

Sandra Maria Oliveira da Cruz Vale de Armeiro

CONTRIBUTOS DA COMUNICAÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL
E NA ADESÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
A UM PROGRAMA DE SAÚDE ORAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

Co-orientadora: Professora Doutora Fátima Goulão

Lisboa Março 2008

Universidade Aberta

*“Saber não é suficiente; é necessário aplicar.
Querer não basta; é preciso agir.”*

Goethe

AGRADECIMENTOS

Eis chegada mais uma etapa da minha vida! A realização deste trabalho revelou-se uma oportunidade para partilhar conhecimentos e vivências, o que se traduziu em crescimento profissional e pessoal. Foi um trajecto delicado de intricados acontecimentos e rico em emoções... pautado por ansiedades, receios, exaustão, mas acima de tudo comedido por determinação e vontade de vencer. Por isso, aqui saliento o nome de algumas pessoas que estiveram particularmente presentes ao longo deste percurso de descoberta e de aprendizagem.

À Prof.^a Doutora Natália Ramos agradeço o facto de ter orientado a investigação com todo o entusiasmo, bem como, o permanente incentivo à disciplina e à organização, o qual constituiu uma fonte de confiança e estímulo. Uma referência, ainda, para a disponibilidade sempre presente.

À Prof.^a Doutora Fátima Goulão agradeço o entusiasmo com que aceitou partilhar ideias, opiniões e críticas.

Ao restante Corpo Docente do Mestrado em Comunicação em Saúde agradeço a transmissão de conhecimento e aos colegas, que comigo entraram nesta aventura, a possibilidade de discussão e troca de vivências.

Realço os nomes de Ana Ferreira pela troca e discussão de ideias que se tornou profícua, fazendo com que o trabalho parece-se mais acessível. Pelo seu entusiasmo que tornou este processo mais fácil e que se manifestou numa ajuda imprescindível para a simplificação e descodificação de muito dos conteúdos deste trabalho.

À Equipa do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital de São José reconheço todo o apoio e incentivo demonstrados. Em particular, ao Director do Serviço, Dr. António Paes Duarte, agradeço por sempre me ter incentivado ao crescimento pessoal e à valorização profissional.

À minha família reconheço o facto de sempre ter acreditado em mim e me ter transmitido as bases da formação pessoal, indispensáveis a tudo o resto. Agradeço ainda por me ensinarem que nunca se desiste dos sonhos.

Aos meus amigos, escolhas recíprocas de afectos, agradeço todo o apoio e paciência. Em particular, à Cristina pela capacidade de transformar as diferenças em semelhanças; à Fátima por ser capaz de falar sem palavras e pela presença constante; à João pela amizade e pela ajuda na realização deste trabalho; à Ana Cristina que com a

sua amizade e pelo apoio permanente me encorajou a finalizar este projecto e, também, pelo exemplo de integridade e partilha fácil.

Ao Paulo por ser quem é! E por partilhar comigo o mesmo sonho...

À Beatriz pelo seu sorriso!

RESUMO

Este estudo pretende ser um contributo no âmbito da comunicação e na promoção da saúde, em particular da saúde oral.

As estratégias e os processos de comunicação, de informação e de educação em saúde, constituem áreas de vital importância para o planeamento, implementação, desenvolvimento, monitorização e avaliação de projectos e acções promotoras da saúde. Deste modo, esta investigação visa também, adquirir e aprofundar conhecimentos sobre estas temáticas.

Os objectivos preconizados para esta investigação: investigar sobre a percepção dos profissionais de saúde face aos processos de comunicação afectos ao Programa de Saúde Oral (PSO) do Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE – Hospital de S. José; conhecer e caracterizar a avaliação que os profissionais de saúde fazem sobre as dimensões constituintes deste Programa, incluindo a qualidade dos cuidados de saúde prestados e os processos e métodos comunicacionais usados no Programa de Saúde Oral; analisar através de uma perspectiva histórica/documental algumas dimensões e evolução deste Programa.

Uma amostra de 75 profissionais de saúde com idades compreendidas entre 23 e os 63 anos, completou um questionário que incluiu medidas de avaliação demográfica, medidas de avaliação cognitiva (percepções sobre a comunicação, sobre o benefício, importância, relevância e impacto). Os resultados sugerem que existem relações positivas moderadas entre várias dimensões do PSO (*importância do PSO para a saúde oral e geral, acessibilidade, o contributo para a aquisição de hábitos favoráveis, o benefício do PSO para a saúde, o impacto dos cuidados para a saúde e para o bem-estar, e ainda, avaliação global da qualidade dos cuidados de saúde oral*).

Verificou-se ainda que a comunicação pode constituir um mediador da avaliação da qualidade de cuidados prestados, na qual implicitamente as capacidades comunicativas dos técnicos de saúde são também avaliadas. Adicionalmente, a comunicação constitui também, um preditor na adesão a acções de promoção da saúde e a recomendações terapêuticas.

Os resultados enfatizam a importância do acesso a programas promoção de saúde oral no local de trabalho, bem como a disponibilização de cuidados de saúde em contexto ocupacional de forma equitativa, tendo em conta os determinantes sociais da

saúde, a aproximação aos factores de risco comum, ou seja, a abordagem sistemática para a melhoria da saúde.

Não obstante, os dados obtidos sugerem a melhoria de alguns aspectos do PSO, nomeadamente na metodologia de divulgação e de informação, que podem ser determinantes para que a transmissão de informação influencie a aquisição de conhecimentos e a adopção de comportamentos favoráveis à saúde oral. Pretende-se também, que a adesão dos profissionais a esta intervenção proporcione a aquisição de novas concepções de saúde, nomeadamente sobre a importância da saúde oral enquanto parte integrante e indissociável da saúde geral, da qual depende o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos nos vários contextos onde estão inseridos.

Palavras-chave: comunicação em saúde; promoção da saúde; saúde oral; adesão.

ABSTRACT

This study intends to be a contribute in communication and health promotion, particularly in oral health.

The strategies and the communication processes, information and health education, constitute crucial important areas for implementation, development, assessment, projects evaluation, action in health promotion, also this investigation intent to acquire thoughtful knowledge on these subjects.

The aims of this study is to investigate about the health professionals perception of communication processes in Oral Health Program (OHP); to know and to characterize health professionals evaluation of the OHP dimensions: access, adherence, importance and benefits, quality of the health cares, communication and information processes used in this program.

A sample of 75 health professionals, with ages between 23 and 63 years old, completed a questionnaire, which included measures of demographic evaluation, of cognitive evaluation (perceptions about the communication, benefit, importance, relevance and impact).

The results suggest that moderate positive relations exist between the PSO dimensions. It was still verified, that communication can be a mediator in the evaluation of the quality of health care, in which the communications skills of the health technicians are also evaluated. Additionally, communication may also be a forecaster in adherence to health promotion actions and therapeutic recommendations.

The discussion of the results emphasizes the importance of the access to oral health programs at work, as well as the access to health care in an equal way, taking in account the social determinant of health, the approach to the factors of common risk.

The results founds suggest the improvement of some aspects of PSO, in the popularization methodology and information, that can be decisive for the transmission of information to influence the knowledge acquisition and the favorable behaviors adoption to the oral health.

It is also intended, that the professionals adhesion to this intervention, provides the acquisition of new health conceptions, specifically about oral health importance while it leaves integral and intrinsic on general health, which depends the well-being and individuals' quality of life in the several contexts.

Word-key: health communication, information, adherence, evaluation of health programs.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
-------------------	----

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – SAÚDE	21
1.1. Paradigmas da saúde	25
1.2. Dimensão Social e Cultural da Saúde /Doença	29
1.3. Estilos de Vida Conducentes à Saúde	30
1.4. Idade e Género na Saúde/Doença	34
1.5. Dimensão Comportamental na Saúde Oral	35
CAPÍTULO II – PROMOÇÃO DA SAÚDE	41
2.1. Risco em Promoção da Saúde	47
2.2. Prevenção e Educação para a Saúde	49
2.3. Promoção da Saúde Oral	52
2.4. Avaliação de Programas de Saúde	59
CAPÍTULO III – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	67
3.1. Processos de Comunicação e de Informação em Saúde	71
3.2. Informação no Contexto da Saúde	80
3.3. Influência das Ciências da Comunicação no Comportamento em Saúde	83
3.4. Comportamentos de Adesão e a Comunicação	85
CAPÍTULO IV – SAÚDE EM CONTEXTO OCUPACIONAL	89
4.1. Saúde Ocupacional em Contexto Hospitalar	91
4.2. O Programa de Saúde Oral no Âmbito da Saúde Ocupacional do CHL Central – EPE	93

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO V – METODOLOGIA	96
5.1. Contextualização da Investigação Empírica	97
5.2. Formulação do Problema e Definição de Objectivos	99
5.3. Questões de Investigação	100
5.4. Tipo de Estudo	102
5.5. População e Amostra	103
5.6. Procedimentos Metodológicos	107
5.7. Instrumentos Utilizados	108
5.8. Análise Estatística dos Dados	109
5.9. Análise de Conteúdo	110
5.10 Questões Éticas	112
CAPÍTULO VI – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO	113
6.1 Apresentação dos Resultados	114
6.1.1. Adesão ao Programa	114
6.1.1.1 Acessibilidade ao Programa de Saúde Oral	115
6.1.1.2 Promoção da Saúde Oral	115
6.1.1.3 Problemas de Saúde Oral	116
6.1.2. Valorização dos Aspectos da Consulta de Higiene Oral	116
6.1.3. Valorização dos Aspectos da Consulta de Estomatologia	119
6.1.4. Relevância do Programa de Saúde Oral e dos Cuidados Prestados	120
6.1.5. Avaliação do Impacto dos Cuidados de Saúde Oral	121
6.1.6. Importância e Benefício do PSO para a Saúde	122
6.1.7. Importância e Acessibilidade do PSO em Contexto de Saúde Ocupacional	123
6.1.8. Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde Oral Prestados	123
6.1.9. Contributo do Programa de Saúde nos Hábitos e Estilos de Vida	124
6.1.10. Expectativas Face ao Programa de Saúde Oral	125
6.1.11. Classificação dos Componentes da Intervenção e do Atendimento de Saúde Oral	125

6.1.12.	Resultados Relacionados ao Sistema de Comunicação e Informação	128
6.1.13.	Comentários e Sugestões sobre o PSO	133
6.1.14.	Correlações	134
6.1.14.1	Correlações Existentes com a Variável <i>Importância do PSO Para a Saúde Geral</i>	134
6.1.14.2	Correlações Existentes com as Variáveis <i>Impacto dos Cuidados de Saúde Oral Para a Qualidade de Vida, e Avaliação Global da Qualidade dos Cuidados de Saúde Oral</i>	135
6.1.14.3	Correlações Existentes com a Variável <i>Benefício do PSO para Para a Saúde</i>	135
6.2.	Resultados Obtidos da Análise Histórico/Documental	137
6.3.	Discussão dos Resultados	141
CONCLUSÃO		151
BIBLIOGRAFIA		157
ANEXOS		167
ANEXO I –	Autorização da Administração do CHLC – EPE	168
ANEXO II –	Formulário de Consentimento Informado e Esclarecido	171
ANEXO III –	Questionário de Avaliação dos Cuidados de Saúde Oral	173
ANEXO IV –	Exemplo de Folha informativa Sobre a Saúde Oral	179
FIGURAS		
FIGURA 1 –	Esquema da Abordagem Sistemática Para o Melhoramento da Saúde. (U.S. Department and Human Services, 2000).	22
FIGURA 2 –	Experiência da Cárie Dentária aos 35-44 anos Medida pelo Índice Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD). (OMS 2002, citada por Petersen & col., 2005).	36
FIGURA 3 –	Definição de Regiões pela OMS. (OMS, 2005)	36
FIGURA 4 –	Esquema representativo do contributo dos vários factores no fenómeno multi-dimensional dos comportamentos da saúde (Liang, Shediac-RizKallah, Celentano & Rohde, 1999).	38

FIGURA 5 –	Modelo de Prognóstico do Risco de Doenças Orais – Factores Biológicos, Sociais, Psicológicos e Comportamentais. Modelo Adaptado do Modelo Biopsicossocial do Risco de Cárie (Reisine & Litt, 1993).	40
FIGURA 6 –	Esquema dos Determinantes da Saúde. (U.S. Department and Human Services, 2000).	43
FIGURA 7 –	Intervenção Centrada nos Riscos Comuns. Modificado por Sheiham & Watt (2000).	43
FIGURA 8 –	Modelo dos Factores de Risco para a Promoção da Saúde Oral, (Petersen, 2005).	53
FIGURA 9 –	Esquema dos Determinantes Sociais da Saúde, (Watt, 2005).	55
FIGURA 10 –	Modelo dos Componentes Incluídos na Mudança de Comportamento Individual (Inglehart & Tedesco, 1995, citados por Schou, 2000).	58
FIGURA 11 –	Etapas da Avaliação de Programas de Saúde. (CDC, 1999; <i>An Evaluation Framework for Community Health Programs</i> , 2000).	64
FIGURA 12 –	Esquema de Comunicação.	72
FIGURA 13 –	Esquema do Ciclo de Programas de Comunicação em Saúde. Proposto pelo National Cancer Institute. ([WWW. Document] URL http://www.cancer.gov/PDF/41f04dd8-495a-4444-a258-1334b1d864f7/Pink_Book.pdf)	76
FIGURA 14 –	Esquema do <i>Processo P</i> Proposto pela Health Communication Partnership, (Tapia, Brasington, & Van Litch, 2005).	77
FIGURA 15 –	Esquema dos Níveis de Participação, Proposto pela Health Communication Partnership, (Tapia, Brasington, & Van Litch, 2005).	78
FIGURA 16 –	Componentes dos Sistemas de Informação de Saúde Oral, (Petersen, Bourgeois, Bratthall & Ogawa, 2005).	82
FIGURA 17 –	Modelo de Hipótese Cognitiva de Adesão de Ley (Ogden, 1999).	86
FIGURA 18 –	Diagrama de Fluxos do Programa de Saúde Oral.	97

TABELAS

TABELA 1 –	Caracterização da Amostra Relativamente às Variáveis Sexo, Faixa Etária e Idade.	104
TABELA 2 –	Caracterização da Amostra Relativamente às Variáveis Grau de Escolaridade, Horário e Categoria Profissional	105
TABELA 3 –	Caracterização da Amostra Relativamente às Variáveis Agregado Familiar e Estado Civil.	106
TABELA 4 –	Adesão e Frequência às Consultas de Higiene Oral e Estomatologia do Programa de Saúde Oral.	116
TABELA 5 –	Correlações Existentes com a Variável <i>Importância do PSO para a Saúde</i> .	134
TABELA 6 –	Correlações Existentes com as Variáveis, <i>Impacto dos Cuidados de Saúde Oral na Qualidade de Vida e Avaliação Global dos cuidados de Saúde Oral</i> .	135
TABELA 7 –	Correlações Existentes com a Variável <i>Benefício do Programa de Saúde Oral para a Saúde</i> .	136

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –	Índice Periodontal Comunitário (CPI) entre os 35-44 anos, por região da OMS. (Petersen, 2005).	36
GRÁFICO 2 –	Gráfico 2 – Adesão da Amostra ao Programa de Saúde Oral (por anos).	114
GRÁFICO 3 –	Avaliação da Relevância do Programa de Saúde Oral, no Conjunto das Actividades de Promoção da Saúde e de Prevenção das Doenças Orais (N=75).	128
GRÁFICO 4 –	Relevância dos Aspectos Associados aos Cuidados de Saúde Oral (N=75).	121
GRÁFICO 5 –	Impacto dos Cuidados de Saúde Oral para a Qualidade de Vida, para a Saúde e para o Bem-Estar (N=75).	122
GRÁFICO 6 –	Importância do Programa de Saúde Oral para a Saúde (N=72).	122
GRÁFICO 7 –	Benefício do Programa de Saúde Oral para a Saúde (N=73).	122
GRÁFICO 8 –	Importância do Programa de Saúde oral em Contexto de Saúde Ocupacional (N=75).	123

GRÁFICO 9 –	Importância da Acessibilidade das Intervenções do Programa de Saúde Oral no Local de Trabalho (N=73)	123
GRÁFICO 10 –	Avaliação Global da Qualidade dos Cuidados de Saúde Oral.	123
GRÁFICO 11 –	Contributo do Programa de Saúde Oral para Aquisição de Hábitos Favoráveis para a Saúde Oral e Geral (N=73)	124
GRÁFICO 12 –	Forma de Contributo do Programa de Saúde Oral.	124
GRÁFICO 13 –	Classificação dos Componentes da Intervenção de Saúde Oral	125
GRÁFICO 14 –	Classificação dos Componentes do Atendimento do Programa de Saúde Oral.	126
GRÁFICO 15 –	Classificação dos Aspectos afectos à Consulta de Higiene Oral	127
GRÁFICO 16 –	Classificação dos Aspectos afectos à consulta de Estomatologia	127
GRÁFICO 17 –	Frequência e forma de Contacto Estabelecido pelo Sistema de Comunicação e Informação do PSO	128
GRÁFICO 18 –	Percepção do Contacto com os Suportes Informativos (N=73)	129
GRÁFICO 19 –	Sugestões Referentes ao Tipo de Informações ou de Suportes Informativos (N=57)	130
GRÁFICO 20 –	Classificação de Vários Aspectos dos Suportes Informativos	130
GRÁFICO 21 –	Conhecimento do PSO como Única Intervenção de Promoção da Saúde oral e de Prevenção, Disponibilizada em Instituição Hospitalar para Profissionais.	132
GRÁFICO 22 –	Percepção do Nível de Informação Sobre o Risco das Principais Doenças (N=64).	132

QUADROS

QUADRO 1 –	Tipos de Avaliação de Programas de Promoção. (Fonte: http://www.health.state.mn.us/divs/hpcd/chp/hpkit/text/eval_options.htm)	62
QUADRO 2 –	Motivo de Adesão ao Programa de Saúde Oral.	115
QUADRO 3 –	Aspectos mais Valorizados na Consulta de Higiene Oral.	118
QUADRO 4 –	Aspectos menos Valorizados na Consulta de Higiene Oral.	119
QUADRO 5 –	Aspectos mais Valorizados na Consulta de Estomatologia.	119

QUADRO 6 –	Aspectos menos Valorizados na Consulta de Estomatologia.	120
QUADRO 7 –	Quais os Hábitos que Alterou.	125
QUADRO 8 –	Valorização de Aspectos Específicos da Consulta de Higiene Oral.	128
QUADRO 9 –	Valorização de Aspectos Específicos da Consulta de Estomatologia.	128
QUADRO 10 –	Percepção Sobre a Necessidade de Mudar ou Acrescentar a Informação dos Suportes Informativos	131
QUADRO 11 –	Comentários e Sugestões Sobre a Intervenção em Saúde Oral.	133

SIGLAS

CDC – Center of Disease Control and Prevention

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa

CHPUT – Center for Health Promotion University of Toronto

ESE – Estatuto sócio-económico

HCP – Health Communication Partnership

HSJ – Hospital de S. José

NCI – National Cancer Institute

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSO – Programa de Saúde Oral

SO – Saúde Ocupacional

SSO – Serviço de Saúde Ocupacional

NCCC – National Center for Cultural Competence

INTRODUÇÃO

O comportamento e a saúde são influenciados por factores multidimensionais, nomeadamente factores económicos, sociais e culturais nos quais o indivíduo se inscreve. Tendo em conta este aspecto, não podemos dissociar os factores moderadores do comportamento e da saúde das iniciativas de promoção da saúde, com vista a optimizá-las.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS – (1985), a definição de promoção da saúde consiste no processo de habilitar as pessoas a aumentar o controlo sobre a sua saúde e a melhorá-la para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Logo, a promoção da saúde não é apenas da responsabilidade do sector da saúde, uma vez que abrange os estilos de vida saudáveis e dirige-se ao bem-estar individual e social. Neste sentido, o indivíduo ou o grupo devem ser capazes de identificar necessidades e motivações, realizar acções efectivas para as satisfazer e alterar o ambiente ou, não sendo possível, adoptar estratégias de adaptação mais eficazes.

Ainda com base na definição da OMS (1985), a saúde oral tem que ser considerada e compreendida como parte integrante da saúde geral, conferindo, deste modo, a devida importância à inter-relação existente entre o bem-estar físico, mental e social e não valorizando apenas a ausência de patologia.

Neste âmbito, todo o comportamento associado à saúde oral é influenciado pelo nível de conhecimento existente sobre esta área, pela informação disponível, pelas atitudes e crenças relativas ao assunto e pelas intervenções em contexto educativo sobre saúde oral (Bervique & Medeiros, 1980).

Actualmente, áreas como a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia, a Comunicação e o Marketing contribuem para o domínio da saúde oral, na medida em que defendem e organizam teorias de mudança de comportamento que podem ser aplicadas em educação para a saúde (Russel, 1996). Através do conhecimento das razões pelas quais os indivíduos agem de determinada maneira, de acordo com as suas crenças e conhecimentos em relação à sua saúde oral e tendo em consideração os seus hábitos e estilos de vida, podemos maximizar as acções de promoção da saúde oral. Neste contexto, identificamos alguns dos factores fundamentais para que o trabalho dos profissionais de saúde, na área da saúde oral, se insira não só numa vertente pessoal, mas também numa vertente social da saúde.

No âmbito da promoção da saúde, é importante conhecer os comportamentos que influenciam a adesão de uma dada população a essas acções, com vista a preconizar uma vida saudável e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos. Não podemos, no entanto, esquecer que a mudança de comportamentos não é fácil, dependendo de factores sociais, culturais e familiares, entre outros, e não apenas do conhecimento científico que as pessoas detêm sobre determinada matéria.

Os estudos realizados em Portugal com população adulta no âmbito da saúde oral são escassos (Marques, Bjertness & Eriksen, 1994; Meyer, 1990; Meyer, Freitas, Davis, Freitas & Kristoffersen, 1983), assim como a investigação realizada sobre os constructos comunicação e comportamentos de adesão na área da saúde oral. No entanto, existem estudos noutras áreas da saúde que contextualizam as cognições relativas à saúde e que avaliam os constructos supra citados (Patrão & Leal, 2002; Coutinho, 2001).

Em adição, o local de trabalho é identificado como uma forte influência na saúde e um meio propício a acções de promoção da saúde eficazes e eficientes, nomeadamente do âmbito da prevenção primária da saúde oral (Fishwick, Ashley & Wilson, 1998).

É neste contexto que pretendemos enquadrar os comportamentos de adesão dos profissionais de saúde a programas de promoção de saúde oral, no âmbito da saúde ocupacional. O trabalho desenvolvido pelo higienista oral, integrado numa equipa multidisciplinar de saúde ocupacional, exige algumas especificidades no domínio dos processos comunicacionais para que possam contribuir na adesão da população alvo - profissionais de saúde - às intervenções propostas e às recomendações terapêuticas.

De acordo com estes aspectos, o presente estudo tem como objectivos descrever e fornecer indicadores acerca das relações existentes entre os constructos comunicação e comportamentos de adesão. Procura-se, ainda, compreender a relação entre as duas dimensões supra mencionadas e as dimensões constituintes do Programa de Saúde Oral do Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE – Hospital de S. José.

Pretendemos que esta investigação seja um contributo para a área da saúde oral, assim como para a área da saúde ocupacional, através da caracterização dos factores que influenciam os profissionais de saúde a aderirem a intervenções de promoção da saúde oral no local de trabalho. Esta informação poderá permitir avaliar, redefinir, reorientar e adequar as intervenções de promoção de saúde às necessidades expressas deste tipo de população.

Neste contexto, está implícita a aquisição e o aumento do conhecimento científico na área abordada, assim como a melhoria da percepção das necessidades que os profissionais de saúde têm relativamente à sua saúde oral, preconizando uma melhoria da prestação de cuidados de saúde oral, com vista ao aumento da qualidade de vida, saúde e bem-estar no local de trabalho.

Esta dissertação tem a seguinte estruturação:

A Parte I integra o Enquadramento Teórico. Este é constituído por quatro capítulos principais: Saúde, Promoção da Saúde, Comunicação em Saúde e Saúde Ocupacional. Começamos por apresentar a revisão bibliográfica realizada sobre a influência das ciências do comportamento na área da saúde oral e sobre a importância da saúde oral e dos comportamentos associados a esta área, com enfoque especial na comunicação e informação na promoção da saúde e nas práticas de saúde. São ainda abordados aspectos educacionais e bases conceptuais da comunicação em saúde que sustentam as estratégias de acção em saúde. Por último é abordado o conceito de saúde aplicado ao contexto ocupacional, e descreve-se também o Programa de Saúde oral neste âmbito.

Na Parte II é apresentada a Investigação Empírica composta pelo capítulo de metodologia do estudo. Mencionamos, seguidamente, a significância e os objectivos do estudo, especificando a metodologia utilizada. Procedemos depois, à apresentação dos resultados obtidos na pesquisa e a uma abordagem crítica e reflexiva dos mesmos. O trabalho de dissertação conclui-se com a bibliografia e os anexos.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – SAÚDE

Frequentemente, quando nos referimos ou ouvimos falar de saúde, pensamos intuitivamente em não estar doente. Mas, o conceito de saúde encerra um significado muito mais abrangente, não é apenas um propósito individual, é também uma finalidade de cada comunidade aliada aos seus costumes quotidianos.

Por conseguinte, “ter saúde” depende não só da escolha individual, em optar e adoptar comportamentos de saúde favoráveis ou desfavoráveis, mas depende também, do meio ambiente no qual os indivíduos estão inseridos, e deste disponibilizar escolhas saudáveis. Enfatizando estas premissas é necessário criar uma visão partilhada do que são envoltórios saudáveis, priorizar objectivos e, posteriormente, desenvolver, implementar e avaliar planos de acção. Para todo este processo se sublinha a insubstituível participação e capacitação de todos os intervenientes (Matos, Simões, Tomé, Silva, Gaspar & Diniz, 2006).

Como vem referido na Carta de Ottawa (1986) ter “saúde” é um recurso essencial para o desenvolvimento pessoal, económico e social e constituiu uma dimensão importante da qualidade de vida. Concludentemente, o conceito de saúde foi modificado; inicialmente baseava-se na dicotomia “saúde/doença” e passou a ser compreendido pelo lato significado implícito no conceito.

Numa leitura actual, o conceito de saúde encerra a noção de “saúde positiva”, que se define como um processo no sentido do completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1986). Desta forma, saúde tem uma concepção positiva que constitui um recurso para o dia-a-dia e não uma finalidade de vida, pelo que enfatiza os recursos sociais, pessoais e as capacidades físicas.

A “saúde positiva” deve ser contextualizada nas dimensões individuais, interpessoais e ambientais, incluindo as capacidades físicas, o que referencia o significado de “saúde/bem-estar” segundo o grupo de indivíduos e segundo o enquadramento cultural existente. Trata-se de uma percepção intra e interpessoal que depende do modo como cada um de nós se sente, em função de cada momento da vida, da história individual e comunitária.

Concludentemente, a saúde pode ser determinada por condições genéticas, biológicas, comportamentais, ambientais, sociais e económicas, as quais sofrem influência da acção individual e da sociedade como um todo (Nunes & Rego, 2002).

De acordo com Silva (2004), o ambiente em que as pessoas vivem é responsável por afectar a saúde/doença, pela sua manifestação ao nível biopsicossocial do indivíduo. Entende-se por ambiente todos factores exteriores que incluem: as condições naturais do ambiente (condições climáticas, geográficas, etc.), o ambiente físico construído (tipo de habitação, etc.) e o ambiente socio-económico (acesso à informação e à educação, tipo de trabalho, etc.).

O documento *Healthy People 2010* (U.S. Department and Human Services, 2000) refere que a saúde individual está intimamente ligada à saúde comunitária, dependendo do ambiente em que as pessoas vivem, trabalham e brincam. Igualmente, a saúde comunitária é também profundamente influenciada pelas crenças colectivas, atitudes e comportamentos de todos os que vivem na comunidade. Este documento sugere que a abordagem sistemática para o melhoramento da saúde (Figura 1) seja composta pelos seguintes elementos “chave”: metas, objectivos, determinantes da saúde e pelo estado de saúde.

Abordagem Sistemática para o Melhoramento da Saúde

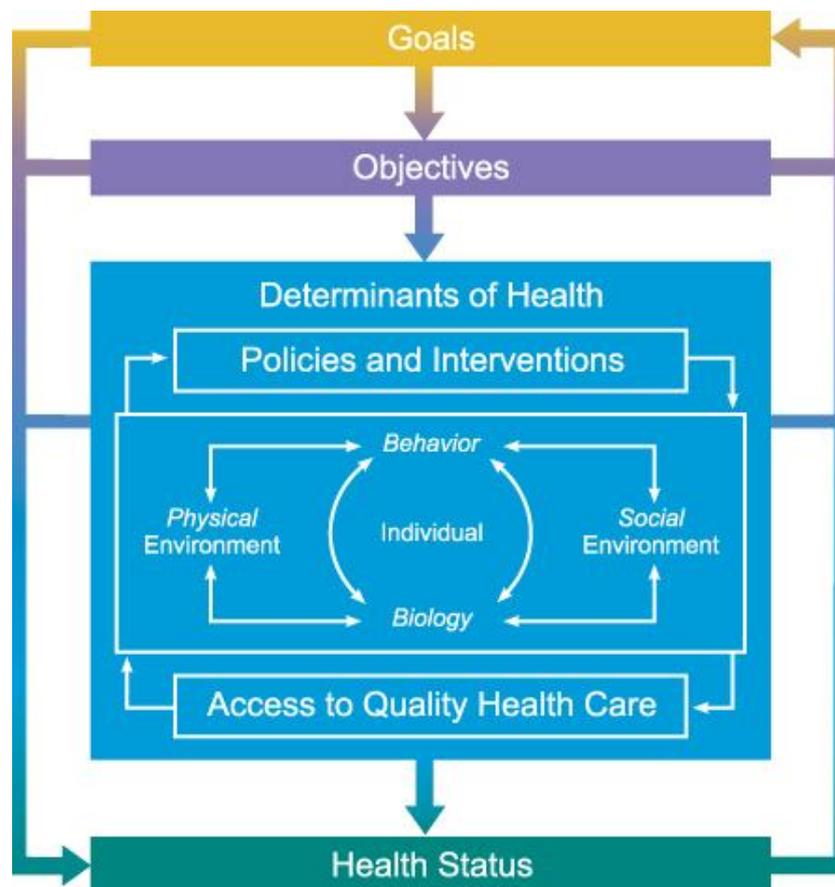


Figura 1 – Esquema da Abordagem Sistemática para o Melhoramento da Saúde. (U.S. Department and Human Services, 2000).

As metas fornecem um foco geral e a direcção para o desenvolvimento das intervenções. O âmago dos objectivos são os determinantes da saúde, que conglomeram os efeitos da interacção do ambiente físico e social, quer ao nível individual, quer ao nível colectivo. A abordagem sistemática para o melhoramento da saúde, pondera, ainda, as políticas de intervenção usadas na promoção da saúde, na prevenção da doença e o acesso garantido a cuidados de saúde de qualidade.

O estado de saúde da população alvo é usado e contextualizado como medida extrema para o sucesso e para melhorar a saúde. De igual forma, os comportamentos individuais e a biologia influenciam a saúde através da sua interacção recíproca, bem como os ambientes individual, social e físico.

Em continuidade, é premente e fundamental a definição de políticas apropriadas, bem como o desenvolvimento e o acesso a intervenções adequadas, com o objectivo de melhorar a saúde dos indivíduos e os ambientes onde estão enquadrados. As políticas e as intervenções podem dominar e causar efeito positivo na saúde das pessoas e da comunidade, aspecto que é vinculado pelo acesso aos cuidados de saúde de qualidade.

A expansão do acesso a estes cuidados é fundamental para eliminar as desigualdades em saúde e por aumentar a qualidade de vida de forma saudável. Os cuidados de saúde não incluem somente a prestação de cuidados, agem como facilitadores da disseminação de informação de saúde.

É relevante a díade existente entre o ambiente e o indivíduo resultante da sua interacção. Sustentando-se nesta relação o ambiente social afecta determinantemente a saúde individual e comunitária (com manifestação nos costumes culturais, na linguagem, nas crenças pessoais, religiosas e espirituais), e pressupostamente os indivíduos e os seus comportamentos influenciam e contribuem para a qualidade do ambiente social.

Em suma, a monitorização e a avaliação dos determinantes de saúde constituem uma parte indispensável para o desenvolvimento de qualquer estratégia que preconize melhorar a saúde. Possibilita, ainda, conhecer e compreender a condição de saúde da população, que se manifesta como essencial no processo de monitorização e avaliação das consequências dos determinantes da saúde. Este factor pode ser mensurado através de diversos parâmetros, como por exemplo: a qualidade de vida, os factores de risco e a acessibilidade a cuidados de saúde.

Compreender os determinantes de saúde, bem como a forma como se relacionam e interagem entre si, constitui uma estratégia “chave” para aumentar a qualidade de vida

individual e comunitária e para reduzir as desigualdades em saúde (U.S. Department and Human Services, 2000).

1.1- PARADIGMAS DA SAÚDE

No momento actual em que a preocupação recaí sobre a necessidade de humanizar e reestruturar os serviços de saúde, impõe-se como necessário recorrer ao processo reflexivo sobre as implicações concretas da utilização de cada um dos modelos de saúde. Esta temática deverá constituir uma prioridade para os profissionais que trabalham com e para a saúde.

Com base na literatura são vários os modelos de saúde que têm dominado a medicina ao longo do tempo, sendo de destacar: o *Modelo Biomédico*, o *Modelo Biopsicossocial* e o *Modelo Holístico* (Ramos, 2004).

Assistimos, assim, a uma instituição progressiva destes modelos de saúde, sem que se verifique sinais de declinação de um modelo para o outro.

O *Modelo Biomédico* considera que o Técnico de Saúde é a autoridade, preocupando-se apenas com os problemas físicos do doente, em que corpo humano é comparado a uma máquina, e ao doente cabe apenas “obedecer” ao técnico de saúde, o “detentor” do “saber absoluto” (Ramos, 2004).

Neste modelo, a doença é encarada como um defeito mecânico (avaria na máquina, temporal ou permanente) fazendo parte de uma máquina física e bioquímica, em que a “parte doente” é tratada isoladamente de todo o resto do corpo. Assim, nesta óptica, o modelo compreende apenas os fenómenos observáveis, ficando desta forma o “Homem” reduzido aos seus aspectos biológicos. Todos os outros aspectos são omissos (Ribeiro, 1998; Reis, 1992, 1998, Hesbeen, 2000, citados por Grilo, 2005; Ramos, 2004).

Em síntese, estamos perante um modelo que se centra exclusivamente na dimensão biológica da pessoa, em que esta é reduzida às suas estruturas e processos biológicos e físico-químicos (Turner, 1987 citado por Duarte, 2002).

A medicina moderna suporta-se ainda neste modelo de saúde, no qual a saúde é definida como sendo apenas a ausência de doença (Reis, 1998 citado por Grilo, 2005): “a atenção desvia-se do doente para a doença, assistindo-se à desvalorização dos problemas considerados como ‘da vida’, e em que a experiência da doença é igualmente menosprezada” (Duarte, 2002:32).

Deste modo, as pessoas são encaradas como *vítimas passivas* de agentes externos que provocam doença, em que o tratamento destas situações é da total responsabilidade do médico (Ogden, 1999).

Este modelo visualiza-se eficaz em situações agudas, no entanto, com o progresso científico assistimos à alteração dos padrões de morbilidade e a um aumento significativo de doenças crónicas. Desta forma, entende-se que a “medicina” das doenças agudas se mostra desajustada para responder a estas patologias (Kriel, 1988, citado por Grilo, 2005; Ribeiro, 1998). É o modelo de compreensão da doença, no qual se sustenta a organização dos serviços de saúde e a prestação dos cuidados médicos, centrada nos cuidados hospitalares (Silva, 2004).

No *Modelo Biopsicossocial* da Saúde, o processo de saúde e de doença é compreendido através do enfoque integrado de várias dimensões e fenómenos que lhes dão origem. Neste modelo é defendida essencialmente a perspectiva de que a saúde e a doença não podem ser reduzidas aos seus aspectos biológicos ou orgânicos (Ramos 2004; Reis, 1992, 1998 citado por Grilo, 2005). A doença aparece associada a factores sócio-ambientais (como a pobreza, as redes sociais de apoio formal e informal, o trabalho e o desemprego), a factores comportamentais (tais como o tabagismo, o exercício físico e a hábitos dietéticos) e a factores psicológicos (crenças de saúde, personalidade e capacidade de *coping*). É sabido que as condições socioeconómicas influenciam os padrões de doença (Paúl & Fonseca, 2001). Este Modelo enfatiza a importância dos factores psicológicos e sociais do doente e não apenas os aspectos físicos, para o técnico de saúde. Apesar da evolução registada face ao Modelo Biomédico, este Modelo mantém o doente com um papel passivo no seu tratamento.

“O ser humano é um ser complexo pelo que é inadequado defender que os processos de saúde e doença existem à margem da pessoa imbuída do seu ambiente físico e social. (...) A capacidade de construção de significações permite ao ser humano transcender os seus processos meramente biológicos e criar ideias, antecipações, sentimentos, emoções e acções que colocam problemas às ciências humanas que não se colocam quando se estudam seres vivos não humanos. A medicina humana é diferente da biologia geral. (...) A dimensão biológica, psicológica e social não estão pois separadas, mas integradas, sendo o ser humano uma totalidade biopsicossocial.” (Reis, 1998:62, citado por Grilo, 2005).

Neste contexto, só é possível explicar a doença e a saúde através da contextualização das dimensões: psicológica (cognições, emoções, comportamentos), social (comportamentos da pessoa em relação à família, amigos; expectativas culturais) e biológica (genética, vírus, bactérias e defeitos estruturais) da pessoa (Reis, 1992, Sperry, 1999, Truchon, 2001 citados por Grilo, 2005). Estas considerações afastam a

noção de saúde como ausência de doença, uma vez que os limites entre estas duas dimensões estão longe de serem explícitas, porque dependem de aspectos culturais, sociais e psicológicos. A interacção entre estas dimensões viabiliza o estudo dos processos de saúde e de doença, mas no entanto não constituem *per si* qualquer indicador de bem-estar ou de cura.

O *Modelo Biopsicossocial* considera que o técnico de saúde na realização do diagnóstico deve proceder à recolha de informação com base na ponderação sobre a interacção dos factores sociais, psicológicos e biológicos, suportar-se na intervenção interdisciplinar de modo a avaliar o estado de saúde da pessoa e a proferir recomendações terapêuticas.

No que concerne ao *Modelo Holístico* (do grego “*holos*”, holismo refere-se à noção de totalidade, “o todo é mais do que a soma das partes”), o utente é visto como *um todo*, sendo-lhe conferido um papel activo e participativo nos seus cuidados de saúde. A pessoa é vista como um todo, em que os vários factores (físicos, mentais, espirituais, sociais e ambientais) são considerados como componentes de uma totalidade que interagem permanentemente.

Nesta perspectiva a relação estabelecida entre o técnico de saúde e utente é mais igualitária (Lowenberg & Davis, 1994 citado por Paúl & Fonseca, 2001) constituindo uma díade que actua em conjunto para o mesmo propósito, ou seja, alcançar o mesmo objectivo. Neste sentido, a intervenção deve abranger a unidade e não somente uma parte.

É de salientar que, neste Modelo, o técnico de saúde assume o papel de facilitador no processo de cura e de promoção da saúde, visando o acompanhamento do indivíduo no seu processo de tomada de decisão. Esta perspectiva preconiza a autonomia e a consciencialização do indivíduo para a importância das suas atitudes e dos seus comportamentos face à sua saúde, permitindo que cada pessoa avalie e seja responsável pela própria saúde. Em adição, a saúde é conceptualizada como um bem-estar subjectivo, possibilitando e capacitando que cada pessoa alcance os seus objectivos segundo o enquadramento sócio-cultural.

O *Modelo Holístico* enfatiza a educação do paciente, como sendo parte integrante do processo terapêutico, bem como a qualidade da relação técnico de saúde-utente. Considera, também, que a relação estabelecida deve ser igualitária e recíproca. Cabe ao técnico de saúde informar o paciente sobre os factores que contribuem para a sua reabilitação ou manutenção da saúde (Marks & Moynihan, 1989, Myers, Sweeney

& Witmer, 2000, Witmer & Sweeney, 2001 citados por Grilo, 2005), porém o processo de tomada de decisão é partilhado pelos dois.

Ao longo do século XX, assistimos à integração progressiva: da noção de psicossomático; da percepção da doença enquanto constituinte do espaço social; à construção da noção de pessoa em risco, em vez da disposição de pessoas “sãs” e “doentes”; à reedificação da doença como padrão de comportamento e não apenas lesão orgânica (Silva, 2004).

1.2 - DIMENSÃO SOCIAL E CULTURAL DA SAÚDE / DOENÇA

As acções de promoção da saúde devem promover a contextualização social e cultural dos processos de saúde e de doença, em particular as diferenças sociais, de género, étnicas e culturais (Trindade & Teixeira, 2000; Ramos, 2004).

As classes sociais suportam-se numa estrutura de estatutos multi-hierarquizado e são caracterizadas por factores ocupacionais/profissionais, educacionais e de remuneração (Institute of Medicine, 2002; Reisine & Litt, 1993). Neste contexto, é atribuída à dimensão social, através do estatuto social que cada indivíduo representa na sociedade, um papel preponderante na influência exercida na adopção de comportamentos que se traduzem na condição de saúde individual. Salienta-se que cada indivíduo desempenha diferentes papéis e assume diferentes estatutos e funções sociais.

Segundo Bervique e Medeiros (1980), a profissão é considerada um estatuto adquirido, uma vez que o indivíduo pode determinar e controlar vários parâmetros como, por exemplo, o esforço, o empenho, a força de vontade e a iniciativa. Em adição, está documentado por Moraes e Bijella (1977 citados por Bervique & Medeiros, 1980) que a cada profissão é conferida uma conotação social associada ao prestígio que lhe é atribuído pela sociedade. Por exemplo, a profissão de médico é uma profissão detentora de maior prestígio social.

As acções de promoção de saúde oral realizadas em contexto profissional (nomeadamente, no âmbito da saúde ocupacional) visam incrementar o interesse e a valorização da saúde oral, influenciando o bem estar dos profissionais e preconizando a melhoria da sua qualidade de vida (Tada & Hanada, 2004); no entanto, não podemos esquecer na conceptualização destes programas de promoção da saúde oral o estatuto profissional da população alvo.

1.3 - ESTILOS DE VIDA CONDUCENTES À SAÚDE

Segundo a OMS (1998), os estilos de vida são um modo de viver baseado em padrões comportamentais identificáveis determinados pela interacção entre as características pessoais, sociais e as condições de vida socioeconómicas e ambientais. Estes padrões comportamentais ou estilos de vida são continuamente testados, interpretados e sujeitos a alterações nas diferentes situações sociais, influenciando a saúde individual e da comunidade.

Para Silva (2004) os estilos de vida definem-se através de maneiras diferentes de viver e de “ser”, dentro de uma mesma sociedade, influenciando os comportamentos e atitudes das pessoas em relação à sua condição de saúde.

A melhoria da saúde deve possibilitar que as pessoas mudem os seus estilos de vida. Deste modo, a actuação deve ser dirigida em simultâneo ao indivíduo, às condições sociais e às condições de vida, afim de produzir e manter esses padrões comportamentais.

A Carta de Ottawa (1986) menciona a necessidade de alterar favoravelmente as condições de vida que sustentam a saúde. Entende-se por condições de vida o produto das circunstâncias sociais, económicas e físicas, que resultam do ambiente diário das pessoas (onde vivem, brincam e trabalham).

Está documentado que os estilos de vida estão fortemente relacionados com as condições materiais de vida, nomeadamente com factores ocupacionais/profissionais, económicos, habitacionais, sócio-culturais, que influenciam o estado de saúde individual. Deste modo os grupos socio-económicos mais baixos apresentam um risco de exposição mais elevado a estes factores ambientais e de risco, o que pode determinar diferenças no estado de saúde desses indivíduos (Silva, 2004; Ramos, 2004), dando consistência às desigualdades em saúde.

Em concordância com as mesmas autoras, os estilos de vida estão relacionados com as classes sociais, pelo que são influenciados e são influenciadores das atitudes e comportamentos das pessoas face à existência e modos de actuar na saúde e na doença. As utilizações de serviços com vista à prestação de cuidados preventivos são condicionadas pelas condições de vida que afectam directamente a saúde das pessoas.

De acordo com a OMS (1986) os estilos de vida estão associados aos valores, às motivações, às oportunidades com origem nos aspectos culturais, sociais e económicos.

A sua compreensão assenta por um lado em factores individuais (atitudes, interesses, informação, educação), em factores ambientais (como o grupo familiar, o grupo social, o ambiente de trabalho, a escola ou a comunidade onde se vive), e em factores de índole sistémica do (como o sistema social, instituições, cultura, regime político), e por outro sustenta-se nas características ecológicas e geográficas. São estes factores que em permanente interacção moldam os comportamentos dos indivíduos ligados à saúde e ao risco (Ramos, 2004; Mendoza & col., 1990, citados por Matos & col., 2006).

A promoção da saúde está directamente associada à aquisição de estilos de vida saudáveis, através da redução de hábitos desfavoráveis relacionados com o risco e com a susceptibilidade para as doenças, que de acordo com a Carta de Ottawa (1986) está associado a um processo de capacitação das pessoas e das comunidades para o aumento do controlo sobre a sua própria saúde.

O estilo de vida individual, caracterizado por padrões de comportamento identificáveis, pode ter um efeito categórico na saúde individual e colectiva. A promoção de estilos de vida saudáveis suporta-se nos padrões diários existentes, que devem favorecer a adopção de estilos de vida saudáveis como sendo a opção mais fácil e mais prestigante do ponto de vista do reconhecimento social.

Não obstante, não existe um estilo de vida “ótimo” para ser adoptado por todas as pessoas. A cultura, o estatuto socio-económico, a estrutura familiar, a idade, a habilidade física, o envolvimento em casa e no local de trabalho, farão certos estilos e condições de vida mais atractivos (Nutbeam, 1998). É pois preciso reduzir as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultam certas escolhas.

Segundo Petersen e Kwan (2004), a maioria das doenças orais estão relacionadas com esses estilos de vida, pelo que a redução da maioria destas doenças crónicas depende da mudança de comportamentos. Porém, para se verificarem estas alterações comportamentais é necessário o compromisso e a perícia de acções de promoção para a saúde.

Contudo, é de referir, que alguns factores contrariam os aspectos supra citados, nomeadamente o facto de persistirem diferenças no estado de saúde dos indivíduos dos grupos socio-económicos menos diferenciados que não podem ser apenas explicadas pelos aspectos socio-económicos (Bennett & Murphy, 1999; Tada & Hanada, 2004).

Ramos (2004) e Silva (2004) expõem que as desigualdades em saúde também se suportam nos aspectos culturais que comportam diferentes crenças, valores, atitudes e comportamentos face às situações da vida, nomeadamente a saúde e a doença.

Salienta-se, também, a existência de uma forte relação entre as condições materiais de vida, nomeadamente os factores habitacionais, económicos, profissionais entre outros, com os estilos de vida. Em concordância com as autoras citadas anteriormente, a sub-cultura da pobreza fomenta a adopção de comportamentos e estilo de vida mais focalizados na condição física e menos centrados na necessidade ou interesse pela informação.

No que concerne às políticas de equidade na saúde, devem focalizar a capacitação das pessoas para a adopção de estilos de vida saudáveis. Este processo envolve o reconhecimento de que alguns grupos sociais apresentam uma maior vulnerabilidade para adoptarem comportamentos desfavoráveis para a saúde (Dahlgren & Whitehead, 1992).

Segundo Thomas e col. (1992, citados por Bennett & Murphy, 1999) os grupos socio-económicos mais baixos praticam e adoptam comportamentos mais nocivos para a saúde em comparação com os mais favorecidos sócio-economicamente. Gottlieb e Green (1984, citados por Bennett & Murphy, 1999) documentam que um mau estado de saúde proveniente das desigualdades em saúde resulta das diferenças existentes entre os estatutos socioeconómicos associado à difícil acessibilidade a cuidados de saúde, ao stress ambiental, ao apoio social inadequado e à existência de sentimentos associados à falta de controlo.

O facto dos aspectos ambientais terem influência na susceptibilidade para a saúde/doença sugere que deve ser criada uma maior acessibilidade na participação de grupos com menores recursos em programas preventivos e de carácter educacional, com vista à modificação de comportamentos desfavoráveis à saúde oral e diminuição do risco de aparecimento de doenças orais (Reisine & Litt, 1993).

Refere-se, por exemplo, que alguns estudos demonstram existir uma correlação estatisticamente significativa entre: o estatuto socio-económico baixo e a procura reduzida de cuidados dentários; a existência de indivíduos edentulos e o risco elevado de cáries; insuficientes medidas de higiene oral e a baixa adesão aos comportamentos preventivos de saúde oral (Trubman & col., 1958, Atwood, Blinkhorn & MacMillan, 1990, citados por Reisine & Litt, 1993).

A existência de desigualdades na condição individual de saúde, determinada pelo ambiente e pela adopção de padrões, hábitos e estilos de vida, não depende exclusivamente da influência de factores físicos, mas também da presença de factores sociais e psicológicos (Wilkinson, 1992, Carroll & col., 1993, citados por Bennett & Murphy, 1999). Este aspecto justifica a relevância conferida às crenças de saúde, às atitudes e ao conhecimento que cada indivíduo detém sobre a saúde oral, independentemente do seu nível socio-económico (Ronis & col., 1993, citado por Sakki, Knuuttila & Anttila, 1998), como poderemos ver mais aprofundadamente em outras secções deste trabalho.

1.4 - IDADE E GÉNERO NA SAÚDE/DOENÇA

De acordo com a literatura, a faixa etária e o género podem influenciar os padrões comportamentais dos indivíduos e a condição de saúde oral.

Observou-se que o nível de relação entre o estatuto profissional e a adopção de hábitos e estilos de vida saudáveis em relação à saúde oral assume maior expressão no sexo feminino, o que é justificado pela maior actividade social das mulheres, que leva à execução de práticas diárias saudáveis de higiene oral, nomeadamente à execução de fio dentário (Tada & Hanada, 2004). Pode-se, então, concluir que as mulheres aderem mais facilmente aos comportamentos de saúde e solicitam maior nível de informação, comparativamente com o género masculino (Weinstein, Getz, & Milgrom, 1983; Dean, 1989, Rakowski et col., 1990, citados por Liang, Shediak-RizKallah, Celentano & Rohde, 1999; Tada & Hanada, 2004).

A idade e o género mostram diferenças no estado da saúde, por um lado, devido aos factores biológicos, por outro, devido a factores que geram desigualdade em saúde, nomeadamente, acesso aos cuidados, educação, contextos ambientais, bem como crenças de saúde, valores e comportamentos (*Institute of Medicine*, 2002).

No entanto, as diferenças entre géneros observadas relativamente aos padrões de comportamento associados à saúde diminuem, há medida que a idade aumenta. Sublinha-se, contudo, que a alteração de comportamentos nocivos para a saúde, em ambos os géneros, pode ser conseguida através da alteração das condições sociais (Bennett & Murphy, 1999), proporcionando maior acessibilidade a acções de prevenção e valorizando, deste modo, a promoção da saúde e as necessidades expressas pelo indivíduo (Dworkin, Ference & Giddon, 1978).

No que concerne à variável idade, está documentado na investigação que os comportamentos de risco são mais frequentes em jovens, enquanto os indivíduos mais idosos demonstram uma maior preocupação com a existência de doenças e com o seu estado de saúde (Liang, Shediak-RizKallah, Celentano & Rohde, 1999).

1.5 – A DIMENSÃO COMPORTAMENTAL NA SAÚDE ORAL

Os comportamentos favoráveis à saúde adoptados pelo indivíduo determinam a optimização e a manutenção da sua condição de saúde (Pellmar, Brandt & Baird, 2002, citados por Tada & Hanada, 2004). Assim, de acordo com esta afirmação, os comportamentos saudáveis em saúde oral reflectem uma boa condição oral (Kay & Locker, 1998, Lang, Farghaty & Ronis, 1994, citados por Tada & Hanada, 2004).

Dado que a saúde oral é parte integrante da saúde geral, e constitui um elemento necessário para o bem-estar, para a qualidade de vida, para a auto-estima e para a confiança social (Locker, 1988, citado por Watt, 2005). Assim, ter uma condição de saúde oral “pobre” pode ser sinónimo de um efeito nefasto no *estado* de saúde, na medida que a maioria das patologias orais estão relacionadas com doenças crónicas (por exemplo: a diabetes) (Watt, 2005).

Numa perspectiva histórica, a cárie dentária e as doenças periodontais têm sido consideradas um grave problema de saúde pública, com impacto nos hábitos diários, no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos (Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan-Day & Ndiaye, 2005).

Deste modo, a experiência associada à dor, a presença de problemas mastigatórios, na comunicação e no sorrir, decorrentes destas patologias, representa encargos económicos, sociais e psicológicos onerosos, que podem ser a causa do absentismo no trabalho e nas escolas.

Em adição, a prevalência da cárie dentária em adultos é alta, atingindo perto dos 100% da população na maior parte dos países. A Figura 2 ilustra o nível de experiência de cárie dentária, em adultos nas regiões da OMS (Figura 3).

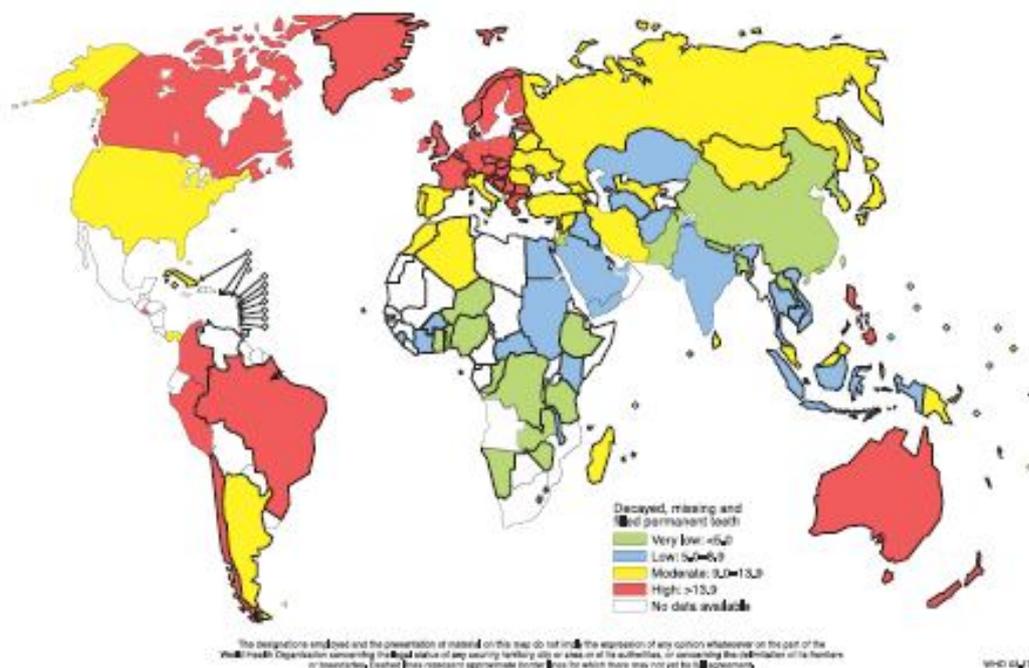


Figura 2 – Experiência da Cárie Dentária aos 35-44 anos, Medida pelo Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D). OMS (2002, citada por Petersen & col., 2005).

A causa da perda de peças dentárias na população adulta pode ser também, atribuída à presença de problemas periodontais (gengivais) severos, manifestando-se em cerca de 5-10% da população mundial (Gráfico 1).

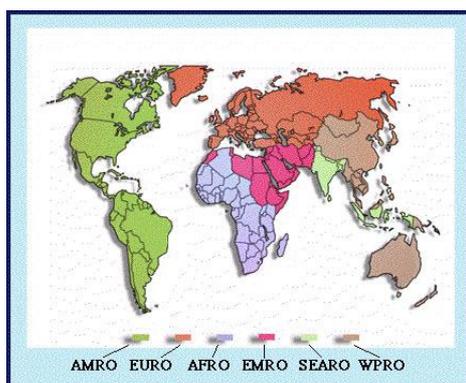


Figura 3 – Definição de Regiões pela OMS, (OMS, 2005).

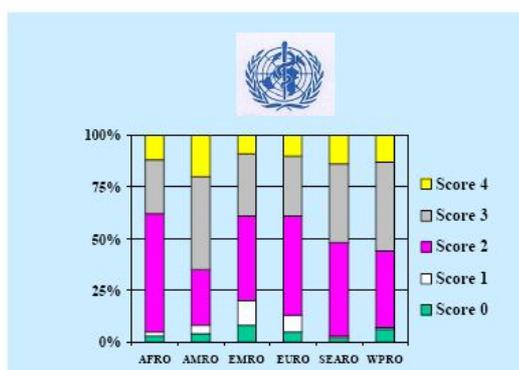


Gráfico 1 – Índice Periodontal Comunitário (CPI) entre os 35-44 anos, por Região da OMS. Petersen & col. (2005).

Os padrões apresentados das principais doenças orais reflectem o perfil de risco, respeitantes às condições de vida, aos estilos de vida e à implementação de sistemas

preventivos de saúde oral. Corroborando esta linha de orientação, Petersen (2005) refere que são vários os estudos epidemiológicos que confirmam o papel determinante que os factores sócio-comportamentais e ambientais desempenham na saúde oral e geral.

De acordo com Bervique e Medeiros (1980), a adopção de medidas preventivas da cárie dentária e da periodontite (uso de suplementos fluoretados, hábitos diários de higiene oral – escovagem e fio dentário -, controlo da dieta, controlo e vigilância periódica da saúde oral) está condicionada pelo conhecimento que o paciente detém sobre a saúde oral, pelas suas crenças de saúde, pelos aspectos socio-económicos e culturais e pela motivação existente.

Podemos então dizer que está implícita uma relação inversamente proporcional entre o nível de conhecimento existente sobre a temática saúde oral e a manifestação de patologias nesta área. Este aspecto está, também, associado à existência de crenças sobre a importância de uma boa saúde oral, as quais se reflectem na adopção de comportamentos e atitudes saudáveis, tais como o aumento da frequência diária da escovagem e da utilização de fio dentário e uma maior assiduidade nas consultas de controlo e vigilância periódica (Nikias & col., 1980, 1982, citados por McCaul, Glasgow & Gustafson, 1985).

Quando o objectivo das intervenções de saúde tem em vista a prevenção e a manutenção de práticas diárias saudáveis, devemos equacionar e avaliar o padrão cultural do indivíduo, as suas necessidades sociais ou de auto-estima expressas, o seu estatuto social e profissional, os conhecimentos sobre saúde oral, as crenças e atitudes existentes, o valor que o indivíduo atribui à saúde, à estética, à aparência e à função fisiológica (Bervique & Medeiros, 1980).

Com efeito, os comportamentos de saúde são influenciados por inúmeros factores que interagem de forma multidimensional, como demonstra o modelo apresentado por Liang, Shediac-RizKallah, Celentano e Rohde (1999), que podemos observar na Figura 4.

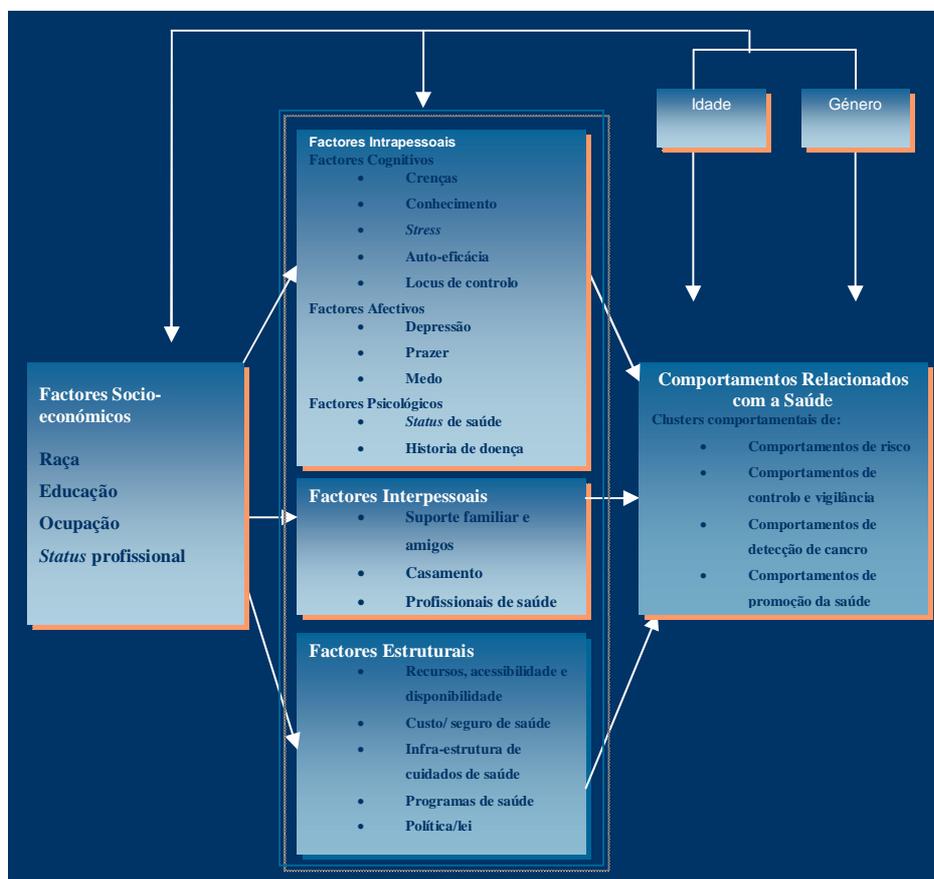


Figura 4 – Esquema representativo do contributo dos vários factores no fenómeno multi-dimensional dos comportamentos da saúde (Liang, Shediac-RizKallah, Celentano & Rohde, 1999).

Sabe-se, no entanto, que o cumprimento da terapêutica e o recurso aos serviços preventivos em saúde oral estão associados à disponibilidade, à acessibilidade e à aceitação da prestação de cuidados nesta área. Estes aspectos estão mais relacionados com a percepção subjectiva da necessidade de cuidados que o paciente tem, do que com a percepção objectiva do técnico de saúde oral (Dworkin, Ference & Giddon, 1978). É neste contexto, que os profissionais de saúde oral compreendem o comportamento e as atitudes dos pacientes, proporcionando a adequação do planeamento, da implementação, do desenvolvimento e da avaliação de qualquer intervenção ou estratégia definida para os programas de promoção da saúde oral.

Na abordagem clínica das patologias orais é necessário valorizar a manifestação de sinais e sintomas expressos pelo paciente, de modo a melhorar a adequação do tratamento, dado que estes factores podem constituir um forte indicador em relação à percepção que o paciente tem face à necessidade de tratamento.

A auto-avaliação da condição de saúde oral realizada pelo paciente, mais do que a doença *per se*, constitui, também, um elemento condicionante na percepção da necessidade de cuidados de saúde oral. Estes aspectos conduzem, muitas vezes, a situações de discrepância entre as patologias orais diagnosticadas clinicamente pelo técnico de saúde, a auto-avaliação dos problemas orais e a percepção da necessidade de cuidados de saúde oral que o paciente faz (Heft, Gilbert, Shelton & Duncan, 2003).

A estratégia usada para promover alterações nos hábitos e estilos de vida associados à existência de doenças crónicas implica o envolvimento do indivíduo, através da aquisição de conhecimentos sobre a etiologia da doença, a identificação dos seus sinais e sintomas, os mecanismos de acção, a expressão e progressão da patologia oral. O paciente deve ter a noção que a aquisição de novos conhecimentos lhe vão permitir mudar os comportamentos nocivos para a saúde (Stewart, Wolfe, Maeder & Hartz, 1996); no entanto, não deve esquecer que o comportamento perfaz uma ínfima parte constituinte do universo multifactorial interveniente no controlo das doenças orais, nomeadamente na patologia periodontal (Haynes, Taylor & Sackett, 1979, Leventhal & Zimmerman, 1984, citados por McCaul, Glasgow & Gustafson, 1985) e na cárie dentária (Reisine & Litt, 1993).

A manifestação da doença periodontal (periodontite) tem maior tradução em idade adulta, a partir dos 45 anos; no entanto, o grau de severidade e as complicações características desta patologia podem ser minimizadas e controladas através de medidas de higiene oral correctas e de tratamento adequado (Axelsson & Lindle, 1981, Lobene, Soparker & Newman, 1982, citados por McCaul, Glasgow & Gustafson, 1985). É, ainda, de referir que a adopção de medidas preventivas simples não são executadas pela maioria das pessoas que sofrem desta patologia (McCaul, Glasgow & Gustafson, 1985).

Na investigação existente sobre a cárie dentária são referenciados factores multidimensionais que estão inter-relacionados no processo etiológico desta doença oral, incluindo a dimensão comportamental, como factor que pode predizer o risco de aparecimento da cárie dentária. Assim, foi conceptualizado um modelo biopsicosocial das doenças orais, em que são contextualizados factores biológicos, sociais e psicológicos para explicar o processo etiológico e para predizer as patologias orais (Figura 5).

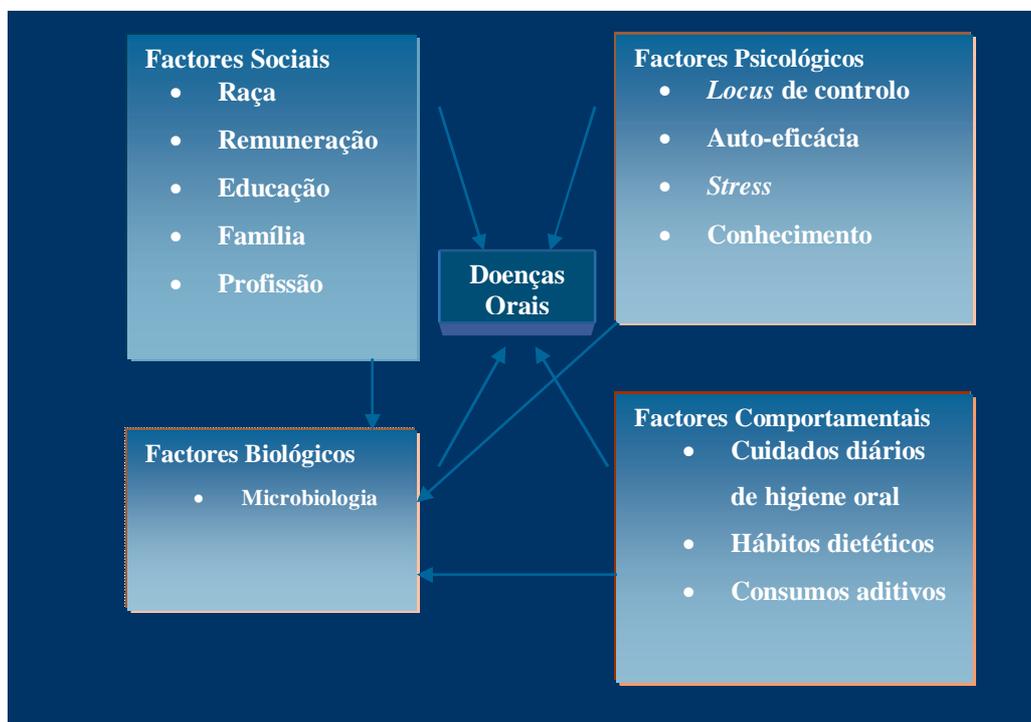


Figura 5 – Modelo de Prognóstico do Risco de Doenças Orais – Factores Biológicos, Sociais, Psicológicos e Comportamentais. Modelo Adaptado do Modelo Biopsicossocial do Risco de Cárie (Reisine & Litt, 1993).

Este modelo poderá permitir a definição de indicadores de vulnerabilidade e de risco das doenças orais (Reisine & Litt, 1993) e objectivar estratégias preventivas, tendo em conta a maior especificidade e efectividade das intervenções, com vista à optimização das intervenções de prevenção e de promoção da saúde oral.

A importância e o valor que é atribuído à boca e à face variam, também, de indivíduo para indivíduo e estão, muitas vezes, associados a aspectos estéticos ou de aparência, à fonética, à dor e à mastigação. Estes factores podem não ser considerados suficientes para justificar e induzir a motivação do indivíduo para alcançar uma boa condição de saúde oral (Dworkin, Ference & Giddon, 1978), mas devem ser considerados nas intervenções realizadas no âmbito da saúde oral.

CAPÍTULO II – PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde tem vindo a ser definida de muitas formas, e ainda que todas as definições partilhem conteúdos similares, enfatizam também alguns aspectos diferenciadores.

Assim, algumas correntes realçam que a promoção da saúde é basicamente um processo da medicina e da saúde pública. É o caso da definição reconhecida na Conferência Nacional sobre Medicina Preventiva nos Estados Unidos da América (1975, citada por Dias, Duque, Silva e Durá, 2004) que enfatiza o tratamento médico e sugere que a promoção da saúde compreende todas actividades médicas e de saúde pública tradicionais. A referida definição valoriza o conhecimento produzido pela investigação das condutas de saúde sobre o “como” e o “porquê” as pessoas utilizam os serviços de saúde, como respondem aos regimes médicos estabelecidos e como interpretam os sinais e sintomas da doença, na medida que estas atitudes estão relacionadas ou são determinadas por factores pessoais, familiares e sociais.

Outras definições colocam em destaque a reforma social, tal como a definição proposta pelo *European Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion* (1984, citado por McQueen, 2001), em que a promoção da saúde afecta o desenvolvimento de políticas de saúde pública, a criação de ambientes de suporte, a participação comunidade, o desenvolvimento das capacidades pessoais e uma orientação dos serviços de saúde, para além da simples prestação de cuidados clínicos e curativos. Esta perspectiva destaca o modo como os factores comunitários, institucionais e de política social condicionam as actividades associadas com a saúde e, conseqüentemente, a promoção da saúde. A grande disparidade entre estas duas definições, suporta-se na distinção entre os conceitos de prevenção da doença e de promoção da saúde.

Com a Conferência de Alma-Ata (1978) verifica-se o início de uma renovada compreensão do conceito de saúde, que passa a abranger os determinantes socio-económicos e sócio-culturais, bem como a responsabilização da decisão política e a reorientação dos serviços de saúde.

A OMS (1986) reconhece, assim, que a promoção da saúde deve resultar de intervenções multidimensionais quer ao nível do ambiente quer ao nível das políticas públicas da saúde. Esta ideologia está implícita no conteúdo das numerosas declarações existentes sobre a promoção da saúde.

Com base na primeira declaração de saúde – Carta de Ottawa (OMS, 1986) a promoção da saúde é conceptualizada como o processo de habilitar as pessoas e a comunidade para aumentar o controlo sobre a sua saúde e a actuarem na melhoria da sua saúde e da qualidade de vida para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Esta conceptualização deu origem de um novo paradigma no sector da saúde em que *“a saúde deve ser vista como recurso para a vida e não como objectivo para viver”* (Nutbeam, 1998:1).

Neste sentido a saúde é percebida como um conceito positivo e considerada como uma dimensão imprescindível para promover tanto o desenvolvimento social, como o económico e o pessoal, bem como para a qualidade de vida dos indivíduos.

O mesmo documento refere ainda que *“para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”*. É também enfatizado o facto de que todas as pessoas devem ser capacitadas para exercerem um maior controlo sobre os factores determinantes da sua saúde.

“A promoção da saúde representa um processo social e político muito abrangente, na medida que não se circunscreve apenas a acções dirigidas ao fortalecimento de capacidades e habilitar os indivíduos mas também, orientada para a mudança das condições sociais, ambientais e económicas afim de atenuar o seu impacto sobre a saúde pública e individual. A promoção da saúde é o processo de habilitar pessoas para aumentar o controle sobre os determinantes de saúde e, assim, melhorar a sua própria saúde ” (Nutbeam, 1998: 1,2).

Na Carta de Ottawa (1986), são identificados cinco dimensões de acção para a promoção da saúde, nomeadamente: *“construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades, reforço da acção comunitária e a reorientação dos serviços de saúde”* e prioriza as *“políticas públicas saudáveis”*. A paz, a habitação, a educação, a alimentação, a justiça social e a equidade, são apreendidas como condições e como recursos basilares para a saúde.

A promoção da saúde aborda os determinantes de saúde (Figura 6) e ajuda a reduzir os riscos através de políticas e acções sensíveis à temática. Não depende só do

sector da saúde, uma vez que abrange os estilos de vida saudáveis e converge para o bem-estar individual e social.

É uma tarefa que a todos diz respeito e que se concretiza através da participação activa de cada indivíduo e de todas as estruturas da comunidade nos diferentes contextos ambientais. Consequentemente, o indivíduo ou o grupo devem ser capazes de identificar necessidades e motivações, realizar acções efectivas para as satisfazer e alterar o ambiente, ou não sendo possível, devem de adoptar estratégias de adaptação mais eficazes.

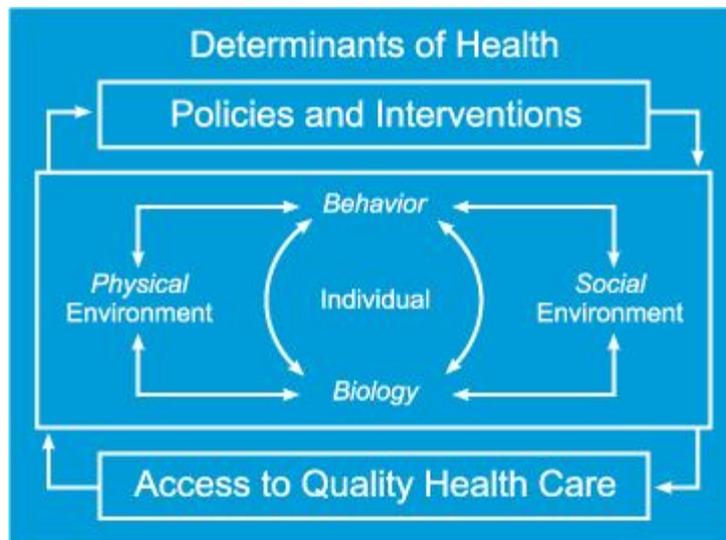


Figura 6 – Esquema dos Determinantes da Saúde (U.S. Department and Human Services, 2000).

Segundo Silva (2004:212) “No centro da promoção da saúde estão as pessoas e as populações, como principal recurso para gerar saúde”. De acordo com esta premissa, as estratégias de actuação devem de compreender os indivíduos como o âmago das intervenções promotoras de saúde, o que fundamenta a necessidade de desenvolver acções educativas, bem como acções facilitadoras do desenvolvimento pessoal e social. Estas acções devem promover competências de vida, através da valorização e orientação das opções individuais e/ou colectivas para a adopção de comportamentos e estilos de vida favoráveis à saúde. Por conseguinte, devem também possibilitar uma intervenção de optimização do meio envolvente.

Em síntese, a promoção da saúde é um processo que se faz com e para as pessoas, procedente dos seus problemas e das suas necessidades, com vista a capacitar e a desenvolver recursos individuais e colectivos para a obtenção de melhores níveis de bem-estar, de qualidade de vida, e de ganhos em saúde (Nutbeam, 1998).

O explícito posicionamento na Carta de Ottawa (1986), face à necessidade de desenvolver novas estratégias para a promoção da saúde e para o bem-estar, é reforçado e amplamente dimensionado em documentos subsequentes que resultaram de conferências de referência sobre esta temática.

Em Abril de 1988 realizou-se na Austrália a 2ª Conferência Internacional da Promoção da Saúde, da qual resultou a publicação das recomendações de Adelaide. Foram identificadas quatro áreas prioritárias na promoção (apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis).

A 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde decorreu em 1991, na Suécia (Sundsvall), conferiu destaque à ecologia na área da saúde, com enfoque nas múltiplas dimensões: física, social, económica, política e cultural. Referência que “Ambientes Saudáveis e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deve ser o objectivo central quando se estabelecem prioridades para o desenvolvimento e devem ter importância na gestão diária das políticas governamentais”.

Em Jacarta (1997) tem lugar a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a qual reflecte uma visão da promoção da saúde projectada para o século XXI. O grande desafio prende-se com o facto de salientar o potencial para a promoção da saúde inerente, por um lado, à sociedade, às comunidades e às famílias, e por outro, ao compromisso dos participantes tendo em vista os determinantes de saúde.

Consequentemente, as prioridades para a promoção da saúde no século XXI, envolvem a promoção da responsabilidade social para com a saúde; o aumento dos investimentos para fomentar a saúde; a consolidação e expansão de parcerias em prol da saúde; o aumento da capacidade comunitária dando direito de voz ao indivíduo; e assegurar infra-estruturas para a promoção da saúde.

A última Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México (2000), destacou o envolvimento e a participação activa de todos os interessados no processo de promoção de saúde, bem como, os conceitos associados à promoção social, à responsabilização pela saúde e ao desenvolvimento da capacitação comunitária e individual

Existe uma dualidade dinâmica e sistémica entre a saúde e os comportamentos com ela relacionados, o que condiciona a definição e orientação de estratégias eficazes de promoção de saúde. É nesta dialéctica que se evidencia o desenvolvimento e alteração de comportamentos e de hábitos e estilos de vida. São, com efeito, as

estratégias de promoção de saúde que podem influenciar a condição de saúde, através da alteração favorável das condições sociais, comportamentais, económicas, culturais, ambientais e biológicas (Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI, 1997; Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1986).

Segundo Rootman & col., (1996, citados por *Center for Health Promotion University of Toronto*, 2006) existem princípios estratégicos e valores subjacentes à promoção da saúde que devem ser valorizados aquando da implementação de iniciativas de promoção da saúde.

Estas iniciativas devem, por um lado, habilitar os indivíduos e comunidades para assumir mais “poder” sobre os factores pessoais, sociais, económicos e ambientais que afectam a sua saúde, ou seja promover a sua capacitação (*Empowering*) e, por outro, envolver e estimular a participação das pessoas de uma maneira aberta e democrática, através de uma abordagem holística onde todas as dimensões da saúde (física, mental, social e espiritual) são valorizadas. As acções devem ser fomentadas intersectorialmente através de estratégias múltiplas, com base na equidade e a sustentabilidade.

A “chave” das estratégias de promoção de saúde inclui a educação para a saúde, a comunicação, o desenvolvimento da comunidade, a advocacia, as políticas de desenvolvimento e de mudança organizacional. Estes princípios têm implicações e influenciam o modo como os programas de promoção são avaliados.

A criação de meios encorajadores de comportamentos de saúde, o desenvolvimento de políticas de saúde pública adequadas, o aumento dos recursos pessoais dos indivíduos e o fortalecimento da acção comunitária, constituem as estratégias traçadas para alcançar os objectivos preconizados pela OMS, que validam o carácter social, político e ecológico da promoção da saúde.

No âmbito da promoção da saúde, é importante conhecer os comportamentos que influenciam a adesão de uma dada população a essas acções, com vista a preconizar uma vida saudável e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos. Não podemos, no entanto, esquecer que a mudança de comportamentos não é fácil, dependendo de factores sociais, culturais e familiares, entre outros, e não apenas do conhecimento científico que as pessoas detêm sobre determinada matéria.

À promoção da saúde interessa a conceptualização da condição individual de saúde, como resultado da interacção de aspectos multifactoriais, preconizando a adequação a quesitos biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e culturais. Assim, as intervenções de promoção da saúde não se limitam apenas a acções individualizadas,

contemplando características mais abrangentes ao sistema (Bennett & Murphy, 1999) e à realidade a que se destinam.

A promoção da saúde tem como principal objectivo otimizar a saúde na população em geral, através da participação concreta das populações. Este objectivo tem por finalidade integrar a dimensão individual, comunitária e societal, através da adopção de estratégias económicas, sociais e psicológicas. Para alcançar este objectivo os programas devem ser devidamente analisados, reorientados e adequados ao contexto em que se pretendem implementar e desenvolver, considerado as necessidades expressas e específicas da população alvo (Paúl & Fonseca, 2001).

Com o intuito de impulsionar o desenvolvimento de acções de promoção da saúde nos diversos cenários de saúde (individual ou comunitária), partindo-se de uma visão integrante torna-se necessário abranger a comunicação em saúde, bem como os processos dela decorrentes, e a educação em saúde, visualizando-as como importantes instrumentos estratégicos na construção de programas e projectos que visem capacitar gestores, técnicos e lideranças comunitárias para a vigilância e monitorização da saúde com vista ao bem-estar e à qualidade de vida dos indivíduos.

2.1 – RISCO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

É crescente a preocupação com o conceito de “*risco*”, em particular aqueles que são causados pelos determinantes ambientais e pelos próprios estilos de vida patogénicos. Deste modo, actualmente o termo “*risco*” constitui um constructo cultural central da sociedade, uma vez que é usado como “objecto” das campanhas de promoção de saúde (Rice & Atkin, 1989, citados por Dias, Duque, Silva & Durá 2004).

No âmbito da saúde pública, o “*risco*” pode ser compreendido tendo em consideração as diferentes perspectivas. A primeira perspectiva, percepção o risco como um perigo latente para a saúde das populações, derivado das questões ambientais, como sejam a poluição, os resíduos nucleares e os resíduos químicos tóxicos. Nesta conceptualização, o risco é visto como externo, em relação ao qual o indivíduo exerce pouco controlo. Em relação à segunda perspectiva, o risco é focalizado como sendo uma consequência das escolhas dos indivíduos relativamente aos estilos de vida, colocando a ênfase no auto-controlo pessoal.

A terceira conceptualização faz o seu enfoque especificamente sobre grupos sociais, em detrimento dos indivíduos. Neste caso entende-se que, um determinado grupo está “em risco” quando a acessibilidade aos cuidados de saúde não é satisfatória. Neste sentido, o risco é percebido como uma forma de desvantagem social, uma vez que na óptica da saúde pública e da promoção da saúde, o termo “*risco*” é sinónimo de perigo (Nutbeam, 1998; Dias, Duque, Silva & Durá 2004).

O documento «Saúde em Portugal» ao definir objectivos para a saúde em Portugal como «Uma estratégia para o virar do século», constitui um exemplo paradigmático, na medida em que neste documento se estabelecem *metas* de acordo com as necessidades de cada um dos subgrupos específicos da população portuguesa considerando-os como estando “*em risco*” (Ministério da Saúde, 1999).

No conceito de promoção de saúde, objectiva-se intervenções que têm como enfoque factores comportamentais de risco associados a comportamentos patogénicos dos indivíduos. Estas intervenções fomentam uma actuação bireccional, que consistem, por um lado, em informar as pessoas sobre os meios de redução dos riscos comportamentais e, por outro promover mudanças sociais e ambientais na comunidade, de modo a facilitarem essas mesmas mudanças (Kolbe, 1986, citado por Dias, Duque, Silva & Durá 2004).

As políticas de promoção da saúde compreendem a implementação estratégica de programas de educação para a saúde. Porém, estes programas devem ter em conta a investigação básica sobre as condutas de saúde, factor que determina a sua eficácia e a aquisição de conhecimentos sobre os comportamentos de saúde dos indivíduos ou da comunidade. Assim, o conhecimento sobre as crenças e atitudes pessoais, das normas e/ou das redes sociais, deve orientar intrinsecamente o desenvolvimento das políticas sociais que suportam a implementação de programas de saúde eficazes e eficientes (Bennett & Murphy, 1999).

Segundo os mesmos autores, o estudo minucioso dos contextos em que se visa implementar os programas de intervenção e a respectiva adaptação às necessidades específicas da população a que se destinam é essencial para garantir a promoção da saúde.

As estratégias de educação para a saúde podem desenvolver-se tendo em conta a actuação individual, grupal ou comunitária, e considerando diversas acções que podem ser campanhas nos meios de comunicação social ou intervenções directas e pessoais.

A eficácia destas intervenções pode ser garantida: através do desenvolvimento de teorias e modelos que mobilizem intervenções eficazes; focando as intervenções em condutas prioritárias, optando por aquelas com maior incidência sobre a saúde da população; centrando-se em populações de alto risco; através da análise de políticas que influenciam os comportamentos de saúde; e por intervenções combinadas, afim de obter efeitos complementares ou sinérgicos (Dias, Duque, Silva & Durá 2004).

A concepção de campanhas de promoção de saúde induz, por vezes, à manipulação psicológica através do apelo às emoções, medos, ansiedades e sentimentos de culpabilidade, com intuito de persuadir o maior número de sujeitos. Estas campanhas recorrem com frequência à noção central de risco, em torno da qual são construídas representações de necessidade associadas ao medo, como consequência de uma atitude desfavorável para a saúde.

2.2 - PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Um componente básico na promoção da saúde é a educação para a saúde, definida inicialmente pela OMS como:

“...uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem.” (OMS, 1969, citada por Dias, Duque, Silva & Dura, 2004:465).

No entanto, é importante diferenciar a promoção da saúde como um conceito amplo, que inclui estratégias distintas de actuação, e a educação para a saúde como um instrumento ou uma estratégia concreta para a promoção da saúde. Ambos os conceitos têm sido utilizados frequentemente, de forma permutável.

A promoção da saúde inclui o conceito educação para a saúde, e resulta de uma combinação de estratégias de educação e apoios de tipo organizativo, legislativo ou normativo, económico e ambiental que facilitem as práticas de comportamentos saudáveis. A educação para a saúde é uma actividade planeada com intenção específica de aumentar o conhecimento ou as competências para promover os comportamentos saudáveis. A educação para a saúde é, pois, uma estratégia da promoção da saúde (Bennett & Murphy, 1999; Paúl & Fonseca, 2001).

As limitações da medicina moderna e a escassez de recursos económicos fizeram com que se desse enfoque à educação para a saúde. Neste sentido, a educação para a saúde constitui uma metodologia de excelência para a promoção da saúde e fomenta a orientação importante para reduzir as diferenças nos grupos mais desfavorecidos, pelo que pode ajudar a igualar as condições sociais na população e a encorajar uma maior compreensão entre os vários grupos sociais. Para tal é necessário identificar, examinar e reduzir as possíveis barreiras existentes que dificultem ou inviabilizem o acesso aos vários níveis do processo educativo.

A educação para a saúde constitui um instrumento, para alcançar os objectivos da promoção da saúde, assumindo uma função vanguardista na estratégia global da promoção da saúde (Bennett & Murphy, 1999).

A Educação em Saúde pode ser definida como uma prática social que preconiza a mudança de hábitos, práticas e atitudes, a transmissão e apreensão de conhecimentos, e a mudança gradual na forma de pensar, sentir e agir através da selecção e utilização de métodos pedagógicos participativos.

Deste modo, educar e aprender em saúde torna-se um processo contínuo de exploração, de reflexão, de inquirição e de estruturação colectiva, articulada e participada. É nesta premissa que o “educador” e o “educando” se inscrevem no “papel” interactivo de sujeitos e “actores” no processo educativo, o qual deve estimular de modo contínuo e permanente a estruturação de acções colectivas e solidárias, incentivando e valorizando o diálogo, a criatividade e a capacidade crítica dos indivíduos e das comunidades, com vista a indagação de soluções para as suas questões de saúde problemáticas, em prol da melhoria de qualidade de vida.

No entanto, a promoção da saúde enfrenta algumas questões que se prendem com os recursos, com a classificação de grupos de *risco*, com a limitação das escolhas das pessoas e ainda, com o facto das pessoas possuírem diferentes perspectivas, crenças e representações sobre a causa da doença.

A OMS contextualiza o melhoramento de todo o potencial da saúde individual e comunitária através do trabalho de promoção da saúde que deve ser desenvolvido com e para os indivíduos e comunidades. Assim, de acordo com esta premissa a política deve facilitar o desenvolvimento de ambientes promotores de saúde.

O relatório da OMS de 1984 refere que a promoção de saúde envolve a população como um todo no seu contexto de vida diária; converge para acções relativas aos determinantes ou às causas da saúde; combina várias metodologias e perspectivas. Este relatório menciona o papel importante que os profissionais de saúde desempenham na educação e defesa da saúde (Paúl & Fonseca, 2001).

Neste mesmo documento a OMS referencia o acesso à saúde descriminando as principais áreas de intervenção, nomeadamente a eliminação das desigualdades; a melhoria do ambiente que envolve a pessoa, no trabalho e em casa; o fortalecimento das redes sociais de apoio; a promoção de estilos de vida saudáveis; o aumento do conhecimento e de informação sobre a saúde.

É de salientar que o *modus* operando de técnicos de saúde afectos a intervenções que visem desenvolver esforços de educação para a saúde, deve ser caracterizado por uma atitude pró-activa em qualquer etapas do projecto, incluindo a definição e adequação de estratégias para a comunicação em saúde, cujo o objectivo se dimensiona

em aumentar a aceitabilidade de uma causa, ideia ou valor, bem como modificar a atitude da população-alvo tendo como fim o comportamento promotor de Saúde (Kuteev-Moreira, 2004).

Historicamente, os esforços desenvolvidos ao nível das políticas de saúde têm-se debruçado sobre o conceito de doença e a sua prevenção, através três níveis de actuação: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.

A prevenção primária procura prevenir a morbilidade, através do decrescimento dos factores de risco ou do aumento dos factores de protecção. Ao nível da prevenção secundária, pretende-se detectar a doença o mais precocemente possível, de modo a maximizar as probabilidades de um tratamento ou de cura da doença eficaz. Quando se intervém ao nível da prevenção terciária actua-se ao nível do controlo ou da cura de uma doença através da prestação do tratamento apropriado logo após o seu diagnóstico.

Esta perspectiva preventiva tem revelado alguma inadequação perante o conceito actual de saúde que ultrapassa a mera ausência de doença. Segundo a concepção de Kickbuch (2001, citado por Dias, Duque, Silva & Durá, 2004), conservar ou manter o estado de saúde, são objectivos prioritários da prevenção, não parece estar em sintonia com uma visão positiva da saúde.

Há então que considerar que na actualidade, o conceito de saúde é perspectivado numa óptica positiva que implica a potenciação das capacidades do indivíduo para se desenvolver e influir positivamente no meio em que se insere (Costa & Lopez, 1986, citados por Dias, Duque, Silva & Durá, 2004). De acordo com esta dimensão, podemos não só prevenir a doença como também promover a saúde.

Em adição, a prevenção é um conceito relacionado com a doença, enquanto a promoção é um conceito relacionado com a saúde, sendo este mais amplo que o da prevenção, na medida em que implica não só a protecção e a manutenção da saúde mas também, a promoção do óptimo estado vital, físico, mental e social da pessoa e da comunidade (Salleras, 1985, Maes, 1991 citados por Dias, Duque, Silva & Durá, 2004).

A promoção de saúde é dirigida, não só às pessoas doentes no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, mas a todos os indivíduos, de todos os estratos da população, quer na ausência quer na presença de doença (Paúl & Fonseca, 2001).

2.3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

A saúde oral é uma parte integrante da saúde geral e essencial para o bem-estar e para a qualidade de vida. Tendo em conta esta premissa a OMS preconiza de forma prioritária a inclusão da saúde oral em programas de promoção da saúde, através de abordagens *sócio-dentárias* para avaliação das necessidades e aproximação ao factor de risco comum (Petersen, 2003; Sheiham & Watt, 2000; Sheiham, 2005).

À promoção da saúde interessa a conceptualização da condição individual de saúde, como resultado da interacção de aspectos multifactoriais, preconizando a adequação a quesitos biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e culturais. Assim, as intervenções de prevenção da saúde não se limitam apenas a acções individualizadas, contemplando características mais abrangentes ao sistema (Bennett & Murphy, 1999) e à realidade a que se destinam.

O aumento da urbanização e as mudanças ocorridas nos aspectos demográficos e sócio-ambientais requerem diferentes abordagens nas acções de saúde oral, pelo que se constata ser improvável que ocorram melhorias das condições de saúde oral através de intervenções isoladas para afectar um comportamento específico. Neste contexto, as intervenções mais efectivas e sustentáveis devem combinar acções sociais, políticas e individuais, através das quais os estilos de vida e as condições de vida saudáveis são promovidos (http://www.who.int/oral_health/startegies/hp/en/print.html).

As revisões documentais efectuadas pela OMS indiciam a existência de uma limitação significativa nas intervenções clínicas preventivas e educacionais porque ignoram os principais factores que originam uma saúde oral “pobre”, não atingindo assim melhorias sustentáveis desta condição, e originando a ausência de equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Segundo estas considerações são necessárias acções complementares de saúde pública que enfatizem a assistência aos indivíduos e às comunidades para prevenirem as doenças orais e para criar condições que sustentem uma boa saúde oral. Assim, as estratégias de saúde pública devem ser direccionadas para os determinantes sociais da saúde (factores psicossociais, económicos, políticos e ambientais), ou seja para “as causas das causas”, através da adopção de abordagens centradas nos riscos comuns (Figura 7) (estruturação de programas de saúde com intervenções multidisciplinares), que produzem melhorias nas condições crónicas.

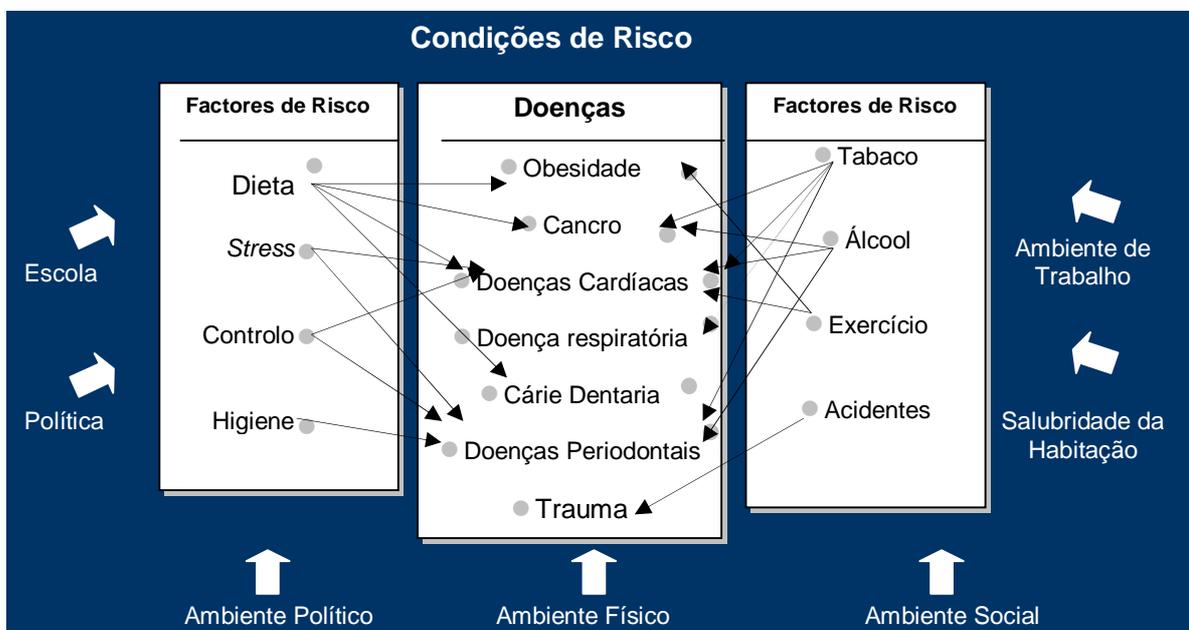


Figura 7 – Intervenção Centrada nos Riscos Comuns. Modificado por Sheiham e Watt (2000).

O controlo das doenças orais e a saúde pública necessita de adoptar abordagens integradas para a promoção da saúde e para a prevenção das doenças baseadas nos factores de risco comum (Petersen, Estupinan-Day & Ndiaye, 2005; Petersen, 2005). A este propósito, os programas que consideram e incluem medidas ao nível individual, profissional e comunitário são efectivos na prevenção da maioria das doenças orais (Figura 8).



Figura 8 – Modelo dos Factores de Risco para a Promoção da Saúde Oral (Petersen, 2005).

O elevado risco relativo às doenças orais relacionam-se com os determinantes sócio-culturais, designadamente com as pobres condições de vida, falta de tradições, de crenças e a cultura que suportam a saúde oral.

Advém que o controlo das doenças orais depende da disponibilidade e da acessibilidade dos sistemas de saúde oral. Contudo, a redução dos riscos de doença só é possível se os serviços forem orientados para os cuidados de saúde primários e para a prevenção.

Em adição, no modelo dos factores socio-ambientais é enfatizado o papel intermediário e modificável dos comportamentos de risco. Estes comportamentos não afectam apenas o estado de saúde oral de forma negativa mas também se manifesta no impacto na qualidade de vida (Petersen, 2003, 2005; Petersen & Kwan, 2004).

São vários os comportamentos e estilos de vida diários, como por exemplo os hábitos tabágico, alcoólico e dietético, que afectam a saúde geral, bem como a saúde oral. Previsivelmente, estes comportamentos individuais estão associados ao aumento do risco para determinadas patologias orais, sobretudo para a doença periodontal, para a cárie dentária, para neoplasias oral e faríngea, para candidíase oral entre outras condições (http://www.who.int/oral_health/strategies/cont/en/print/html).

A saúde oral deve ser contextualizada como parte integrante de saúde geral. Assim, todas as acções desenvolvidas neste âmbito devem considerar que as condições desfavoráveis determinam fortemente a existência de comportamentos de risco e a adopção de hábitos e estilos de vida desfavoráveis.

Há que referir que as intervenções isoladas centradas unicamente na mudança de comportamentos não produzem melhorias sustentáveis na saúde oral; a aquisição de conhecimento *per se* raramente conduz a mudanças comportamentais sustentáveis; é incorrecto assumir que os hábitos e estilos de vida são escolhidos livremente e facilmente modificados por cada indivíduo; o conhecimento sobre a saúde e as acções de sensibilização têm um valor exíguo quando os recursos e as oportunidades para promover a mudança não existem, uma vez que os comportamentos das pessoas são influenciados pelos determinantes sociais da saúde (Figura 9).

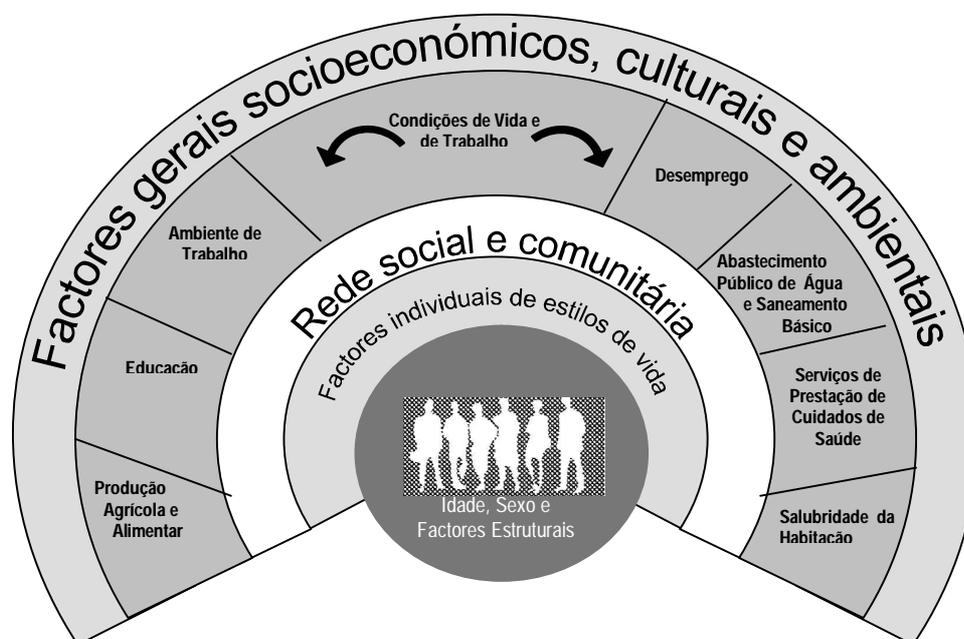


Figura 9 – Esquema dos Determinantes Sociais de Saúde (Watt, 2005).

Os determinantes sociais da saúde são constituídos pela multidiversidade de factores que interagem (pessoais, sociais, económicos e ambientais), que influenciam e originam o estado de saúde individual e das populações (Figura 9). Deste modo, na promoção da saúde importa a acção, a advocacia e todos os factores que combinados potenciem tanto modificações nos determinantes da saúde, nomeadamente o extracto social, a educação, as condições de trabalho, acesso a serviços de saúde apropriados e ambientes físicos, como origem diferentes condições de vida com impacto na saúde (OMS, 1998).

Relativamente à perspectiva de saúde pública está provado que são necessárias acções inovadoras e diferenciadas intervindo nas condições que influenciam a adopção de comportamentos desfavoráveis na população, identificando e intervindo nos grupos de alto risco. Contudo, as intervenções actuais de prevenção das patologias orais caracterizam-se por constituírem um enfoque combinado entre os factores de alto-risco e as acções dirigidas à população.

Tendo como referência a Carta de Ottawa (1986) é imprescindível aplicar estratégias complementares em colaboração com os organismos locais, nacionais e internacionais, com poder de decisão, para auferir de intervenções de saúde pública bem sucedidas, envolvendo simultaneamente estas entidades, as comunidades locais e os

indivíduos, para que assumam uma participação activa nas actividades de promoção da saúde oral (Watt, 2005).

Torna-se fundamental reflectir sobre a importância da definição de objectivos, da identificação dos factores que potenciam o aparecimento da doença, e da definição de estratégias de intervenção de saúde pública, com vista à promoção e melhoria da saúde. Estas acções devem proporcionar a equidade no acesso a cuidados de saúde de qualidade, centrando-se para isso nos determinantes sociais e na aproximação aos factores de risco comum

De acordo com o pressuposto, é sugerido que o sucesso das acções depende da implementação de intervenções interdisciplinares integradas, visando a articulação multiprofissional e de valências diferenciadas.

Estas abordagens contribuem de forma mais eficiente, mais eficaz e mais consistente para a obtenção dos resultados de saúde pretendidos, influenciando desta forma a qualidade de vida, a auto-estima e o bem-estar. Em conclusão, o desenvolvimento de abordagens isoladas e limitadas no seu espectro de acção, como por exemplo, acções puramente educativas ou preventivas não terão o mesmo impacto individual e social, e os resultados obtidos não produzirão mudanças significativas com vista à obtenção de melhorias e promoção de saúde.

Por outro lado, é essencial que as abordagens de promoção de saúde no âmbito da saúde pública sejam delineadas com uma preocupação holística com o objectivo de sensibilizar, influenciar e habilitar pessoas e comunidades na tomada de decisões e no controlo sobre os determinantes sociais de saúde que influenciam a sua saúde geral e oral. Assim, a promoção de saúde representa uma estratégia de mediação entre pessoas e o seu ambiente, valorizando a escolha pessoal e a responsabilidade social na saúde com vista a uma vida saudável.

É equitativamente relevante que os profissionais de saúde oral influenciem, envolvam e responsabilizem as entidades e os organismos responsáveis pelo planeamento, implementação e avaliação e monitorização das estratégias de saúde oral. Em conclusão, os hábitos e estilos de vida, bem como, os comportamentos, constituem variáveis intervenientes nos processos de saúde, que são reguladas pelas atitudes, crenças, valores e percepções da própria pessoa e da sociedade da qual faz parte. Em adição, o processo de promoção de saúde individual só pode ser compreendido se englobado na dinâmica de promoção da saúde comunitária, e vice-versa.

O sucesso de programas de promoção da saúde e de prevenção depende do contributo das expectativas de auto-eficácia e da motivação dos indivíduos, da diminuição de barreiras existentes à intervenção e do nível de envolvimento. Estes aspectos influenciam a adesão do paciente a cuidados de saúde oral, que se traduzem no aumento da frequência de práticas diárias de higiene oral saudáveis e na manutenção dessas atitudes (Weinstein, Getz, & Milgrom (1983); Galgut, Waite, Todd-PokropeK & Barnby, 1987).

Assim, podemos concluir que o aumento das expectativas de auto-eficácia deve ser um objectivo a valorizar na definição, no desenvolvimento e na consolidação de acções preventivas integradas em programas de promoção de saúde oral (Beck & Land, 1981, citados por McCaul, Glasgow & Gustafson, 1985).

Relativamente ao êxito de programas de promoção e, conseqüentemente, à adesão dos pacientes aos mesmos deve ser equacionada e ponderada a caracterização e monitorização dos hábitos e estilos de vida e a existência de barreiras ambientais. Se estas forem identificadas, a intervenção deve atender aos meios necessários para as remover, num momento inicial da actuação.

No que concerne a intervenções educacionais é necessário recorrer ao envolvimento dos pacientes para assegurar a aquisição e a retenção dos novos conhecimentos (Stewart, Wolfe, Maeder & Hartz, 1996), o que se repercute na manutenção de hábitos diários saudáveis.

Obter o interesse do paciente, a motivação e a cooperação deste na prática e na manutenção de uma boa higiene oral é, actualmente, um dos problemas considerado mais difícil em Periodontologia (Bakdash, 1979, citado Ödman, Lange & Bakdash, 1984). Podemos compreender esta dificuldade se atendermos à multiplicidade de factores que influenciam o comportamento individual e a mudança comportamental no contexto da saúde oral (Schou, 2000), o que pode ser observado na Figura 10.

2.4 - AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE

É vasta a dimensão teórica existente sobre o processo de avaliação em saúde, pelo que se constata uma enorme diversidade terminológica associada às abordagens e aos seus componentes. A variedade de significações entende-se pela complexidade do objecto de avaliação em saúde, que se pode desdobrar em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde (Silva & Formigli, 1994).

A monitorização das práticas de saúde, concordantes com as necessidades e com as alterações no nível de saúde das populações, constitui a fundamentação para a redefinição e reorganização das intervenções. Assim, a maioria das iniciativas de promoção da saúde é frequentemente conceptualizada e desenvolvida através de programas estruturados.

Entende-se por programa como sendo um grupo de actividades relacionadas e complementares que pretendem alcançar determinados resultados. Para que estas intervenções sejam bem sucedidas e os seus objectivos alcançados, é necessário considerar e decidir sobre os seguintes aspectos: otimizar o tempo e os recursos existentes; determinar se o programa satisfaz as necessidades dos participantes; formas de melhorar o programa e demonstrar a sua efectividade aos financiadores e a outros grupos de interesse (*Center for Health Promotion University of Toronto*, 2006).

Com base nesta realidade, importa compreender a significação da avaliação de programas, que segundo (Nutbeam, 1998), é definida como sendo “a reunião sistemática, a análise e a informação de dados do programa, para ajudar na tomada de decisão”.

A avaliação de programas de saúde tem como finalidade: adquirir informação que possa ser usada na tomada de decisões, em que o processo avaliativo depende do modo como a informação é obtida e usada no decorrer do programa (*Minnesota Department of Health* http://www.health.state.mn.us/divs/hpcd/chp/hpkit/text/eval_options.htm). A considerar que o planeamento e a selecção da metodologia de avaliação de programas de promoção da saúde dependem e devem ser concordantes com os recursos existentes.

O processo avaliativo constitui, assim, uma possibilidade de reorientar os programas, para melhorar e aperfeiçoar a sua qualidade, a sua eficácia e a sua eficiência. O enfoque da definição de avaliação centra-se no juízo de valor de uma intervenção. Entende-se por avaliação o processo que reúne e interpreta os dados relativos ao programa para identificar os seus pontos fortes e fracos. Este processo deve ser

desenvolvido em duas dimensões, uma para determinar a eficácia do programa como um todo, a outra para determinar a eficácia e eficiência das várias áreas constituintes do programa (Minnesota Department of Health, [WWW Document] URL http://www.health.state.mn.us/divs/hpcd/chp/hpkit/text/eval_options.htm.)

Os programas de saúde devem orientar-se para intervenções colectivas de âmbito multidisciplinar, ao nível da prestação de serviços, que interajam no processo de saúde/doença, e em que o suporte operacional para a análise de efectividade das políticas de saúde seja sustentado por essas acções (Hartz & Camacho, 1996).

Os motivos que fundamentam a necessidade de avaliação dos programas de saúde são numerosos, nomeadamente: como meio de desenvolver intervenções efectivas e de reunir evidências sobre e o impacto do programa; para partilhar e disseminar exemplos de boas práticas; para fazer melhor uso dos recursos limitados; para proporcionar feedback aos profissionais e aos participantes; pela responsabilidade existente para com os *stakeholders*; informando sobre políticas de desenvolvimento e de implementação; para identificar formas de melhorar o programa através da identificação dos aspectos que não funcionam, e através da determinação das razões para tal acontecer, através das necessidades da população alvo; e, ainda, através do melhoramento da utilidade dos materiais do programa; para comparar programas entre si; para aceder à eficiência do programa (análise de custo-benefício); e para testar as hipóteses propostas para a investigação (Petersen & Kwan, 2004; *Center for Health Promotion University of Toronto*, 2006).

Ao longo do tempo presenciamos um processo evolutivo no propósito da avaliação de programas, que inicialmente preconizava apenas a determinação da efectividade do programa, e, actualmente, visa assegurar e sustentar a contínua melhoria dos parâmetros de qualidade (*Center for Health Promotion University of Toronto*, 2006).

Em síntese, o processo avaliativo de programas deve permitir determinar se os objectivos definidos para melhorar o estado de saúde foram alcançados; melhorar a implementação do programa; fornecer dados estatísticos aos financiadores e à comunidade; aumentar a cooperação da comunidade para as iniciativas; contribuir para as bases científicas das intervenções de saúde pública e da comunidade; e ainda informar das decisões políticas (*Minnesota Department of Health* http://www.health.state.mn.us/divs/hpcd/chp/hpkit/text/eval_options.htm).

A avaliação de programas tem sido categorizada em três modelos principais (*avaliação formativa*, *avaliação de processo* e *avaliação sumativa*), com base nos

seguintes critérios: “quando é que a avaliação se iniciou ” e o tipo de informação reunida.

Em concordância com o pressuposto, a *avaliação formativa* diz respeito ao programa que está em desenvolvimento e é usada nas etapas de planeamento para assegurar, por um lado, que o programa se desenvolve com base nas necessidades dos participantes, e, por outro, para garantir que os materiais e procedimentos usados são apropriados e efectivos para a intervenção.

Esta metodologia de avaliação compreende uma fase de pré-teste, é projectada para avaliar os pontos fortes e os pontos fracos, os materiais e as estratégias da campanha antes da execução. A pesquisa formativa adapta o programa às audiências alvo. As mensagens ou os produtos são testados por um grupo pequeno antes de serem executadas em larga escala.

Na *avaliação de processo* o enfoque versa o programa que está a decorrer, recorrendo à análise dos procedimentos e das tarefas envolvidas na disponibilização do programa.

A avaliação efectuada através da metodologia *de processo*, também designado por “*método*” visa analisar os procedimentos e as tarefas envolvidas na implementação de um programa. Este tipo de avaliação considera tanto os aspectos administrativos como os aspectos organizacionais, e pondera ainda a monitorização para assegurar o *feedback* (retorno à fonte da informação) do programa.

No que concerne à *avaliação sumativa* centraliza os programas em curso ou já completos, e investiga os efeitos esperados e os não previstos para o programa. Segundo o *Center for Health Promotion University of Toronto* (2006) este tipo de avaliação pode integrar a *avaliação de impacto* e *de resultados*. A *avaliação de resultados* é usada para obter dados descritivos e documentar resultados a curto prazo. Os resultados a curto prazo descrevem os efeitos imediatos do projecto na audiência de alvo. A informação resultante inclui: mudanças do conhecimento e da atitude, bem como as intenções manifestadas pelas audiências alvo.

A *avaliação de resultados* permite analisar à luz da sua metodologia os resultados a curto e a longo-prazo, bem como os custos da acção (*avaliação de custo-benefício*). Em relação, à análise de *custo-benefício* viabiliza a avaliação do programa no que concerne aos custos directos e traduz os resultados ou benefícios em valor monetário. Na análise de *custo-efectividade* somente os custos do programa têm tradução económica, enquanto os benefícios e os resultados não tem tradução

económica. Neste caso, são os participantes que decidem se os benefícios recebidos valem o custo do programa.

A *avaliação de impacto* diz respeito à análise dos resultados e às mudanças que ocorreram provenientes deles. A *avaliação de impacto* (também designada de “*resultados por objectivos*”) constitui uma avaliação mais detalhada. Focaliza-se nos resultados de longo alcance do programa e nas mudanças com conseqüente tradução na melhoria do estado de saúde. No entanto, este modo de avaliação é pouco utilizado pelo seu ónus económico e por ser um processo prolongado no tempo (há que considerar que ocorrem influências externas na população alvo no decurso da avaliação da acção). A informação obtida num estudo do impacto pode incluir: mudanças na morbidade e na mortalidade; mudanças no absentismo do comportamento desejado da manutenção a longo prazo do trabalho.

As várias formas de avaliação incluem o desenvolvimento de actividades características conforme o especificado na Quadro 1.

Tipo de Avaliação		Actividades	Recursos Mínimos	Recursos Moderados	Recursos Substanciais
<i>Formativa</i>		Avaliação de necessidades. Análise para determinar se os resultados do programa são possíveis de serem avaliados. Modelos lógicos de programa. Pré- testar os materiais do programa. Analisar a audiência.	Teste de Legibilidade	Central de Intercepção de Entrevistas	Grupo de Focagem (“ <i>Focus Group</i> ”), Entrevista Individual em profundidade.
<i>Processo</i>		Identificação de quantitativa e descritiva das pessoas abrangidas pelo programa. Levantamento quantitativo e do tipo de serviços disponibilizados. Descrição do modo como os serviços são disponibilizados. Descrição de ocorrências durante a disponibilização de serviços. Qualidade dos serviços prestados. Implementação da avaliação.	Manutenção de registos (ex.: monitorização da actividade através de horários).	<i>Checklist</i> do Programa (ex.: rever a adesão ao planeamento do programa)	Gestão de Auditorias (ex.: gestão externa para revisão das actividades)
<i>Sumativa</i>	<i>Resultado</i>	Mudanças de atitudes, conhecimento ou comportamento Mudanças nas taxas de morbidade e de mortalidade. Análise de custo-benefício.	Acesso à Actividade (ex.: números de rastreios de saúde e resultados, ou programa de assiduidade e resposta da audiência; mudanças na dieta ou na prática de exercício).	Atingir os objectivos monitorizados. (ex.: cálculos periódicos da percentagem de público – alvo abrangida, referenciada e participante).	Acesso à população alvo que adquiriu conhecimento (ex.: pré teste e pós teste para avaliação da alteração de conhecimentos da audiência).
	<i>Impacto</i>	Análise de custo-efectividade. Mudanças nas políticas. Impacto das avaliações	Revisão de Artigos dos Mídia (ex.: acompanhamento do conteúdo dos artigos que aparecem nos jornais)	Investigações de Saúde Públicas (ex. inquéritos telefónicos de auto - relatado comportamental)	Estudos do Comportamento/ Alterações da Saúde (ex. dados sobre visitas médicos, ou alterações no estado de saúde pública)

Quadro 1 – Tipos de Avaliação de Programas de Promoção. (Fonte:

http://www.health.state.mn.us/divs/hpcd/chp/hpkit/text/eval_options.htm)

Estes modelos de avaliação permitem proceder a revisões e adaptações necessárias antes da implementação e do desenvolvimento da intervenção. Têm como finalidade maximizar a mudança perspectivando o sucesso do programa antes que a actividade comece.

Para a elaboração esclarecida de programas de intervenção em saúde, que promovam comportamentos de saúde como um objectivo, e que apoiem a implementação e a manutenção de estilos de vida saudáveis, há que compreender os comportamentos dos indivíduos (população alvo) ligados ao risco ou à saúde/doença; saber que percepção as pessoas têm sobre “o que é a saúde”; conhecer os seus estilos de vida e os cenários envolventes com relevância, nomeadamente, o local de trabalho, a família, os pares e as estruturas comunitárias; e, ainda, proceder à monitorização evolutiva destes conhecimentos através da actualização periódica do estudo. A tomada de decisão sobre estratégias e acções no campo da saúde deve ser tomada com base em critérios empíricos, suportada na cooperação e tendo em conta a informação que cada decisor tem ao ser dispor, o que deve constituir uma base de reflexão e a partida para a acção (Matos & col., 2006).

A avaliação de programas de saúde tem por objectivo analisar os processos de organização das práticas de saúde voltadas para os objectivos específicos. Este procedimento é frequentemente categorizado segundo a fase decorrente do programa designadamente de: desenvolvimento, estratégica, de implementação, de resultados e de impacto; segundo o enfoque das questões que orientam a avaliação, pode ser descritivo, causal, comparativo, prospectivo, económico, de mobilização social, de monitorização, etc. Tendo em conta os objectivos que justificam a realização de avaliações de programas estas podem ser operacionalizadas de forma isolada ou concomitante. Assim, a combinação de alguns processos de avaliação possibilita o desenvolvimento da etapa principal de avaliação dos programas, o que faculta a medição do impacto das intervenções, no que concerne à eficácia das partes constituintes do projecto como também, do programa como um todo (Figura 11).



Figura 11 – Etapas de Avaliação de Programas de Saúde. (Center of Disease Control and Prevention, 1999; *An Evaluation Framework for Community Health Programs*, 2000).

A pesquisa de avaliação pretende conhecer o impacto do programa que é mensurável através dos resultados observados sobre condições específicas da população; através da avaliação para a decisão e da avaliação para gestão.

As avaliações com intuito de implementação e de foro estratégico são frequentemente associadas às avaliações para decisão, que requer uma abordagem holística, priorizando os conhecimentos, a compreensão das questões formuladas e a resolução dos problemas identificados para um dado programa específico. Em relação, às avaliações para a gestão estas estão associadas aos processos avaliativos de implementação e de impacto, em que objectivo é monitorizar as conclusões desenvolvidas pelas pesquisas de avaliação ou pelas avaliações de decisão (Novaes, 2000).

As relações estabelecidas entre as práticas e as necessidades de saúde podem ser compreendidas através das significações económicas, políticas, ideológicas e pela sua especificidade numa dada sociedade ou comunidade. Não obstante, a prática de saúde pode possibilitar a mudança de uma situação específica, independentemente das necessidades de saúde de determinada população e repercutindo-se na discussão sobre

as suas características e os seus efeitos. Relativamente a esta perspectiva, a técnica de avaliação ganha relevância, quando associada à possibilidade e à necessidade de incrementar intervenções capazes de modificar situações específicas de saúde, e de alterarem indicadores de saúde segundo as dificuldades constatadas por essas mesmas práticas. Deste modo, as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir um objecto de avaliação, quer enquanto cuidado individual, quer enquanto políticas de saúde, de programas, de serviços ou sistemas de saúde. É de salientar que as práticas de saúde são caracterizadas segundo: a disponibilidade e distribuição social dos recursos, que inclui a cobertura, acessibilidade e equidade; o efeito das acções e práticas de saúde implementadas (eficácia, efectividade e impacto); os custos das acções (eficiência); adequação das acções ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); percepção dos utentes sobre as práticas (satisfação e aceitabilidade).

De realçar que quando o processo de avaliação é direccionado ao indivíduo, são visadas as relações que se estabelecem entre prestadores e utentes, bem como as características de ordem técnica referentes à prestação de cuidado em si, e portanto ao sistema de saúde. Concludentemente, são destacados desta relação vários factores nomeadamente a acessibilidade, a cobertura e a equidade no acesso e na prestação de cuidados (Silva & Formigli, 1994).

Concluimos que frequentemente nos serviços de saúde existe um trabalho permanente e exaustivo de registo de informações que não são usadas, nem analisadas (nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, ou para a reorientação das práticas de saúde,). No entanto, não podemos ignorar o seu potencial para uma monitorização e avaliação continuada tanto dos serviços como das práticas de saúde, que podem ser facilitadas através da monitorização de informações já disponíveis. Nesta linha, o registo sistemático das informações disponíveis, como por exemplo o número consultas por acção de saúde, bem como os cálculos dos custos inerentes aos procedimentos, permitem a redefinição de indicadores qualitativos e quantitativos.

É de salientar, a importância que a avaliação da efectividade/impacto desempenha nas acções sobre o estado de saúde da população, bem como do estudo e análise da qualidade técnico-científica, da equidade, do acesso e da satisfação do utente para o processo de planeamento e de avaliação das práticas de saúde. Estes atributos possuem intrinsecamente um valor social, como por exemplo, avaliar a cobertura de um

determinado serviço e a existência de equidade no acesso ao mesmo, o que corresponde a verificar o cumprimento do princípio constitucional do direito à saúde. Deste modo, recorrer à avaliação como prática sistemática nos serviços de saúde pode proporcionar o acesso a informações fundamentais para a redefinição de estratégias e de optimização das intervenções (Silva & Formigli, 1994).

CAPÍTULO III – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Actualmente a comunicação assume-se como um constructo de conhecimento de diversas áreas do saber. Reflectir e perspectivar a dimensão comunicacional contextualizada na prática de saúde constitui um meio para a sua compreensão, permitindo adequar, reequacionar e redefinir acções de e para a saúde.

Por conseguinte, é necessário proferir algumas considerações em torno do conceito de comunicação dado que na literatura surgem múltiplas definições.

A comunicação é um sistema dinâmico, interactivo e irreversível o qual viabiliza a permanente interacção, coexistência e actuação do indivíduo com o outro. Deste modo, comunicar com o outro implica a apreensão da sua identidade na interacção. Este processo de interacção é produto da existência de crenças, de saberes, bem como do contexto físico e sociocultural (Ramos, 2001, 2004, 2007).

Esta exposição é validada pela definição de comunicação que deriva do latim “*communicare*”, cujo sentido significa partilha, colocar em comum que envolve a presença de um emissor e de um receptor. Este processo de comunicação converte-se num fluxo multidimensional de informações e de interacções recíprocas capazes de influenciar o comportamento (Ramos, 2001).

Ainda segundo a autora, atesta que a comunicação é inata ao ser humano, não existindo por isso comunidade ou sociedade sem comunicação. A comunicação é um fenómeno inerente ao ser humano que, ao interagir, forma conceitos, valores, crenças, conhecimentos, hábitos e este conjunto de ideias socialmente construídas é que caracteriza a cultura. As relações humanas implicam sempre em comunicação, contacto, difusão e aprendizagem sendo o processo de comunicação um conjunto de relações e formas de expressão humanas. O *saber* que temos sobre o mundo em que vivemos determina igualmente a comunicação.

“ A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente ” (Ramos, 2004:298).

Neste âmbito a comunicação é reconhecida como um elemento fundamental na e para a optimização da saúde. Sobre o processo de “fazer” em saúde, constata-mos que as competências nas práticas comunicacionais impõem que o processo de capacitação seja vinculado através da disseminação de informação que possa ser traduzida em

acções de e para a saúde (Marquis & Huston, 1999 citados por Spagnolo & Pereira, 2006).

É de salientar que a comunicação em saúde constitui uma estratégia fundamental para informar o público sobre os interesses da saúde. O uso de tecnologias de disseminação de informação sobre a saúde para o público aumenta a sua consciência sobre aspectos específicos do indivíduo e da saúde colectiva face à esta temática (www.health.nsw.gov.au/public-health/health-promotion/abouthp/glossary.html).

A comunicação em saúde conglobera mensagens que podem ter finalidades muito distintas parameterizando-se através: da promoção da saúde, da educação para a saúde, da prevenção de riscos para a saúde, da prevenção das doenças, do aconselhamento, do influenciar mudanças de comportamentos, dos rastreios, do informar sobre a saúde e sobre a doença, do recomendar medidas preventivas e de auto-cuidado, etc.

Ruesch e Bateson (1987, citados por Oliveira & Gomes, 2004), corroboram com esta premissa ao referirem que a comunicação tem por funções: transmitir mensagens, obter informações, deduzir novas conclusões, reconstruir o passado, antecipar circunstâncias, iniciar e modificar processos fisiológicos, e influenciar outras pessoas e acontecimentos externos.

Consequentemente, a comunicação em saúde é um instrumento usado para a promoção e melhoraria da saúde e que *per si* pode aumentar os conhecimentos e sensibilizar sobre assuntos, problemas e soluções para a saúde; influenciar percepções, crenças e atitudes que visam modificar normas sociais; reforçar o conhecimento, atitudes e comportamentos; demonstrar o benefício da mudança de comportamentos; refutar mitos e preconceitos; adquirir posição na saúde ou nas políticas de saúde etc. É de salientar, que esta metodologia combinada com outras estratégias consegue produzir uma mudança sustentada na qual o indivíduo adopta e mantém um novo comportamento de saúde e possibilita a superação de barreiras existentes ao acesso a cuidados de saúde (Center of Disease Control and Prevention, 1999).

De acordo com o pressuposto, a comunicação em saúde contextualiza-se em cenários multidiversificados de relevante importância, nomeadamente na relação entre técnicos de saúde e utentes dos serviços de saúde, na disponibilização e uso de informação sobre saúde (nos serviços de saúde, nas famílias, nas escolas, nos locais de trabalho e na comunidade), na construção de mensagens sobre saúde no âmbito de actividades de educação para a saúde e de programas de promoção e de prevenção, com

vista à promoção de comportamentos saudáveis na educação dos utentes, com a finalidade de melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde, na formação dos técnicos de saúde, etc.

A Comunicação em Saúde surge assim, como sendo o estudo e a utilização de estratégias de comunicação que visam informar e influenciar as decisões do indivíduo e da comunidade, com intuito de promover e valorizar a saúde (Center of Disease Control and Prevention, 1999; U.S. Department and Human Services, 2000). É necessário ponderar que toda a comunicação é dinâmica, interactiva, irreversível e resulta num determinado contexto físico e sociocultural (Ramos, 2001). Este domínio associa a comunicação e a saúde, e é reconhecida cada vez mais como um elemento necessário para melhorar a saúde individual e a saúde pública. É de considerar ainda que a informação *per si* não é suficiente para induzir mudanças comportamentais.

Este conceito é corroborado no documento *Healthy People 2010*, que define comunicação em saúde como “ *a arte e a técnica de informar, influenciar, e motivar individual, institucional e colectivamente as audiências públicas sobre temas importantes de saúde*” (U.S. Department and Human Services, 2000:11-3)

Esta temática, enquanto força motriz na dinâmica de disseminação de uma ideia eficazmente, impõe uma profunda compreensão e conhecimento de factores multidimensionais, nomeadamente sobre as necessidades, sobre as percepções, sobre as preferências, sobre os grupos de referência e os padrões de comportamento da população alvo (Kuteev- Moreira, 2004).

É de realçar que a capacidade de comunicar é uma dimensão de sustentação da prática em saúde, e que a sua eficácia se traduz na implementação de alterações e na sustentação de modificações bem sucedidas nos projectos de promoção e de educação para a saúde.

Uma comunicação em saúde efectiva deve ter como atributos: exactidão, disponibilidade, equilíbrio, consistência, competência cultural, evidencia científica relevante, conteúdo rico, fiabilidade, actualidade, compreensibilidade (a leitura, o nível de linguagem e o formato) deve ser apropriados para uma audiência específica.

Os indicadores principais da saúde descritos no documento *Healthy People 2010: Compreender e melhorar a saúde*, focalizam as actividades chave para a melhoria da saúde que dependem de uma comunicação eficaz da saúde. Todavia, a comunicação da saúde *per si* não pode mudar os problemas sistémicos relacionados à saúde, tal como

a pobreza, a degradação ambiental, ou a falta do acesso ao cuidado de saúde (U.S. Department and Human Services, 2000).

Os programas específicos de comunicação em saúde devem integrar a análise sistemática dos factores que contribuem e influenciam a saúde e averiguar as estratégias que podem ser usadas para influenciar positivamente esses factores. As actividades bem planeadas e definidas ajudam os indivíduos a compreender melhor as suas necessidades e as comunidades, de modo que possam desenvolver acções apropriadas para maximizar a saúde.

A comunicação ocorre em contextos multidiversificados nos quais existe uma pluralidade de canais, e onde ocorrem uma variedade das mensagens com várias origens. É nesta realidade que os indivíduos se tornam mais selectivos na procura de informação.

Um dos principais desafios no projecto de programas de comunicação em saúde eficazes é identificar os contextos, os canais, e as razões que possam motivar os indivíduos e as comunidades para usar favoravelmente a informação da saúde.

O desafio ao nível das tecnologias de informação impõe-se na actualidade de forma marcada, o que induz que os profissionais de saúde necessitem cada vez mais de desenvolver aptidões como comunicadores, incluindo a comunicação interpessoal, para interagir de forma eficaz com as populações e com os pacientes de diferentes raízes culturais, linguísticas, educacionais e socioeconómicas.

3.1 -PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO E DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Toda comunicação humana depende da criação de uma mensagem por um emissor e da recepção dessa mensagem por um receptor, havendo a necessidade de uma audiência para influenciar e atingir o propósito da comunicação.

Deste modo, o processo de comunicação é definido através da forma, como se processa a troca de informações entre indivíduos. Nesta dinâmica estão implícitos elementos nucleares do acto comunicativo, nomeadamente o *emissor*, o *receptor* ("pessoas"), a *mensagem* ("informações"), o *código*, o *canal* e o *contexto*. Não seria possível estabelecer um acto comunicativo se algum destes elementos estivesse omissa, pelo que, em qualquer acto comunicativo encontramos alguém que procura transmitir a outrem uma dada informação. De facto, é necessária a intervenção de, pelo menos, duas pessoas: um que emita (emissor), outro que receba (receptor); algo tem que tem de ser transmitido. Para que o emissor e o receptor comuniquem é necessário que esteja disponível um canal de comunicação; a informação a transmitir tem que estar "traduzida" num código conhecido, quer pelo emissor, quer pelo receptor; finalmente todo o acto comunicativo se realiza num determinado contexto e é determinado por esse contexto.

Assim, identificamos dois eixos principais no processo comunicacional: o primeiro considera a comunicação como uma linha de transmissão da mensagem entre o emissor e o receptor, onde emissor informa o receptor; o segundo pondera a comunicação como uma interacção, uma troca de signos, de significados, de significantes, onde emissor e receptor se relacionam.

O esquema de comunicação, pode ser representado da seguinte forma (Figura12):

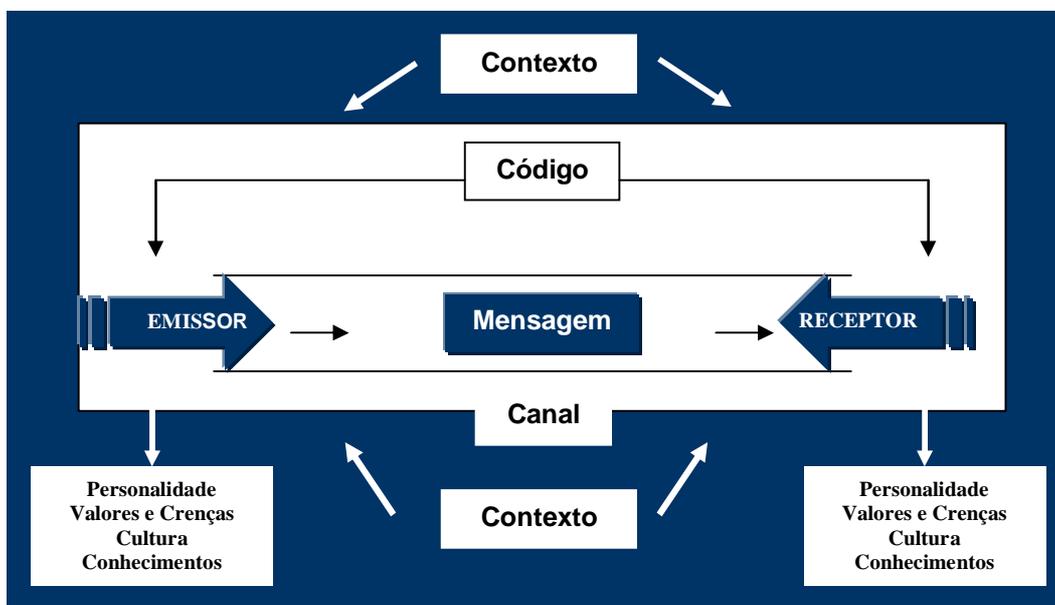


Figura 12 – Esquema de Comunicação.

A comunicação pode ser de um sentido (a mensagem passa entre emissor e o receptor) ou de dois sentidos (quando existe feed-back por parte do receptor ou quando os interlocutores adoptam alternadamente o papel de emissor e receptor) (Teles, Menezes, Sá, Pereira, Brasil & Souza, 1978; Littlejohn, 1988; Ribeiro, 1998).

É neste contexto, e com base nos modelos de comunicação que as práticas comunicacionais ganham consistência. Tomamos por análise os *Modelos: Unilinear, Dialógico, Estrutural e Diagramático*, que se expõem como paradigmas de comunicação (Teixeira, 1997; Ramos, 2001). Os autores, referem que o *Modelo Unilinear* se caracteriza pela comunicação se realizar num único sentido. O sujeito é quem emite a mensagem e quem a recebe assume a condição de objecto. Relativamente ao *Modelo Dialógico*, o diálogo é proposto como comunicação, colocando o emissor e o receptor na condição de sujeitos. Quanto ao *Modelo Estrutural*, questiona a eficácia do *Modelo Unilinear*, tanto o emissor e o receptor assumem condição de objectos. No que diz respeito ao *Modelo Diagramático*, este coloca o emissor e o receptor, ambos na condição de sujeitos e de objecto do processo comunicacional.

Segundo Ramos (2004), é fundamental repensar os modelos de comunicação entre profissionais e doentes, dado que o modelo dominante é linear e unilateral. Neste modelo o profissional enquanto detentor do saber, limita-se a transmitir informação a um receptor que se assume passivo. Impõe-se como fundamental a adopção de um modelo de comunicação sistémico que tenha em conta a dimensão sociocultural, o tipo

de relação estabelecida entre os intervenientes e o contexto onde se desenvolve a comunicação.

“...um modelo de comunicação interactivo, que tenha em conta os “saberes” e o contexto sociocultural do utente/doente, que permita compreender não só as ideias, os preconceitos, os estereótipos, as crenças dos técnicos de saúde e dos doentes, mas também os processos implicados na comunicação entre técnico de saúde doente como uma interacção que ocorre no contexto dessas crenças e desses preconceitos e estereótipos” (Ramos, 2004:299).

A comunicação eficaz é um processo de troca bidirecional e o uso de feedback (troca de acções e reacções entre a transmissor e o receptor) é uma maneira de reduzir falhas de comunicação e distorções. Para que a comunicação atinja o seu objectivo é necessário que o receptor esteja interessado em receber a mensagem podendo ocorrer falhas entre o emissor e o receptor devido a diferenças culturais ou incompreensão do propósito. O emissor deve conhecer o contexto cultural no qual se comunica pois a mesma mensagem pode ter diferentes conotações dependendo do seu alvo. O receptor condiciona a eficácia da comunicação e adequa a forma como o transmissor deve transmitir a mensagem. A escuta deve ser activa, o processo de comunicação não será eficaz se não existir vontade de escutar e de responder ao conteúdo e à intenção da mensagem (Teles & col., 1978; Littlejohn, 1988).

A comunicação interpessoal é o processo básico que pressupõe um sistema interactivo e didáctico em que o emissor constrói significados e desenvolve expectativas na mente do receptor.

Por conseguinte, diversas falhas que ocorrem frequentemente no contexto comunicacional técnico de saúde – utente manifestam-se negativamente em erros de diagnóstico, baixo grau de adesão, dificuldades acrescidas na adaptação psicológica à doença, elevados níveis de insatisfação face à qualidade dos serviços de saúde prestados (Trindade & Teixeira, 2000).

A credibilidade de uma fonte está relacionada com as suas habilidades comunicativas, atitudes, nível de conhecimento e sua posição dentro do sistema sócio-cultural. A pronúncia, os gestos e a modulação do discurso mediante a reacção do ouvinte são habilidades que exigem certo nível de técnica e conhecimento, influenciando directamente a recepção da mensagem.

Com base neste pressuposto em contexto de saúde a informação deverá ser compreendida como conteúdo e como aspectos semânticos de uma mensagem, enquanto comunicação deverá ser definida como processo pelo qual a informação é transmitida entre emissor e receptor (Hejelm-Karlsson, 1988, citado por Ribeiro, 1998).

O estatuto social, cultural, profissional dos interlocutores e a relação que existe entre os interlocutores condicionam necessariamente a comunicação

O processo de comunicação parametriza-se na sua essência pela complexidade e multidisciplinaridade, pelo seu carácter transversal (serviços de saúde e na comunidade), central (relação técnico de saúde - utente) e estratégico (satisfação do paciente) (Teixeira, 2004).

Há que considerar que especificamente no contexto de saúde o fornecimento e a recolha de informação é um aspecto basilar, sendo inúmeras as formas como essa informação pode ser facilitada e recolhida. A disponibilização de informação deve ser um meio através do qual o indivíduo acede a toda a informação que é possível, devendo esta estar de acordo com os seus valores (Ribeiro, 1998).

Deste modo, os processos de informação e comunicação em saúde podem influenciar significativamente a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde prestados (proveniente da avaliação das competências comunicacionais de interacção com os técnicos de saúde), a aceitação e adaptação à doença e os comportamentos de adesão às recomendações de e para a saúde.

Segundo Ramos (2004), a comunicação é determinada não só pelo contexto em que se inscreve, mas também atendendo às interacções existentes entre as pessoas que comunicam, ao próprio espaço onde decorrem estas relações e a situação que relaciona os indivíduos. Em concordância com estes aspectos o processo de comunicação deve ser: ético, transparente, sensível aos valores, às opiniões, às tradições, às culturas e às crenças das comunidades.

A comunicação efectiva em saúde tem preponderância ao nível individual, através do reforço de atitudes favoráveis aos comportamentos protectores da saúde e influi a motivação para a mudança, influenciando a adequação da utilização dos serviços de saúde, e ao nível comunitário pela possibilidade de promover mudanças positivas ao nível socio-económico e físico, de melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde reconhecendo alguns princípios que concorram de forma positiva para a saúde e para a qualidade de vida dos indivíduos (Teixeira, 2004).

Em síntese, e segundo o mesmo autor os processos de informação e comunicação em saúde podem influenciar favoravelmente os ganhos em saúde, bem como os resultados da actividade dos técnicos de saúde, repercutindo-se na qualidade de vida dos indivíduos e assumindo notável expressão como indicador da competência dos técnicos de saúde e da qualidade dos cuidados prestados

A importância dos processos de comunicação em saúde parametriza-se pelo seu carácter transversal nas várias áreas e nos vários contextos de saúde, pelo seu carácter central na prestação dos cuidados de saúde no que concerne à relação estabelecida entre técnicos de saúde – utente e também pelo seu carácter estratégico associado à satisfação dos utentes.

Com efeito, os procedimentos associados à informação e à comunicação em saúde adquirem interesse crítico e estratégico pela possibilidade de influir de forma determinante: na avaliação executada pelos utentes face à qualidade dos cuidados de saúde prestados, processo que resulta da avaliação que estes fizeram das competências comunicacionais dos técnicos de saúde com os quais interagem; na adaptação psicológica à doença e aos comportamentos de adesão terapêutica e comportamental de âmbito preventivo com intuito de reduzir riscos para a saúde e adopção de estilos de vida mais saudáveis (Teixeira, 2004)

O *National Institutes of Health & National Cancer Institute* (NCI) adequou o processo designado de quatro fases (“*four-stage*”) (Figura 13) e sugere esta metodologia para aplicação nas estratégias de comunicação em saúde. Este processo caracteriza-se pela dinâmica circular que existe entre as várias etapas, no decorrer do qual, e em cada fase, é fundamental apreender as necessidades e as percepções da audiência. Tem por objectivo facultar um planeamento contínuo, bem como uma sucessiva execução, com intuito de confluir favoravelmente para a optimização, a adequação e o progresso das intervenções de comunicação em saúde (http://www.cancer.gov/PDF/41f04dd8-495a-4444-a258-1334b1d864f7/Pink_Book.pdf).

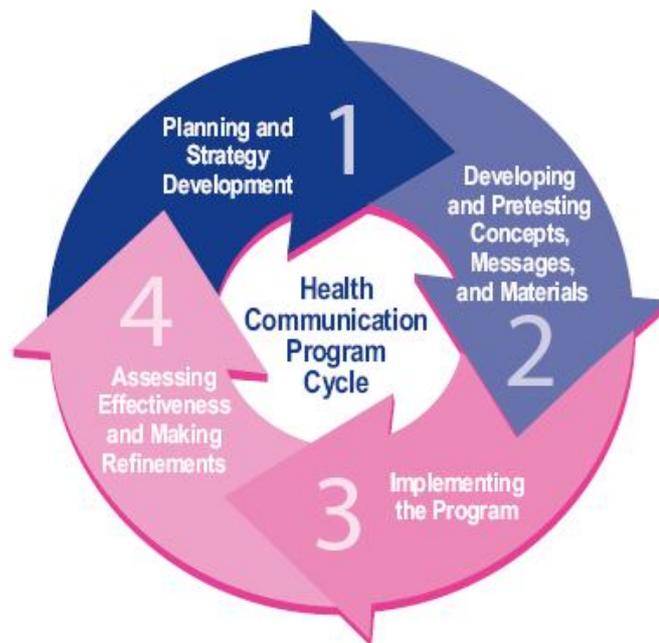


Figura 13 – Esquema do Ciclo de Programas de Comunicação em Saúde Proposto pelo *National Institutes of Health & National Cancer Institute* ([WWW. Document] URL http://www.cancer.gov/PDF/41f04dd8-495a-4444-a258-1334b1d864f7/Pink_Book.pdf).

Segundo *Health Communication Partnership* (HCP), o processo de comunicar requer uma estratégia clara e bem definida com objectivos específicos bem determinados. Assim, é fundamental que a participação em saúde e o desenvolvimento de programas de comunicação possa encorajar a opinião e a “voz” do cidadão e assegurar o seu envolvimento nas decisões que o afectam, bem como no planeamento e desenvolvimento das acções (Tapia, Brasington & Van Litch, 2005).

A HCP preconiza a utilização do *Processo P* (Figura 14), que tem como finalidade definir programas estratégicos em que o impacto junto da população-alvo seja mensurável, através das mudanças de comportamentos desfavoráveis para a saúde.



Figura 14 – Esquema do *Processo P* Proposto pela *Health Communication Partnership* (Tapia, Brasington & Van Litch, 2005).

Este processo é usado desde 1982 pela HCP, e após ter sido revisto, na versão actual enfatiza a participação e o fortalecimento da capacitação dos indivíduos. É de referir que na bibliografia a participação é frequentemente documentada como sendo uma dimensão responsável pelo aumento do impacto da saúde e pelo desenvolvimento de programas, conduzindo à sustentabilidade das intervenções ao longo do tempo. Para além deste aspecto, é também descrito que os indivíduos, grupos ou comunidades envolvidas activamente advogam e sentem-se cada vez mais aptos na melhoria da sua própria saúde e das suas condições de vida. Consequentemente, a participação deve facilitar o “poder” de tomada de decisão e promover níveis elevados de auto-confiança, a que corresponde uma representação de diferentes tipos e níveis de participação, conforme consta na Figura 15.

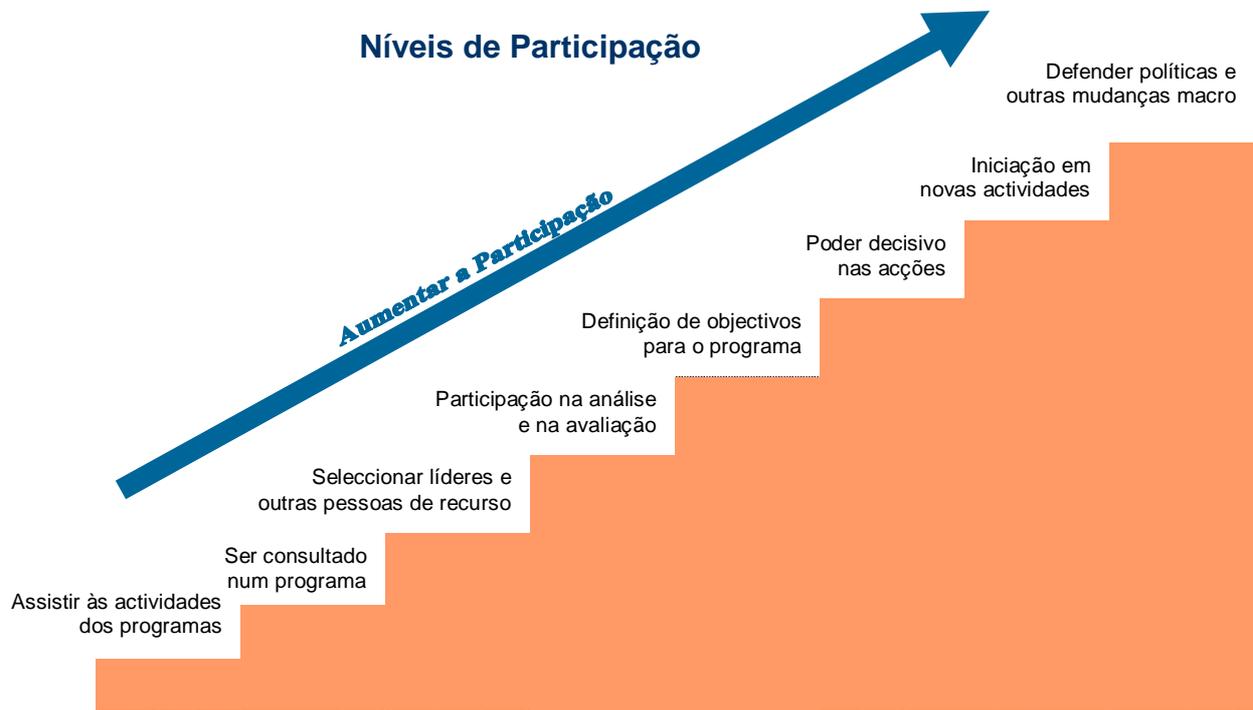


Figura 15 – Esquema dos Níveis de Participação Proposto pela *Health Communication Partnership* (Tapia, Brasington, & Van Litch, 2005).

A participação dos indivíduos, de um grupo ou de uma comunidade é variável em cada situação, o que requer um trabalho de base bem fundamentado de envolvimento; processo que nem sempre coincide com o início de um programa e deve corresponder a uma abordagem progressiva “*step-by-step*”.

No entanto, em todas as situações, aumentar as oportunidades de participação pelos que são directamente afectados por um problema, assunto ou necessidade é determinante para ajudar a reconhecer e a fomentar a capacitação e o conhecimento; para ajudar a fortalecer as aptidões e sobretudo a capacidade de desenvolvimento, de implementação e de avaliação da saúde, bem como incrementar actividades de comunicação nos programas.

Segundo o descrito, num programa ou acção devem ser envolvidos no *Processo P* os que estão directamente afectados por um problema, assunto ou necessidade, ou outras partes interessadas “chave” (organizações governamentais e não governamentais, trabalhadores/ profissionais de saúde).

A primeira etapa do processo é essencial para desenhar programas efectivos de saúde e de comunicação, e para conhecimento das necessidades, das aspirações, das

capacidades, das normas sociais e culturais de todos os envolvidos, bem como, sobre os potenciais constrangimentos à mudança individual e colectiva. A fase de design enfatiza o desenvolvimento de actividades para alcançar os objectivos definidos, e integra o que foi apreendido na fase anterior. A visão preconizada por esta etapa deve ser significativa para os mais afectados e para reflectir sobre os seus pontos de vista e as suas preocupações.

O nível seguinte consiste em desenvolver e testar materiais, instrumentos e processos delineados na fase *Design*. A implementação e a monitorização de actividades desenvolvidas no plano estratégico caracterizam a quarta fase do *Processo P*. Por fim, na etapa de avaliação os interessados analisam a informação sobre saúde e o desenvolvimento do programa comunicação para determinar o seu valor e a sua contribuição nas mudanças individuais e colectivas ocorridas. Procedem também, à identificação de elementos que facilitaram ou impediram o sucesso do programa (Tapia, Brasington & Van Litch, 2005).

Para concluir, os processos de informação e de comunicação em saúde constituem meios exímios de análise da qualidade dos cuidados e das competências dos técnicos de saúde, pelo que podem influenciar os resultados da actividade dos técnicos em relação aos ganhos em saúde, bem-estar psicológico e qualidade de vida dos utentes (Teixeira, 2004).

3.2- INFORMAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE

A comunicação pressupõe o conteúdo ou a informação que pretendemos transmitir e também, as nossas intenções e emoções quando comunicamos com o outro. Consequentemente, a informação constitui um elo determinante no processo educativo, pois possibilita a partilha de conhecimentos e práticas que podem contribuir para alcançar melhores condições e qualidade de vida.

Reconhece-se que a informação de qualidade, pertinente divulgada oportunamente, é um poderoso instrumento de promoção da saúde. Uma selecção cuidada e a utilização adequada de meios de informação podem ser determinante na eficácia de programas de saúde.

A informação em saúde deve ser clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada. Concludentemente, a personalização da informação no contexto de saúde proporciona a economia de tempo, aumenta a satisfação e promove a intenção de mudança de comportamentos desfavoráveis à saúde. Entenda-se por personalização a adequação da informação às necessidades de informação do indivíduo num dado momento, de acordo com o seu nível sócio-cultural e o seu estilo cognitivo (Teixeira, 2004).

Segundo o mesmo autor, há que ter em atenção que a natureza da informação e a quantidade de informação pode variar de pessoa para pessoa, por isso, há quem necessite de muita informação e haverá os que preferem pouca informação; há quem precise de informação sensorial (o que vou sentir) ou de informação de conforto (o que posso fazer) ou ainda, de informação de procedimento (o que vai acontecer).

Na disseminação de informação em saúde é fundamental seleccionar tanto a quantidade e a pertinência da informação, como o tipo de linguagem usada (DGS, 2005). O uso indiscriminado destes factores suscitam confusão e dificuldade na percepção da mensagem que se quer transmitir gerando o aparecimento de algumas barreiras de comunicação. O uso de léxico médico, palavras abstractas, a indiscriminação (dificuldade de diferenciar coisas aparentemente iguais) a polarização (uso sistemático de expressões extremas) podem levar ao descrédito do conteúdo emitido. Uma outra falha na comunicação ocorre quando o emissor enfatiza suas crenças, atitudes ou avaliações esquecendo que nem todos pensam da mesma maneira (polissemia) (Teixeira, 2004).

Relativamente à transmissão de informação e mensagens o *National Center for Cultural Competence* (2003) (NCCN) propõe algumas etapas para a escolha e adaptação de materiais de promoção de saúde, tais como: determinar a necessidade para a promoção da saúde, bem como a utilização de mensagens e materiais que a suportem; identificar e envolver parceiros importantes da comunidade; determinar o enfoque e a população alvo para a promoção da saúde, e os materiais a aplicar; perceber a população alvo; determinar o modo de transmissão da informação; criar critérios para a escolha de materiais de promoção para a saúde; recolher e analisar o material já existente; suscitar reacções na população alvo nomeadamente, obter o *feed-back* dos participantes sobre a informação e as mensagens transmitidas, por exemplo se é de fácil compreensão, se apresenta uma leitura fácil, o que é que poderia ser ainda incluído, as imagens usadas são perceptíveis, etc.; desenvolver e implementar um plano de disseminação das mensagens e criar um mecanismo para uma revisão periódica e modificação (Bronheim & Sockalingam, 2003).

No que concerne às mensagens de Promoção da Saúde são transmitidas ao público alvo e o seu conteúdo deve ter impacto sobre a sua consciência, os seus valores, as suas crenças e as suas atitudes e comportamentos, preconizando a promoção da saúde. Estas mensagens podem ser direccionadas à redução de risco, à acção comunitária, ou fomentar esclarecimento sobre questões específicas de saúde.

Na transmissão de mensagens de promoção da saúde podem ser utilizados vários formatos que podem incluir, folhetos, brochuras, materiais baseados na Internet, CD's e DVD's, cartazes, folhetos, anúncios ou artigos, outros periódicos, vídeos, anúncios de jornal, televisão ou rádio.

Relativamente aos dados sobre o estado de saúde geral ou oral que visam monitorizar os padrões de doença representam um componente essencial para os sistemas de informação nesta área (Figura 16).



Figura 16 – Componentes dos Sistemas de Informação de Saúde Oral (Petersen, Bourgeois, Bratthall & Ogawa, 2005).

Para além de informação epidemiológica, os decisores e os responsáveis pelo planeamento em saúde, necessitam de informação específica sobre os factores de risco da saúde, sobre a relação da saúde com a qualidade de vida, sobre a cobertura e utilização dos serviços de saúde, intervenção e cuidado, sobre os procedimentos administrativos e por último sobre a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde prestados (Petersen, Bourgeois, Bratthall & Ogawa, 2005).

3.3 - INFLUÊNCIA DAS CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NO COMPORTAMENTO EM SAÚDE

De acordo com Schou (2000) e com a Declaração de Berlim para a Saúde Oral (1992) o conhecimento das ciências do comportamento é necessário e relevante para o sucesso da prática clínica, beneficiando quer os pacientes, quer os profissionais de saúde oral.

O sucesso dos tratamentos dentários depende do comportamento do paciente, o que inclui o cumprimento de determinadas medidas de higiene oral e a periodicidade das consultas de controlo. No entanto, o sucesso da prática e do tratamento está dependente também de outros factores, que ultrapassam a tradicional ciência dentária. Com efeito, são os factores psicológicos e socioculturais que caracterizam a vivência do indivíduo que conferem o grau de sucesso ou de insucesso às intervenções de promoção e de prevenção de saúde oral (Dworkin, 1974).

Os profissionais de saúde oral, em função do que foi anteriormente exposto, devem compreender e modificar o comportamento dos pacientes, necessitando para isso do conhecimento das ciências do comportamento. Com efeito, estas procuram examinar e compreender o impacto no comportamento humano do conhecimento de características individuais, fornecendo metodologias e instrumentos para a melhor compreensão da relação e interacção técnico de saúde oral – paciente.

Bervique e Medeiros (1980) definem o contributo das ciências do comportamento como fundamental e imprescindível para a compreensão do comportamento e atitudes humanas e, conseqüentemente, para o exercício de profissões na área da saúde oral, a qual constitui uma área de excelência para intervenção na saúde.

Ainda de acordo com estes autores, os profissionais de saúde oral devem possuir conhecimentos relacionais e assumir, na sua prática diária, uma postura mais abrangente em relação ao paciente. Assim, devem valorizar o indivíduo quanto à sua dimensão humana e devem considerá-lo como um todo, caracterizado por atitudes, comportamentos e relações interpessoais e não considerá-lo apenas como uma pessoa portadora de patologia oral. Está subjacente a estas considerações a existência de uma interacção directa e contínua entre o paciente e a equipa de trabalho na área da saúde oral. Neste âmbito, o profissional de saúde oral deve perceber as necessidades e motivações do paciente, de forma a corresponder às suas expectativas, o que implica a valorização de relações interpessoais positivas. É fundamental considerar todos os níveis comunicacionais do paciente (verbais e não verbais), pois podem contribuir para

a adequação e aprofundamento do nível de comunicação, promovendo a melhoria da cooperação do indivíduo face ao tratamento e o seu maior envolvimento no mesmo (Bervique & Medeiros, 1980).

A comunicação verbal é o meio usado por excelência na área da saúde oral, tanto na fase de diagnóstico, como na fase de plano de tratamento, como, ainda, na avaliação do mesmo.

É através da linguagem que a relação estabelecida entre os interlocutores é influenciada, ela cria e modifica expectativas, bem como crenças e desejos. Podemos então dizer que falar é agir. A linguagem verbal e não-verbal permitem actuar nas relações humanas. Esta é também a forma usada para perceber as necessidades do paciente, bem como o seu nível de compreensão, a fim de determinar e identificar barreiras que condicionam o sucesso do tratamento e a reabilitação do paciente (Ramos, 2007).

A comunicação é, ainda, o canal de primazia no acto de “educar o paciente”, tendo como objectivo a melhoria da receptividade e a aceitação do tratamento, visando o aumento do nível de compreensão face à informação e instrução sobre os cuidados de saúde oral diários (Bervique & Medeiros, 1980).

Segundo Lahiti, Tuutti, Hausen e Kaariainen (1995) existe, de modo geral, uma barreira na comunicação entre os dentistas e os seus pacientes, que pode levar à frustração em ambos. Este aspecto sugere que os técnicos de saúde oral têm necessidades de formação no âmbito da comunicação e relação interpessoal.

O nível de compreensão, de empatia e a dimensão relacional estabelecida são factores decisivos para o sucesso ou insucesso dos actos terapêuticos e pedagógicos que se verifiquem em contextos assimétricos (médico-paciente, educador-educando). <http://bocc.ubi.pt/pag/marcos-lucilia-pragmatica-Comunicar.html>.

Segundo o mesmo documento o técnico de saúde “... *deve prestar atenção ao paciente, olhando-o no rosto, lembrando-se que não é só a linguagem verbal que comunica, mas que todo o comportamento é comunicação. O tempo de consulta, a disponibilidade do olhar, o tom das palavras, a forma de ouvir são algumas estratégias de comunicação que atribuem um lugar ao outro, que lhe reconhecem ou não o papel de interlocutor, que o valorizam ou não enquanto sujeito de facto e de direito*”.

3.4 - COMPORTAMENTOS DE ADESÃO E A COMUNICAÇÃO

A não concordância ou adesão ao regime terapêutico recomendado constitui o maior problema nos cuidados de saúde (Stewart, Wolfe, Maeder & Hartz, 1996), do qual depende o bem-estar do paciente (Ogden, 1999). Neste sentido, podemos definir a adesão como “*a medida em que o comportamento do doente (mudanças no seu estilo de vida) coincide com os conselhos médicos ou de saúde*” (Haynes & col., 1979, citados por Ogden, 1999:83).

Na tentativa de compreender os factores responsáveis pela adesão dos pacientes a programas educacionais ou de prevenção, temos que procurar explicações mais abrangentes que os factores tecnológicos e bioquímicos (Kaplan & Simon, 1990, citados por Stewart, Wolfe, Maeder & Hartz, 1996; Berndsen, Eijkman & Hoogstraten, 1993).

A forma como o individuo conceptualiza e valoriza a sua saúde é o resultado da representação que decorre da vivência individual (pessoal) e do aporte cultural. Desta forma, o estado de saúde de uma população ou de uma pessoa pode ser determinado e expressar atitudes e padrões comportamentais adoptados. Neste contexto há que considerar que a génese do processo saúde/doença constitui um fenómeno complexo, envolvendo factores de origem multidiversificada (biológicos, económicos, sociais, culturais e psicológicos (Breilh, 1991, Breilh & Granda, 1986, Laurell, 1983, citados por Silva & Formigli, 1994).

Não obstante, a literatura sublinha também, a influência do comportamento nas representações, bem como da relação médico-doente, constituindo factores categóricos na problemática da adesão (Barker, 1994; Brannon & Feist, 1997; Borkowska, Watts, & Weinman, 1998). Consequentemente, as representações que o indivíduo tem sobre a saúde ou sobre a doença são determinantes: nos comportamentos associados à saúde, na procura da assistência médica e na própria adesão terapêutica. Torna-se, assim, primordial ser sensível e adequar a informação a transmitir, individual ou colectivamente, de acordo representações existentes, dado que os utentes têm que ser encarados como pessoas activas na pesquisa e no processamento de informação referente à sua saúde ou doença (Grilo & Pedro, 2005).

Com o intuito de poder prever a adesão, Ley (1981, 1989, citado por Ogden, 1999) relacionou a interacção do grau de satisfação do doente face à consulta realizada (influenciada pelo teor da consulta e pela quantidade de informação transmitida na mesma) com o nível de compreensão da informação dada (depende do grau de

compreensão das causas da doença e do cumprimento do plano de tratamento específico prescrito pelo técnico de saúde) e com a capacidade de recordar essa informação (a adesão é condicionada pela memória, sendo esta influenciada por factores como a ansiedade, os conhecimentos médicos, o nível intelectual, a importância de afirmações feitas pelo técnico de saúde, os efeitos de primazia e o número de afirmações do médico) (Ogden, 1999) (Figura 17).

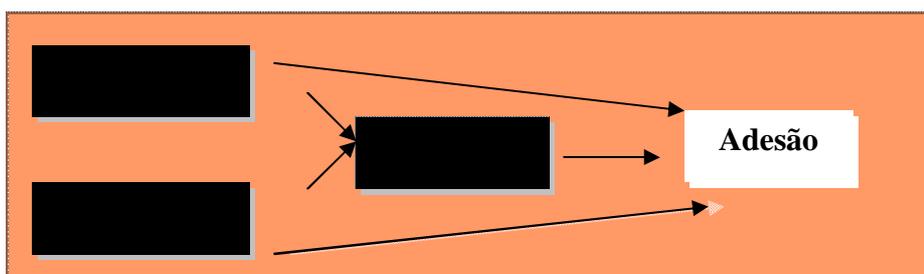


Figura 17 – Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley (1988, citado por Ogden, 1999).

Este modelo defende que a adesão é previsível, combinando o factor da *satisfação* do doente em relação à consulta, com os factores *compreensão* da informação dada na consulta e *memorização* dessa informação.

Os níveis de satisfação do paciente dependem dos vários componentes constituintes da consulta; nomeadamente, de aspectos afectivos (apoio emocional e compreensão), de aspectos comportamentais (recomendações e explicações adequadas) e de aspectos ligados à competência do técnico de saúde. Um outro aspecto que também referido como importante para a satisfação do doente, relaciona-se com a não omissão de informação. Em adição, é a correlação existente entre estes factores que influencia o grau de satisfação manifestado pelo paciente e que pode traduzir o nível de concordância ou a adesão às indicações ministradas durante a consulta (Ogden, 1999).

No Modelo da Adesão (*adherence*) proposto por Stanton (1987, citado por Ogden, 1999) verifica-se a alteração da terminologia de *obediência* (*compliance*) para a de *adesão* (*adherence*). Este modelo afasta a visão tradicional da imagem do médico que debita conselhos a um doente complacente. Em semelhança com o Modelo de Ley, sugere que a comunicação do técnico de saúde influencia o aumento de conhecimento do indivíduo, os níveis de satisfação e a adesão ao regime terapêutico recomendado. No entanto, este modelo difere do modelo de Ley pelo enfoque dos aspectos do próprio doente (crenças sobre a rotura do estilo de vida devido à adesão, locus de controlo e apoio social) e da sua interacção com o profissional de saúde. Contudo, é tácito

ponderar que ambos os modelos consideram que os técnicos de saúde são profissionais objectivos, que não são influenciados pela suas próprias crenças, enquanto os doentes são vistos como leigos, com perspectivas e crenças a serem trabalhadas pelos profissionais de saúde em termos de linguagem e de conteúdo de informação.

A satisfação do utente diz respeito à percepção subjectiva que o indivíduo tem face ao cuidado que recebe, pelo que o grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer do tipo de relação interpessoal desenvolvida entre o profissional e o paciente. Contudo, esta percepção pode também ser influenciada pela existência de recursos materiais (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), e pelas condições de salubridade (ventilação, conforto, etc.) e, também, pelas representações sobre o processo saúde/doença. O grau de adesão do paciente ao tratamento e às acções preventivas recomendadas pelos técnicos de saúde pode ser influenciado por estes aspectos do cuidado. Em diversas condições clínicas, as relações interpessoais podem também interferir na própria terapêutica. Em decorrência desses factos torna-se relevante considerar a avaliação da satisfação do utente como um dos componentes da qualidade dos serviços (Silva & Formigli, 1994).

Na prática clínica é importante a sensibilidade do profissional de saúde para a percepção do nível de compreensão do paciente, pois este aspecto poderá afectar a adesão à intervenção, originando algumas condicionantes que se poderão evidenciar no tipo de resposta esperada e no cumprimento do tratamento proposto.

No processo de compreensão da adesão dos pacientes é valorizado o tipo de informação usada, pois através deste meio podemos melhorar a comunicação entre o técnico de saúde e o paciente, facilitando a percepção das necessidades expressas pelo paciente de modo a corresponder às suas expectativas e a promover a sua satisfação.

Quando a comunicação entre técnico de saúde/paciente se suporta na informação instrutiva e educacional (Mullen & col., 1985, citado por Ogden, 1999) e é usada a instrução comportamental individualizada, consegue-se o aumento do índice de concordância dos pacientes ou seja a sua adesão. Deste modo, é com base na existência de uma relação de cumplicidade que se consegue valorizar a promoção para a saúde (como por exemplo: através de acções personalizadas de “educação para a saúde”) e a prevenção das doenças, com fim a otimizar o controlo, o tratamento e a reabilitação das mesmas. Ao equacionar a influência positiva que a comunicação pode assumir no melhoramento da adesão, há que considerar, também, o tipo de informação usada (nomeadamente, informação oral ou escrita). Esta melhoria é induzida pelo

aperfeiçoamento e pela adequação do conteúdo da comunicação oral, suportando-se num processo dinâmico de interacção entre o efeito de primazia, a explicitação da importância da adesão, a simplificação da informação, a repetição, a clareza e a execução de entrevistas adicionais na consulta (Ley, 1989, citado por Ogden, 1999).

A percepção de que existe uma boa comunicação é uma dimensão a ser valorizada na determinação da adesão aos tratamentos dentários, na modificação de hábitos de saúde, no aumento da satisfação dos pacientes e também na redução do medo (Edington, 2000, Freeman, 1999, Kuale & col., 2001, Logan, 1991, Nestel & Betson, 1999, Weinatein & col., 1991, citados por Araújo, 2002). Deste modo, o sucesso de um processo terapêutico é determinado pela existência de uma comunicação eficaz. Consequentemente para conseguir um processo terapêutico eficaz, com expressão na adopção de novas atitudes e de hábitos e estilos de vida face saúde oral, requer fundamentalmente uma transmissão de informação e de comunicação eficaz, bem como a criação de uma relação pessoal. Deste modo, o profissional de saúde oral através da arte de comunicar tem como objectivo tratar os seus pacientes de e influenciar o seu comportamento subsequente (Araújo, 2002), tornando-o o mais favorável para a saúde oral e geral.

Entende-se que comunicação eficaz é um processo complexo, que se dimensiona através de uma mensagem enviada com determinada intenção, que se destina a um receptor. Este por sua vez deve ser influenciado pelo objectivo da intenção e desta forma, as suas crenças, os seus conhecimentos e os seus comportamentos serão influídos.

CAPÍTULO IV – SAÚDE EM CONTEXTO OCUPACIONAL

A constituição da República Portuguesa refere-se à protecção da saúde como sendo um direito dos indivíduos e da comunidade. Nos artigos 59º e 64º constata-se, ainda, o direito à prestação do trabalho em condições de higiene e segurança. É importante uma política de Saúde Ocupacional que conduza a uma redução dos riscos profissionais e a uma melhoria significativa das condições de trabalho, promovendo, para tal, a protecção e promoção da saúde, bem como, a humanização do trabalho (Centro Regional de Saúde Pública, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (1985) definiu o objectivo estratégico da Saúde Ocupacional como sendo o de promover e manter o mais alto nível de bem-estar físico, mental e social dos profissionais, prevenindo toda a alteração da saúde devido a condições de trabalho, protegendo-os no seu local de trabalho contra os riscos para a saúde e colocando-os num posto de trabalho de acordo com as suas aptidões.

Deste modo, a saúde no trabalho não pode ser assegurada apenas pelos cuidados médicos ou de medicina preventiva, exigindo a prática completa da Saúde Pública, aplicada a todos os profissionais. Surge, assim, a Saúde Ocupacional, que considera a saúde como um todo biopsicossocial, centrando a sua actividade na promoção da saúde e prevenção da doença e utilizando para isso acções médicas e não médicas realizadas por um conjunto de profissionais com diferentes formações técnicas.

As acções no âmbito da Saúde Ocupacional baseiam-se nas causas subjacentes de falta de saúde e nos factores de desconforto e morbilidade de maior prevalência no trabalho e visam o sistema de trabalho contemplando de modo integrado o indivíduo, as condições de trabalho e a organização. Apesar da evolução na melhoria das condições dos sistemas de trabalho, continua a existir, ainda hoje, um conjunto de factores de risco físicos, químicos, psicossociais e outros que conduzem a uma elevada prevalência de desconforto e morbilidade no trabalho (Cotrim, 1998).

No que se refere à Política de Saúde Ocupacional, o modelo adoptado num Serviço de Saúde Ocupacional deve assentar numa equipa multiprofissional, num modelo sistémico de organização e nos princípios relativos à promoção de saúde no local de trabalho. Estes princípios decorrem, em grande parte, de Documentos de Organismos Internacionais e Nacionais com responsabilidades na matéria. Destacamos os seguintes Documentos ou Organizações: Conferência Internacional Sobre Cuidados de Saúde Primários, de Alma-Ata, de 1978 (onde foi redefinido o conceito de cuidados

de saúde primários como um conjunto de actividades diversas, não exclusivamente médicas, e foram defendidas novas estratégias de organização dos serviços de saúde); Metas da Saúde para Todos no Ano 2000, da Organização Mundial de Saúde – OMS, de 1985 (que enfatizam a participação e cooperação multisectorial na promoção da saúde, intervindo primordialmente na prevenção); Relatórios da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (que evidenciam a necessidade permanente de formação e investigação nos Serviços de Saúde Ocupacional, a necessidade de introduzir a componente criatividade e inovação na promoção da saúde, a necessidade de integrar a saúde individual e a saúde do ambiente e a introdução da componente de marketing na promoção das acções de saúde); *International Commission on Occupational Health* – ICOH; Organização Internacional do Trabalho – OIT; Instituto para o Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho – IDICT.

A União Europeia aprovou o Quadro Técnico-Normativo que consagra a Saúde no Trabalho na Europa (Directiva-Quadro 89/391/CEE, de 12 de Junho de 1989), transpondo em Direito de Cidadania Nacional e Europeia as Recomendações / Convenções da Organização Internacional do Trabalho – OIT e o trabalho de investigação de anos dos peritos da Organização Mundial de Saúde – OMS.

Em Portugal, a saúde no trabalho é um direito consagrado na Lei. No entanto, só a 14 de Novembro de 1991 foi aprovado o Decreto-Lei nº 441/91 que contém os princípios que visam promover a segurança, a higiene e a saúde no trabalho para todos os profissionais. Só posteriormente, em 1994, com o Decreto-Lei nº 26/94 de 1 de Fevereiro (actualmente rectificado pela Lei nº 7/95, de 29 de Março), foi estabelecido o regime de organização e funcionamento dos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, tendo sido definidas as formas de aplicação à Administração Pública no ano seguinte, com o Decreto-Lei nº 191/95 de 28 de Julho.

As inter-relações e inter-dependências entre trabalho e saúde formam o objecto de estudo e intervenção específico em Saúde Ocupacional. A multiplicidade e diversidade dos problemas em causa impõem um carácter interdisciplinar e multiprofissional que, na sua vertente técnico-científica, a Saúde Ocupacional inevitavelmente possui.

4.1- SAÚDE OCUPACIONAL EM CONTEXTO HOSPITALAR

As situações de trabalho dos profissionais de saúde são complexas e repletas de factores de risco, pelo que deve ser dada uma maior atenção e prioridade à saúde destes indivíduos (Centro Regional de Saúde Pública, 2001).

Dada a especificidade e a complexidade do contexto hospitalar, as acções de prevenção e de promoção da saúde da Saúde Ocupacional devem organizar-se sob a forma de programas, com definição clara de objectivos e métodos. A representação, o envolvimento e a participação dos profissionais da instituição hospitalar constitui um aspecto central na implementação e manutenção das acções de prevenção dos riscos profissionais e das acções de promoção da saúde no trabalho. Deste modo, pretende-se que os profissionais façam escolhas informadas, contribuindo para o desenvolvimento dos objectivos da saúde no trabalho (Cotrim & Duarte, 2000).

O Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE - Hospital de São José constitui um exemplo de actuação na saúde em contexto de trabalho, obteve a aprovação formal do Conselho de Administração do Hospital para a sua criação em 1994. Entre 1995 e 1996 decorreu a constituição da Equipa; a sua habilitação teórica e prática no terreno, com as metodologias da Saúde Ocupacional; o treino em trabalho de equipa, com a participação por objectivos nos programas e projectos; a selecção de prioridades e o início das intervenções. Desde então, tem-se mantido a consolidação das acções implementadas anteriormente e iniciaram-se novos programas de intervenção, bem como a estruturação do sistema de informação e comunicação adequados à gestão da prevenção.

Os princípios relativos à promoção da saúde no local de trabalho decorrem, em grande parte, dos documentos dos Organismos Internacionais e Nacionais com responsabilidades na matéria (*International Commission on Occupational Health – ICOH*; Organização Mundial da Saúde – OMS; Organização Internacional do Trabalho – OIT e Instituto para o Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho – IDICT).

A actuação do Serviço de Saúde Ocupacional assenta num modelo sistémico, no qual a intervenção visa identificar, analisar e controlar os factores de risco e os factores subjacentes à falta de saúde no trabalho e desenvolver acções qualificadas e efectivas de forma a assegurar um trabalho saudável, sadio e seguro, bem como a saúde e bem-estar dos profissionais.

As acções deste Serviço organizam-se sob a forma de programas, com uma definição explícita de objectivos e métodos, assumindo o trabalho em equipa multidisciplinar um papel determinante na eficácia das acções. As áreas de actuação, às quais estão afectos profissionais com formação específica, são diversas: Medicina do Trabalho, Ergonomia e Fisiologia do Trabalho, Higiene e Toxicologia do Trabalho, Segurança do Trabalho, Saúde Oral, Enfermagem e Serviços Clínicos, nos quais se insere a Psicologia Clínica. Adicionalmente, colaboram com os Serviços Clínicos diferentes especialidades médicas, em regime de consultadoria: Psiquiatria, Ginecologia, Estomatologia, Urologia, Neurocirurgia e Ortopedia. Os elementos integrantes desta Equipa de Saúde partilham a responsabilidade na definição, elaboração, implementação e avaliação dos programas específicos, no âmbito das suas competências.

Em 2005, verifica-se a criação do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) no qual são integrados os seguintes Hospitais: Hospital de S. José, Hospital de Sto. António dos Capuchos e Hospital do Desterro. Posteriormente, em 28 de Fevereiro de 2007, com a publicação em Diário República (nº 42 da 1ª série) passa a ser Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHL Central), E. P. E., por fusão do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) com o Hospital de D. Estefânia e o Hospital de Santa Marta, E. P. E.

As acções médicas e não médicas do Serviço de Saúde Ocupacional dirigem-se agora aos profissionais no activo do CHL Central, E.P.E (cerca de 7000) que são integrados nos diferentes programas, de acordo com as necessidades individuais.

4.2. - O PROGRAMA DE SAÚDE ORAL NO ÂMBITO DA SAÚDE OCUPACIONAL DO CHL CENTRAL –EPE

As normas sociais, culturais e comportamentais pré-existentes podem constituir meios inibidores ou facilitadores do impacto dos programas de promoção da saúde. Concomitantemente, os programas de promoção da saúde no contexto laboral representam um meio facilitador na acessibilidade à prestação de cuidados de saúde, com assumida tradução económica favorável para o profissional e repercutindo-se na melhoria do aporte social através da adesão e da cooperação entre pares.

Para a entidade empregadora estas intervenções podem ter visibilidade em ganhos directos pela redução de custos associados à diminuição do absentismo e pelo aumento quantitativo e qualitativo da prestação do profissional, factores que resultam da melhoria do estado de espírito dos profissionais e das relações públicas. Em síntese, o local de trabalho constitui um meio favorável e facilitador na mudança comportamental através da implementação de programas individuais a médio e longo prazo, e certifica a existência de potencial para o desenvolvimento de políticas ambientais capazes de fomentar e manter essa mudança (Bennett & Murphy, 1999).

Por conseguinte, o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) do Hospital de S. José (HSJ) planeou e implementou, em 1994, o Programa de Saúde Oral (PSO) destinado a todos os profissionais no activo desta Instituição com a finalidade de Promover a Saúde Oral no Local de Trabalho.

A conceptualização inicial suportou-se nas seguintes: “Metas da Saúde para Todos” da OMS – Região Europeia até ao ano 2000; na elevada incidência e prevalência das principais patologias orais (cárie dentária e periodontite); nos custos associados ao tratamento e reabilitação dos problemas de saúde oral; e no objectivo major do SSO que visa a Promoção do Trabalho saudável, sadio e seguro com vista a promoção da saúde no local de trabalho. A intervenção de saúde oral sustenta-se numa metodologia epidemiológica e na interdisciplinaridade, viabilizando a articulação das várias áreas do *saber*.

O Programa de Saúde Oral proporciona uma relação custo/benefício favorável tanto para os profissionais da Instituição, como para a própria. A disponibilização de cuidados de saúde oral no local de trabalho tem tradução efectiva na melhoria da saúde, no bem-estar e na qualidade de vida dos profissionais, bem como na diminuição do absentismo no local de trabalho.

Dada a realidade do nosso País face à saúde oral, é sabido que o acesso a cuidados de saúde oral é difícil através do Sistema Nacional de Saúde. Os tratamentos dentários afectos a esta área têm associados encargos onerosos que exigem o recurso a altas tecnologias, são prolongados e esgotam tanto a capacidade de resposta, como os meios disponíveis dos sistemas de saúde privados e públicos.

De acordo com o pressuposto, é fundamental investir na promoção, bem como no sistema de comunicação/informação – incluindo acções de educação –, e na prevenção e vigilância periódica (realização de observações periódicas para avaliação e instrução de cuidados pessoais de manutenção de uma boa higiene oral – escovagem, fio dentário, escovilhão,... –, através da realização de medidas profilácticas – destartarização, aplicação tópica de flúor, aplicação de selantes de fissura,...

Um programa que proporcione o acesso a cuidados de saúde oral no local de trabalho, pode favorecer a optimização de todos recursos envolvidos e consequentemente diminuição de tempo dispendido e o aumento da satisfação de todos os que beneficiam directa ou indirectamente da intervenção. A acessibilidade a acções de controlo e vigilância periódico da saúde oral pode proporcionar uma avaliação continuada dos hábitos e estilos de vida adoptados pelos profissionais com vista a aquisição de uma boa condição de saúde oral e de qualidade de vida e de bem-estar.

O Programa preconiza a melhoria dos cuidados de saúde através do controlo efectivo da saúde oral conduzindo a uma redução das patologias orais, a diminuição dos custos sociais e económicos subjacentes ao tratamento destas patologias, ao aumento da satisfação e melhoria da qualidade de vida do profissional, e à diminuição do absentismo.

Esta intervenção em saúde oral pretende incentivar acções de mudança, através da disponibilização de uma rede de recursos multidisciplinar estruturada e totalmente direccionada para a intervenção de saúde oral, com indubitável tradução no aumento da satisfação e motivação dos profissionais no local de trabalho.

O programa pretende ser uma referência como exemplo de boas práticas no local de trabalho, ao cumprir as directrizes que são preconizadas pela OMS, através das orientações fomentadas para a saúde ocupacional e pelos objectivos definidos pelo SSO, através da promoção da prestação de cuidados de saúde efectiva, eficaz e equitativa adequada à realidade de cada organização e da população alvo visada.

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO V

METODOLOGIA

5.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

O Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital de S. José planeou e implementou o Programa de Saúde, em 1994. A intervenção dirigiu-se aos grupos sócio-profissionais mais vulneráveis ao nível socio-económico. A integração dos profissionais fez-se inicialmente serviço a serviço, devido à limitação de recursos humanos e de recursos materiais, e atendendo também à carência e necessidade existente relativa a tratamentos dentários e periodontais e à duração do próprio tratamento.

Os objectivos específicos do Programa são: Promover a Saúde Oral no Local de Trabalho; Promover Hábitos e Estilos de Vida Saudáveis, no que concerne ao autocuidado, aos hábitos alimentares e à redução de hábitos tabágicos e de adição (consumo de álcool); Informar Sobre a Etiologia das Patologias Orais; Prevenir as Principais doenças orais (Cárie Dentária e Doenças Periodontais); Reduzir a Incidência e a Prevalência das Doenças Orais; Avaliar a Qualidade do Programa, através de indicadores de monitorização, perfil de risco e de resultados.

O diagrama de fluxo (Figura 18) ilustra a referida intervenção:

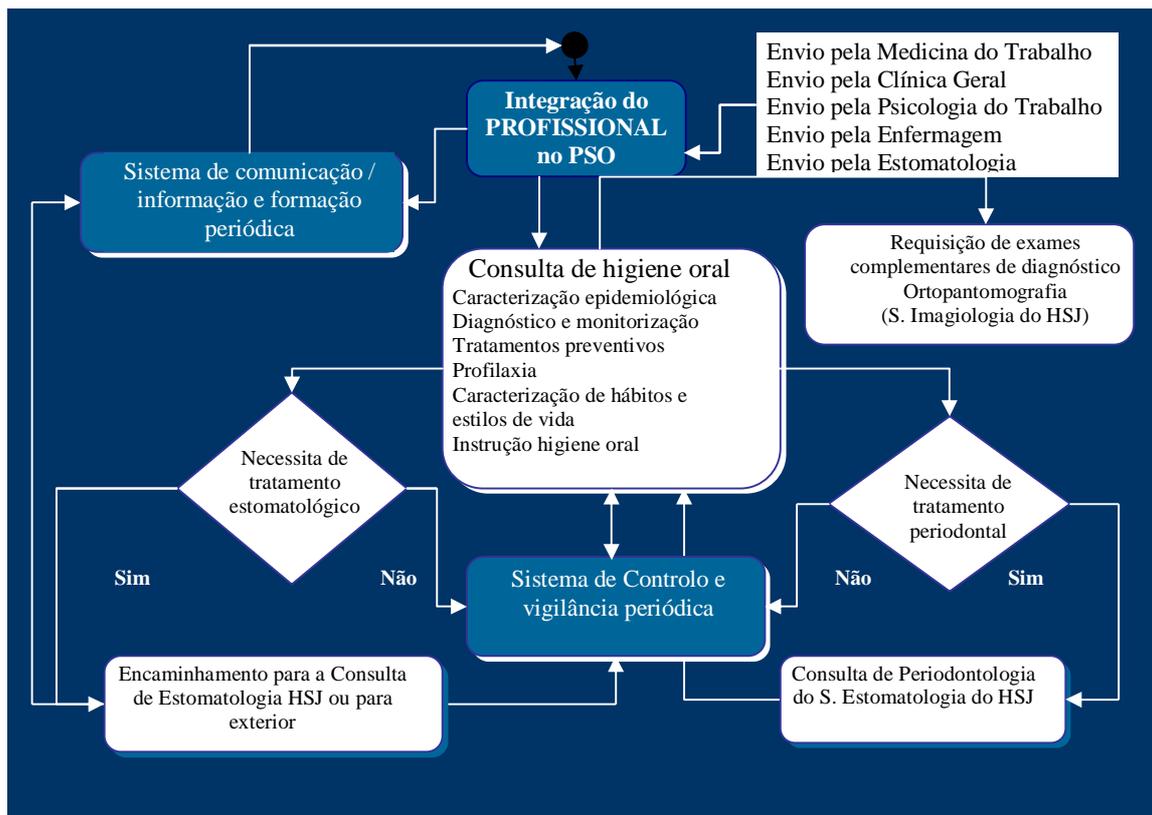


Figura 18 – Diagrama de fluxos do Programa de Saúde Oral.

Actualmente, o acesso aos cuidados personalizados do programa de saúde oral destina-se aos profissionais com exigências específicas no âmbito da estratégia de intervenção, nomeadamente inclusão serviço a serviço, avaliação inicial de saúde (admissão), profissionais com actividades de risco monitorizados através de programas específicos do SSO (vigilância periódica, por exemplo: citostáticos, gases anestésicos), situações problema (Diabetes, Hipertensão, Apoio à Gestante no local de Trabalho). É de referir que a adesão dos profissionais à intervenção de saúde oral é voluntária.

A intervenção de saúde oral envolve a contextualização das necessidades e a caracterização dos factores de risco das doenças orais e hábitos e estilos de vida, da situação periodontal e dentária, das lesões pré-malignas e do cancro oral, nos profissionais da Instituição, através da actividade preventiva (acesso à consulta de higiene oral).

A intervenção integra participação de parcerias com serviços internos da Instituição (Serviço de Estomatologia, Serviço de Radiologia) e destinam-se a assegurar a realização de exames complementares de diagnóstico e o tratamento precoce das patologias orais, bem como o encaminhamento e acompanhamento personalizado do profissional.

O PSO disponibiliza um sistema personalizado de comunicação e de informação para a saúde, preconizando o envolvimento e participação dos interessados nos objectivos da acção: possibilita a aquisição de conhecimentos sobre a saúde oral, com vista à manutenção do estado de saúde; reduz os custos de tratamentos dentários; previne as patologias orais; avalia a eficácia dos instrumentos de comunicação utilizados, relativamente à mudança de atitudes e aos comportamentos, bem como aos factores de risco das patologias orais.

A disponibilização de informação faz-se através do envio periódico de folhas informativas/formativas sobre temas da saúde oral (exemplo de folha informativa em Anexo IV), ou por contacto directo (em consulta, nas instalações do Serviço de Saúde Ocupacional ou no próprio local de trabalho) com os profissionais da Instituição, reforçando a aquisição de conhecimentos para a adopção de hábitos e estilos de vida favoráveis à saúde, ao bem-estar e à qualidade de vida. Fomenta, ainda, a divulgação periódica dos resultados da acção a todos os interessados na acção (profissionais de saúde, chefias directas e chefias de topo).

5.2 -FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

O problema definido neste trabalho teve por base o contacto diário com os profissionais de saúde no local de trabalho, no âmbito do Programa do Saúde Oral em Contexto da Saúde Ocupacional.

O principal objectivo deste trabalho de investigação foi, assim, o de contribuir para clarificar a percepção e valorização que os profissionais de saúde manifestam sobre as dimensões constituintes do PSO afectas ao desenvolvimentos das actividades, incluindo os processos comunicacionais, e como avaliam a qualidade dos cuidados de saúde oral prestados.

O conhecimento que esclareça a percepção das necessidades de cuidados de saúde oral e a valorização da saúde por parte dos profissionais pode ser um contributo para o aumento dos seus comportamentos de adesão.

Tendo como vector orientador os aspectos anteriormente mencionados, foram definidos os seguintes objectivos para este trabalho:

- Investigar em que medida a percepção dos profissionais de saúde sobre os processos de comunicação pode influenciar a sua adesão ao Programa de Saúde Oral do CHL Central EPE – Hospital de S. José.
- Caracterizar a avaliação que os profissionais de saúde fazem sobre as dimensões constituintes deste Programa, incluindo a qualidade dos cuidados de saúde prestados e os processos e métodos comunicacionais usados no Programa de Saúde Oral;
- Analisar e discutir os dados resultantes da avaliação de alguns parâmetros constituintes do Programa, em anos anteriores;

5.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A revisão bibliográfica permitiu-nos compreender alguns factos. Em primeiro lugar, o comportamento e a saúde, nomeadamente a saúde oral, são influenciados pelos determinantes da saúde, que incluem factores multidimensionais, como por exemplo, factores económicos, sociais e culturais, que interagem e se condicionam reciprocamente. Consequentemente, a adopção de determinados comportamentos é resultante de uma interacção complexa de aspectos físicos, psíquicos, familiares, sociais, culturais, entre outros, que podem ser influenciados por acções promotoras da saúde.

Adicionalmente, os processos de comunicação e o modo como a informação em saúde é transmitida podem também influenciar, por um lado, a avaliação que os profissionais fazem aos programas de saúde; e, por outro, podem determinar a adopção de comportamentos de adesão a medidas preventivas e terapêuticas, que, no âmbito da saúde oral, traduzem uma multiplicidade de aspectos que podem influir de forma determinante na saúde oral do indivíduo.

Segundo Teixeira (2004) e Ramos (2007, 2004) a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos técnicos deriva da avaliação que estes fizeram das competências comunicacionais dos técnicos de saúde com os quais interagiram.

Em segundo lugar, o conhecimento das razões pelas quais os indivíduos agem de determinada maneira, de acordo com as suas crenças individuais de saúde e conhecimentos em relação à sua saúde oral, aos hábitos e objectivos de saúde, constituem um aspecto essencial para o desenvolvimento do trabalho dos técnicos de saúde. Estes actuam, assim, numa vertente mais pessoal e social da saúde e de acordo com as necessidades e realidades de cada paciente.

Finalmente, sabe-se que o contexto profissional do indivíduo constitui um meio privilegiado de actuação no domínio da promoção da saúde e prevenção da doença.

Perante estes aspectos podemos enunciar a seguinte problemática:

Que influência tem a comunicação em saúde na avaliação que os profissionais de saúde (do CHL Central EPE- H.S. José) fazem do Programa de Promoção de Saúde Oral em contexto de Saúde Ocupacional?

Tendo em consideração os aspectos supra referidos, e na sequência da revisão bibliográfica, as questões de investigação formuladas neste trabalho são as seguintes:

- *Como é que a percepção dos profissionais de saúde sobre os processos comunicacionais, influenciam a sua adesão ao Programa de Saúde Oral do SSO?*
- *Será que a avaliação PSO, pelos profissionais de saúde, é influenciada pela avaliação que estes fazem aos processos comunicacionais afectos ao PSO?*
- *Como é que os profissionais de saúde valorizam os processos comunicacionais subjacentes a este programa?*
- *Quais são os processos comunicacionais mais valorizados por estes profissionais?*

5.4. -TIPO DE ESTUDO

É frequente encontrar as investigações em Ciências Sociais e Humanas classificadas, tendo em atenção o seu design experimental, em estudos experimentais, estudos quasi-experimentais e estudos não experimentais, de acordo, grosso modo, com os critérios de manipulação da variável ou variáveis independentes (Heppner, Kivlighan & Wampold, 1999).

A investigação apresentada neste trabalho segue uma metodologia mista, quantitativa e qualitativa, e caracteriza-se como sendo um estudo exploratório, descritivo e histórico uma vez que tem como objectivos descrever características, relacionar efeitos relativos aos constructos estudados e apreciar interacções (apesar de não pretender diferenciar grupos). Não se trata de uma investigação de tipo experimental porque não procura relações causais, não pretende predizer e controlar fenómenos, nem estabelecer leis (Heppner, Kivlighan & Wampold, 1999; Fortin, 2003).

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo uma vez que pretende obter o máximo de informação possível sobre um campo particular de estudo, documentar, descrever a actividade e averiguar se existe, ou não, relação entre as variáveis.

De acordo com Carmo e Ferreira (1998:213) a investigação descritiva “...*implica estudar, compreender e explicar a situação do objecto de investigação*”.

Este estudo suporta-se também na investigação histórico/documental, uma vez que este pretende compreender e explicar acontecimentos passados, recorrendo a informação já existente (Carmo & Ferreira, 1998).

Este estudo permitir-nos-á reflectir, orientar e introduzir algumas mudanças no modo de planear, definir, implementar, desenvolver, monitorizar e avaliar acções de promoção para a saúde, adequando os processos comunicacionais às necessidades individuais e colectivas específicas, com vista a alcançar o sucesso e eficácia das intervenções preconizadas pela equipa multidisciplinar do SSO, bem como o aumento da satisfação, da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida no local de trabalho.

Assim sendo, a abordagem utilizada na presente investigação descreve características em relação à percepção dos profissionais de saúde sobre processos de comunicação e motivos de adesão às intervenções do Programa de Saúde Oral, com o objectivo de fornecer indicadores acerca das relações existentes entre estes dois aspectos. Procura-se, ainda, estabelecer a relação entre estas duas dimensões e alguns parâmetros sócio-demográficos.

5.5. - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população em estudo é constituída por profissionais de saúde (de diferentes categorias profissionais – Médico, Enfermeiro, Técnico Superior, Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, Assistente Administrativo, Auxiliar de Acção Médica, Auxiliar de Apoio e Vigilância e “Outras”) do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital de S. José que aderiram ao Programa de Saúde Oral, no âmbito do Serviço de Saúde Ocupacional da Instituição, no período decorrente de 2004 a 2006 (N=544).

Como critério de exclusão foram considerados: todos profissionais que não estão no activo na Instituição (por aposentação ou por cessação de funções - N=28) aquando da aplicação do questionário; os indivíduos cujos questionários não estavam, pelo menos, 80% preenchidos ou cujo formulário de consentimento informado não se apresentava devidamente preenchido (N=1); e os indivíduos que não devolveram o questionário dentro do período para a recepção (N=5).

Nesta investigação foi utilizada uma amostra de conveniência, composta por 75 profissionais de saúde, que devolveram os questionários correctamente preenchidos. Todos os indivíduos participaram, entre 2004 e 2006, no Programa de Saúde Oral do Serviço de Saúde Ocupacional.

Dos 75 profissionais de saúde contemplados no estudo, 13 eram do sexo masculino (17,3%) e 62 do sexo feminino (82,7%), com idades compreendidas entre os 23 e os 63 anos. A faixa etária que apresenta maior frequência, para a amostra total, é a dos 31 aos 35 anos (17 profissionais de saúde - 23%); no entanto, fazendo a análise por sexo, podemos constatar que no sexo masculino a faixa etária com maior representatividade é a dos 51 aos 55 anos (5 homens) e no sexo feminino é dos 31 aos 35 anos (17 mulheres) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da Amostra Relativamente às Variáveis Sexo, Faixa Etária e Idade.

	Profissionais de Saúde	
	N (75)	%
Sexo		
Masculino	13	17.3
Feminino	62	82.7
	N (74)	%
Faixa Etária		
20-25	5	6.8
26-30	4	5.4
31-35	17	23
36-40	6	8.1
41-45	9	12.2
46-50	15	20.3
51-55	11	14.9
56-60	6	8.1
61-65	1	1.4
	M	DP
Idade	42.27	9.99
Sexo masculino	48.01	6.0
Sexo feminino	41.00	10.3

N = Frequência; M = Média; DP = Desvio-padrão

No que diz respeito à categoria profissional, e como é demonstrado pela análise da Tabela 2, 1 profissional era médico (1,4%) – 1 mulher, 15 eram enfermeiros (25%) – 16 mulheres e 2 homens –, 8 eram técnicos superiores (11.1%) – apenas mulheres –, 12 eram técnicos de diagnóstico e terapêutica (16.7%) – 10 mulheres e 2 homens –, 8 eram assistentes administrativos (22%) – 23 mulheres e 1 homem –, 22 eram auxiliares de acção médica (26%) – 18 mulheres e 4 homens –, 7 eram auxiliares de apoio e vigilância (6,4%) – 3 mulheres e 4 homens - e 5 pertenciam a outras categorias (4,6%) – 3 mulheres e 2 homens. Esta amostra possui na sua maioria (29,3%) um grau de escolaridade entre o 1º e o 9º ano de escolaridade; seguido de licenciatura (24%) e de pós-graduação ou mestrado (22,7%)

Ainda em conformidade com a Tabela 2, 73,3% dos indivíduos da amostra praticam horário fixo.

Tabela 2 – Caracterização da Amostra Relativamente às Variáveis Grau de Escolaridade, Horário e Categoria Profissional.

	Profissionais de Saúde	
	N (75)	%
Grau de escolaridade		
Do 1º ao 9º ano	22	29.3
Do 10º ao 12ºano	11	14.7
Bacharelato	7	9.3
Licenciatura	18	24.0
Pós-graduação ou Mestrado	17	22.7
Horário		
Fixo	55	73.3
Turnos	17	22.7
Fixo + 24h	2	2.7
Isenção	1	1.3
	N (74)	%
Categoria		
Médico	1	1
Enfermeiro	19	27
Técnico superior	8	11
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	12	16
Assistente Administrativo	8	11
Auxiliar de Acção Médica	19	26
Outras	7	8

N = Frequências; % = Percentagens

Relativamente ao estado civil que apresenta maior frequência é o estado civil - *casado* (N=41), seguido do *solteiro* (N=17), conseqüentemente o agregado familiar destes participantes caracteriza-se na sua maioria por ser um agregado familiar com filhos (64%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização da Amostra Relativamente às Variáveis Agregado Familiar e ao Estado Civil.

	Profissionais de Saúde	
	N= 75	%
Estado Civil		
Solteiro	17	22.7
Casado	41	54.7
União de facto	10	13.3
Viúvo	1	1.3
Divorciado	6	8.0
	N (74)	%
Agregado familiar		
Com filhos	48	64.0
Sem filhos	20	26.7
Profissional solitário	1	1.3
Outras pessoas ao encargo	1	1.3
Não se aplica	1	1.3

N = Frequências; % = Percentagens.

5.6. - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

No período de Dezembro 2006 a Fevereiro 2007, procedemos à formulação de um questionário, com o intuito de avaliar a Intervenção em Saúde Oral.

Durante o mês de Março, procedemos à aplicação de pré-teste do questionário, a oito profissionais da Instituição que já tinham participado no PSO. O conhecimento destes profissionais sobre o funcionamento desta Intervenção constituiu um contributo determinante para a adequação, clarificação do propósito de algumas questões, bem como para melhorar graficamente a estrutura do questionário.

Em Julho de 2007, os profissionais que integraram o Programa entre 2004 e 2006 foram convidados a participarem na presente investigação através de contacto personalizado e abordagem directa. A todos os participantes foi explicado, oralmente, o objectivo e metodologia do estudo, a qual foi suportada por explicação introdutória, escrita no questionário individual de auto-preenchimento. Foi requerido consentimento informado (Anexo I), por escrito, a todos os profissionais de saúde que aceitaram participar no estudo.

No período compreendido entre Julho e Agosto de 2007, procedeu-se à entrega personalizada do questionário, em carta fechada, e aguardou-se a sua devolução, através do mesmo meio ou por correio interno da Instituição (tendo sido possível obter uma amostra de 75 indivíduos).

5.7. - INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Bennett e Murphy (1999) referem que o desenvolvimento de instrumentos de avaliação específicos e sensíveis, bem como a adopção de uma metodologia adequada deve ser uma prioridade nos programas de promoção da saúde, por forma a determinar eficazmente o modo de interacção da população alvo com as intervenções a que a mesma aderiu.

Foi criado um instrumento de avaliação – “Questionário de Avaliação dos Cuidados de Saúde Oral” – (Anexo III) que visa apreender o essencial entre as dimensões: comunicação, adesão, percepção da importância da saúde oral, bem como a percepção sobre os cuidados prestados.

O inquérito por questionário foi criado em conformidade com aspectos de avaliação considerados como pertinentes para a formulação do instrumento, e com base em literatura específica (Carmo & Ferreira, 1998; Hill & Hill, 2002).

Após concepção inicial, procedemos à realização de pré-teste, e testou-se o questionário em oito profissionais de saúde que participaram previamente no PSO.

Chegou-se a um questionário, de auto-avaliação e auto-preenchimento, que pretende descrever a percepção que os profissionais de saúde possuem, enquanto utentes do Programa de Saúde Oral, no que concerne à importância das acções de promoção no âmbito da saúde oral e de prevenção do risco das doenças orais. É composto por 22 itens, dos quais 16 itens possuem um formato de resposta numa Escala de Likert, em que 14 itens apresentam cinco pontos e 2 itens contêm seis pontos de avaliação. Os restantes 6 itens possuem um formato de resposta qualitativo.

A primeira parte do questionário pretende analisar e caracterizar as dimensões sócio-demográficas (sexo, idade, actividade profissional, horário, formação escolar/académica, estado civil, agregado familiar) relativo aos participantes do estudo.

5.8. - ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados foram analisados no programa informático *Statistical Program for Social Sciences* – SPSS 13, com o objectivo de obter uma análise estatística das variáveis e realizar os testes adequados às questões propostas. As questões foram codificadas segundo o tipo de variável (ordinal, codificada com escala numérica; nominal, codificada com escala numérica).

Foram efectuadas análises de natureza descritiva às questões fechadas, com o objectivo de descrever as características das variáveis demográficas e as dimensões avaliadas no estudo. Todas as variáveis foram testadas através do teste *Kolmogorov – Smirnov* de forma a avaliar a normalidade das distribuições. Dado que os valores se distribuem normalmente foram utilizados testes paramétricos. Utilizaram-se o teste *t e a ANOVA* (análise de variância a um factor). As relações entre variáveis dependentes e independentes foram examinadas através do coeficiente de correlação de Pearson (Pereira, 2006).

5.9. - ANÁLISE DE CONTEÚDO

Procedeu-se também à análise temática de conteúdo por análise qualitativa das questões abertas do questionário, uma vez que “*a análise de conteúdo é aplicável a qualquer tipo de comunicação*” (Bardin, 1977:39).

A mesma autora define análise temática de conteúdo como “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimento, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*” (Bardin, 1977:226).

A análise de conteúdo “*é uma técnica que permite fazer inferências, identificando objectiva e sistematicamente as características específicas da mensagem*” (Stone, 1966, citado por Carmo & Ferreira, 1998:251), através da recolha de informação resumida e organizada com intuito de analisar em profundidade quer a expressão verbal ou a escrita de uma pessoa ou grupo.

Bardin (1977) salienta ainda que esta técnica não deve ser usada somente para descrição do conteúdo de mensagens, visa a procura de informação uma vez que existe inferência através da leitura e compreensão das mensagens, permitindo tirar conclusões, obter novas informações e complementar o conhecimento existente.

O objectivo deste procedimento é permitir a inferência de conhecimentos sobre o foco de interesse e de atenção de indivíduos, grupos e comunidades, a partir da exploração de dados.

Esta metodologia permite observar os motivos de satisfação ou de insatisfação, as opiniões subentendidas, e a essência dos problemas através do estudo das várias formas de comunicação. Neste contexto, está implícita a observação indirecta, na qual a expressão verbal ou escrita apresenta uma vasta “riqueza” através das múltiplas formas de expressão (Weber, 1990, citado por Dinarés, 2006).

É de referir que este método de análise parte da descrição de características do texto (ou seja, parte de traços formais linguísticos e da sua frequência ou co-ocorrência, tendo em conta a influência dos aspectos psicológicos, sociológicos, políticos, etc.), para a inferência sobre causas ou antecedentes das mensagens, ou sobre os seus possíveis efeitos (Bardin, 1977). Assim, esta técnica não se limita à contagem de palavras, parte-se de dados qualitativos, procede-se a um agrupamento quantitativo, para chegar a análise qualitativa novamente. Em adição, o que torna esta técnica

particularmente rica e significativa é a sua fiabilidade no processo de codificação e categorização.

São várias as etapas que caracterizam esta metodologia, que se iniciam com a definição da população a estudar.

Seguidamente, inicia-se o processo de categorização, que visa determinar as dimensões a analisar. Caracteriza-se por ser uma etapa delicada, uma vez que compreende o processo de redução do texto, no qual as palavras são transformadas em categorias. Estas definem a matriz de análise e são estabelecidas em função das necessidades de informação a analisar.

No estudo em questão, procedemos à definição de categorias à *posteriori*, uma vez que as categorias não foram definidas antecipadamente, recorrendo por isso ao “procedimento exploratório”.

As categorias devem ser exaustivas (percorrer todo o texto), exclusivas (os mesmo elementos devem pertencer apenas a uma categoria), objectivas (devem ser claras de modo a possibilitar que outros codificadores cheguem à mesma categorização) e pertinentes (manter concordância com os objectivos definidos e com o conteúdo analisado) (Carmo & Ferreira, 1998).

A etapa seguinte constitui uma das etapas mais importantes nesta metodologia, uma vez que constitui a base de sustentação para a codificação fidedigna do texto em estudo. Em concordância com esta fase, foram definidas unidades de registo que consiste no “*segmento mínimo de conteúdo que se considera necessário para poder proceder à análise, colocando-o numa dada categoria*” (Carmo & Ferreira, 1998:257).

Segundo os mesmos autores a escolha da unidade de registo deve estar em concordância tanto com os objectivos definidos como com o enquadramento conceptual do estudo.

5.10. - Questões Éticas

Salientamos que o presente estudo foi aprovado pela “Comissão de Ética para Análise de Projectos de Investigação do CHLC EPE”, assim como pela Administração da mesma Instituição (Anexo I).

Respeitámos os aspectos éticos associados a esta investigação, garantindo sigilo dos dados recolhidos, pelo que foram tratados sob salvaguarda dos princípios da confidencialidade e ao abrigo do Código Internacional de Ética dos Profissionais de Saúde Ocupacional, praticado pelo SSO do CHLC EPE

A participação dos profissionais foi efectuada de modo voluntário, mediante o consentimento livre e esclarecido (Anexo II).

Foi, ainda, contemplada a possibilidade de cessação da participação dos indivíduos, em qualquer momento da investigação, sem daí advir prejuízo ou discriminação na acessibilidade, na disponibilidade e no direito a um tratamento justo e equitativo no contexto da saúde oral e integração nos programas de promoção da saúde desenvolvidos por esta área de actuação.

Os interessados poderão solicitar o acesso à consulta dos resultados obtidos com o presente estudo, mas não terão acesso a dados que coloquem em causa a confidencialidade dos mesmos.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

6.1 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Na apresentação dos resultados tomou-se a opção de descrever as evidências retiradas em relação aos vários itens do questionário que se pretendem avaliar. Em primeiro lugar mencionamos os aspectos associados à participação e adesão ao PSO, seguidamente descrevemos também a percepção dos profissionais sobre: a *relevância* do PSO e dos cuidados prestados; a avaliação do *impacto* dos cuidados de Saúde Oral, a *importância* e *benefício* do PSO para a Saúde; a *importância* e *acessibilidade* do PSO em contexto de Saúde Ocupacional; a avaliação da *qualidade* dos cuidados de Saúde Oral prestados;

Os resultados das questões abertas constituintes do inquérito por questionário serão analisados à luz da análise de conteúdo.

6.1.1 – Adesão ao Programa

A análise efectuada às respostas relativas ao item, *ano em que iniciou a participação (adesão)* no PSO mostra que existem profissionais que mantêm a sua participação nesta intervenção, ao longo dos anos, e desde o seu início. Referente ao ano com maior representação de profissionais de saúde constituintes da amostra, constatamos que o ano de 1999 apresenta o maior número de indivíduos (N= 12) que iniciaram a sua participação nesta intervenção (Gráfico 2).

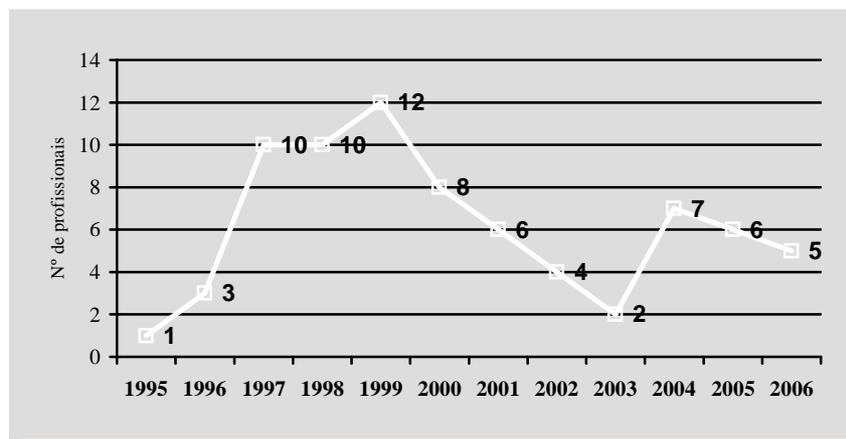


Gráfico 2 – Adesão da amostra ao Programa de Saúde Oral (por anos).

A percepção sobre o motivo de adesão ao PSO corresponde a uma questão aberta do inquérito por questionário, pelo que as respostas foram analisadas em conformidade com a análise de conteúdo.

Na área temática “Motivo de Adesão ao Programa de Saúde Oral” foram encontradas quatro categorias nomeadamente, *Acessibilidade ao Programa de Saúde Oral*, *Promoção Saúde Oral* e *Problemas ao Nível da Saúde Oral* (Quadro 2).

Quadro 2 – Motivo de Adesão ao Programa de Saúde Oral

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Frequência
“Motivo de Adesão ao Programa de Saúde Oral”	<i>Acessibilidade ao Programa de Saúde Oral</i>	Qualidade	1
		Facilidade Laboral	2
		Facilidade temporal	6
		Contacto directo pelo SSO	5
		Gratuidade	2
		Importância	1
		Encaminhamento	1
	<i>Promoção da Saúde Oral</i>	Reeducação	2
		Melhoria da Saúde Oral	5
		Saúde Oral na Saúde Individual	7
	<i>Problemas de Saúde Oral</i>	Prevenção	18
		Tratamento	18

A partir das categorias enunciadas procedeu-se à determinação de subcategorias e respectivas unidades de registo que a seguir se apresentam:

6.1.1.1 - Acessibilidade ao Programa de Saúde Oral

No que se refere à categoria *acessibilidade ao Programa de Saúde Oral*, verifica-se que os motivos que levaram os profissionais a aderirem ao Programa se prendem com a: - *qualidade do programa*, evidenciado por um (1) profissional (“*pela qualidade*” Q42) ; - *facilidade temporal e laboral*, relatada por dois (2) e por seis (6) entrevistados respectivamente (“*facilidade temporal*” Q73,39) e (“*comodidade por ser...no local de trabalho*” Q75,46,42,24,18,1); - *contacto directo pelo SSO* mencionado por cinco (5) profissionais (“*Fui contactada pelo serviço de saúde ocupacional para aderir ao Programa de Saúde Oral*” Q47); - *gratuidade*, indicada por dois (2) indivíduos (“*este programa...ser gratuito*” Q1); - *importância*, citada por um (1) profissional (“*importância de um programa deste tipo*”, Q24); e - *encaminhamento* com uma (1) unidade de registo (“*enviada pela médica estomatologista*” Q37).

6.1.1.2 - Promoção da Saúde Oral

Quanto à categoria *promoção da saúde oral* os motivos mais enunciados pelos profissionais de saúde da amostra foram: a - *reeducação* indicada por dois (2)

participantes (“reeducação” Q14); a - *melhoria da saúde oral*, mencionada por cinco (5) indivíduos (“conseguir uma melhor higiene oral” Q20); e a - *higiene oral na saúde individual* referida por sete (7) indivíduos.

6.1.1.3 – Problemas de Saúde Oral

Na categoria *problemas de saúde oral* definimos duas sub-categorias: nomeadamente, *prevenção*, na qual se identificam dezoito (18) unidades de registo (“prevenção de problemas a este nível” Q64, “evitar e despistar todo o tipo de patologias associadas à saúde oral” Q61) e *tratamento*, com dezoito (18) unidades de registo (“cárie dentária e existência de tártaro” Q30, “comecei com queixas dentárias” Q19).

No que concerne ao item referente à frequência da participação no PSO, verificamos que a maioria dos profissionais (N=63) referem participar “sempre”, ou seja de forma assídua, nas intervenções disponibilizadas (Tabela 4). Constata-se ainda que 26 indivíduos mencionaram participar apenas nas consultas de higiene oral e 48 participaram em ambas as intervenções clínicas (higiene oral e estomatologia).

Tabela 4 – Adesão e Frequência às Consultas de Higiene Oral e de Estomatologia do Programa de Saúde Oral

	Participação				Profissionais de saúde N (75)
	Sempre		Ocasionalmente		
	N (63)	%	N (12)	%	
Intervenções					
Higiene Oral	20	31,7%	7	58,3%	27
Higiene oral e Estomatologia	43	68,3%	5	41,7%	48

Verificamos também que, 92% dos profissionais inquiridos, referem que a sua adesão ao PSO contribui para a melhoria da saúde de terceiros nomeadamente, família, amigos e colegas.

6.1.2 – Valorização dos Aspectos da Consulta de Higiene Oral

Relativamente à análise dos aspectos mais valorizados na consulta de higiene oral, foram definidas como categorias o *atendimento personalizado*, a *qualidade*, a *promoção*, o *trabalho em equipa*, e a *prevenção*.

Com base no Quadro 3, observamos que para a categoria *atendimento personalizado*, foram definidas as sub-categorias correspondentes à *disponibilidade do*

técnico, ao conforto, ao bem-estar, à simpatia, à pontualidade e à atenção. Das sub-categorias mencionadas destaca-se a - *disponibilidade do técnico*, como sub-categoria evidenciada pela maior frequência de respostas, ou seja quinze (15). Através da unidade de registo “*a disponibilidade sempre presente*”Q67, podemos confirmar o valor atribuído a este item.

Da análise proferida aos dados afectos à categoria - *qualidade* inferimos que quinze (15) profissionais valorizam a *competência profissional* (sub-categoria), como é demonstrado pela transcrição da unidade de registo “*os conhecimentos técnicos e a forma como trata as pessoas em termos humanos e científicos*”Q3, “*saber fazer*” Q75; e oito (8) indivíduos referem a *qualidade dos cuidados* como aspecto a valorizar associado a esta intervenção.

Em relação à categoria *promoção da saúde oral*, a sub-categoria - *educação para a saúde* destaca-se das restantes pela valorização que assume para dezassete (17) participantes da investigação. Este aspecto é corroborado pela seguinte unidade de registo: “*Educação para a saúde...e transmissão de conhecimentos durante a consulta...*”Q54.

O *trabalho de equipa* embora mencionado apenas por um (1) indivíduo como aspecto a valorizar em relação a esta temática é de considerar dado que associamos este aspecto à sub-categoria - *articulação dos técnicos de saúde oral* (“*a estreita relação com as consultas de estomatologia*”Q63).

No que concerne, à categoria *prevenção*, inferimos pela observação dos resultados provenientes da análise de conteúdo expressa no Quadro 3 que ambas as sub-categorias definidas (- *tratamentos profilácticos* e - *monitorização da saúde oral*) são valorizadas pelos profissionais inquiridos, por dezassete (17) e por onze (11), respectivamente, conforme o descrito nas unidades de registo: “*higiene mais aprofundada*” Q73 ;“*higienização dentária e aplicação de flúor*” Q28.

Quadro 3 – Aspectos Mais Valorizados na Consulta de Higiene Oral.

Área Temática	Categoria	Sub-categoria	Frequência
O que valoriza mais nas Consultas de Higiene Oral	<i>Atendimento Personalizado</i>	Disponibilidade do Técnico	15
		Conforto	1
		Bem-estar	1
		Simpatia	4
		Pontualidade	1
		Atenção	3
	<i>Qualidade</i>	Competência Profissional	15
		Qualidade dos Cuidados	8
	<i>Promoção da Saúde Oral</i>	Feedback no Local de Trabalho	1
		Comunicação e Informação	6
		Educação para a Saúde	17
	<i>Trabalho de equipa</i>	Articulação dos técnicos de saúde oral	1
	<i>Prevenção</i>	Tratamentos Profiláticos	17
		Monitorização da Saúde Oral	11

Em relação à análise dos dados obtidos sobre aspectos menos valorizados da consulta supra referida (Quadro 4), foram definidas três categorias: *recursos físicos*, *recursos materiais* e *atendimento efectuado*. Da observação do referido quadro salienta-se a sub-categoria - *espaço físico* (relatada por seis (6) profissionais, “*as instalações*” Q75,42,28,11,7 e 5), que aparece associada à categoria *recursos físicos*.

Quanto à sub-categoria - *falta de material* associada à categoria *recursos materiais* é mencionada por dois (2) profissionais (“*a falta de material*” Q33; “*A constante falta de flúor*” Q74).

Relativamente à categoria do *atendimento efectuado*, a sub-categoria definida como - *tempo de espera* é referida por dois (2) participantes, conforme consta nas unidades de registo (“*ficar à espera*” Q67).

Quadro 4 – Aspectos Menos Valorizados na Consulta de Higiene Oral

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Frequência
O que valoriza menos nas Consultas de Higiene Oral	<i>Recursos Físicos</i>	Espaço Físico	6
	<i>Recursos Materiais</i>	Falta de Material	2
		Condições do Equipamento	1
	<i>Atendimento Efectuado</i>	Tempo de Espera	2
		Atendimento no Local de Trabalho	1
		Cortesia	1

6.1.3 – Valorização dos Aspectos da Consulta de Estomatologia

Em relação ao modo como os participantes do estudo valorizam os aspectos da consulta de estomatologia, verificamos que os aspectos mais valorizados estão afectos tanto à categoria do *atendimento personalizado* e à sub-categoria da - *disponibilidade*, (indicada por nove (9) profissionais), como à categoria da *qualidade* e à sub-categoria da - *competência técnica* (referida por oito (8) participantes), e ainda à categoria do *tratamento* e à sub-categoria do - *tratamento dentário* mencionado por doze (12) participantes (Quadro 5). Passamos a transcrever algumas unidades de registo para ilustrar o exposto: referente à - *disponibilidade* “*disponibilidade quando há qualquer situação urgente*”Q30; alusiva à - *competência técnica* “*competência*”Q34;”o *tratamento das cáries*”Q57.

Quadro 5 – Aspectos Mais Valorizados da Consulta de Estomatologia

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Frequência
O que valoriza mais nas Consultas de Estomatologia	<i>Atendimento Personalizado</i>	Disponibilidade	9
		Simpatia	1
		A atenção	1
		Atendimento no Local de Trabalho	5
	<i>Qualidade</i>	Competência Profissional	8
		Qualidade dos Cuidados	6
	<i>Promoção da Saúde</i>	Ensino	1
	<i>Trabalho de Equipa</i>	Articulação com a Consulta de Higiene Oral	1
	<i>Tratamento</i>	Tratamento dentário	12

Em concordância com o Quadro 6, podemos inferir que os aspectos menos valorizados estão associados por um lado, ao *espaço físico*, referido por três (3) profissionais (“*As instalações*”Q11), e por outro ao *tempo de espera*, mencionado por quatro (4) profissionais (“*O tempo de espera antes da consulta*”Q67).

Quadro 6 – Aspectos Menos Valorizados na Consulta de Estomatologia

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Frequência
O que valoriza menos da Consulta de Estomatologia	<i>Recursos Físicos</i>	Espaço Físico	3
	<i>Recursos Materiais</i>	Falta de Material	2
		Condições do Equipamento	1
	<i>Atendimento Efectuado</i>	Tempo de Espera na Sala	4
		Falta de tempo do médico	1
		A demora das marcações	1
		Não finalização dos tratamentos	1
		Cortesia	1

6.1.4 – Relevância do Programa de Saúde Oral e dos Cuidados Prestados.

Na amostra estudada verifica-se que, 70% e 29% dos indivíduos consideram o PSO de *muito relevante* e *relevante* respectivamente, através da vertente promotora de saúde e da vertente preventiva.

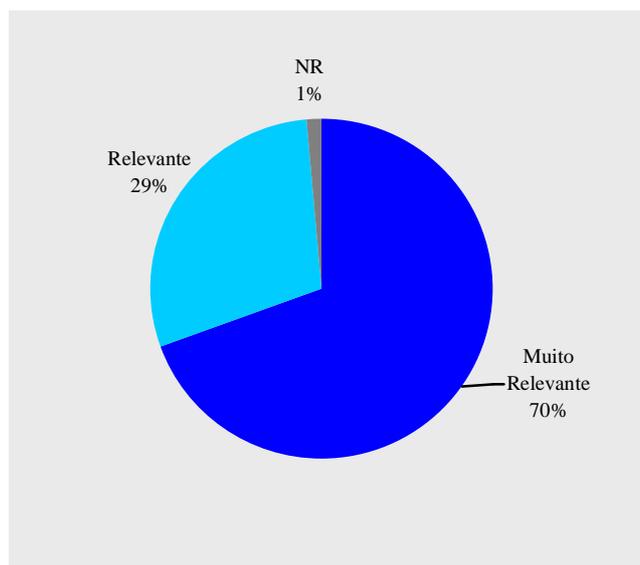


Gráfico 3 – Avaliação da relevância do Programa de Saúde Oral, no conjunto das actividades de Promoção da Saúde e de Prevenção das Doenças Orais (N=75).

Os dados obtidos evidenciam que os aspectos assinalados como sendo os mais *relevantes na prestação de cuidados* do PSO estão associados: em primeiro lugar, à

prevenção das patologias orais (96% dos inquiridos consideram *muito relevante*); em segundo lugar, colocam-se aspectos afectos ao *conforto e comodidade do atendimento* a ser disponibilizado no local de trabalho, e ao *acesso a cuidados de saúde oral de qualidade* (84% dos indivíduos consideram-nos como *muito relevantes*) (Gráfico 4).

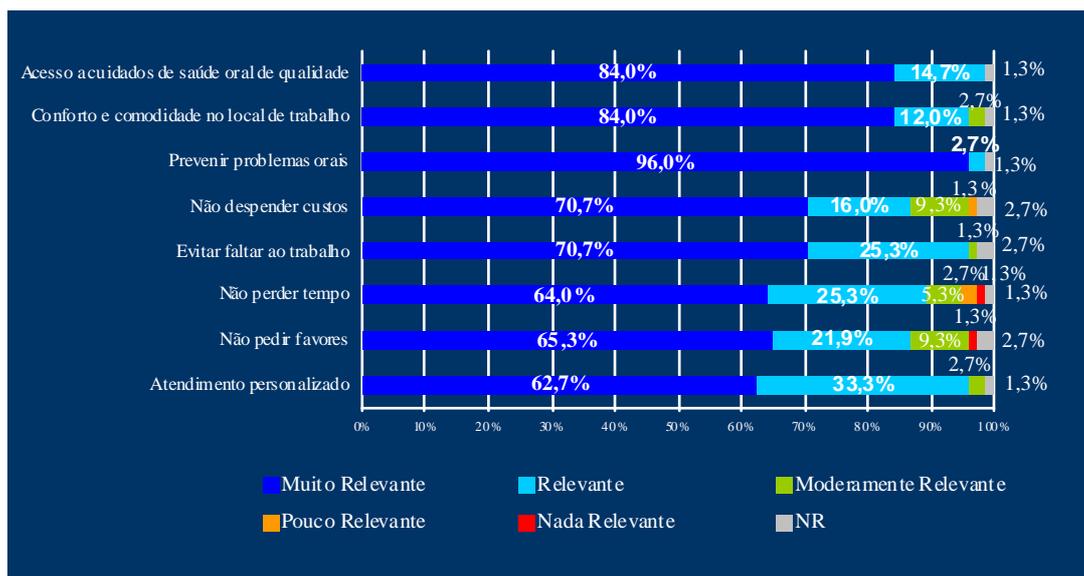


Gráfico 4 – Relevância dos Aspectos Associados aos Cuidados de Saúde Oral (N=75).

6.1.5 – Avaliação do Impacto dos Cuidados de Saúde Oral

Conforme o ilustrado pelo Gráfico 5, podemos constatar que a dimensão que se evidencia quanto ao impacto dos cuidados de Saúde Oral é a dimensão referente ao *bem-estar*, assinalada por 81,3% dos profissionais como muito importante. Seguidamente, aparece o impacto na saúde, valorizado como muito importante por 80% dos inquiridos. Podemos observar ainda, que o impacto na qualidade de vida é o aspecto menos valorizado pelos profissionais de saúde.

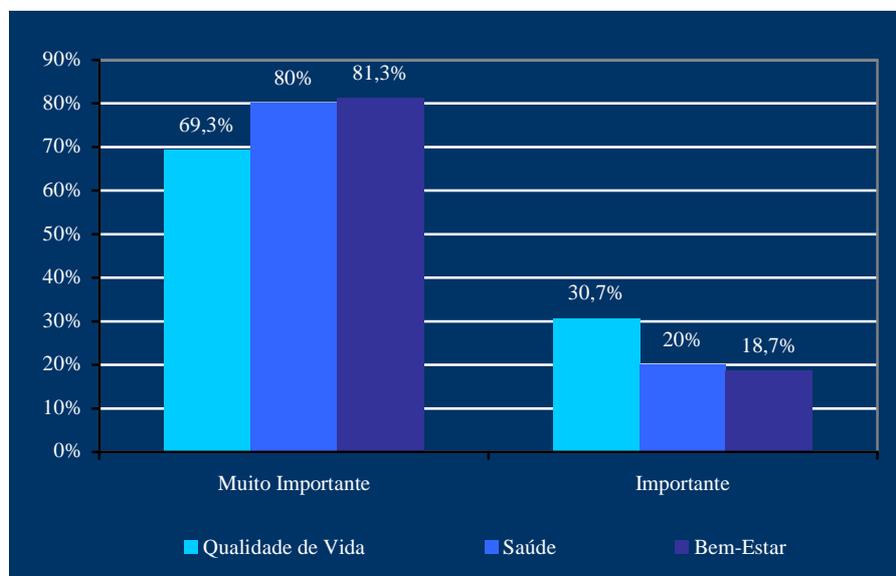


Gráfico 5 – Impacto dos cuidados de Saúde Oral para a Qualidade de Vida, para a Saúde e para o Bem-Estar (N=75).

6.1.6 - Importância e Benefício do PSO para a Saúde

Da análise efectuada à percepção sobre a *importância* e o *benefício* do PSO para a saúde, constatamos que, respectivamente 86% e 67% dos profissionais da amostra consideram estes aspectos como *muito importante*. (Gráfico 6 e 7).

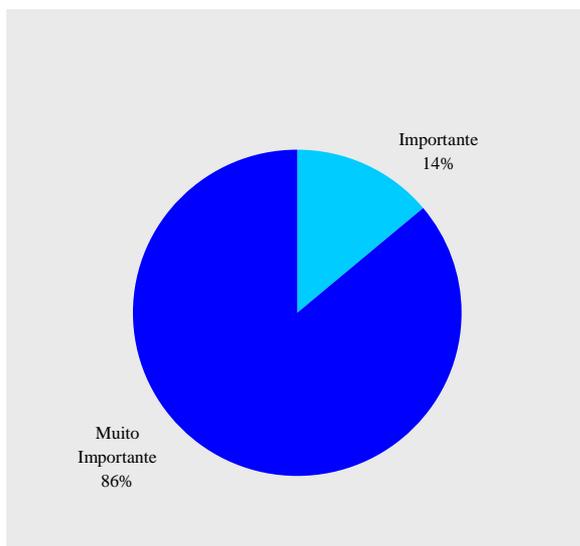


Gráfico 6 – Importância do Programa de Saúde Oral para a Saúde (N=72).

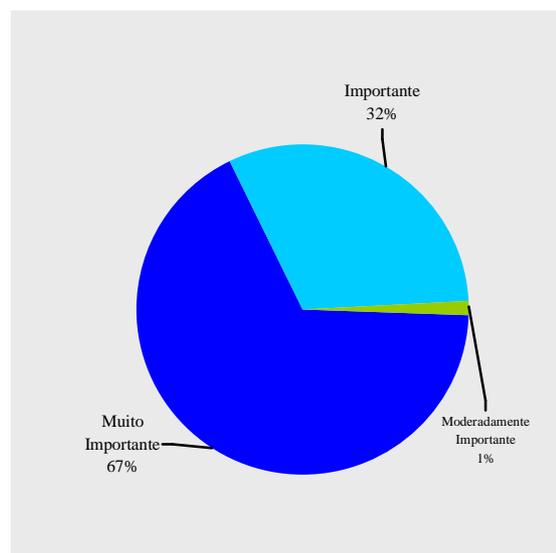


Gráfico 7 – Benefício do Programa de Saúde Oral para a Saúde (N=73).

6.1.7 - *Importância e Acessibilidade do PSO em contexto de Saúde Ocupacional* (Gráfico 8 e 9).

Quando analisamos os resultados referentes à *importância* do PSO *em contexto de Saúde Ocupacional* e à *acessibilidade* no local de trabalho, verificamos que ambos os aspectos são valorizados de forma similar pela maioria dos inquiridos, ou seja são considerados de *muito importante*.

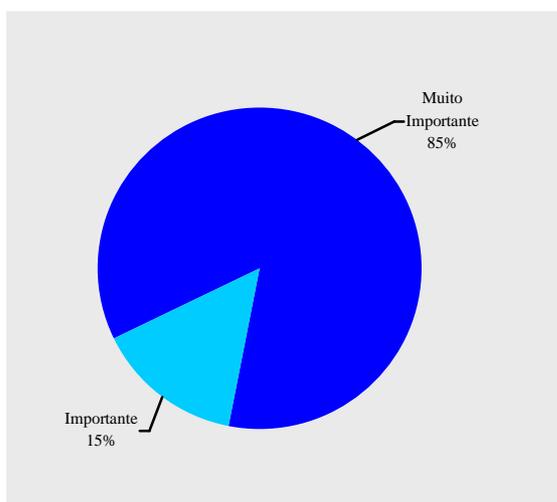


Gráfico 8 – Importância do Programa de Saúde Oral em Contexto de Saúde Ocupacional (N=75).

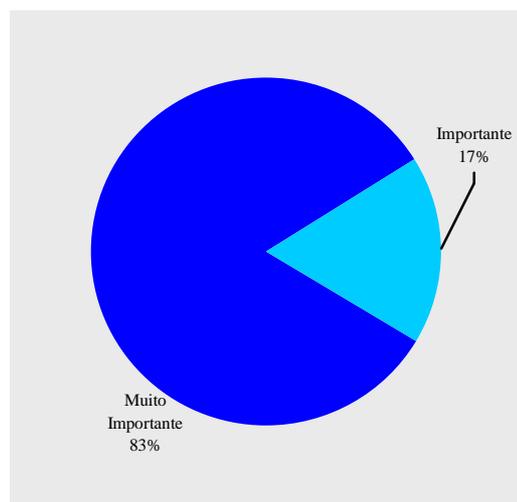


Gráfico 9 – Importância da Acessibilidade das Intervenções do Programa de Saúde Oral no Local de Trabalho (N=73).

6.1.8 - *Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde Oral Prestados.*

A *qualidade dos cuidados prestados* é avaliada, globalmente, de *muito boa* por 71% indivíduos da amostra. (Gráfico 10).

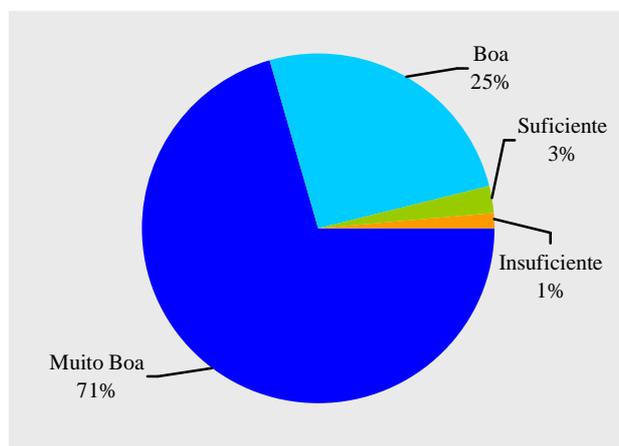


Gráfico 10 – Avaliação global da qualidade dos cuidados de saúde oral.

6.1.9 - Contributo do Programa de Saúde Oral nos Hábitos e Estilos de Vida

Verificamos que os profissionais que responderam (N=73) sobre o *contributo* do PSO para a aquisição de hábitos diários favoráveis, manifestaram uma percepção favorável face a este *contributo*, nomeadamente 54% considera-o *muito importante*, 42% *importante*, 4% *moderadamente importante* (Gráfico 11).

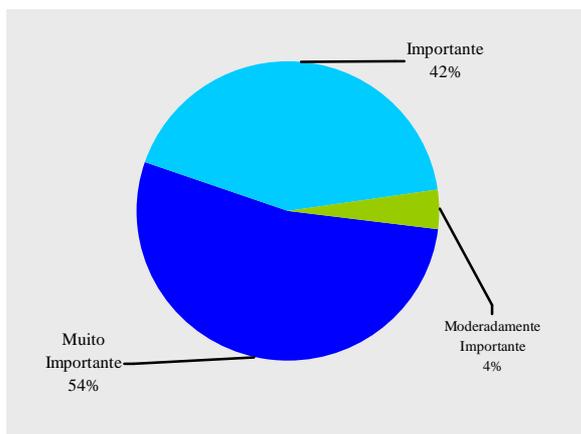


Gráfico 11 – Contributo do Programa de Saúde Oral para aquisição de Hábitos favoráveis para a saúde oral e geral (N=73).

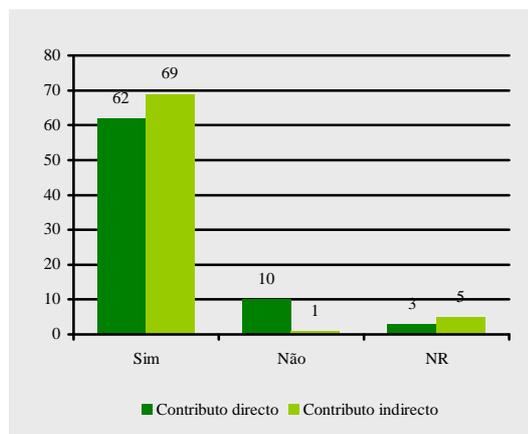


Gráfico 12 – Forma de contributo do PSO.

Em relação à questão sobre a percepção sobre a ocorrência de alterações dos hábitos e estilos de vida em consequência da adesão ao PSO, a maioria dos participantes (82,7%) referem que a sua *adesão à intervenção de saúde oral implementou alterações favoráveis nos seus hábitos e estilos de vida*. No entanto, 13,3% dos profissionais de saúde mencionam que não alteraram qualquer prática diária associada à saúde oral.

Dos dados obtidos verificamos que 92% (N=69) dos profissionais inquiridos, percebem a sua adesão ao PSO como *contributo relevante para a melhoria da saúde de terceiros* nomeadamente, família, amigos e colegas (Gráfico 12).

Quando inquirimos os participantes sobre os hábitos diários que alterou, estes referem com primazia o *método de escovagem*, referido por trinta e seis (36) profissionais (*“lavagem correcta dos dentes”* Q67) seguido da utilização de *fio dentário* diário mencionado por trinta e quatro (34) participantes (*“utilização mais frequente do fio dental”* Q63) (Quadro 7).

Quadro 7 – Quais os Hábitos que Alterou

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Frequência
Quais os Hábitos que Alterou?	Melhoria dos Cuidados de Higiene Oral	Utilização do Fio Dentário	34
		Método de Escovagem	36
		Utilização do Escovilhão	10
		Utilização do Elixir com Flúor	19
		Início do Tratamento	1
		Maiores cuidados com a Higiene Oral	8

6.1.10- Expectativas face ao Programa de Saúde Oral

Face às expectativas dos profissionais da amostra sobre o PSO, enquanto utentes, apenas 48% responde que estas foram *totalmente* correspondidas, 7,3% respondem que *muito*, e 12% considera *moderadamente*. Verifica-se que 2,7% de absentismo nesta resposta.

6.1.11 – Classificação dos Componentes da Intervenção e do Atendimento do Programa de Saúde Oral.

A análise realizada aos resultados afectos à classificação dos *componentes da intervenção de saúde oral* revela que o aspecto mais valorizado (classificado de *muito bom*) por 50,7% dos profissionais inquiridos é o *acolhimento nas instalações do SSO*, seguido da *convocação personalizada para vigilância periódica* (49,3%) e por fim o *esclarecimento personalizado no SSO* (46,7%) (Gráfico13).

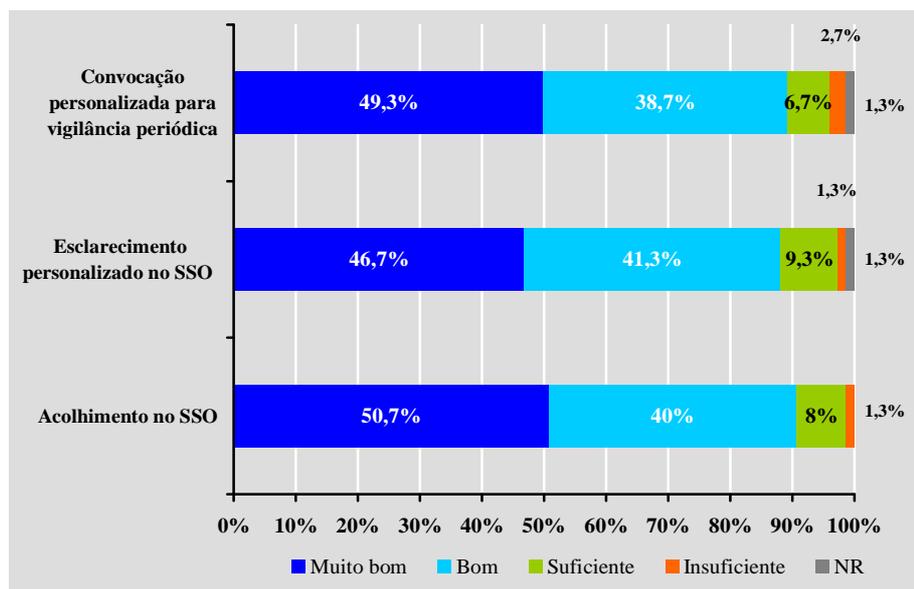


Gráfico 13 – Classificação dos Componentes da Intervenção de Saúde Oral.

Na análise efectuada aos dados resultantes da classificação proferida pelos participantes do estudo aos Componentes do *Atendimento* do Programa de Saúde Oral (nomeadamente *cortesia demonstrada*, *atenção dispensada*, *contacto pessoal*, *explicações dadas verbalmente* e *contacto telefónico*) em relação à sua relevância observamos que o item *atenção dispensada* é considerado *de muito relevante* por 76% dos profissionais inquiridos (Gráfico 14).

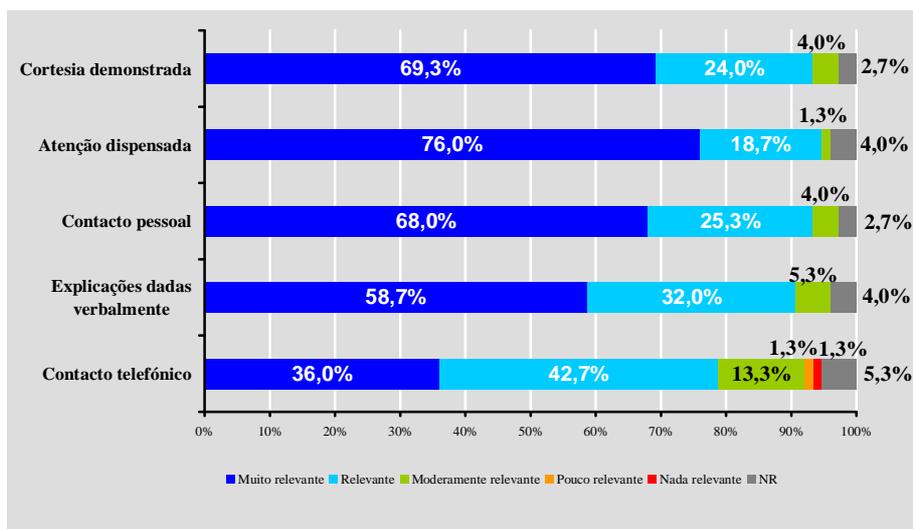


Gráfico 14 – Classificação dos Componentes do Atendimento do Programa de Saúde Oral.

Quanto à classificação dos aspectos envolvidos na consulta de higiene oral (Gráfico 14) e de estomatologia (Gráfico 15), podemos aludir que na consulta de higiene oral a *competência* assume a classificação com maior expressão (*muito boa*) para 84% dos inquiridos, seguida da *qualidade dos cuidados prestados*, classificada por 80% dos profissionais de *muito boa*, e 74,7% dos participante menciona a *cortesia* como sendo de *muito boa*.

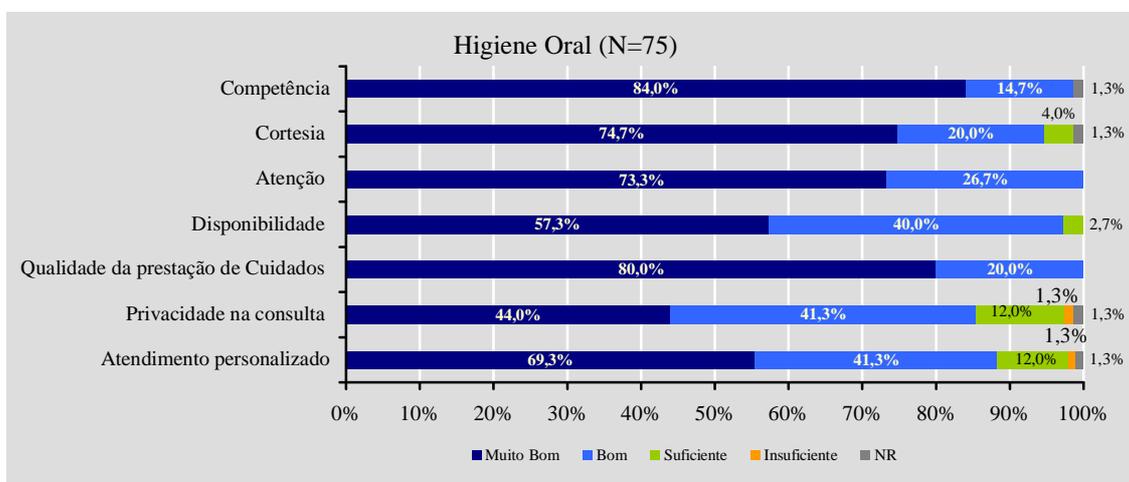


Gráfico 15 – Classificação dos Aspectos Afectos à Consulta de Higiene Oral.

Na consulta de estomatologia, observamos pelo Gráfico 16 subsequente que também a *competência* e a *qualidade* são classificadas com maior relevo por 37,3% e 32% dos participantes, respectivamente. Não obstante, a *atenção disponibilizada* representa 28% das respostas dadas neste item.

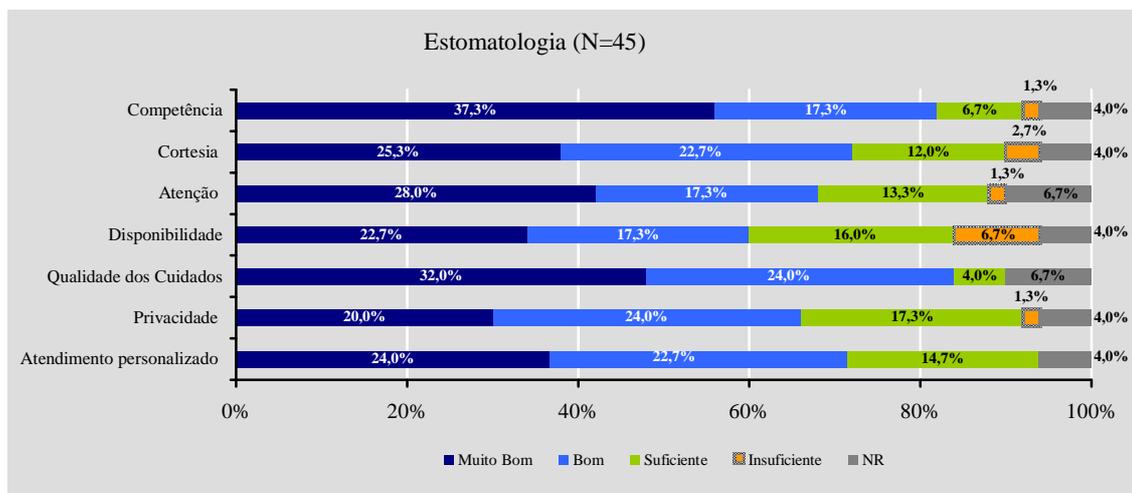


Gráfico 16 – Classificação dos Aspectos Afectos à Consulta de Estomatologia.

De acordo com o Quadro 8, os participantes quando inquiridos sobre aspectos específicos a valorizar na consulta de higiene oral, mencionam em primeiro lugar a *qualidade dos cuidados prestados* (citada por trinta (30) profissionais) e a seguir a *competência* (mencionada por vinte e nove (29) participantes) como sendo os aspectos mais valorizados nesta intervenção.

Quadro 8 – Valorização de Aspectos Específicos da Consulta de Higiene Oral

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Frequência
Aspectos valorizados na Consulta de Higiene Oral	Atendimento Personalizado	Disponibilidade do Técnico	13
		Competência Técnica	29
		Qualidade dos Cuidados Prestados	30

No que diz respeito à consulta de estomatologia, o aspecto que se apresenta como o mais valorizado para catorze (14) inquiridos é a *competência*, seguido da *qualidade dos cuidados prestados*, mencionado por treze (13) participantes (Quadro 9).

Quadro 9 – Valorização de Aspectos Específicos da Consulta de Estomatologia

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Frequência
Aspectos valorizados na Consulta de Estomatologia	Atendimento Personalizado	Competência Técnica	14
		Qualidade dos Cuidados Prestados	13
		Disponibilidade do Médico	7

6.1.12 – Resultados Relacionados ao Sistema de Comunicação e Informação.

Conforme o ilustrado pelo Gráfico 17, a maioria dos inquiridos (91%) indica ser contactado pelo sistema de comunicação e de informação do PSO. Observamos que 41% dos indivíduos inquiridos referenciam a *carta personalizada* como via privilegiada para o estabelecimento desse contacto.

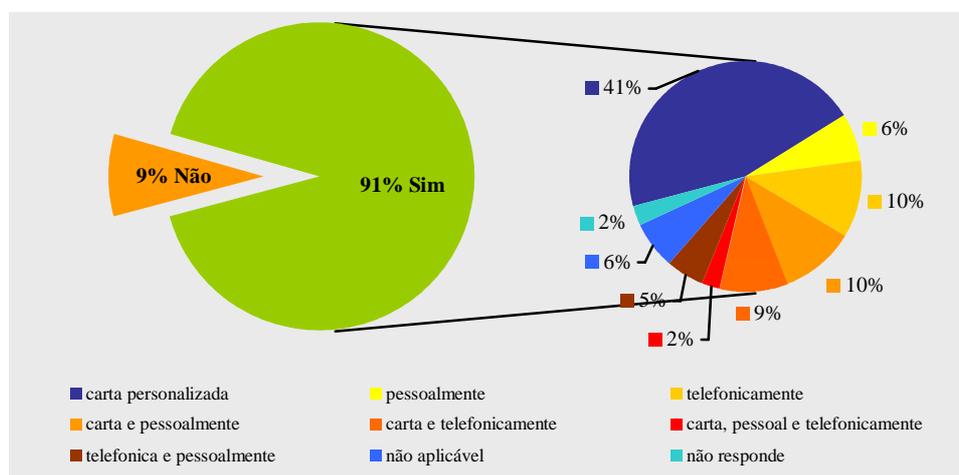


Gráfico 17 – Frequência e forma de contacto estabelecido pelo sistema de comunicação e informação do PSO.

Da análise do Gráfico 18 sobre a *percepção do contacto com os suportes informativos*, podemos inferir que 84% dos indivíduos indica já ter tido acesso aos suportes informativos, 67% dos profissionais menciona a *carta personalizada* como o meio mais frequente de acesso à informação, quer como via única, quer como via combinada com outros meios de disponibilização de informação.

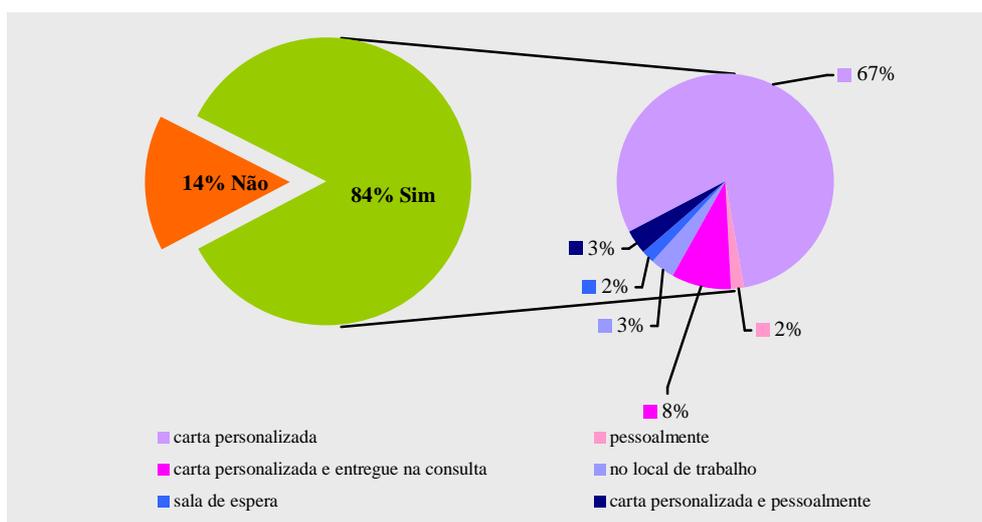


Gráfico 18 – Percepção do Contacto com os Suportes Informativos (N=73).

Sobre esta temática depende-se ainda através do Gráfico 19, que apenas 28 % dos profissionais manifestam gosto por receber outro tipo de informação ou outros suportes de esclarecimento. A análise efectuada às respostas obtidas evidencia como sugestões o acesso a suportes de educação para a saúde (6%), folhetos informativos (6%), divulgação por e-mail e sessões com audiovisuais (4%). Em adição, 8% das respostas sugere que qualquer que seja o suporte informativo definido e disponibilizado, desde que seja considerado pertinente para as estratégias afectas ao PSO deve ser divulgado.

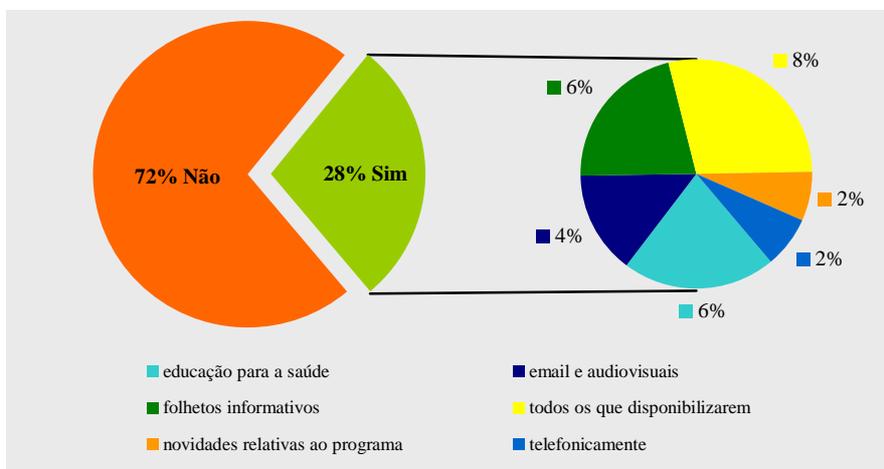


Gráfico 19 – Sugestões referentes ao tipo de informações ou de suportes informativos (N=57).

De um modo geral, a avaliação que os indivíduos fazem dos suportes informativos é favorável. No entanto, é de salientar que alguns parâmetros constituintes da classificação, nomeadamente: o conteúdo das folhas informativas, a pertinência dos temas, a clareza de informação e a utilidade, são classificados de insuficientes por alguns indivíduos (Gráfico 20).

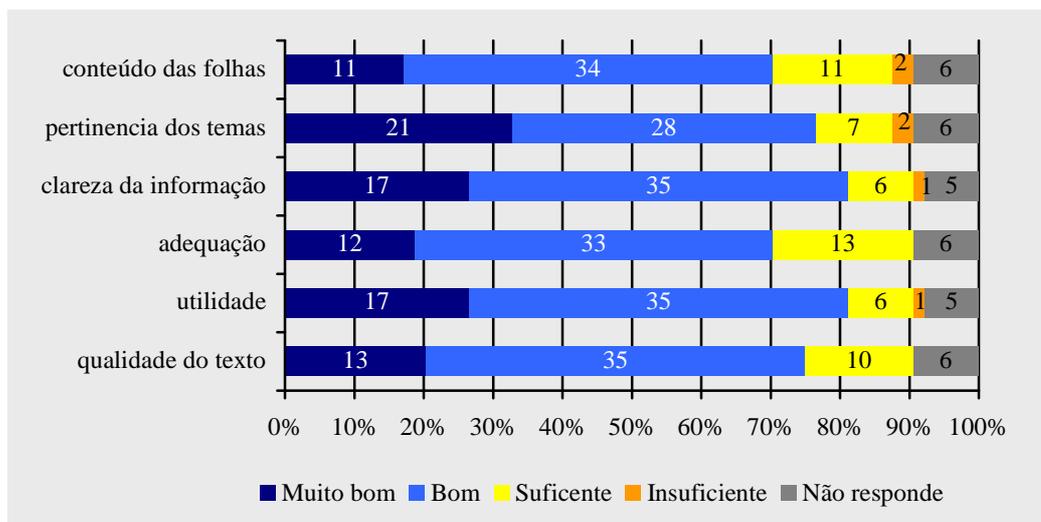


Gráfico 20 – Classificação dos Vários Aspectos dos Suportes Informativos.

As respostas referentes à percepção sobre a *necessidade de alteração dos suportes informativos*, permite-nos indicar o *aumento da periodicidade da informação* como a sub-categoria que apresenta a maior frequência (três (3)) dentro da categoria *informação transmitida nos suportes informativos*, conforme se observa no Quadro 10.

Não obstante, é de salientar também outras sugestões mencionadas para os suportes informativos nomeadamente, *necessidade de informação mais clara* (“*mais clareza na informação*”Q60), *informação mais detalhada* (mencionada por dois (2) participantes, “*...explicações mais detalhadas sobre problemas...da boca e...prevenção*” Q41) e de forma *personalizada, melhorar a apresentação da informação* (“*melhor apresentação*”Q37, citado por dois (2) inquiridos), disponibilizar *informação sobre produtos* (“*informações sobre produtos existentes*” Q55, indicado por dois (2) profissionais).

Pelos dados constantes do mesmo Quadro podemos inferir também que a *melhoria da imagem dos suportes informativos* é mencionada por um (1) inquirido (“*...melhor percepção da imagem*”Q61). Este aspecto aparece categorizado como *imagem visual dos suportes informativos*.

Quadro 10 – Percepção sobre a Necessidade de Mudar ou Acrescentar a Informação dos Suportes Informativos

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Frequência
O que Mudaria ou Acrescentaria nos Suportes Informáticos	<i>Informação Transmitida nos Suportes Informativos</i>	Necessidade de Informação temática	1
		Necessidade de Clareza na Informação	2
		Necessidade de Informação Menos Condensada	1
		Necessidade de Informação Detalhada	2
		Necessidade de Informação Adicional	1
		Necessidade de Informação Disponibilizada nos Serviços	1
		Aumento da Periodicidade da Informação	3
		Melhoria na Apresentação da Informação	2
		Informação Personalizada	2
		Necessidade de Informação sobre produtos Disponíveis	2
	<i>Imagem visual dos Suportes Informativos</i>	Melhoria da Imagem dos Suportes Informativos	1

Dos profissionais de saúde constituintes da amostra (N=75), 65% desconhece que este Programa disponibilizado pelo SSO do CHL Central - EPE é único para os profissionais em meio hospitalar (Gráfico 21).

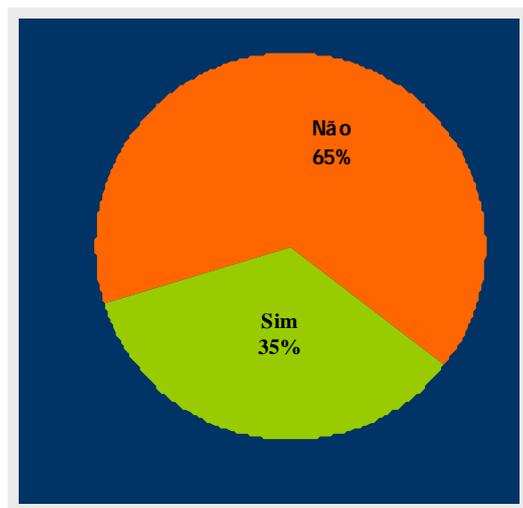


Gráfico 21 – Conhecimento do PSO como única intervenção de promoção da saúde oral e de prevenção, disponibilizada em instituição hospitalar para Profissionais.

Ao nível da transmissão de informação com intuito preventivo, incluindo factores de risco das principais patologias orais (cárie dentária e doenças periodontais), há que realçar que a maioria dos inquiridos menciona estar *bem informado*. Contudo é de salientar, que existem participantes do PSO que se consideram pouco ou nada informados sobre a temática supra referida (Gráfico 22).

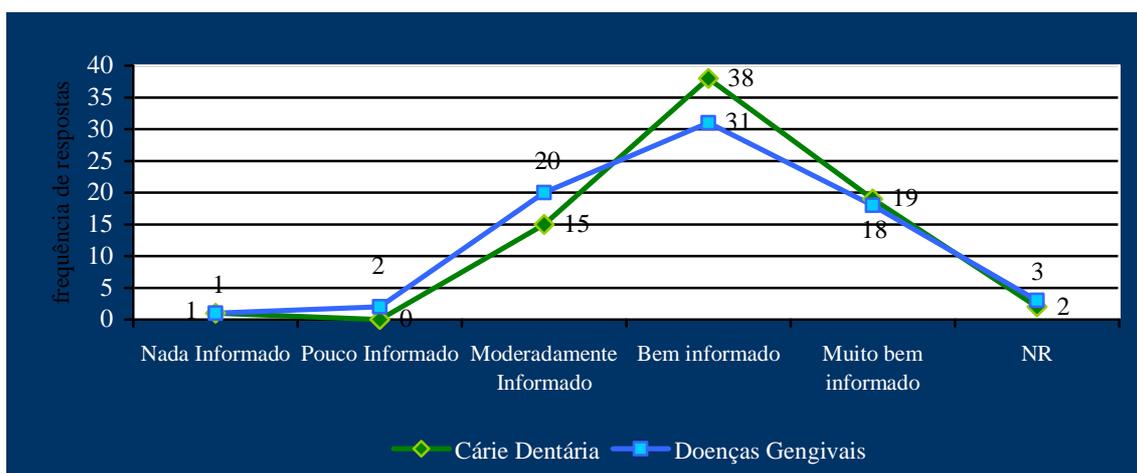


Gráfico 22 – Percepção do Nível de Informação Sobre o Risco das Principais Doenças Orais (N=64).

6.1.13 – Comentários e Sugestões Sobre o PSO

Em relação à elaboração de *comentários e opiniões sobre a intervenção*, são mencionados com primazia os comentários afectos ao reconhecimento do Programa como - *Programa fundamental para a melhoria dos hábitos de higiene oral* (comentado por seis (6) profissionais) a - *dificuldade no acesso aos tratamentos dentários* (N=7). A falta de recursos humanos e materiais existentes (N=5) é também referida com destaque (Quadro 11).

De salientar que, sete (7) participantes revelam pelos comentários proferidos que o PSO traz benefício directo e indirecto, como é demonstrado pelo comentário “*Ao frequentar, a higiene oral, não só estamos a cuidar de nós ...estamos a adquirir conhecimentos que podem ajudar e ensinar os nossos filhos e famílias*” Q43.

Quadro 11 – Comentários e Sugestões Sobre a Intervenção em Saúde Oral

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Frequência
<i>Comentários e Sugestões sobre a Intervenção em Saúde Oral</i>	<i>Importância do Programa de Saúde Oral</i>	Programa de Extrema Importância	2
		Programa Fundamental para a Melhoria dos Hábitos de Higiene Oral	6
		Programa de Grande Utilidade na Promoção da Saúde Oral directa e indirectamente	7
	<i>Intervenção da Equipa de Saúde Oral</i>	Competência Técnica	2
		Disponibilidade da Equipa	3
		Qualidade dos Cuidados prestados	2
		Manter a constituição da equipa de Saúde Oral	2
	<i>Recursos do Programa de Saúde Oral</i>	Carência de Recursos Humanos	7
		Melhoria das Condições Físicas	2
		Carência de Recursos Materiais	7

6.1.14 – Correlações

Para averiguar o grau de associação entre variáveis, recorreremos ao procedimento estatístico de correlação bivariada, a fim de averiguar a existência de relação entre as mesmas. Serão somente comentadas as variáveis que apresentaram correlações significativas.

6.1.14.1 – Correlações existente com a variável *Importância do PSO para a Saúde Geral*.

Os dados discriminados na Tabela 5 indicam a existência de correlações positivas moderadas, a um nível de significância de 1%, entre as várias variáveis referidas.

Podemos inferir que a uma maior atribuição de *importância* do PSO para a saúde, é também acompanhada por uma maior *importância da acessibilidade do PSO no local de trabalho*.

Constatamos também, que a atribuição de uma maior *importância ao PSO face à saúde oral* existe em simultâneo com a *importância ao PSO em relação à saúde geral*. A correlação entre o *contributo do PSO para a aquisição de hábitos diários favoráveis para a saúde oral e geral* e a *importância do PSO para a saúde geral*, indica que quanto mais favorável for considerado este *contributo* maior é a *importância conferida ao PSO para a saúde geral e vice-versa*.

Tabela 5 – Correlações Existentes com a Variável *Importância do PSO para a Saúde*

Correlações		
		Importância do PSO para a Saúde
<i>Acessibilidade do PSO no local de Trabalho</i>	Correlação de Pearson	,416**
	Significância (p)	,000
	N	75
<i>Importância do PSO para a Saúde Oral</i>	Correlação de Pearson	,462**
	Significância (p)	,000
	N	75
<i>Contributo para a aquisição de hábitos diários favoráveis para a saúde oral e geral</i>	Correlação de Pearson	,411**
	Significância (p)	,000
	N	75

** Correlação é significante ao nível de 0,01

6.1.14.2 – Correlações Existentes com as Variáveis *Impacto dos Cuidados de Saúde Oral para a Qualidade de vida, e Avaliação Global da Qualidade dos Cuidados de Saúde Oral.*

A Tabela 6 evidencia a existência de correlações moderadas positivas, significativas a 1% entre as variáveis indicadas. Estas correlações indicam por um lado, que quanto maior for a importância conferida ao *Impacto dos Cuidados de Saúde Oral para a Qualidade de Vida*, por um lado, maior é a atribuição da importância do *Impacto dos Cuidados de Saúde Oral para a Saúde*, e por outro, maior é a importância que o *Impacto dos Cuidados de Saúde Oral para o bem-estar* assume.

A correlação existente entre a variável *Avaliação Global da Qualidade dos Cuidados de Saúde Oral* e a variável *Impacto dos Cuidados de Saúde Oral*, indica que quanto mais favorável for a *avaliação*, maior é a importância atribuída ao *Impacto dos Cuidados de Saúde Oral para a Saúde*.

Tabela 6 – Correlações Existentes com as Variáveis, *Impacto dos cuidados de saúde oral na Qualidade de Vida e Avaliação Global dos cuidados de Saúde Oral.*

Correlações			
		<i>Impacto dos Cuidados de Saúde Oral para a Qualidade de Vida</i>	<i>Avaliação Global da Qualidade dos Cuidados de SO</i>
<i>Impacto dos Cuidados de Saúde Oral para a Saúde</i>	Correlação de Pearson	,535**	,433**
	Significância (p)	,000	,000
	N	75	75
<i>Impacto dos Cuidados de Saúde Oral para o Bem-estar</i>	Correlação de Pearson	,498**	
	Significância (p)	,000	
	N	75	
	Significância (p)		
	N		

** Correlação é significante ao nível de 0,01

6.1.14.3 – Correlações existentes com a variável *Benefício do PSO para a Saúde.*

Relativamente ao *benefício do PSO para a Saúde* verificamos a existência de correlações positivas moderadas, significantes a 1%, entre esta variável e as variáveis *acessibilidade do PSO no local de Trabalho e contributo para a aquisição de hábitos diários favoráveis para a saúde oral e geral*. Com base na Tabela 7, podemos inferir que uma maior atribuição de importância ao *Benefício do PSO para a saúde*, indica uma

maior importância conferida similarmente à *acessibilidade do PSO no local de Trabalho* e ao *contributo para a aquisição de hábitos diários favoráveis para a saúde oral e geral*.

Tabela 7 – Correlações Existentes com a Variável *Benefício do PSO para a Saúde*

Correlação		
		<i>Benefício do PSO para a saúde</i>
<i>Acessibilidade do PSO no local de Trabalho</i>	Correlação de Pearson	,459**
	Significância (p)	,000
	N	75
<i>Contributo para a aquisição de hábitos diários favoráveis para a saúde oral e geral</i>	Correlação de Pearson	,449**
	Significância (p)	,000
	N	75

** Correlação é significativa ao nível de 0,01

6.2 – RESULTADOS OBTIDOS DA ANÁLISE HISTÓRICO/DOCUMENTAL

A fim de contextualizar o desenvolvimento deste Programa ao longo dos anos passamos a apresentar alguns dos resultados obtidos, nomeadamente em relação à percepção do nível de informação sobre o risco das principais doenças.

Até ao momento a caracterização da Saúde Oral na amostra (n=1147), permitiu-nos identificar um Índice de Cárie Dentária de grupo (CPO D, ou seja dentes cariados, perdidos e obturados) igual a 13, o que representa a existência de história passada e/ou presente de cárie em 13 dentes por indivíduo.

82% dos inquiridos têm uma percepção do risco individual de aparecimento da Cárie Dentária como alto e moderado, indiciando um conhecimento dos factores de risco da doença e dos hábitos e estilos de vida menos adequados, na sequência da nossa acção, sugerindo a adesão a uma boa higiene oral. Em 5% dos participantes desconhece os factores desencadeantes desta patologia oral suscitando o desenvolvimento de acções específicas que ajudem a mudar comportamentos (ensino individual e de grupo, escovagem, uso de fio dentário...). Apenas 9% subestima o risco de cárie dentária, considerando-o baixo ou nulo. Estes aspectos são corroborados pela adopção de uma dieta cariogénica diária ou entre as refeições por 97,5% dos inquiridos e apenas 2,4% nunca ingere alimentos cariogénicos.

Quanto à percepção do risco da Doença Periodontal (Gengival), 10% desconhece a causa, 50% considera o risco moderado e apenas 22% valoriza os hábitos e estilos de vida pessoais como factores condicionantes do aparecimento desta patologia, reforçando a necessidade da intervenção. Em 61% profissionais observados (n=1147) observa-se patologia gengival complexa (Periodontite) que requer um controlo e vigilância periódica mais frequente.

Em 40% dos profissionais inquiridos com patologia oral (n=474), a Cárie Dentária surge como a causa principal de absentismo, sustentando a necessidade de se assegurar o acompanhamento personalizado, o tratamento e a reabilitação atempadas, e a vigilância periódica em particular aos profissionais com situações prioritárias e a situações de risco profissional para a saúde oral (Gráfico 2).

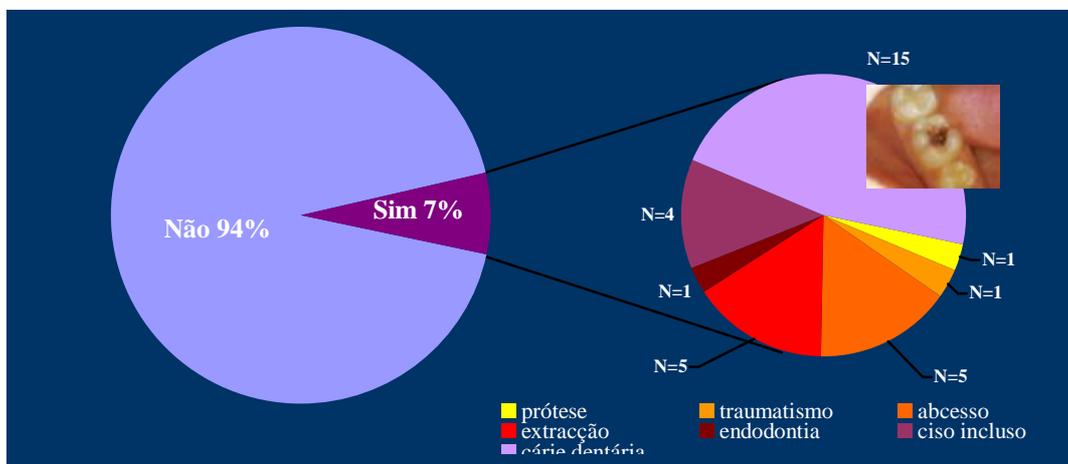


Gráfico 2 – Absentismo por Problemas de Saúde Oral

Em relação à Percepção da Qualidade do Acompanhamento (Gráfico 3) e das Intervenções Desenvolvidas (Gráfico 4), a avaliação realizada em 1998 e em 2000, permite concluir que a maioria dos profissionais considera a qualidade do acompanhamento de muito boa (71%) referente aos anos mencionados, e em relação à qualidade das intervenções a maioria dos inquiridos considera-a completa em ambos os anos. Contudo, na avaliação realizada de 1998 para 2000 denota-se que um maior número de profissionais percebe a qualidade das intervenções desenvolvidas de muito completa, passando de 31% (em 1998) para 36% (em 2000).

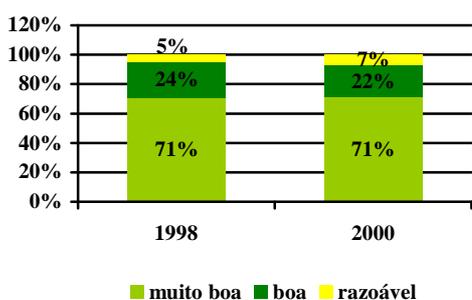


Gráfico 3 – Percepção da Qualidade do Acompanhamento em 1998 e 2000.

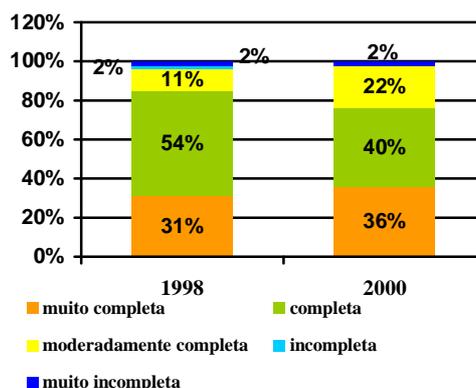


Gráfico 4 – Percepção da Qualidade das Intervenções desenvolvidas em 1998 e 2000.

No que diz respeito à avaliação da *relevância do Programa de Saúde Oral* (Gráfico 5) e do *impacto dos Cuidados de Saúde Oral* (Gráfico 6) em 2003, aferimos

que a maioria dos profissionais consideram este Programa de muito relevante (83%), e avaliam de muito importante o impacto dos cuidados de saúde oral (73%).

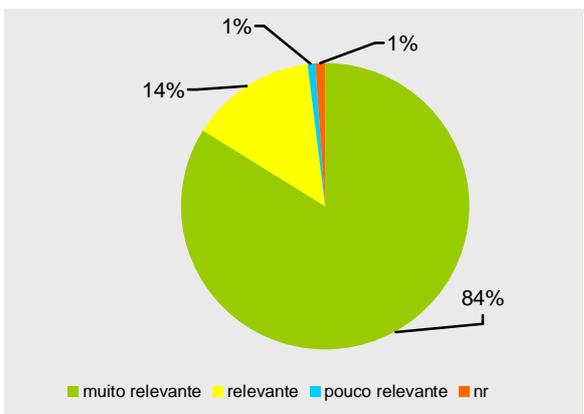


Gráfico 5 – Avaliação da Relevância do Programa de Saúde Oral em 2003 (N=56)

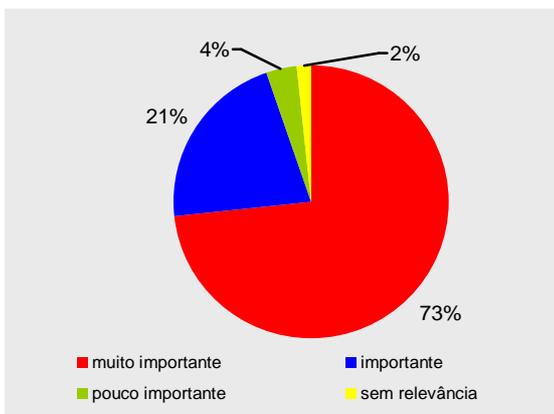


Gráfico 6 – Avaliação do Impacto dos Cuidados de Saúde Oral em 2003 (N=56)

Os Gráficos 7 e 8 permitem-nos caracterizar a percepção de 422 profissionais de saúde face à *importância do PSO na prevenção* e também no que diz respeito à *própria importância do PSO*. A maioria dos profissionais inquiridos considera ambos os aspectos avaliados de muito importante/importante.

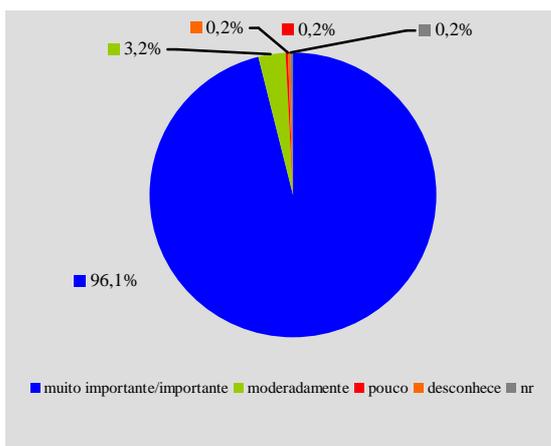


Gráfico 7 – Percepção da Importância da Prevenção (N=422).

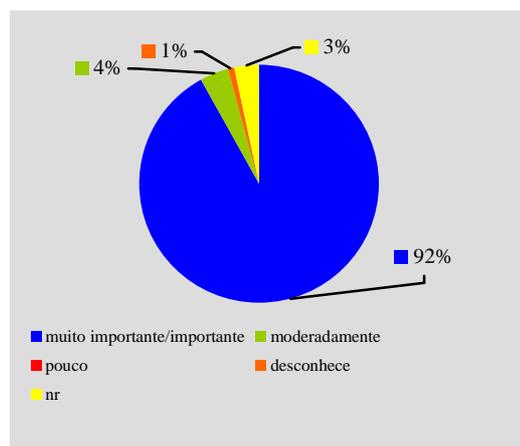


Gráfico 8 – Percepção da Importância do Programa de Saúde Oral (N=422).

Com base nos resultados obtidos em anos anteriores, a maioria dos participantes percebe o *benefício do PSO para a saúde* (Gráfico 9) e para o *bem-estar* (Gráfico

10) de *muito importante*. No entanto, denota-se uma crescente valorização, ao longo dos anos, em relação ao benefício do PSO para o bem-estar (Gráfico 10).

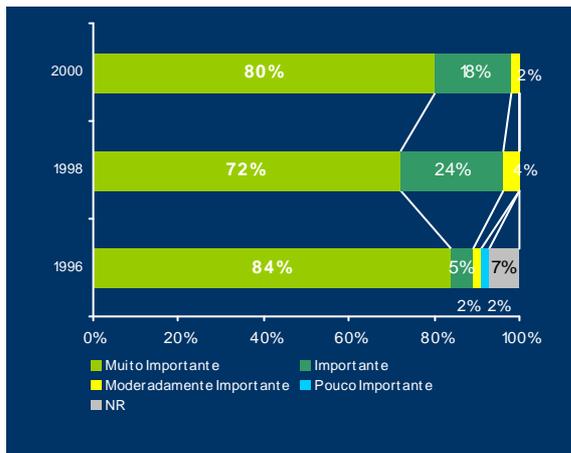


Gráfico 9 – Percepção do Benefício do Programa de Saúde Oral para a Saúde em 1996, 1998, 2000.

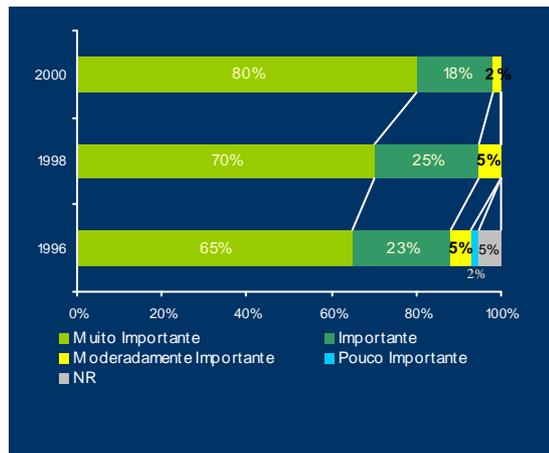


Gráfico 10 – Percepção do Benefício do Programa de Saúde Oral para o Bem-Estar em 1996, 1998, 2000.

6.3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados será apresentada em função das questões de investigação definidas nesta Investigação.

Em relação à primeira questão de investigação que se coloca – *Como é que a percepção dos profissionais de saúde sobre os processos comunicacionais, influenciam a sua adesão ao Programa de Saúde Oral do SSO?* – passamos a apresentar a análise realizada aos resultados obtidos associados a estes dois constructos.

Os resultados obtidos relativos à *avaliação da adesão* tendem a evidenciar por um lado, que existem profissionais de saúde que aderiram ao PSO do SSO desde o seu início na Instituição, e por outro, que mantêm a sua participação activa ao longo do tempo manifestada pela assiduidade a ambas as consultas afectas à intervenção de saúde oral (higiene oral e estomatologia).

É de salientar o facto do PSO possibilitar o acesso gratuito aos cuidados de saúde oral pode também influenciar a procura, a adesão e a frequência da participação a esses mesmos cuidados de saúde. Este aspecto pode ser sustentado de acordo com os determinantes socio-económicos, podendo estes influenciar a capacidade de obtenção dos meios de saúde e condicionar a procura e a frequência dos cuidados de saúde geral ou oral (Araújo, 2002).

Nunes e Rego (2002) referem que existe relação entre o baixo estatuto sócio-económico (ESE) do indivíduo e o aparecimento de factores de risco para a saúde. Menciona ainda, a existência de uma correlação positiva, ao longo da vida de um indivíduo, entre o ESE e os vários indicadores de saúde, nomeadamente melhor acesso aos cuidados de saúde; melhor acesso a programas de saúde pública; adopção de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, habitação em zonas com elevados padrões sanitários etc.

Os dados obtidos podem sustentar-se em evidências mencionadas por (Oliveira & Gomes, 2004; Ramos, 2007) que referem que a adesão a intervenções de saúde pode ser influenciada pela percepção da qualidade comunicativa relacional entre o técnico-paciente. A este propósito Araújo (2002:90) refere “*a comunicação está negativamente associada à procura de cuidados, ou seja, se a percepção da comunicação for fraca, a procura dos cuidados de saúde pelas pessoas diminui*”.

A participação activa e assídua dos profissionais pode também indiciar que estes profissionais podem estar sensibilizados para a importância dos cuidados de saúde oral, nomeadamente para a prevenção através das acções de vigilância periódica constituintes

do PSO. Em concordância, Oliveira e Gomes (2004) referem que, os indivíduos que são assistidos em programas de saúde específicos apresentam maior adesão aos tratamentos e manifestam melhor comunicação com o técnico de saúde afecto à acção.

A análise dos dados associados à percepção do *motivo de adesão ao PSO* parece estar em concordância com o pressuposto anterior, uma vez que a *prevenção e o tratamento dos problemas de saúde oral* foram os motivos mais mencionados pelos profissionais de saúde. Constatamos adicionalmente, que alguns aspectos relacionados com a *promoção da saúde* são mencionados posteriormente, nomeadamente a *melhoria da saúde oral*. Observamos a *educação para a saúde*, é valorizada no âmbito da consulta de higiene oral, o que lhe confere um sentido promotor da saúde oral, e não apenas preventivo.

A considerar que a educação para a saúde constitui uma estratégia de promoção da saúde, que se constitui como uma actividade planeada com intenção específica de aumentar o conhecimento e as competências para promover os comportamentos saudáveis (OMS, 1991).

Porém, em relação à consulta de estomatologia os profissionais mostram valorizar em primazia a vertente curativa, o que pode evidenciar que a intenção de adesão a esta consulta se evidencia pela intenção de tratamento dentário.

Contudo, quando inquirimos sobre a *relevância do PSO no conjunto das actividades de promoção da saúde e da prevenção das doenças orais*, é de salientar que a maioria dos profissionais inquiridos (70%), consideram-no *muito relevante*, este aspecto é corroborado pelos dados obtidos em anos anteriores.

É importante que estas acções de promoção da saúde se suportem numa articulação interdisciplinar, com objectivos e propósitos comuns. Neste sentido, de acordo com a OMS (1991), as intervenções não se devem limitar apenas à redução da incidência de doença, devem preconizar acima de tudo o bem-estar individual. É da responsabilidade de todos os profissionais de saúde encorajar e habilitar os indivíduos e comunidades a identificar as suas necessidades e prioridades de saúde, bem como os próprios meios para as satisfazerem. É salientar que, a promoção de saúde trabalha com e para os indivíduos, e com as comunidades.

Em relação a ambas as consultas, são também valorizados aspectos associados à *disponibilidade do técnico de saúde*, à *competência e a qualidade dos cuidados prestados*.

Em relação ao item *relevância da adesão ao PSO como contributo para a melhoria da saúde de terceiros*, os participantes percebem de forma positiva a sua adesão à intervenção como um contributo relevante indirecto para influenciar a saúde da família, de amigos e de colegas, como é demonstrado pelo comentário “*Ao frequentar a higiene oral, não só estamos a cuidar de nós ...estamos a adquirir conhecimentos que podem ajudar e ensinar os nossos filhos e famílias*”(Q43). Com base neste pressuposto parece ser demonstrado que o PSO traz *benefício*, como forma eficaz de disseminação de boas práticas, potenciando deste modo ganhos em saúde, individuais e colectivos, directa e indirectamente.

Com base em dados de anos anteriores podemos inferir que, ao longo dos anos a maioria dos profissionais (85% em 2003 e 96,1% em 2005) que têm participado no PSO, consideram a intervenção de *muito relevante e muito importante* na *prevenção*.

Quanto à percepção dos profissionais de saúde sobre os aspectos menos favoráveis, os inquiridos proferem uma apreciação menos satisfatória aos recursos físicos, ou seja, às instalações.

Os dados obtidos no estudo parecem evidenciar que os profissionais de saúde constantes da amostra (N=75) consideram os aspectos preventivos com primazia. Este aspecto é corroborado pelo parâmetro que é mais valorizado pelos profissionais referente à prestação de cuidados de saúde oral, ou seja a *prevenção das principais patologias orais*.

No que concerne a esta temática, a análise histórico/documental proferida aos dados do PSO em anos anteriores, permite-nos inferir que em 422 indivíduos inquiridos, 96% considera os aspectos preventivos do programa como muito importantes.

Em adição, torna-se importante realçar o papel preponderante que os comportamentos de prevenção assumem no evitamento de novas doenças (Paúl & Fonseca, 2001) e na melhoria ou na manutenção de situações existentes. Ou seja, devemos considerar que a prevenção resulta de um processo dinâmico de interacção de vários factores, no qual está implícito o conhecimento dos factores que influenciam as crenças de saúde, o comportamento e a percepção individual de risco e de susceptibilidade à doença (Dworkin, Ference & Giddon, 1978).

Deste modo, um indivíduo que demonstre uma atitude positiva em relação à prevenção da doença, apresenta maior probabilidade de manifestar e manter comportamentos associados à prevenção, nomeadamente à adesão e ao controlo e vigilância periódica. Perceber a atitude, como um predictor do comportamento, valida a

possibilidade do profissional de saúde adquirir informações fundamentais que possam antecipar os comportamentos de saúde dos indivíduos.

De acordo com este aspecto, é interessante constatar que quase a totalidade dos profissionais de saúde intervenientes neste estudo, considera *muito importante* a existência de intervenções de promoção da saúde oral, no âmbito da saúde ocupacional, desenvolvidas por isso em contexto laboral, bem como a sua acessibilidade no local de trabalho. A *acessibilidade* a este Programa no local de trabalho, através da *facilidade temporal* é também valorizada como factor facilitador na adesão a esta intervenção promotora da saúde e preventiva.

É de salientar que a disponibilização de recursos através da acessibilidade a acções de prevenção e de promoção para a saúde oral podem induzir a alteração de comportamentos nocivos para a saúde oral, e consequentemente melhorar o nível de concordância e a adesão dos indivíduos a medidas preventivas (Dworkin, Ference, & Giddon, 1978; Benett & Murphy, 1999).

Ou seja, as ideias que estão implícitas levam a considerar que o local de trabalho é o meio que reúne os quesitos propícios para intervir ao nível da saúde dos profissionais e revela-se adequado para desenvolver acções de sucesso ao nível da prevenção primária e com vista à promoção da saúde oral dos profissionais (Fishwick, Ashley & Wilson, 1998).

Em continuidade, as acções de “educação” e de promoção para a saúde oral desenvolvidas em contexto laboral podem melhorar a percepção individual e colectiva para o valor que é atribuído à saúde oral (Tada & Hanada, 2004), o que fundamenta a necessidade destas iniciativas no âmbito da saúde ocupacional.

Segundo Bertera (1990 citado por, Bennett & Murphy, 1999) os programas de saúde em contexto laboral têm benefícios directos para os empregadores que incluem o aumento da auto-estima dos empregados, custos de saúde reduzidos e a redução do absentismo. Não obstante, os benefícios só podem ser maximizados através de programas que utilizem os seus recursos ambientais e sociais por completo. Ainda de acordo com os mesmos autores, o local de trabalho constitui um excelente contexto para a promoção da saúde, e maximiza a mudança comportamental através de programas individuais a longo prazo e o potencial para políticas ambientais que suportem e mantenham a mudança.

Neste contexto, Sakki, Knuuttila e Antilla (1998) referem que a participação em programas e a procura de cuidados de saúde oral por indivíduos estatuto

profissional/ocupacional baixo é claramente limitada principalmente pelo custo dos tratamentos. Este aspecto não constitui uma limitação à participação dos profissionais de saúde da amostra estudada, uma vez que os custos do programa de saúde oral são suportados pela Instituição, o que se pode traduzir numa maior intenção de adesão dos indivíduos.

Assim, os aspectos socio-económicos e culturais, o conhecimento que o indivíduo detém sobre a saúde oral, as crenças existentes sobre a importância de uma boa saúde oral e a motivação para a saúde reflectem-se na adopção de medidas preventivas diárias, nomeadamente na frequência da escovagem e do fio dentário (Nikias & col., 1980, 1982, citados por McCaul, Glasgow & Gustafson, 1985; Bervique & Medeiros, 1980).

Para preconizar acções promotoras da saúde eficazes é necessário reorientar a política de educação para a saúde, bem como a política de prevenção das doenças. Salienta-se ainda que o sucesso de programas de prevenção e de promoção da saúde oral depende do contributo das expectativas de auto-eficácia, do envolvimento e da motivação dos indivíduos, da identificação e remoção de barreiras que possam limitar o desenvolvimento e a consolidação de acções preventivas.

No que concerne à questão de investigação – *Será que a avaliação PSO, pelos profissionais de saúde, é influenciada pela avaliação que estes fazem aos processos comunicacionais afectos ao PSO?* – passamos a enunciar a seguinte análise dos resultados:

Verifica-mos que a maior parte dos indivíduos da amostra (71%, 25%) avaliaram *globalmente a qualidade dos cuidados de saúde oral prestados*, esta iniciativa de saúde, respectivamente de *muito boa e boa*.

Neste sentido, segundo Teixeira (2004) e Ramos (2004, 2007) a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos técnicos deriva sobretudo da avaliação que estes fizeram das competências comunicacionais dos técnicos de saúde com os quais interagiram. Assim, podemos inferir que a avaliação proferida pelos participantes deste estudo pode indiciar que estes avaliaram implicitamente as competências comunicacionais dos técnicos de saúde afectos ao PSO como positivas.

Teixeira (2004) menciona ainda que, a qualidade da comunicação entre técnicos de saúde - utente está associada a uma maior consciencialização dos riscos e motivação para a mudança de comportamentos, facilitação de escolhas complexas na saúde e na

doença, na qualidade de vida, nos comportamentos de adesão e na procura de cuidados de saúde. A qualidade de comunicação tem influência no estado de saúde e na utilização de saúde.x

Assim, *“Compreender a informação sobre saúde e doenças é um direito de todos nós; melhorar a comunicação em saúde é um imperativo ético para os técnicos de saúde... é uma responsabilidade de todos”* (Teixeira, 2004:620).

Deste modo, importa desenvolver acções direccionadas a promover competências de comunicação e maior capacitação nos utentes, nos serviços de saúde e na comunidade, para que os utentes se tornem mais pró-activos na procura de informação sobre saúde (Teixeira, 2004). Em adição, para que as intervenções promotoras de saúde sejam eficazes é fundamental considerar o contexto social, cultural, político, económico e físico no qual o indivíduo se enquadra, dado que estas dimensões exercem influência sobre o indivíduo e determinam a sua mudança comportamental (Bennett & Murphy, 1999).

As alterações mais comentadas em relação aos hábitos e práticas diárias verificam-se em relação ao uso do fio dentário, à adequação do método de escovagem e à introdução de novas medidas preventivas nos hábitos diários de higiene, nomeadamente o uso do fio dentário e a utilização de suplementos de flúor (uso de elixir ou colutório). Alguns indivíduos mencionam que o PSO implementou a adopção de uma atitude diária mais preventiva e uma maior preocupação com a vigilância periódica.

No estudo realizado por Araújo (2000), verificou-se que um dos preditores para o uso do fio dentário é a comunicação dos profissionais de saúde. O que pode revelar a presença de uma percepção positiva pelos pacientes em relação à capacidade de comunicar dos técnicos de saúde oral.

Segundo, Tada e Hanada (2004) e Sakki, Knuuttila e Antilla (1998), estes resultados podem ser interpretados considerando que práticas diárias de higiene oral, como o uso do fio dentário, o aumento da frequência e a adequação da escovagem diária, podem ser ponderadas como adopção de comportamentos favoráveis na aquisição e manutenção de uma boa condição de saúde oral. Deste modo e de acordo com Bervique e Medeiros (1980), a adopção de medidas preventivas da cárie dentária e da periodontite (uso de suplementos fluoretados, hábitos diários de higiene oral – escovagem e fio dentário -, controlo da dieta, controlo e vigilância periódica da saúde oral) está condicionada pelo conhecimento que o paciente detém sobre a saúde oral,

pelas suas crenças de saúde, pelos aspectos socio-económicos e culturais e pela motivação existente.

Podemos então dizer que parece estar implícita uma relação inversamente proporcional entre o nível de conhecimento existente sobre a temática saúde oral e a manifestação de patologias nesta área. Este aspecto está, também, associado à existência de crenças sobre a importância de uma boa saúde oral, as quais se reflectem na adopção de comportamentos e atitudes saudáveis, tais como o aumento da frequência diária da escovagem e da utilização de fio dentário e uma maior assiduidade nas consultas de controlo e vigilância periódica (Nikias et col., 1980, 1982, citados por McCaul, Glasgow & Gustafson, 1985; Tedesco, Keffer, Davis & Christersson, 1992).

Neste contexto, Sakki, Knuuttila e Antilla (1998) referem que a participação em programas e a procura de cuidados de saúde oral por indivíduos estatuto profissional/ocupacional baixo é claramente limitada principalmente pelo custo dos tratamentos. Este aspecto não constitui uma limitação à participação dos profissionais de saúde da amostra estudada, uma vez que os custos do programa de saúde oral são suportados pela Instituição, o que se pode traduzir numa maior intenção de adesão dos indivíduos.

Assim, os aspectos socio-económicos e culturais, o conhecimento que o indivíduo detém sobre a saúde oral, as crenças existentes sobre a importância de uma boa saúde oral e a motivação para a saúde reflectem-se na adopção de medidas preventivas diárias, nomeadamente na frequência da escovagem e do fio dentário (Nikias et col., 1980, 1982, citados por McCaul, Glasgow & Gustafson, 1985; Bervique & Medeiros, 1980).

Segundo Tada e Hanada (2004) e Sakki, Knuuttila e Antilla (1998), estes resultados podem ser interpretados considerando que o aumento da frequência da escovagem diária é caracterizado como sendo um hábito e estilo de vida saudável e é assumida como um comportamento favorável à manutenção de uma boa condição de saúde oral.

Estes resultados parecem demonstrar também, uma preocupação crescente com a percepção dos aspectos qualitativos associados à prestação dos cuidados de saúde no local de trabalho, nomeadamente, com o conforto e com a comodidade no acesso aos cuidados e saúde, bem como com a própria qualidade dos cuidados prestados.

Em concordância com esta constatação é de realçar também que os profissionais inquiridos percebem como *muito importante o impacto dos cuidados de saúde oral*

com maior expressão para o *bem-estar*, e posteriormente para a *saúde* e para a *qualidade de vida*.

Os resultados obtidos parecem evidenciar a existência de correlações positivas, ou seja, a uma maior importância conferida ao *impacto sobre os cuidados de saúde Oral para a qualidade de vida*, por um lado, maior é atribuição da importância ao *impacto dos cuidados de Saúde Oral para a Saúde*, e por outro lado, maior é a importância que o *impacto dos cuidados de Saúde oral para o bem-estar* assume. Consequentemente as acções promotoras da saúde devem considerar estas dimensões como um todo, uma vez que estas parecem influenciarem-se reciprocamente proveniente da interacção dinâmica dos constituintes da tríade (qualidade de vida, bem-estar e saúde) e de acordo com o conceito de “saúde positiva”.

Num estudo desenvolvido por Okunseri, Chattopadhyay, Lugo & McGrath (2005), conclui-se que os participantes que referiram que a saúde oral tinha efeitos favoráveis na sua qualidade de vida, também foram os mesmos a mencionarem que a saúde oral tinha pouco ou não tinha qualquer impacto na sua qualidade de vida. Alguns estudos realizados sobre a temática: relação da saúde oral com a qualidade de vida, evidenciam que a saúde oral afecta a sua qualidade de vida, através de efeitos muito bons e bons nesta dimensão.

Constatamos que a *importância* e o *benefício do PSO* para a saúde geral é reportada pela maior parte dos indivíduos, e pela observação de dados de anos anteriores do PSO, conforme corroboram os dados obtidos em 1996, 1998 e 2000.

Deste modo parece oportuno mencionar que a disponibilização de cuidados de saúde oral no local de trabalho em meio hospitalar, constitui uma intervenção que pretende privilegiar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dos profissionais de saúde em contexto ocupacional, podendo repercutir-se na redução de custos directos e indirectos associados aos tratamentos dentários, na valorização dos aspectos físico, social e psicológico dos indivíduos (auto-estima e aceitação social), na redução do absentismo e na obtenção e manutenção de uma boa condição de saúde oral.

Verificamos que na saúde oral em contexto de saúde ocupacional o absentismo é uma realidade com relevância ao nível dos custos directos e indirectos que lhes estão associados. Relativamente a dados do PSO, obtidos em anos anteriores, observamos que o absentismo por problemas orais é uma realidade nos profissionais aderiram ao PSO. Em 40% dos profissionais inquiridos com patologia oral (N=474), a cárie dentária surge como a causa principal de absentismo, sustentando a necessidade de se assegurar o

acompanhamento personalizado, o tratamento e a reabilitação atempada, e a vigilância periódica eficaz.

Em relação à questão de investigação – *Como é que os profissionais de saúde valorizam os processos comunicacionais subjacentes a este programa?* – passamos a fazer as seguintes considerações:

A maioria dos participantes deste estudo refere que o contacto com o sistema de comunicação do PSO foi estabelecido através de carta personalizada.

De um modo geral, a avaliação que os indivíduos fazem aos suportes informativos associados a este sistema é favorável, atribuindo *bom* aos vários componentes (conteúdo das folhas, pertinência dos temas, clareza de informação, adequação, utilidade e qualidade do texto).

Como sugestões para mudar ou acrescentar os suportes informativos foram mencionadas principalmente o *aumento da periodicidade da informação, necessidade de informação mais detalhada, informação personalizada e melhor apresentação.*

Estes aspectos são corroborados por Teixeira (2004), que menciona que a informação em saúde necessita de reunir características específicas nomeadamente, ser clara, recordável, credível, consciente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada. A personalização diz respeito que a informação deve ser disponibilizada de acordo com as necessidades de informação do utente em dado momento, concordante com o seu nível cultural e ao seu estilo cognitivo. A personalização da informação em saúde permite economizar tempo, aumentar a satisfação dos utentes e facilitar a sua intenção de virem a adoptar os comportamentos esperados.

Teixeira (2000), refere que a informação personalizada em saúde preconiza o aumento da satisfação dos utentes e opera como meio facilitador na adopção dos comportamentos esperados.

Foi também sugerido a introdução de humor nas mensagens a informativas. Como pode constituir um factor inovador e eficaz na disseminação e apreensão de informação em saúde, julgamos enriquecedor proferir algumas considerações.

De acordo, com Bennett e Murphy (1999:132) “*o humor positivo faz com que os indivíduos processem a informação mais depressa, com menos esforço e menos necessidade de pensar*”. Ainda segundo os mesmos autores, o humor positivo implica que seja conferida mais atenção à credibilidade da fonte em detrimento da qualidade da mensagem. É de realçar que neste estado de humor os indivíduos conseguem alcançar conclusões com menos informação e agir de acordo com elas.

A promoção da saúde passa pela informação ou pela persuasão de pessoas em relação à utilidade do produto, na qual a fonte e o conteúdo da mensagem merecem atenção particular (Bennett & Murphy, 1999). Assim, para a transmissão de informação os canais não mediatizados (como os profissionais de saúde, professores, famílias e pares, proporcionam um elo directo e são mais eficazes em transmitir mensagens persuasivas e informação complexa (Bennett & Murphy, 1999). Contudo, há que considerar que na distribuição de informação, a facilidade no acesso a essa mesma informação é considerado como sendo o aspecto mais importante, podendo ser influenciada pelos canais de comunicação escolhidos, nomeadamente panfletos, vídeos etc. (Bennett & Murphy, 1999).

Em relação à percepção sobre o nível de informação e esclarecimento sobre os factores de risco e a susceptibilidade às principais patologias orais (cárie dentária e doenças periodontais), há que realçar que a maioria dos inquiridos mencionam *estar bem informados*. Em concordância com Araújo (2002) os indivíduos que percebem os problemas de saúde oral de forma mais grave são mais susceptíveis a procurar cuidados de saúde oral, e desta forma aderem mais facilmente às acções de saúde e aos regimes terapêuticos.

Os diversos comportamentos prejudiciais para a saúde são suportados pela diversidade de crenças, representações e sentimentos existentes, que podem ser alterados através da informação, educação ou da própria experiência vivenciada pelo indivíduo. O conhecimento da diversidade de factores, pelos técnicos de saúde e pelos próprios indivíduos viabiliza tanto o processo de sensibilização e motivação face à aquisição de comportamentos favoráveis e saudáveis para a saúde (Grilo & Pedro, 2005; Ramos, 2004, 2007) como a adesão a acções de promoção para a saúde.

Com base ainda na análise histórico/documental do PSO, numa amostra de 1147 indivíduos, a maior parte dos inquiridos (82%) percebem o risco individual de aparecimento deste problema de saúde oral, como *alto/moderado*, indiciando a existência de conhecimento sobre os factores desencadeantes da doença, sobre comportamentos desfavoráveis e hábitos e estilos de vida nocivos, ou seja factores de risco. É de salientar que, na mesma amostra uma pequena parte dos indivíduos (5%), diz desconhecer os factores desencadeantes desta patologia oral suscitando o desenvolvimento de acções específicas que ajudem a mudar comportamentos, nomeadamente acções de ensino individual e colectivo sobre meios preventivos das doenças orais.

Os aspectos mencionados não são corroborados, por um lado, quando inquirimos sobre os hábitos dietéticos, em que a maioria dos participantes (97,5%) menciona adoptar uma dieta cariogénica diária ou entre as refeições por indivíduos, e por outro quando identifica-mos um Índice de Cárie Dentária elevado (CPO'D =13; dentes cariados, perdidos e obturados) nesta amostra.

A necessidade de sustentar a percepção para a importância da prevenção das doenças orais, através da redução dos factores de risco e dos comportamentos desfavoráveis que condicionam a saúde geral, o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo (OMS, 2005), justificam a consolidação do sistema de informação /formação e personalizado para a saúde e o sistema de avaliação da qualidade e satisfação dos profissionais abrangidos pelo Programa.

Os processos de informação e de comunicação em saúde podem influenciar os resultados da actividade em relação aos ganhos em saúde, e no que se refere à qualidade de vida. Estes aspectos parecem constituir igualmente, notáveis formas de avaliação da qualidade dos cuidados prestados e das competências técnicas e comunicacionais dos técnicos de saúde.

Como resultado da análise dos dados obtidos associados à questão de investigação – *Quais são os processos comunicacionais mais valorizados por estes profissionais?* – destacamos os seguintes aspectos:

Quanto ao sistema de comunicação e informação do PSO, a quase totalidade dos inquiridos (91%) refere ser contactado, e referenciam a carta personalizada como via privilegiada para o estabelecimento desse contacto, seguido pela via telefónica. São sugeridos também alguns meios para melhorar a divulgação de suportes informativos, nomeadamente através do uso de novas tecnologias, como o e-mail, o recurso a sessões com a utilização de meios audiovisuais, envio de folhetos informativos com intuito de disponibilizar mais informação.

As competências comunicacionais referentes aos técnicos afectos ao PSO, parecem ser também percebidas e valorizadas pela amostra deste estudo, principalmente pela alusão a componentes qualitativos implícitos essa relação comunicacional, ou seja *disponibilidade, simpatia e atenção*. Os profissionais de saúde percebem o acolhimento no próprio serviço de Saúde Ocupacional, de *muito bom* (50,7%), e destacam como muito relevante (76%) a atenção dispensada, em relação ao atendimento proporcionado.

A cortesia, o contacto pessoal e as explicações dadas verbalmente, merecem também a relevância atribuída pelos inquiridos. Em relação aos restantes componentes da intervenção de saúde oral, a convocação personalizada para vigilância periódica e o esclarecimento personalizado são evidenciados de forma equitativa em relação à importância.

É de realçar que estas sugestões devem de ser equacionados como indicadores de avaliação do sistema de comunicação/ informação, para que seja possível através deles identificar barreiras existentes à transmissão e às vias de informação. Especificamente os indivíduos inquiridos indicam que não costumam ter acesso a estes suportes os panfletos informativos. É fundamental compreender e identificar as barreiras existentes para que este processo não esteja a funcionar com sucesso, uma vez que o sistema de comunicação e informação do PSO comporta o envio periódico por carta dos suportes informativos temáticos de forma personalizada.

CONCLUSÃO

Esta investigação pretende ser um contributo para a área da saúde oral em Portugal, assim como para a área da saúde ocupacional, através da aquisição e aprofundamento de conhecimentos no âmbito das ciências do comportamento, com vista a compreender e a explicar o comportamento dos indivíduos em relação à saúde oral (Schou, 2000).

O problema definido neste trabalho teve por base o contacto diário com os profissionais de saúde no local de trabalho, no âmbito do programa de saúde oral em contexto da saúde ocupacional, o qual permitiu perceber algumas diferenças e tendências comportamentais manifestadas por algumas das categorias profissionais, nomeadamente no que concerne à concordância de práticas diárias preventivas de higiene oral, à assiduidade nas consultas de controlo e vigilância, e à permanência em programas de saúde equitativos, eficazes e eficientes. A constatação de que a compreensão deste aspecto teria relevância para a optimização e conceptualização de intervenções e definição de estratégias de prevenção e de promoção na área da saúde oral, com maior adequação às necessidades reais desta população, tornou-o relevante, e a possibilidade de operacionalização tornou-o viável.

O principal objectivo deste trabalho de investigação foi, assim, o de contribuir para clarificar a percepção e valorização que os profissionais de saúde manifestam sobre as dimensões constituintes do PSO afectas ao desenvolvimento das actividades, incluindo os processos comunicacionais, e como avaliam a qualidade dos cuidados de saúde oral prestados.

É de sublinhar que de acordo com alguns estudos (Fishwick, Ashley & Wilson, 1998), o local de trabalho é valorizado como um meio propício e adequado para o desenvolvimento de acções de promoção e de intervenções ao nível da prevenção primária da saúde oral, com vista à optimização da saúde dos profissionais no local de trabalho e à percepção dos motivos que influenciam os comportamentos de adesão a estas intervenções.

O presente estudo recorreu a uma população específica, uma vez que os indivíduos possuem como característica comum o facto de serem todos profissionais de saúde da mesma Instituição. A generalização dos resultados é limitada à população estudada.

Embora, a amostra estudada (N=75) seja representativa (13,7%) em relação ao número total de profissionais que participou na intervenção no período entre 2004 e 2006 (N=544), outra limitação da investigação prende-se com a não representatividade da amostra, relativamente à distribuição das diferentes categorias profissionais do Hospital de S. José. Ou seja, o número de indivíduos que constituem a amostra e a que correspondem às diferentes categorias profissionais não representa a real distribuição da população por categorias profissionais desta Instituição.

É importante mencionar que o facto de se ter aplicado um questionário de auto-preenchimento e dos participantes do estudo serem profissionais de saúde pode ter influenciado algumas respostas, no sentido de reflectirem sobre as suas percepções ideais de comportamento de saúde, em vez de expressarem o comportamento individual realmente adoptado.

No decorrer deste estudo constatamos que o tempo disponível para operacionalizar o projecto constitui uma limitação por ser exíguo, principalmente no processo de aplicação do questionário e consequente recolha de dados.

Considera-se também, que a inclusão num estudo futuro de outros constructos e de escalas psicológicas, nomeadamente de auto-eficácia, de representações de saúde, de crenças de saúde oral, bem como de métodos de comunicação, poderão ser um contributo acrescido para uma compreensão mais pormenorizada dos preditores de comportamentos da saúde, nomeadamente da saúde oral. Estes aspectos possibilitam a determinação de indicadores para a reorientação e redefinição de estratégias de intervenção adequadas às características e necessidades específicas, quer individuais quer colectivas da população alvo. Outra mais valia para este estudo prende-se com a realização de um inquérito por entrevista uma vez que *“permite observar o entrevistado e colher informações íntimas ou de tipo confidencial”* (Carmo & Ferreira, 1998, pág. 147), com o objectivo de complementar a informação recolhida por aplicação de questionário.

Em futuros estudos desta natureza seria importante a aplicação de escalas de atitudes, que possibilitam o conhecimento sobre as atitudes favoráveis e desfavoráveis das pessoas, operando como orientadores da actuação dos técnicos face à definição e programação de campanhas de promoção da saúde, incluindo a selecção de informação relevante que facilite a modificação de comportamentos de saúde desfavoráveis (Bennet & Murphy, 1999).

Interessa destacar o estado de saúde de uma população é estreitamente influenciado por factores económicos, sociais, políticos e culturais. Contudo, é através da relação dinâmica existente entre os factores psicossociais e a saúde que podem ser gerados benefícios na saúde individual e colectiva, uma vez que estes parâmetros criam e moldam padrões de saúde e de doença (Nunes & Rego, 2002; Ramos, 2004). Neste contexto preconizar medidas adequadas para a educação, para a informação e para a comunicação, podem significar ganhos em saúde pelo profundo impacto que podem produzir na promoção da qualidade de vida e na prevenção das doenças.

Tendo em conta este aspecto, é assumido que todos os profissionais de saúde, nomeadamente os higienistas orais, devem adquirir competências nesta vertente, incluindo o domínio do conhecimento sobre a dimensão comunicacional contextualizada na promoção da saúde geral e oral, para compreender as percepções, as atitudes e os comportamentos dos indivíduos, com vista a actuar em conformidade com as expectativas do paciente, a assegurar a prestação de cuidados de saúde de qualidade e a proporcionar acções de promoção de saúde e prevenção de sucesso, contribuindo desta forma para o bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos. Considerando o pressuposto, todos os profissionais de saúde devem assumir responsabilidades relativamente à avaliação das necessidades do indivíduo e da comunidade relativamente à educação para a saúde, através do planeamento, implementação e avaliação de programas de educação para a saúde, com o objectivo de verificar a sua eficácia.

Neste contexto, cada situação não depende somente do conhecimento dos factores epidemiológicos, mas também, do conhecimento específico acerca das dimensões: política, socio-económica, cultural e legislativa, ou seja dos determinantes de saúde oral. Este saber é crucial para o desenvolvimento de políticas, que não proporcionem apenas reconhecer os factores de risco, mas que contribuam para a criação de ambientes favoráveis à optimização da saúde oral (Hobdell, Petersen, Clarkson & Johnson, 2003).

Podemos concluir que são fundamentais mais investigações neste âmbito, para explorar as cognições de saúde, as percepções das crenças individuais de saúde oral e identificar os factores que lhes são preponderantes, que podem influenciar os comportamentos de adesão dos indivíduos e os processos comunicacionais em saúde. Assim, através da análise e avaliação da saúde individual e comunitária, será possível melhorar a adequação das acções de “educação” e de promoção para a saúde oral no

local de trabalho, e proporcionar cuidados de saúde com maior eficácia, eficiência e qualidade.

Em síntese, os programas que proporcionem o acesso a cuidados de saúde de qualidade no local de trabalho, favorecem a optimização de todos recursos envolvidos (sociais, ambientais, físicos, etc.) e conseqüentemente a diminuição de tempo dispendido ou mesmo perdido (redução do absentismo), preconizando a satisfação de todos os que beneficiam directa ou indirectamente da intervenção. Desta forma, o controlo efectivo da saúde geral e oral conduz à diminuição da incidência das patologias orais, fomenta a redução dos custos sociais, psicológicos, físicos e económicos subjacentes ao tratamento destas patologias, promovendo o aumento da satisfação e a melhoria da qualidade de vida do profissional e redução do absentismo.

A disponibilização de uma rede de recursos multidisciplinar estruturada e totalmente direccionada para a intervenção integrada de saúde, traduz-se no aumento da satisfação e motivação dos profissionais. Impõe-se como fundamental a necessidade de aumentar e melhorar a percepção dos indivíduos para a valorização da sua própria saúde, bem como para a prevenção das doenças orais, induzindo assim a redução dos factores de risco que condicionam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo.

O acesso a acções de controlo e vigilância periódico de saúde oral proporciona uma avaliação continuada dos hábitos e estilos de vida adoptados pelos profissionais com vista a aquisição de uma boa condição de saúde oral e de qualidade de vida e de bem-estar. Estas premissas justificam a consolidação do sistema personalizado de comunicação/informação para a saúde, bem como o sistema de monitorização e de avaliação periódica de todos os Programas de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

Araújo, M. R. (2002). *O que pensa uma dor de dentes... Estudo exploratório sobre crenças individuais de saúde oral e o medo de “ir ao dentista”*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

Barker, T. (1994). Role of health beliefs in patient compliance with preventive dental advice. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 22, 327-330.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa. Edições 70.

Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores (Obra original publicada em 1997).

Berndsen, M., Eijkman, M. A. J., & Hoogstraten, J. (1993). Compliance perceived by dutch periodontists and hygienists. *Journal of Clinical Periodontology*, 20, 668-672.

Bervique, J. A., & Medeiros, E. P. G. (1980). *Ciências da conduta na área da saúde*. São Paulo: Medicina Panamericana Editora do Brasil.

Borkowska, E. D., Watts, T. L. P., & Weinman, J. (1998). The relationship of health beliefs and psychological mood to patient adherence to oral hygiene behaviour. *Journal of Clinical Periodontology*, 25, 187-193.

Brannon, L., & Feist, J. (1997). *Adhering to medical advice. Health Psycholog (An introduction to behavior and health)* California, Grove: Brooks Cole Publishing Company.

Bronheim, S. & Sockalingam, S (2003). National Center for Cultural Competence. *A Guide to choosing and adapting culturally and linguistically competent health promotion materials*.

Carmo, H. & Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da Investigação*. Guia para auto-aprendizagem. Lisboa. Universidade Aberta.

Center of Disease Control and Prevention (CDC) (1999). *Framework for Program Evaluation in Public Health*. Recommendations and reports, 17(8). Atlanta, Georgia.

Center for Health Promotion University of Toronto (2006). *Evaluation Health Promotion Programs Workbook*. Toronto, Ontario.

Centro Regional de Saúde Pública – Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (CRSP-RSLVT) (2001). *Carta Regional de Saúde Ocupacional*. Lisboa.

Cotrim, T. P. (1998). Interdisciplinaridade em equipas de saúde ocupacional. *Revista Portuguesa de Ergonomia*, 3, 29-33.

Cotrim, T. P., & Duarte, A. P. (2000). O Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital de S. José: Uma experiência inovadora em contexto hospitalar. *Experiências de Implementação de Sistemas de Segurança, Higiene e Saúde Ocupacional*. NPF – Pesquisa e Formação. Sintra. 57-65.

Coutinho, J. V. (2001). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata. *Psicologia, Saúde e Doença*, 2, 107-115.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*. World Health Organization. Copenhagen.

Declaração de Jacarta sobre a promoção da saúde no século XXI (1997).

DGS (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Direcção-Geral da Saúde Divisão de Saúde Escolar. Lisboa.

Dias, M., R., Duque, A., F., Silva, M., G. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3, 463-473.

Dinarés, C., G. (2006). *Comunicar.com saúde*. Análise da comunicação expressa nos folhetos de informação aos diabéticos. Dissertação de Mestrado de Comunicação em Saúde. Lisboa. Universidade Aberta.

Duarte, S. (2002). *Saberes de saúde e de pessoas. Porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra. Quarteto Editora.

Dworkin, S. F. (1974). Behavioral sciences in dental education: Broad purposes and educational objectives. *Journal of Dental Education*, 38(4), 204-210.

Dworkin, S., Ference, T., & Giddon, D. (1978). *Behavioral science and dental practice*. Saint Louis: Mosby Company.

Fishwick, M. R., Ashley, F. P., & Wilson, R. F. (1998). Can a workplace preventive programme affect periodontal health? *British Dental Journal*, 184(6), 290-293.

Fortin, M.,F. (2003). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. Décarie Éditeur. Lisboa. Lusociência.

Galgut, P. N., Waite, I. M., Todd-Pokropek, A., & Barnby, G. J. (1987). The relationship between the multidimensional health locus of control and the performance of subjects on a preventive periodontal programme. *Journal of Clinical Periodontology*, 14, 171-175.

Grilo, A.M. (2005). Os modelos de saúde – suas implicações na humanização dos serviços de Saúde. *Iberpsicologia*, 10, 2.

Grilo, A. M. & Pedro, H. (2005). Contributos da Psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6, 69-89.

Hartz, Z. M. A. & Camacho, L. A. B. (1996). Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 12, 13-20.

Heft, M. W., Gilbert, G. H., Shelton, B. J., & Ducan, R. P. (2003). Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31, 351-360.

Heppner, P. P., Kivlighan, D. M., & Wampold, B. E. (1999). *Research design in counselling* (2ª ed.). Belmont: Wadsworth Publishing Company.

Hill, M.M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. 2ª Edição. Edições Sílabo.

Hobdell, M., Petersen, P. E., Clarkson, J. & Johnson, N.J. (2003). Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal*, 53, 285-288.

Institute of Medicine (2002). *Speaking of Health*. Assessing health communication strategies for diverse populations. Washington, D.C.

Kerschbaum, W. E. (1982). Behavioral science and health education. In P. F. Steele (Ed.), *Dimensions of dental hygiene* (3^aed.) (p.339-374). Philadelphia: Lea & Febiger.

Kuteev-Moreira, P.(2004). Promoção da Saúde. Marketing Social & Comunicação. *Revista Medicina & Saúde*,76, 2.

Künher, M. K., & Raetzke, P. B. (1989). The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. *Journal of Periodontology*, 51-55.

Lahiti, S., Tuutti, H., Hausen, H., & Kaariainen, R. (1995). Comparison of ideal and actual behavior of patients and dentists during dental treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 23, 374-378.

Liang, W., Shediak-RizKallah, M. C., Celentano, D. D., & Rohde, C. (1999). A population-based study of age and gender differences in patterns of health-related behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, 17(1), 8-17.

Littlejohn, S.W. (1988). *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara.

Marques, M. D., Bjertness, E., & Eriksen H. M. (1994). Caries prevalence of young adults in Oslo, Norway, and Porto, Portugal. A comparative analysis. *Acta Odontologic of Scandinavia*, 52(2), 111-115.

McCaul, K. D., Glasgow, R. E., & Gustafson, C. (1985). Predicting levels of preventive dental behaviors. *Journal of American Dental Association*, 111, 601- 605.

McQueen, D.V. (2001). Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promotion International*, 16, 261-268.

Meyer, K. (1990). *Oral health of Portuguese adults*. Bergen.

Meyer, K., Freitas, E., Davis, R. K., Freitas, J., & Kristoffersen, T. (1983). Dental health among young adult portuguese in relation to socio-economic differences. *Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial*, 24 (4), 461-478.

Ministério da Saúde (1999). “Saúde um compromisso”. *A estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)*.

Nakazono, T.T., Davidson P.L., & Andresen, R.M. (1997). Oral health beliefs in diverse populations. *Advances in Dental Research*, 11(2), 235-244.

Novaes, H.M.D. (2000). Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, vol.34, n.5 .São Paulo.

Nunes, R. & Rego, G. (2002). *Prioridades na saúde*. Editora McGraw-Hill de Portugal Lda.

Oates, A. J. L., Fitzgerald, M., & Alexander, G. (1995). Patient decision-making in relation to extensive dental treatment part II. Evaluation of a patient decision-making model. *British Dental Journal*, 179, 11-18.

Ödman, P. A., Lange, A. L., & Bakdash, M. B. (1984). Utilization of locus of control in the prediction of patients' oral hygiene performance. *Journal of Clinical Periodontology*, 11, 367- 372.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa. Climepsi Editores (Obra original publicada em 1997).

Oliveira, V.Z., & Gomes, W.B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia*, 9, 459-469.

Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary*. Organização Mundial de Saúde. Geneva.

Organização Mundial de Saúde (1985). *As metas da saúde para todos. Metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Artes Gráficas.

Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde (Direção Geral de Saúde, Trad.). Versão portuguesa "*Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública*", 17-21 Novembro, Ottawa, Canada.

Organização Mundial de Saúde (2005). Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Boletim da OMS*, 83 (9).

Patrão, I., & Leal, I. (2002). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório numa amostra de utentes do Centro de Saúde de Peniche. *Psicologia, Saúde e Doença*, 3, 103-112.

Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. 1ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Pereira, A. (2006). *SPSS guia prático de utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 6ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo.

Pereira, M.G. e Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica*, 20 (1), 35-43.

Petersen, P.E. (2003). The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32 Suppl 1:3-24.

Petersen, P.E., & Kwan, S. (2004). Evaluation of community-based oral health promotion and oral prevention – WHO recommendations for improved evidence in public practice. *Community Dental Health*. Supplement 21(4), 319-329.

Petersen, P.E (2005). Priorities for research for oral health in the 21st Century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dental Health*, 22, 71-74.

Petersen, P.E, Bourgeois, D., Bratthall, D. & Ogawa, H. (2005). Oral health information systems – towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (9).

Petersen, P.E., Estupinan-Day, S. & Ndiaye, C. (2005). WHO's action for continuous improvement in oral health. *Bulletin, of the World Health Organization*, 83(9). Editorials.

Petersen, P.E, Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletim of the World Health Organization*, 83(9), 641-720.

- Petersen, P.E (2005). Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, 274-9.
- Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(2), 155-178.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa. Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2007). Comunicação e Interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 45, 147-169.
- Reisine, S., & Litt, M. (1993). Social and psychological theories and their use for dental practice. *International Dental Journal*, 43(3), 279-287.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e saúde*. 1ª Edição. Lisboa. ISPA.
- Russel, N. (1996). *Manual de educação para a saúde*. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.
- Sakki, T. K., Knuutila M. L. E., & Anttila, S. S. (1998). Lifestyle, gender and occupational status as determinants of dental health behavior. *Journal of Clinical Periodontology*, 25, 566-570.
- Schou, L. (2000). The relevance of behavioural science in dental practice. *International Dental Journal*, 50, 324-332.
- Sheiham, A, & Watt, R. (2000). The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28, 399-406.
- Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*. Setembro, 83(9).
- Silva, L.F. (2004). *Sócio-Antropologia da saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. Lisboa. Universidade Aberta.
- Silva, L. M. V. & Formigli, V. L. A., (1994). Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (1) Rio de Janeiro.

Spagnoulo, R.S., & Pereira, M.L.T. (2006). Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão de literatura. *Ciência & Saúde Colectiva*, 12 (6),1603-1610.

Stewart, J. E., Wolfe, G. R., Maeder, L., & Hartz, G. W. (1996). Changes in dental knowledge and self-efficacy scores following interventions to change oral hygiene behaviour. *Patient Education and Counseling*, 27, 269-277.

Tada, A., & Hanada, N. (2004). Sexual differences in oral health behaviour and factors associated with oral health behaviour in japanese young adults. *Public Health*, 118, 104-109.

Tapia, M., Brasington, A., & Van Litch, L. (2005). *Participation Guide. Involving those Directly Affected in Health and Development Communication Programs*. Baltimore: Health Communication Partnership based at the Johns Hopkins School of Public Health/Center for Communication Programs.

Tedesco, L. A., Keffer, M. A., Davis, E. L., & Christersson, L. A. (1992). Effects of a social cognitive intervention on oral health status, behaviour, reports, and cognitions. *Journal of Periodontology*, 63, 567-575.

Teixeira, J.A.C. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*, 22 (3). 615-620.

Teixeira, R.R. (1997). Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface—Comunicação, Saúde e Educação*.

Teles, E., Menezes, E.D.B., Sá, A., Pereira, J.M.N., Brasil, J.P.S. & Souza, M.R. (1978). *Fundamentos científicos da comunicação*. 3ª Edição. Editora Vozes Ltda.

The Center for the Advancement of Community Based Public Health (2000). *An Evaluation Framework for Community Health Programs*.

Trindade, I., & Teixeira, C. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. 1ª Edição Lisboa. Climepsi Editores.

U.S. Department and Human Services (2000). *Healthy People 2010. Understanding and improving health*. 2ª Edição.Washington.

Watt, R. (2005). Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9).

Weinstein, P., Getz, T., & Milgrom, P. (1983). Oral self-care: a promising alternative behaviour model. *Journal of American Dental Association*, 197, 67-70.

Whitehead, M. (1985). *The concepts and principles of equity and health*. World Health Organization. Copenhagen.

Legislação

Decreto-Lei nº 441/91 de 14 de Novembro de 1991.

Decreto-Lei nº 26/94 de 1 de Fevereiro de 1994.

Decreto-Lei nº 191/95 de 28 de Julho de 1995.

Directiva-Quadro 89/391/CEE, de 12 de Junho de 1989.

Fontes Electrónicas

[WWW Document] URL http://www.health.state.mn.us/divs/hpcd/chp/hpkit/text/eval_purpose.htm
Acedido em 4-4-2007.

[WWW Document] URL http://www.who.int/oral_health/strategies/cont/en/print/html Acedido em
04-04-2007.

[WWW Document] URL http://www.who.int/oral_health/startegies/hp/en/print.html. Acedido em 04-
04-2007.

[WWW Document] URL <http://bocc.ubi.pt/pag/marcos-lucilia-pragmatica-Comunicar.html>. Acedido
em 04-04-2007.

[WWW Document] URL <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acedido em 04-
04-07

[WWW Document] URL http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Adelaide.htm.
Acedido em 04-04-07

[WWW Document] URL <http://www.unifran.br/mestrado/promocaoSaude/cartas/Mexico.pdf>. Acedido em 04-04-07

Carta de Ottawa para a promoção da saúde (1986) [WWW Document]. URL http://www.dgsaude.pt/prom_saude/carta_ottawa.html Acedido em 04-04-2007.

Declaração de Berlim para a saúde oral (1992) [WWW Document]. URL <http://www.ibiblio.org/taft/cedros/portugues/newsletter/nr/Salt.html> Acedido em 04-04-2007

Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Silva, M., Gaspar, T. & Diniz, J.A (2006). Aventura social & saúde. Indicadores de Saúde dos Adolescentes portugueses. Relatório preliminar HBSC 2006. [WWW. Document] URL http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Indicadores_de_Saude.pdf Acedido em 12-04-2007

National Institutes of Health & National Cancer Institute. Making Health Communication Program Work. [WWW. Document] URL http://www.cancer.gov/PDF/41f04dd8-495a-4444-a258-1334b1d864f7/Pink_Book.pdf Acedido em 12-04-2007

Okunseri, C., Chattopadhyay, A., Lugo, R.I., & McGrath, C. (2005). Pilot survey of oral health-related quality of life: a cross-sectional study of adults in Benin City, Edo State, Nigeria. BMC Oral Health. [WWW. Document] URL <http://www.biomedcentral.com/1472-6381/5/7>. Acedido em 12-04-2007

ANEXOS

ANEXO I

ANEXO II

ANEXO III

ANEXO IV

Affirmação o referido
em causa.
L. 6/05/07

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

Tomar a decisão de
deserção e condições de trabalho
reafirmar o 070213
(ver anexos)

A Comissão de Ética
para informar
L. 30/03/07

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

Ex.mo Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central)
Hospital de S. José

Sandra Maria Oliveira da Cruz Vale de Armeiro, Técnica de 2º classe – área Higiene Oral, colocada no Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar de Lisboa (zona central), Hospital de S. José encontrando-se a frequentar o VII Mestrado em Comunicação em Saúde na Universidade Aberta de Lisboa e tendo terminado o ano curricular, vem solicitar a Vossa Excelência autorização para desenvolver a Dissertação de Mestrado no âmbito da sua actividade no Serviço de Saúde Ocupacional e que tem como título:

“Comunicação na Promoção da Saúde Oral - Análise da Adesão de Profissionais de Saúde a um Programa de Promoção da Saúde Oral “

Aguardando uma resposta em breve, agradeço desde já a Vossa atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 7 de Fevereiro de 2006

Sandra Vale de Armeiro

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA Secretariado CA
N.º 561
Entrada 16.02.07
Saída 30.03.07

23.05.07



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
ZONA CENTRAL

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Exma. Senhora
Enfermeira Directora
Ana Soares

Tendo sido efectuada a apreciação relativa ao pedido de aplicação de entrevista para a elaboração de Trabalho de Investigação subordinado ao tema **“Comunicação na Promoção da Saúde Oral – Análise da Adesão de Profissionais de Saúde a um Programa de Promoção de Saúde Oral”**, decidiu a Comissão de Ética para a Saúde, em reunião de 03.05.07, emitir o seguinte parecer:

1. O pedido de aplicação de entrevista é efectuado pela Técnica de 2ª classe – área de Higiene Oral, Sandra Maria Oliveira da Cruz Vale de Armeiro, que se encontra a frequentar na Universidade Aberta de Lisboa e a desenvolver o Trabalho Final da Dissertação de Mestrado, que tem como título **“Comunicação na Promoção da Saúde Oral – Análise da Adesão de Profissionais de Saúde a um Programa de Promoção de Saúde Oral”**.
2. A orientadora do estudo é a Profª. Dr.ª Natália Ramos.
3. O objectivo do Estudo é perceber o valor que a comunicação em saúde assume para os profissionais do CHL- HSJ. aos quais se destinam os programas de promoção da saúde no local de trabalho, e especificamente o PPSO.
4. A entrevista será efectuado aos funcionários do Hospital de São José que tenham integrado o programa de saúde oral no âmbito da saúde ocupacional e que aceitem participar no estudo.
5. O Director do Serviço de Saúde Ocupacional tem conhecimento.
6. É garantido pelo investigador a confidencialidade dos dados e o respeito pelos princípios éticos subjacentes á investigação .
7. **Assim, a Comissão de Ética para a Saúde dá parecer favorável à realização das entrevistas.**

Com os melhores cumprimentos.

Lisboa, 10 de Maio de 2007

O Presidente da Comissão de Ética
para a Saúde

(João Sá)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
ZONA CENTRAL
Comissão de Ética para a Saúde

Formulário de Consentimento Voluntário Informado

Investigadora: Dra. Sandra Cruz, Higienista Oral.

Reconheço que os procedimentos de investigação me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Aceito as vantagens que há da participação neste estudo. A possibilidade de não participar foi-me, também, explicada.

Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o mesmo, o desenrolar da investigação e os métodos utilizados.

Asseguram-me que os dados recolhidos são salvaguardados de acordo com os princípios da confidencialidade e no âmbito do Código Internacional de Ética dos Profissionais de Saúde Ocupacional e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, sem a minha permissão. Foi-me também assegurado que não será divulgada, em qualquer informação ou comunicação, a minha identidade pessoal.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento cessar a minha participação neste estudo, independentemente do momento. Compreendo, igualmente, que a escolha de participar ou não participar neste estudo é de minha livre vontade e que se eu decidir não tomar parte no mesmo, ser-me-á assegurado da mesma forma a continuidade, o acompanhamento, a acessibilidade aos Programas disponibilizados pelo Serviço de Saúde Ocupacional.

Assino a presente Declaração, sem quaisquer dúvidas e de livre vontade. _____ (assinatura)

Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, ____ de _____ de 2007

Serviço de Saúde Ocupacional

A presente investigação insere-se no âmbito da realização da Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Tem como objectivo Identificar as Representações dos Profissionais face aos Processos Comunicacionais usados no Programa de Promoção da Saúde Oral. A informação obtida permitir-nos-á avaliar, redefinir, reorientar, adequar e disponibilizar informação de acordo com os interesses individuais e colectivos, bem como melhorar a acessibilidade, a eficácia e a efectividade do programa de saúde oral através da utilização de processos comunicacionais adequados às necessidades expressas. Se decidir colaborar nesta investigação, pode cessar a sua participação em qualquer momento. Mais uma vez, pode estar seguro(a) que lhe será garantido e facilitado o acesso aos mesmos cuidados de saúde oral que o Serviço de Saúde Ocupacional lhe disponibiliza.

Este questionário tem como objectivo compreender as atitudes dos Profissionais de Saúde em relação a Programas de Promoção de Saúde Oral no contexto da Saúde Ocupacional. As respostas ao questionário são anónimas e confidenciais.

Responda o mais espontâneo e honestamente possível. Não existem respostas certas, nem erradas, o que conta é a sua opinião! Responda, por favor, assinalando .

Verifique se preencheu todos os itens.

Sexo M F

Categoria Profissional _____

Idade _____ Horário Fixo Turnos Fixo + 24h Isenção

Formação Escolar /Académica Do 1º ao 9º ano de escolaridade Do 10º ao 12º ano de escolaridade
 Bacharelato Licenciatura Pós-graduação ou Mestrado

Caracterização do Agregado Familiar Com filhos Sem filhos Profissional solitário
 Outras pessoas ao encargo Não se aplica

Estado Civil Solteiro Casado União de facto Viúvo Divorciado Separado

Participação no Programa de Saúde Oral Desde |__|__|__|__| ano

Motivo de Adesão ao Programa de Saúde Oral _____

1 - Costuma participar nas intervenções (consultas) que o Programa de Saúde Oral disponibiliza?

Nunca Sempre Ocasionalmente

Quais?

1.1 Higiene Oral (Promoção da Saúde e Prevenção)

a) O que valoriza mais nas consultas de Higiene Oral? _____

b) O que valoriza menos nas consultas de Higiene Oral? _____

1.2 Estomatologia (Tratamento Dentário)

a) O que valoriza mais nas consultas de Estomatologia? _____

b) O que valoriza menos nas consultas Estomatologia? _____

2 - Avalie a relevância do Programa de Saúde Oral no conjunto das actividades de Promoção de Saúde e Prevenção da Doença do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital de S. José:

Nada Relevante Pouco Relevante Moderadamente Relevante Relevante Muito Relevante

3 - Avalie o impacto dos cuidados de Saúde Oral que lhe disponibilizamos:

3.1 - Na Qualidade de Vida

Nada Importante Pouco Importante Moderadamente Importante Importante Muito Importante

3.2 - Na Saúde

Nada Importante Pouco Importante Moderadamente Importante Importante Muito Importante

3.3 - No seu Bem-estar

Nada Importante Pouco Importante Moderadamente Importante Importante Muito Importante

4 - Assinale o grau de relevância que atribui aos seguintes aspectos, nos cuidados de Saúde Oral que prestamos:

4.1 Atendimento personalizado	<input type="checkbox"/>	Nada Relevante	<input type="checkbox"/>	Pouco Relevante	<input type="checkbox"/>	Moderadamente Relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>	Muito Relevante
4.2 Não precisar de pedir favores	<input type="checkbox"/>	Nada Relevante	<input type="checkbox"/>	Pouco Relevante	<input type="checkbox"/>	Moderadamente Relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>	Muito Relevante
4.3 Não perder tempo	<input type="checkbox"/>	Nada Relevante	<input type="checkbox"/>	Pouco Relevante	<input type="checkbox"/>	Moderadamente Relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>	Muito Relevante
4.4 Evitar faltar ao trabalho	<input type="checkbox"/>	Nada Relevante	<input type="checkbox"/>	Pouco Relevante	<input type="checkbox"/>	Moderadamente Relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>	Muito Relevante
4.5 Não dispendir custos com os tratamentos dentários	<input type="checkbox"/>	Nada Relevante	<input type="checkbox"/>	Pouco Relevante	<input type="checkbox"/>	Moderadamente Relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>	Muito Relevante
4.6 Prevenir a perda de dentes e problemas gengivais	<input type="checkbox"/>	Nada Relevante	<input type="checkbox"/>	Pouco Relevante	<input type="checkbox"/>	Moderadamente Relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>	Muito Relevante
4.7 Conforto e comodidade do atendimento ser realizado no local de trabalho	<input type="checkbox"/>	Nada Relevante	<input type="checkbox"/>	Pouco Relevante	<input type="checkbox"/>	Moderadamente Relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>	Muito Relevante
4.8 Acesso a cuidados de saúde oral de qualidade	<input type="checkbox"/>	Nada Relevante	<input type="checkbox"/>	Pouco Relevante	<input type="checkbox"/>	Moderadamente Relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>	Muito Relevante

5 - Classifique as componentes da intervenção de Saúde Oral:

5.1 Acolhimento e recepção no Serviço de Saúde Ocupacional	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Bom	<input type="checkbox"/>	Muito Bom
5.2 Esclarecimento personalizado no Serviço de Saúde Ocupacional	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
5.3 Convocação personalizada para a vigilância periódica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa

6 - Classifique os componentes do atendimento do Programa de Saúde Oral:

6.1 Contacto telefónico	<input type="checkbox"/>	Nada Relevante	<input type="checkbox"/>	Pouco Relevante	<input type="checkbox"/>	Moderadamente Relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>	Muito Relevante
6.2 Explicações dadas verbalmente	<input type="checkbox"/>	Nada Relevante	<input type="checkbox"/>	Pouco Relevante	<input type="checkbox"/>	Moderadamente Relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>	Muito Relevante
6.3 Contacto pessoal	<input type="checkbox"/>	Nada Relevante	<input type="checkbox"/>	Pouco Relevante	<input type="checkbox"/>	Moderadamente Relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>	Muito Relevante
6.4 Atenção dispensada	<input type="checkbox"/>	Nada Relevante	<input type="checkbox"/>	Pouco Relevante	<input type="checkbox"/>	Moderadamente Relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>	Muito Relevante
6.5 Cortesia demonstrada	<input type="checkbox"/>	Nada Relevante	<input type="checkbox"/>	Pouco Relevante	<input type="checkbox"/>	Moderadamente Relevante	<input type="checkbox"/>	Relevante	<input type="checkbox"/>	Muito Relevante

7 - Classifique os seguintes aspectos relativamente à consulta de Higiene Oral:

7.1 Atendimento personalizado	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Bom	<input type="checkbox"/>	Muito Bom
7.2 Privacidade na consulta	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
7.3 Qualidade da prestação de cuidados	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
7.4 Disponibilidade	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
7.5 Atenção	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
7.6 Cortesia	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
7.7 Competência	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa

Dos aspectos referidos anteriormente quais o que valoriza mais? _____

8 - Classifique os seguintes aspectos relativamente à consulta de Estomatologia:

8.1 Atendimento personalizado	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Bom	<input type="checkbox"/>	Muito Bom
8.2 Privacidade na consulta	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
8.3 Qualidade da prestação de cuidados	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
8.4 Disponibilidade	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
8.5 Atenção	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
8.6 Cortesia	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
8.7 Competência	<input type="checkbox"/>	Não se aplica	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa

Dos aspectos referidos anteriormente quais o que valoriza mais? _____

9 - Costuma ser contactado pelo Programa de Saúde Oral do SSO?

Não Sim

Indique como:

- 9.1 Por carta personalizada
 9.2 Telefonicamente
 9.3 Pessoalmente
 9.4 Outro Qual? _____

10 - Já teve contacto com suportes informativos (Folhas Leia/ Cartas Personalizadas) enviados pelo Programa de Saúde Oral?

Não Sim

Se respondeu Não, passe directamente para a pergunta 11.

10.1 - Como teve contacto com esses suportes informativos?

10.2 - Gostaria de receber outro tipo de informações ou de suportes informativos?

Não Sim

Quais?

10.3 - Classifique os suportes informativos quanto à:

1. Qualidade do texto	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
2. Utilidade	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
3. Apresentação apelativa	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
4. Adequação	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
5. Clareza da informação	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
6. Pertinência dos temas	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Boa	<input type="checkbox"/>	Muito Boa
7. Conteúdo das folhas	<input type="checkbox"/>	Muito Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Suficiente	<input type="checkbox"/>	Bom	<input type="checkbox"/>	Muito Bom

10.4 - O que mudaria ou acrescentaria nos suportes informativos?

11 - Sabia que o Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, através do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital S. José e com a colaboração de profissionais especializados (Estomatologista e Higienista Oral), é a única Instituição Hospitalar que disponibiliza um Programa de Saúde Oral para os profissionais?

Não Sim

12 - Avalie globalmente a qualidade dos cuidados de Saúde Oral que prestamos:

Muito Insuficiente Insuficiente Suficiente Boa Muito Boa

13 - Considera a importância do Programa de Saúde Oral no contexto de Saúde Ocupacional:

Nada Importante Pouco Importante Moderadamente Importante Importante Muito Importante

14 - Considera-se informado(a) sobre os sinais de alerta e factores de risco relativamente:

14.1- À Cárie Dentária:

Nada Informado(a) Pouco Informado(a) Moderadamente Informado(a) Bem Informado (a) Muito Bem Informado(a)

14.2 - Às Doenças Gengivais

Nada Informado(a) Pouco Informado(a) Moderadamente Informado(a) Bem Informado (a) Muito Bem Informado(a)

15 - Considera o Programa de Saúde Oral em relação à importância para a sua saúde:

Nada Importante Pouco Importante Moderadamente Importante Importante Muito Importante

16 - Considera a acessibilidade às intervenções do Programa de Saúde Oral no seu local de trabalho:

Nada Importante Pouco Importante Moderadamente Importante Importante Muito Importante

17 - O Programa de Saúde Oral corresponde às suas expectativas?

Nada Pouco Moderadamente Muito Totalmente

18 - Qual o contributo que o Programa de Saúde Oral teve para a aquisição de hábitos diários favoráveis para a sua saúde oral e geral?

Nada Importante Pouco Importante Moderadamente Importante Importante Muito Importante

19 - Depois de aderir ao Programa de Saúde Oral, implementou alterações nos seus hábitos e estilos de vida diários?

Não Sim

Se sim, quais os hábitos que alterou?

20 - Considera o Programa de Saúde Oral em relação ao benefício obtido para a sua saúde:

Nada Importante Pouco Importante Moderadamente Importante Importante Muito Importante

21 - Considera que através da informação e conhecimentos transmitidos pelas acções do Programa de Saúde Oral possa contribuir para a melhoria e aquisição de hábitos e estilos de vida favoráveis das pessoas que o rodeiam (ex: familiares e colegas)?

Não Sim

22 - Faça os seus comentários e dê a sua opinião. Ajude-nos a melhorar!

_____, _____ 2007 **Obrigado pela sua colaboração!**

Há Coisas que temos de fazer todos os dias!!!

Como escovar?



Use uma escova adequada, de dureza média ou macia.



- Adapte os filamentos da escova entre o dente e a gengiva. Os filamentos devem estar em contacto tanto com a superfície dentária, como com a linha gengival.

- Escove suavemente a superfície externa de 2-3 dentes mais posteriores, usando movimentos vibratórios horizontais ou rotativos. Avance para o grupo de dentes seguinte e repita os movimentos.



- Segure a escova na vertical, ligeiramente inclinada, para limpeza da superfície interna dos dentes anteriores.

- Mantenha os filamentos em contacto com a superfície dos dentes e da linha gengival. Após toda a zona exterior estar escovada comece agora pela zona interior, utilizando os mesmos movimentos horizontais e rotativos.



- Por fim, coloque a escova sobre a superfície dentária de mastigação e execute movimentos horizontais para a frente e para trás. Escove também a língua de trás para a frente; ajuda a remover bactérias passíveis de provocar mau hálito.

Não deixe de 😊!