não consideram importantes este tipo de tratamentos,
- 2,9% mencionou recorrer a tratamentos só em caso de urgência,
- 2,3% não tem por hábito efetuar este tipo de consultas
- 2,3% tem medo de efetuar este tipo de tratamentos.

28,9% dos inquiridos, apresentaram outras razões para a não utilização do cheque dentista, para a qual foi efetuada uma análise de conteúdo que se encontra em anexo e que aqui apresentamos os resultados.

Quadro 16 – Fatores mencionados para a não utilização do cheque dentista

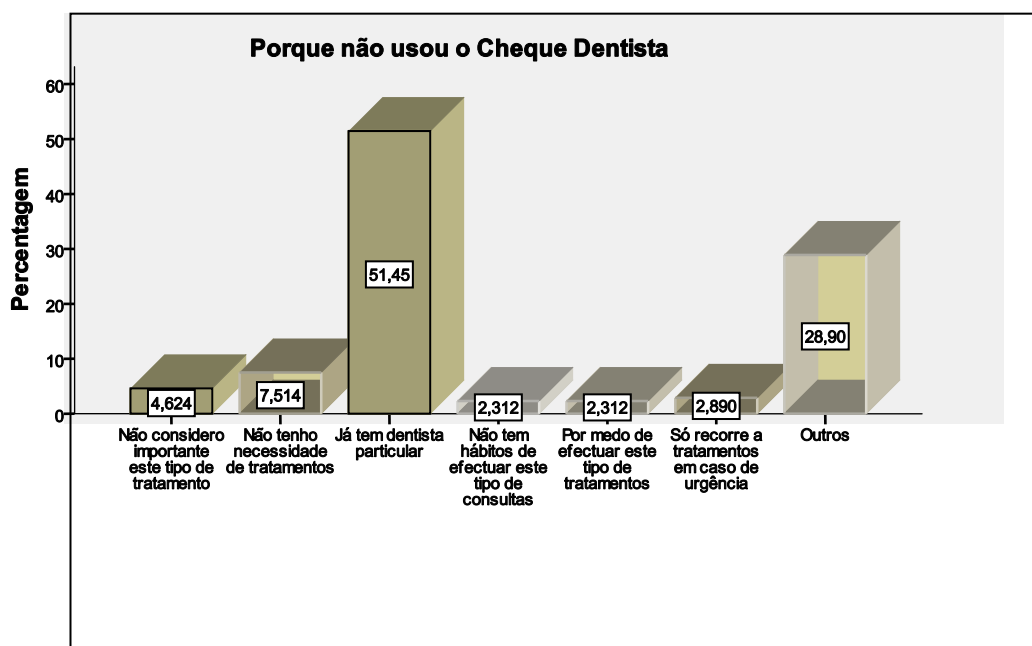
		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Porque não usou o cheque dentista?	Não considero importante este tipo de tratamento	8	4,6	4,6
	Não tenho necessidade de tratamentos	13	7,5	12,1
	Já tem dentista particular	89	51,4	63,6
	Não tem hábitos de efetuar este tipo de consultas	4	2,3	65,9
	Por medo de efetuar este tipo de tratamentos	4	2,3	68,2
	Só recorre a tratamentos em caso de urgência	5	2,9	71,1
	Outros	50	28,9	100,0
	Total	173	100,0	
Missing	9	199		
Total		372		

Dos 50 respondentes que escolheram a opção “outros”:

- 17 (34%) Referiram ter deixado passar a validade,
- 14 (28%) Foram informados pelas Clínicas/Médicos às quais se dirigiram, que estes cheques dentista “só davam para efetuar alguns tratamentos (selantes e “limpezas”) (SIC), tecnicamente as “limpezas” significam destartarizações.
- 5 (10%) Referem, não ter usado o cheque, pelo facto de algumas Clínicas/Médicos contratualizados, lhe terem solicitado compensações monetárias para efetuar tratamentos.

- 4 (8%) Responderam que nem todas as Clínica/Médicos aceitaram os cheques
- 3 (6%) Perderam o cheque dentista
- 3 (6%) Falta de tempo para usarem o cheque
- 2 (4%) Não tinha necessidade
- 1(2%) Tratamento incorreto por parte do Médico Dentista, onde se dirigiu para usar o cheque dentista
- 1(2%) Não leu, rasgou e deitou fora.

Gráfico 3 – Outros fatores que levaram à não utilização do cheque dentista





Quadro17 – O cheque dentista foi entregue em tempo útil?

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Recebeu o cheque dentista em tempo útil?	Sim	301	94,7	94,7
	Não	17	5,3	100,0
	Total	318	100,0	
Missing	9	54		
Total		372		

Quadro 18 – Informações sobre validade do cheque dentista

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Foi informado sobre a validade do cheque	Sim	239	78,9	78,9
	Não	64	21,1	100,0
	Total	303	100,0	
Missing	9	69		
Total		372		

Quando questionados sobre se receberam o cheque em tempo útil, 94,7% responderam afirmativamente e 17% afirmaram ter recebido o cheque fora de prazo.

Relativamente à questão sobre a validade do cheque dentista 78,9 % dos inquiridos responderam, que foram devidamente informados quanto à validade do cheque dentista, enquanto 21,1% responderam que não.

Quadro 19 – Acesso a informação sobre quais as Clínicas e Médicos aderentes

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Foi informada sobre alista de Clínicas/Médicos aderentes?	Sim	190	58,3	58,3
	Não	136	41,7	100,0
	Total	326	100,0	
Missing	9	46		
Total		372		

A esta pergunta responderam 326 indivíduos, 58,3% referem que receberam informação sobre quais as Clínicas e Médicos aderentes e 41,7% responderam que não receberam qualquer tipo de informação.

Não responderam a esta pergunta 46 indivíduos.

Quadro 20 – Informação sobre os tratamentos a que tinha direito

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Foi Informado sobre os tratamentos a que tinha direito?	Sim	179	55,8	55,8
	Não	142	44,2	100,0
	Total	321	100,0	
Missing	9	51		
Total		372		

Dos respondentes, 55,8% disseram que tiveram informações sobre os tratamentos a que tinham direito, enquanto 44,2%, responderam não ter tido qualquer tipo de informação sobre este assunto.

Quadro 21 – Qualidade do atendimento nas clínicas/dentistas contratualizadas e inormação dos tratamentos a que tinha direito.

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Informação sobre os tratamentos a que tinha direito, prestados pelas Clínicas	Sim	174	72,5	72,5
	Não	66	27,5	100,0
	Total	240	100,0	
Missing	9	132		
Total		372		

Quadro 22 – Resultados sobre os tratamentos efetuados.

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Foram efetuados todos os tratamentos necessários?	Sim	154	65,5	65,5
	Não	81	34,5	100,0
	Total	235	100,0	
Missing	9	137		
Total		372		

Quando questionados, acerca das informações prestadas pelas Clínicas/Dentista sobre os tratamentos a que tinham direito, 72,5% dos respondentes, afirmaram que foram informados sobre os tratamentos a que tinham direito, enquanto 27,5% não receberam qualquer tipo de informação. Relativamente à questão sobre a realização dos tratamentos necessários, 65,5% responderam afirmativamente e 34,5% referem não terem sido efetuados todos os tratamentos necessários.

A resposta negativa à questão sobre a realização dos tratamentos necessários, resultava numa pergunta aberta, onde se mencionavam as razões que levaram à não realização de todos os tratamentos necessários. Os resultados foram obtidos através de análise de conteúdo, que se encontra no anexo 2.

Dos 81 indivíduos que responderam negativamente a esta questão, apenas 38,3% (n=31) referiram as razões pelas quais não completaram os tratamentos necessários.

Os resultados foram os seguintes:

- 19 (61,3%) não efetuaram tratamentos de cáries, porque os cheques só davam para aplicar selantes e efetuar “limpezas” .
- 10 (32,3%) não completaram os tratamentos porque as Clínicas/Médicos contratualizados, lhe solicitaram compensações monetárias para efetuar e finalizar os tratamentos.
- 1 (3,2%) referem que a clínica não tinha informação sobre os tratamentos que podiam efetuar.
- 1 (3,2%) a criança foi tratada desadequadamente pelo profissional de saúde oral que o atendeu.

Quadro 23 – Classificação do Programa

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Como classifica este tipo de iniciativa	Muito importante	285	77,7	77,7
	Importante	55	15,0	92,6
	Razoavelmente importante	19	5,2	97,8
	Pouco importante	4	1,1	98,9
	Nada importante	4	1,1	100,0
	Total	367	100,0	
Missing	9	5		
Total		372		

À questão de como classificaria o programa de saúde oral, na sua vertente de tratamentos contratualizados e tendo em conta os resultados do quadro 23,

podemos concluir que este tipo de programas é muito importante para as pessoas que deles podem usufruir.

Quadro 24 – Alterações propostas ao programa

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
O que alteraria no Programa?	Nada	39	11,1	11,1
	Estendia o programa a outras idades	90	25,6	36,6
	Aumentaria o tipo de tratamentos	125	35,5	72,2
	Suspendia o programa	1	,3	72,4
	Outras	11	3,1	75,6
	Estendia o programa a outras idades e aumentava o tipo de tratamentos	83	23,6	99,1
	Estendia a outras idades e mais tempo de validade	3	,9	100,0
	Total	352	100,0	
Missing	9			
Total	372			

Relativamente ao quadro 24 que se reporta aos resultados da pergunta 11 do questionário, onde se pergunta quais as alterações que efetuará ao programa, a maioria dos indivíduos, 35,5% sugerem o aumento de tipo de tratamentos, 25,6% estendia o programa a outras idades, 23,6% estendia o programa a outras idades e aumentava o tipo de tratamentos, 11,1% não alteravam nada, 3,1% sugeriram outro tipo de alterações, tais como:

- Entrega do cheque dentista mais do que uma vez por ano

- Reembolso do valor do cheque, sem ter de recorrer somente a médicos aderentes.
- Aumento do número de Clínicas/ Médicos aderentes.
- Melhorar o processo de encaminhamento para as Clínicas/Médicos e facilidade no processo.
- Aumentava a informação contida no cheque dentista.
- Deixar os compadrios.
- Alargaria o Programa aos pais.
- Disponibilizava Dentistas gratuitos para as pessoas de baixo rendimento.
- Apostava num Programa obrigatório de prevenção.
- Fiscalização dos tratamentos efetuados.

Quadro 25 – Relação do hábito ir ao dentista/Higienista Oral com o sexo

		Tem por hábito ir ao dentista/Higienista Oral					Total
		1 vez por ano	2 vezes por ano	mais de 2 vezes por ano	só quando tem dores	nunca	
Sexo	Masculino	36 (38,7%)	24 (25,8%)	16 (17,2%)	16 (17,2%)	1 (1,1%)	93
	Feminino	98 (35,8%)	63 (23%)	53 (19,34%)	51 (18,6%)	9 (3,2%)	274
Total		134	87	69	67	10	367

Relativamente aos resultados do quadro 25, em que se relaciona o sexo com o hábito de ir aos Dentista/ Higienista Oral, não existem grandes diferenças entre os indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino. Verificam-se pequenas diferenças, nas duas últimas opções de respostas, a percentagem de mulheres que nunca vão ao dentista (3,2%) ou que só vão ao dentista quando tem dores

(18,6%), é superior à dos homens. Os homens têm uma percentagem superior às mulheres nas idas ao Dentista/Higienista Oral uma vez por ano (38,7%) e duas vezes por ano (25,8%). Daqui podemos concluir que, neste estudo, os homens têm mais cuidado com a sua saúde oral do que as mulheres.

Quadro 26 – Relação do nível de escolaridade com o hábito de ir ao Dentista/Higienista Oral

		Tem por hábito ir ao dentista/Higienista Oral					Total
		1 vez por ano	2 vezes por ano	Mais de 2 vezes por ano	Só quando tem dores	Nunca	
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	1	0	1	3	1	6
	Sabe ler e escrever, mas não possui nenhum nível de escolaridade	1	2	0	2	1	6
	Primeiro ciclo	12	9	7	11	2	41
	Segundo ciclo	7	2	6	9	3	27
	Terceiro ciclo	30	16	13	18	3	80
	Ensino secundário	52	25	17	13	0	107
	Ensino técnico-profissional	5	2	1	5	0	13
	Licenciatura	24	25	23	6	0	78
	Mestrado	2	6	1	0	0	9
Total		134	87	69	67	10	367

Relativamente á relação do nível de escolaridade com o hábito de ir aos Dentista/Higienista Oral, existe uma relação entre o nível de escolaridade com a frequência das consultas com Dentista/ Higienista Oral. O maior número de respostas nas idas ao Dentista/Higienista Oral, 1 vez por ano, 2 vezes por ano

ou mais de 2 vezes por ano, é dos indivíduos com licenciatura (30,8%) (32%) (29,5%). Nos indivíduos que menos cuidados têm com a sua saúde oral, temos os que vão ao Dentista/Higienista Oral só quando têm dores, com um nível de escolaridade de primeiro ciclo (27%).

Quadro 27 – Relação da situação face ao emprego com o hábito de ir aos Dentista/Higienista Oral

		Tem por hábito ir ao Dentista/Higienista Oral					Total
		1 vez por ano	2 vezes por ano	mais de 2 vezes por ano	só quando tem dores	nunca	
Situação face ao emprego	Empregado	99	66	48	39	3	255
	Desempregado há menos de 1 ano	8	3	6	8	2	27
	Desempregado de 1 a 2 anos	8	1	0	3	0	12
	Desempregado há mais de 2 anos	11	10	9	12	5	47
Total		126	80	63	62	10	341

Quando relacionamos o hábito de ir ao Dentista/Higienista Oral 1 vez por ano, os desempregados de 1 a 2 anos são os que apresentam uma percentagem mais elevada (66%), seguindo-se os empregados com (38,8%), os desempregados à menos de 1 ano com (29,6%) e os desempregados há mais de 2 anos com (23,4%).

Com o hábito de ir ao Dentista/Higienista Oral 2 vezes por ano, temos a maior percentagem nos empregados com (25,9%), nos desempregados há mais de 2 anos com (21,3%), os desempregados há menos de 1 ano com (11,1%) e os e por fim com (8,3%) os desempregados de 1 a 2 anos. Quando fazemos a pergunta, se vai ao dentista só quando tem dores ou nunca, vamos obter um comportamento semelhante dos grupos, tendo os indivíduos desempregados há menos de 1 ano a maior percentagem (22,2%) e (29,6%) respetivamente,



seguindo-se os desempregados há mais de 2 anos com (19,1%) e (25,5%) e em terceiro lugar os empregados, com (18,8%) e (15,29%).

Pelos resultados obtidos, não existe uma relação direta entre a situação face ao emprego e o hábito de ir ao Dentista/Higienista Oral.

Quadro 28 - Resumo do número de indivíduos que responderam a cada uma das perguntas dos quadros que se seguem e respetivas percentagens

	Casos					
	Validos		Nulos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percent
Escolaridade * O seu filho/educando recebeu o Cheque Dentista?	372	100,0%	0	,0%	372	100,0%
Escolaridade * Se respondeu sim, usou cheque dentista?	354	95,2%	18	4,8%	372	100,0%
Escolaridade * Porque não usou o Cheque Dentista	173	46,5%	199	53,5%	372	100,0%
Situação face ao emprego * O seu filho/educando recebeu o Cheque Dentista?	346	93,0%	26	7,0%	372	100,0%
Situação face ao emprego * Se respondeu sim, usou cheque dentista?	329	88,4%	43	11,6%	372	100,0%
Situação face ao emprego * Porque não usou o Cheque Dentista	161	43,3%	211	56,7%	372	100,0%
Rendimento do agregado familiar * O seu filho/educando recebeu o Cheque Dentista?	339	91,1%	33	8,9%	372	100,0%
Rendimento do agregado familiar * Se respondeu sim, usou cheque dentista?	322	86,6%	50	13,4%	372	100,0%
Rendimento do agregado familiar * Porque não usou o Cheque Dentista	161	43,3%	211	56,7%	372	100,0%

Quadro 29 – Relação entre o nível de escolaridade dos Pais /Encarregados de Educação com o facto de ter recebido o cheque dentista

		O seu filho/educando recebeu o Cheque Dentista?		Total
		Sim	Não	
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	6	0	6
	Sabe ler e escrever, mas não possui nenhum nível de escolaridade	6	0	6
	primeiro ciclo	38	3	41
	segundo ciclo	27	0	27
	terceiro ciclo	76	6	82
	Ensino secundário	103	6	109
	Ensino técnico-profissional	13	0	13
	Licenciatura	68	11	79
	Mestrado	9	0	9
	<b>Total</b>		<b>346</b>	<b>26</b>

Quadro 30 – Relação do nível de escolaridade, com a utilização do cheque dentista.

		Se respondeu sim, usou cheque dentista?		Total
		Sim	Não	
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	2	3	5
	Sabe ler e escrever, mas não possui nenhum nível de escolaridade	4	2	6
	Primeiro ciclo	26	13	39
	Segundo ciclo	16	11	27
	Terceiro ciclo	42	38	80
	Ensino secundário	52	53	105
	Ensino técnico-profissional	10	3	13
	Licenciatura	29	41	70
	Mestrado	4	5	9
	<b>Total</b>		<b>185</b>	<b>169</b>

Se cruzarmos o nível de escolaridade dos pais/encarregados de educação com a utilização do cheque dentista, chegamos á conclusão que os pais

/encarregados de educação que menos usaram os cheques dentista, são os licenciados 58,7% e os com grau de Mestrado com 55,5%.

Relativamente aos que mais usaram o cheque dentista, temos os encarregados de educação com o nível de escolaridade do terceiro ciclo e ensino secundário com um total de 50,8%.

Quadro 31 - Relação do nível de escolaridade, com as razões que levaram a não usar o Cheque Dentista

		Porque não usou o Cheque Dentista							Total
		Não considero importante este tipo de tratamento	Não tenho necessidade de tratamentos	Já tem dentista particular	Não tem hábitos de efetuar este tipo de consultas	Por medo de efetuar este tipo de tratamentos	Só recorre a tratamentos em caso de urgência	Outros	
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	2	0	1	0	0	0	1	4
	Sabe ler e escrever, mas não possui nenhum nível de escolaridade	0	0	1	1	0	0	0	2
	Primeiro ciclo	1	0	6	1	2	0	5	15
	Segundo ciclo	1	1	5	0	0	2	2	11
	Terceiro ciclo	2	6	15	1	1	1	12	38
	Ensino secundário	1	4	26	1	0	1	16	49
	Ensino técnico-profissional	0	0	0	0	0	0	3	3
	Licenciatura	1	2	29	0	1	1	11	45
	Mestrado	0	0	6	0	0	0	0	6
Total		8	13	89	4	4	5	50	173

Independentemente do grau de escolaridade, a razão pela qual a maioria dos respondentes não usou o cheque dentista, está relacionada com o fato de já terem dentista particular.

Quadro 32 - Relação da situação face ao emprego com a utilização do cheque dentista.

		Se respondeu sim, usou cheque dentista?		Total
		Sim	Não	
Situação face ao emprego	Empregado	125	122	247
	Desempregado há menos de 1 ano	13	12	25
	Desempregado de 1 a 2 anos	5	6	11
	Desempregado há mais de 2 anos	27	19	46
Total		170	159	329

Quando relacionamos a utilização do cheque dentista com a situação face ao emprego, não parece existir interligação entre estes dois fatores.

Quadro 33 - Relação da situação face ao emprego com a razão pela qual não utilizou o cheque dentista.

		Porque não usou o Cheque Dentista							Total
		Não considero importante este tipo de tratamento	Não tenho necessidade e de tratamentos	Já tem dentista particular	Não tem hábitos de efetuar este tipo de consultas	Por medo de efetuar este tipo de tratamentos	Só recorre a tratamentos em caso de urgência	Outros	
Situação face ao emprego	Empregado	3	6	72	3	3	1	36	124
	Desempregado há menos de 1 ano	2	4	3	0	0	0	4	13
	Desempregado de 1 a 2 anos	1	1	1	0	0	0	3	6
	Desempregado há mais de 2 anos	1	2	6	0	1	3	5	18
Total		7	13	82	3	4	4	48	161

Não existe relação aparente, entre a situação face ao emprego e os fatores de não utilização do cheque dentista. Independentemente da situação face ao emprego, a maioria dos inquiridos não usou o cheque dentista por já ter dentista particular.

Quadro 34 – Relação do rendimento do agregado familiar com o facto do filho/educando ter recebido o Cheque Dentista.

		O seu filho/educando recebeu o Cheque Dentista?		Total
		Sim	Não	
Rendimento do agregado familiar	Até 500 euros	69	4	73
	de 500 a 1000 euros	83	10	93
	de 1000 a 1500 euros	60	3	63
	de 1500 a 2000 euros	41	4	45
	de 2000 a 2500 euros	32	2	34
	Superior a 2500 euros	29	2	31
Total		314	25	339

Não existe nenhuma relação, pelos resultados obtidos, de que o rendimento do agregado familiar tenha influência no facto de se ter recebido ou não o cheque dentista.

Quadro 35 – Relação do rendimento do agregado familiar com a utilização do cheque dentista.

		Se respondeu sim, usou cheque dentista?		Total
		sim	não	
Rendimento do agregado familiar	até 500 euros	47	23	70
	de 500 a 1000 euros	48	38	86
	de 1000 a 1500 euros	32	27	59
	de 1500 a 2000 euros	14	29	43
	de 2000 a 2500 euros	12	22	34
	superior a 2500 euros	12	18	30
Total		165	157	322

Neste caso, o rendimento do agregado familiar é inversamente proporcional à utilização do cheque dentista.

Relativamente aos resultados obtidos, relacionando o rendimento do agregado familiar com as diversas razões apresentadas para a não utilização do cheque dentista, mantém-se o fator de já terem dentista privado, distribuídos uniformemente pelos diversos escalões de rendimento do agregado familiar.

Quadro 36 – Relação do rendimento do agregado familiar com as causas da não utilização do cheque dentista.

		Porque não usou o Cheque Dentista							Total
		Não considero importante este tipo de tratamento	Não tenho necessidade e de tratamentos	Já tem dentista particular	Não tem hábitos de efetuar este tipo de consultas	Por medo de efetuar este tipo de tratamentos	Só recorre a tratamentos em caso de urgência	Outros	
Rendimento do agregado familiar	até 500 euros	3	2	3	1	1	1	12	23
	de 500 a 1000 euros	2	4	14	1	1	3	15	40
	de 1000 a 1500 euros	1	1	17	2	0	0	9	30
	de 1500 a 2000 euros	0	3	18	0	1	0	4	26
	de 2000 a 2500 euros	0	1	15	0	1	0	5	22
	superior a 2500 euros	1	1	14	0	0	1	3	20
Total		7	12	81	4	4	5	48	161

## 7 – Discussão de Resultados

Os questionários analisados, mostram claramente que o PNPSO-SOCJ cheque dentista, é um programa muito importante para os inquiridos.

A aquisição de hábitos de higiene oral, prevenção e tratamento das doenças orais está positivamente correlacionada com o estatuto sociocultural dos pais/encarregados de educação da nossa amostra. Resultados semelhantes foram encontrados num estudo de Szatko et al. (2004), onde se verificava uma correlação entre o nível de conhecimentos em saúde oral das mães e o seu grau de escolaridade. Quanto mais baixo o nível de escolaridade, menos conhecimentos demonstravam ter sobre saúde oral.

A par das atividades de promoção de saúde oral : ensinios das técnicas de escovagem, vantagens da utilização de flúor, ensino sobre a relação da ingestão de determinados alimentos, com o desenvolvimento das bactérias patogénicas, associadas às principais doenças orais, programas também promovidos e desenvolvidas por higienistas orais, também consideramos o recurso aos tratamentos disponibilizados pelo cheque dentista, como uma das formas de aquisição de hábitos e aprendizagens de saúde oral, por parte dos indivíduos. Facilmente podemos também considerar este instrumento, como uma medida de democratização impelindo á aproximação entre classes.

Os filhos que adquirirem estes hábitos, naturalmente os irão transmitir às futuras gerações, contribuindo para o desenvolvimento geracional, tão inerente ao sucesso da vida humana, traduzindo-se em ganhos em saúde, auto imagem auto cuidado e finalmente auto-estima.

Os resultados também evidenciam, que a taxa de utilização do cheque dentista, nesta amostra é baixa, situando-se ao nível dos resultados das taxas de utilização nacionais.



Portanto podemos considerar que existem obstáculos ao uso do cheque dentista. O nosso questionário identificou os seguintes fatores, por ordem decrescente de importância:

- não necessitar do cheque dentista por já ter dentista particular,
- deixar passar a validade do cheque/ desinteresse pelo cheque
- ter sido informado pelas Clínicas/Médicos contratualizados, que os cheques dentista só davam para efetuar alguns tratamentos, selantes e “limpezas” (destartarizações), ou foram-lhes solicitadas compensações monetárias, para efetuar os tratamentos ou não lhes aceitaram o cheque, ou foram alvo de tratamento incorreto por parte do Médico Dentista que os atendeu.

Claramente o principal fator, foi o já ter dentista particular. Podemos por hipótese que existe uma forte fidelização entre os utentes e os dentistas neste subgrupo. Outra hipótese é que estes dentistas não aderiram a este programa (as candidaturas são espontâneas) talvez por não o considerarem rentável para a sua prática clínica.

Deixar passar a validade do cheque e desinteresse pelo cheque parecem pertencer à mesma categoria, embora talvez em graus diferentes. Sublinhamos que os inquiridos, na sua maioria referem ter recebido o cheque em tempo útil, não sendo por isso este um fator para os deixarem passar de validade. Aqui colocamos por hipóteses de estarmos perante um subgrupo de pessoas, que no geral não investem e sentem-se desinvestidas ao nível dos seus cuidados de saúde. Aprofundaremos esta questão nas conclusões

Finalmente, o outro fator incide sobre a eficácia da aplicação das regras do cheque dentista, por parte dos dentistas contratualizados. Aqui, são referidas algumas irregularidades que podem ser corrigidas através de medidas de

avaliação de qualidade dos tratamentos efetuados, e da obrigatoriedade ao cumprimento efetivo do contracto.

Assim para finalizar, os obstáculos a uma maior taxa de implantação do cheque dentista parecem estar relacionados com duas categorias distintas:

1 – Individuos que já valorizavam, adquiriram e praticavam cuidados de saúde oral, antes do programa , tendo uma relação de confiança prévia com o seu dentista, não transparecendo a necessidade do uso do cheque dentista quer do lado dos inquiridos, quer do lado dos prestadores.

2 – Individuos que não adquiriram a valorização e a prática de cuidados de saúde oral eficazes, quer do lado dos inquiridos quer do lado dos prestadores.

Por fim, é de referir que os homens interiorizaram mais do que as mulheres, as vantagens e práticas destes cuidados altamente diferenciados.

## **8 – Conclusão – Limitações e Perspetivas futuras**

Iniciei este estudo, a partir da minha experiência de campo. Desde o início do PNPSO-SOCJ – cheque dentista, em 2009, que participo nas suas atividades. Desse meu lugar privilegiado, de ação e observação, foram crescendo no meu espírito, algumas ideias e dúvidas, que me conduziram ao desejo de investigar as razões pelas quais, um programa, à partida tão necessário e gratuito, não atingia as expectativas iniciais.

Após análise dos resultados deste estudo, pude concluir que a taxa de utilização desta amostra, recolhida em dois agrupamentos de escolas do concelho de Almada, era também reduzida, portanto, similar à média nacional, fator que poderá dar consistência aos dados deste estudo.

Foi de alguma forma surpreendente, verificar que, a maioria das pessoas que não usaram o cheque dentista, invocaram como razão, o terem já acesso a cuidados dentários, através do seu dentista particular. O que nos levou a intuir, a existência de uma relação de confiança dentista/utente, estabelecida, operante e eficaz. Onde o fator financeiro não foi evocado. De referir que, é habitual, os utentes, que contatam comigo ( e com outros profissionais de saúde oral), queixarem-se de falta de recursos económicos, como fator determinante para o não execução dos tratamentos de saúde oral, dos quais têm necessidade.

Existe no entanto, um outro grupo menor, que também não utiliza o cheque dentista, mas evocando outras razões. Separamos essas razões em dois:

- Individuos que não valorizavam a sua saúde oral, e, portanto, não valorizaram o cheque dentista.

- Individuos que sentiram, que os profissionais contratualizados, não valorizaram o tratamento e o programa, nomeadamente não cumprindo os cuidados e regras contratualizados.

Em relação ao primeiro grupo, salientamos que a nossa experiencia de trabalho em Unidade de Saúde, mostra-nos que existe um franja da população que necessitando de cuidados, a eles não recorre, a não ser em fase muito avançada da doença, no que parece ser, uma dualidade: não me trato, sinto-me mal tratado pelos outros.

Em relação ao segundo grupo, também a nossa experiência, nomeadamente a observação das criança, as conversas e queixas dos pais/encarregados de educação, pós emissão/tratamentos cheque dentista, confirmam as opiniões expressas no questionário.

De realçar, a importância dada pela maioria do inquiridos, ao PNPSO-SOCJ cheque dentista, classificando-o como muito importante. Mesmos os pais/encarregados de educação que não o utilizaram, reconhecem-lhe a importância, fazem sugestões de continuidade e expansão do programa, colocando-o claramente como um programa ao serviço da vida humana.

Pessoalmente, fomos abordados por alguns pais/encarregados de educação, com propostas de cedência dos cheques dentistas que não iriam usar, para que outras crianças que dele podessem beneficiar.

Em conjunto com as medidas de controlo da qualidade dos tratamentos, também nos parece uma sugestão, potencialmente útil, substituir o fator idade da criança ou jovem, pelo fator necessidade efetiva de tratamento.

Procedimentos como, entrega do cheque a quem não tem necessidade de tratamentos, ou desrespeito das normas técnicas contratualizadas, levam a uma descredibilização deste programa, quer por parte dos utentes, quer dos profissionais. Sendo que o inverso, poderia levar a uma valorização deste programa.

Se somarmos a percentagem de indivíduos que usaram o cheque dentista, e a percentagem dos que, não usando o cheque dentista, referem recorrer a cuidados dentários em privado, obtemos um valor de 76,2%. Que é um valor que poderemos considerar positivo, se de fato, o recurso ao dentista privado for eficaz, bem como ao recurso aos profissionais contratualizados. Assim sendo, estamos perante uma percentagem significativa de indivíduos, preocupada com a sua saúde oral.

Em relação ao grupo de indivíduos que não valorizaram o cheque dentista, é por ventura, um dos que necessita de uma maior e melhor intervenção. Trazer estes indivíduos, para um nível de preocupação e valorização da sua saúde oral, é um desafio que se coloca.

Como limitação e ao mesmo tempo sugestão, para estudos futuros, propomos a análise a um nível mais microscópico de ambos os subgrupos, que identificamos, de entre os que não usaram o cheque dentista. Dado que colocamos hipóteses às motivações em ambos os grupos, que não podemos verificar através dos dados deste estudo. Portanto sugere-se um estudo de teste de hipóteses na sequência deste estudo exploratório.

Uma sugestão que nos parece importante também, seria a replicação deste estudo noutra região do país. Claro que não nos podemos esquecer que, o PNPSO-SOCJ cheque dentista, é um programa dinâmico e cuja sua continuidade no tempo tem vindo a sofrer alterações. À medida que o tempo passa e as pessoas contactam com o programa, isso obviamente trará alterações de atitude, uma vez que verificamos que este programa não é indiferente às pessoas.

Para finalizar, sugere-se que se aposte cada vez mais, em Programas de promoção e prevenção primária de doenças orais, associados a programas de prevenção secundária e de reabilitação, só assim poderemos ter esperança em modificar hábitos, mudar consciências e comportamentos e obter ganhos em saúde oral e geral, conseguindo uma promoção na melhoria da qualidade de

vida. Este tipo de programas, apresentam normalmente resultados positivos ao fim de, muitas vezes décadas de grande e intenso trabalho, dedicação e investimento, por parte de equipas multidisciplinares, no entanto, é importante não desistir, perante os obstáculos que muitas vezes se nos deparam e que parecem ser intransponíveis.

## Referências Bibliográficas

- ACES Península de Setúbal I (2010). *Relatório anual sobre os acessos aos cuidados de saúde 2010*. Almada: Agrupamentos de Centros de Saúde Península de Setúbal I – Almada. Recuperado em [www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)
- Agrupamento de Escolas Comandante Conceição e Silva (2010). *História, Cova da Piedade*. Cova da Piedade: Autor. Recuperado em: [www.eb23-cmdt-conceicao-silva.rcts.pt](http://www.eb23-cmdt-conceicao-silva.rcts.pt)
- Agrupamento de Escolas Ruy Luis Gomes (2010). *História, Laranjeiro*. Laranjeiro: Autor. Recuperado em: [ave.ruyluisgomes.org](http://ave.ruyluisgomes.org)
- Almeida, C. M., Jesus, S., & Toscano, A. (2000). *Third National Pathfinder (1999): Preliminary results in 6 and 12 year-old continental Portuguese schoolchildren*. *Caries Research ORCA*, 34, 306-360.
- Almeida, C. M. (2002). *Sugestões para a Task Force Saúde Oral e Flúor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Barr, A., & Logan, R. F. (1977). *Policy alternatives for resource allocation*. *Lancet*, 1, 994-996.
- British Medical Journal* (1976). *What a RAWProar*. *BMJ*, 2, 1280.
- Barr, N. (1990). *Economic theory and the Welfare State: A survey and reinterpretation*.
- Birou, Alain. (1982). *Dicionário de ciências sociais*. Lisboa : Publicações Dom Quixote, 1982.- 454p Tít. orig.: *Vocabulaire pratique des sciences sociales*. London: London School of Economics and Political Science.
- Câmara Municipal de Almada (2010). *Referências Históricas*. Almada: Autor. Recuperado em: [www.cm-almada.pt/](http://www.cm-almada.pt/)
- Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Healthy youth! Coordinated school health program*. Atlanta: Author. Retrieved from: [www.webcitation.org/5bDm6yMQT](http://www.webcitation.org/5bDm6yMQT).
- Cervo, A. L., & Bervian, P. A. (1996). *Metodologia científica (4ª ed.)*. São Paulo: Makron Books.
- Circular Normativa nº 1/DSE, de 18 de janeiro de 2005: *Programa nacional de promoção de saúde oral*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado em: <http://www.dgs.pt/>
- Circular Normativa nº 09/DSE, de 19 de julho de 2006: *Programa nacional de promoção de saúde oral – Avaliação do risco em saúde oral*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado em: <http://www.dgs.pt/>
- Circular Normativa nº 02/DSPPS/DCVAE, de 9 de janeiro de 2009: *Programa nacional de promoção da saúde oral – Crianças e jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: Normalização de procedimentos*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado em: <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=0why0naa3jjbqb45a0f4ga55&cr=13506>

- Circular Normativa nº 08/DSPPS/DCVAE, de 20 de abril de 2010: Programa nacional de promoção de saúde oral, alargamento a crianças e jovens de 8 e 14 anos – Saúde oral crianças e jovens idades intermédias, revogação da CN nº 4, de 10 de março de 2010. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/28FD32A6-6FB7-4BDA-8175-D84B4DF065EF/0/i012819.pdf>*
- Declaração de Liverpool (2005). Liverpool: OMS, IADR, EADPH, & BASCD. Recuperado em: [http://www.who.int/entity/oral\\_health/events/liverpool\\_declaration](http://www.who.int/entity/oral_health/events/liverpool_declaration).*
- Despacho Ministerial nº 153/2005, de 5 de janeiro. Diário da República, II Série(3).*
- Direção-Geral da Saúde (2004). Plano nacional de saúde 2004-2010: Mais saúde para todos. Lisboa: Autor. Recuperado em: <http://www.dgsaude.pt/>*
- Direção-Geral da Saúde (2000). Estudo nacional de prevalência da cárie dentária na população escolarizada. Lisboa: Autor. Recuperado em: <http://www.dgsaude.pt/>*
- Equipa de Investigação da Escola Nacional de Saúde Pública (2009). Contratualização de cuidados saúde primários: Horizonte 2015/20. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.*
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). Equidade e acesso aos cuidados de saúde: Anexo II – Intervenções. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.*
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. The Journal of Political Economy, 80, 223-255.*
- Imperatori, E. (1989). Garantia da qualidade: Uma estratégia nos cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 7, 29-32.*
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do planeamento da saúde (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.*
- Instituto Nacional de Estatística (2010). Sobre a pobreza, as desigualdades e a privação material em Portugal. Lisboa: Autor. Recuperado em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpu\\_b\\_boui=100334100&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpu_b_boui=100334100&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt)*
- Junta de Freguesia da Cova da Piedade (2010). História da freguesia da Cova da Piedade. Cova da Piedade: Autor. Recuperado em: [www.jf-covadapiedade.pt/](http://www.jf-covadapiedade.pt/)*
- Junta de Freguesia de Feijó (2010). História da freguesia do Feijó. Feijó: Autor. Recuperado em: [www.jffeijo.pt/](http://www.jffeijo.pt/)*
- Junta de Freguesia do Laranjeiro (2006). História da freguesia do Laranjeiro. Laranjeiro: Autor. Recuperado em: [www.jflaranjeiro.pt/](http://www.jflaranjeiro.pt/)*
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement, 30, 607-610.*



- Le Grand, J. (1982). *The strategy of equality: Redistribution and the social services*. London: George Allen and Unwin.
- Loureiro, I., Gomes, J. C., Dias, L., & Santos, M. J. (2010). *A investigação participada de base comunitária na construção da saúde*. Lisboa: INSA.
- Maynard, A. (1981). *The inefficiency and inequalities of the health care system of Western Europe*. *Social Policy and Administration*, 15, 145-163.
- McKeown, T. (1979). *The role of medicine: Dream, mirage or nemesis?* Princeton: Princeton University Press.
- Rompante P. (2003). *Fundamentos para alteração do Programa de Saúde Oral da Direção-Geral da Saúde: Documento realizado no âmbito da Task Force Saúde Oral e Flúor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Russel, N. (1996). *Teoria da educação para a saúde*. In: *Manual de Educação para a Saúde* (pp. 8-19). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Salant, P., & Dillman, D. A. (1994). *How to conduct your own survey*. New York: John Wiley and Sons.
- Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde – Dependência do percurso e inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1995). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (2<sup>nd</sup> ed.). Oxford: Oxford Medical Publications.
- Szatkho, F., Wierzbicka, M., Dybizbanska, E., Struzycha, I. & Iwanicha-Frankowska, E., (2004). *Oral health of Polish three-year-olds and mothers' oral health-related Knowledge*. *Community Dental Health*, 21(2), 175-80.
- WHO (1999). *Health 21 – Health for all in the 21st century: Target 8 – Reducing on noncommunicable diseases*. Copenhagen: Author.
- WHO (2003). *Ayutthaya Declaration: The 2<sup>nd</sup> Asian Conference of oral health promotion for school children*. Geneva: Author. Retrieved from: <http://www.who.int/>
- Yin, R. (1984). *Case study research: Design and methods*. Beverly Hills, CA: Sage Publishing.
- Yin, R. (1989). *Case study research: Design and methods* (revised ed.). Newbury Park, CA: Sage Publishing.
- Yin, R. (1993). *Applications of case study research*. Newbury Park, CA: Sage Publishing.
- Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.

## **Anexos**

## Anexo 1

### Questionário

#### Inquérito sobre tratamentos dentários contratualizados

Sexo : Masc.  Fem.  Idade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Assinale com um X a resposta mais adequada

**Estado Civil:** Solteiro(a)  Casado(a)  União de facto   
Divorciado(a)  Viúvo(a)

1. **Escolaridade:** Não sabe ler nem escrever   
Sabe ler e escrever, mas nunca foi à Escola   
1º Ciclo Ensino Básico (1º ao 4 ano)  Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano)   
2º Ciclo Ensino Básico (5º e 6º ano)  Ensino Técnico Profissional   
3º Ciclo Ensino Básico (7º, 8º e 9º ano)  Ensino Universitário – Licenciatura   
Mestrado   
Doutoramento

2. **Situação face ao Emprego:**

Empregado(a)   
Desempregado (a) : Há menos de 1 ano   
1 a 2 anos   
Mais de 2 anos

3. **Rendimento mensal, aproximado do Agregado Familiar**

Até 500 euros  500 a 1000 euros  1000 a 1500 euros   
1500 a 2000 euros  2000 a 2500 euros  Superior a 2500 euros

4. **Habita em casa:**

Própria  Alugada   
Outro  Diga Qual: \_\_\_\_\_

5. **O seu agregado familiar é composto por quantas pessoas? : \_\_\_ Nº de Filhos \_\_\_**

**6. Tem por hábito ir ao Dentista/Higienista Oral :**

1 vez por ano  2 vezes por ano  Mais de 2 vezes por ano   
Só quando tem dores  Nunca

**7. O seu Filho/Educando recebeu o Cheque Dentista**

Sim  Não

Se respondeu Não, diga quais as razões e passe para a pergunta 10 :

---

---

**8. Se respondeu Sim na pergunta anterior, usou o Cheque Dentista?**

Sim  Não

Se respondeu **Não**, diga porquê, escolhendo as opções que considera mais importantes :

Não considero Importante este tipo de tratamento   
Não tem necessidade de tratamentos   
Já tem Dentista Particular   
Não temos o hábito de efectuar este tipo de consultas   
Por medo de efectuar este tipo de tratamentos   
Só recorro a tratamentos em caso de urgência   
Outros

Quais: \_\_\_\_\_

---

---

**9. Se respondeu Sim à pergunta 7, responda às seguintes questões:**

**9.1 Relativamente à entrega do 1º Cheque Dentista :**

	Sim	Não
Recebeu o Cheque Dentista em tempo útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foi informado(a) da Validade do Cheque Dentista(31 de Agosto de 2010)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não
Teve acesso à Lista das Clinicas/Médicos aderentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foi informado dos tratamentos a que tinha direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9.2 Relativamente ao atendimento da Clinica Dentária que seleccionou para a utilização do Cheque Dentista:**

	Sim	Não
Foi informado dos tratamentos a que tinha direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O seu Filho/Educando efectuou todos os tratamento necessários?

Se respondeu **Não**, diga porquê \_\_\_\_\_

10. Como classifica este tipo de iniciativas ( Cheque Dentista ):

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| 1- Muito Importante          | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Importante               | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Razoavelmente Importante | <input type="checkbox"/> |
| 4 - Pouco Importante         | <input type="checkbox"/> |
| 5 - Nada Importante          | <input type="checkbox"/> |

11. O que alteraria no Programa Cheque Dentista? :Escolha as opções que considere mais importantes.

- |                                     |                          |                    |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Nada                                | <input type="checkbox"/> |                    |
| Estendia o Programa a outras idades | <input type="checkbox"/> |                    |
| Aumentaria o tipo de tratamentos    | <input type="checkbox"/> |                    |
| Suspendia o Programa                | <input type="checkbox"/> | Diga Porquê: _____ |
| <hr/>                               |                          |                    |
| Outras                              | <input type="checkbox"/> | Quais? _____       |
| <hr/>                               |                          |                    |

Muito Obrigado pela sua colaboração

Anexo 2

<b>Resposta</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<i>Entregava o Cheque Dentista mais de 1 vez por ano</i>						2
<i>Reembolso de Valor do Cheque, sem ter que recorrer somente a médicos aderentes</i>						1
<i>Nem todos os médicos aceitam cheque dentista</i>			4			
<i>Aumentaria o nº de Clínicas/Médicos aderentes</i>					1	3
<i>Não recebeu, não sabe qual a razão</i>		9				
<i>Perdeu o Cheque</i>			3			
<i>Não tinha necessidade</i>			2			
<i>Foi solicitado pagamento para finalizar os tratamentos</i>				4		
<i>Melhorar encaminhamento para Clínicas e facilidade no processo</i>						1
<i>Clinica não tinha Informação sobre os tratamentos a efetuar</i>				1		
<i>As Clínicas/Dentistas protocoladas, impunham compensações monetárias</i>			5	6		
<i>Aumentaria informação contida no cheque dentista</i>						3
<i>Falta de Tempo</i>			3			
<i>Deixar os compadrios</i>						1
<i>Tratamento incorreto, por parte do Médico Dentista, onde se dirigiu para utilizar o cheque dentista</i>			1	1		
<i>O cheque dentista só dá para fazer alguns tratamentos (selantes e "limpeza")</i>			14	19		
<i>Deixou passar a validade</i>			17			
<i>Alargaria o Programa para os pais</i>						1
<i>Disponibilizava Dentistas gratuitos para as pessoas de baixo rendimento</i>						1
<i>Apostava num programa obrigatório de prevenção</i>						1
<i>Fiscalização dos tratamentos efetuados</i>						2
<i>Não leu, rasgou e deitou fora</i>			1			
	9	50	31	1	15	

Grelha

<b>Perguntas</b>		<b>Opção/ Resposta</b>
<b>1</b>	<i>4 - Tipo de Habitação</i>	<i>3- diga qual</i>
<b>2</b>	<i>7 - Recebeu Cheque Dentista?</i>	<i>Negativa/razões</i>
<b>3</b>	<i>8 - Usou Cheque Dentista?</i>	<i>Negativa/opção 7</i>
<b>4</b>	<i>9.2 Relativamente ao atendimento na Clínica selecionada para a utilização do cheque dentista, efetuou todos os tratamentos necessários?</i>	<i>Negativa/porquê</i>
<b>5</b>	<i>11 - Quais as alterações que efetuará ao Programa</i>	<i>Opção 4/Suspendia o Programa, porquê</i>
<b>6</b>	<i>11 - Quais as alterações que efetuará ao Programa</i>	<i>Opção 5/outras alterações não mencionadas</i>

## Anexo 3

Exmª Drª Filomena Alves

Serve o presente para informar que pode avançar com a aplicação dos questionários, ficando o nosso coordenador da saúde, Prof. Paulo Cabrita, encarregue de coordenar os procedimentos necessários.

Com os melhores cumprimentos

Cecília Matos

Directora do Agrupamento Vertical de Escolas Professor Ruy Luís Gomes

---

Ex.ª DRª Filomena

Somos a informar que não nos opomos a aplicação dos questionários aos pais e encarregados de educação, dos alunos que usufruíram do programa cheque dentista.

A Directora  
Maria José Severino

Dr.ª Filomena

A Directora do Agrupamento, professora Maria José Severino, autoriza a aplicação do questionário.

Bjs

Tânia Serrano

No dia 3 de Fevereiro de 2011 12:52, <[mena\\_alves@iol.pt](mailto:mena_alves@iol.pt)> escreveu:

Exma Senhora Coordenadora do Agrupamento

No âmbito da realização de um trabalho de Investigação, sobre a adesão a tratamentos dentários contratualizados, destinados a crianças e adolescentes, solicito autorização para aplicação de um questionário, aos pais e Encarregados de Educação dos alunos do vosso Agrupamento que usufruíram do Programa Cheque Dentista, no ano lectivo de 2009/2010, ou seja alunos nascidos em 2002, 1999 e 1996.



Esse Questionário será entregue a cada um dos Encarregados de Educação durante as reuniões de avaliação do final do período. Os Enc de Educação que não estiverem presentes nas referidas reuniões, serão contactados posteriormente.

Fico a aguardar resposta, com os melhores cumprimentos

Filomena Alves