



*Universidade Nova de Lisboa*  
*Escola Nacional de Saúde Pública*

COMPARAÇÃO ENTRE SISTEMAS DE SAÚDE ORAL DE 8 PAÍSES DA  
UNIÃO EUROPEIA E INTERVENÇÕES POR ESTES DESENVOLVIDAS  
NO SEGUIMENTO DAS LINHAS DE ATUAÇÃO DEFINIDAS PELA  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE PARA O ANO 2020

VIII CURSO DE MESTRADO EM GESTÃO DA SAÚDE  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

2012/2014

DISCENTE: ANA MARGARIDA PRIMOR FIRMINO

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR PAULO BOTO

---

LISBOA, JULHO DE 2014



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

2012/2014



**COMPARAÇÃO ENTRE SISTEMAS DE SAÚDE ORAL DE 8  
PAÍSES DA UNIÃO EUROPEIA E INTERVENÇÕES POR ESTES  
DESENVOLVIDAS NO SEGUIMENTO DAS LINHAS DE  
ATUAÇÃO DEFINIDAS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE  
SAÚDE PARA O ANO 2020**

Trabalho de projeto submetido para obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde

Especialização em Gestão de Organizações de Saúde

VIII Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

**Orientador:**

Professor Doutor Paulo Boto

**Autor:**

Ana Margarida Primor Firmino

Lisboa, Julho de 2014

## AGRADECIMENTOS

Nas linhas que se seguem quero expressar o mais profundo e sincero agradecimento às pessoas que direta ou indiretamente permitiram a concretização deste trabalho.

À minha querida Alexandra, pela revisão e contribuição valiosa que conferiu a este trabalho, por toda a amabilidade e disponibilidade oferecida, pelo esforço e força de vontade, e acima de tudo, pela amizade.

Ao Célio, pela tradução, pela força e incentivo,  
e ao André Batista, pela disponibilidade, pela presença e a ambos, acima de tudo, pela *'To old friendships'*.

Ao André Roussado, por acreditar, pela amizade, pela ajuda, pelo apoio, pelo incentivo incondicional e por todas as respostas.

Ao Professor Doutor Paulo Boto, pelo esclarecimento de dúvidas, pelo empurrão, pela confiança e pela orientação.

À Dra. Maria Manuela Santos, pela simpatia e pela disposição em ajudar, sempre que lhe recorri.

Ao Ivan, pela paciência, pelas constantes palavras de incentivo, pela força e por acreditar.

## RESUMO

Hoje, facilmente se poderá constatar que as doenças orais possuem uma expressiva influência perante a saúde geral, não apenas pela presença da condição por si só, mas também a nível pessoal, social e económico. O seu reflexo traduz-se em parte, no absentismo escolar e laboral, diminuição considerável de produtividade e eficiência, falta de atenção e objetividade. Pelo que é então considerado, um grave problema de saúde pública, afetando de forma mais expressiva, grupos socioeconomicamente desfavorecidos.

O acompanhamento e análise do desenvolvimento de iniciativas internacionais, no que ao seguimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde diz respeito, poderá ser um ótimo benefício e impulso para a identificação e aplicação de novos planos de ação.

O presente projeto, pretendeu contribuir para a identificação de duas propostas de intervenção em saúde oral ajustadas ao alcance das recomendações da OMS que simultaneamente possam sejam proveitosas para a resolução dos problemas de saúde oral nacionais.

Foi realizado um estudo observacional, descritivo e retrospectivo onde foram recolhidos dados acerca de 8 Sistemas de Saúde Oral europeus, previamente selecionados segundo critérios específicos, e iniciativas de saúde oral por eles desenvolvidas. Por fim, foram eleitas duas iniciativas de interesse, possíveis de aplicação futura.

Os resultados do estudo apontam para a existência de diferentes iniciativas, enquadradas com as recomendações da OMS. De entre as mesmas, destaca-se uma implementada em 2009, na Suécia, que estando essencialmente assente num acessível subsídio anual fixo pago por cada indivíduo adulto, procura fundamentalmente preservar os esforços de prevenção aplicados nas últimas décadas.

**Palavras-chave:** Recomendações de Saúde Oral; Sistema de Saúde Oral; Intervenções em Saúde Oral; Saúde Oral e Qualidade de Vida; Impacto das Doenças Orais

## ABSTRACT

Today, you can easily find that oral diseases have a significant influence on general health, not only for the presence of the condition by itself, but also at personal, social and economic level. Its reflection is translated in part within school and work absenteeism, considerable loss of productivity and efficiency, lack of attention and objectivity. Therefore it is then considered to be a serious public health problem that affects, more significantly, socioeconomically disadvantaged groups.

The monitoring and analysis of the development of international initiatives, in line with the recommendations of the World Health Organization, may be an optimal benefit and a boost for the identification and implementation of new action plans.

This project sought to contribute to the identification of two intervention proposals in oral health adjusted to reach the WHO recommendations that may be useful for simultaneously solve the problems of national oral health.

An observational, descriptive and retrospective study in which a data of about 8 Oral Healthcare Systems Europe, previously selected according to specific criteria, were collected, and initiatives developed by these oral health was conducted. Finally, two initiatives of interest, with potential for future application were elected.

The results of the study indicate the existence of different initiatives, framed by WHO recommendations. In between them, there is an interface implemented in 2009, in Sweden, which stands on and it is mainly based on a low fixed annual subsidies paid by each individual adult, seeking primarily to preserve the prevention efforts that were implemented over the past decades.

**Key-words:** Recommendations for Oral Health; Oral Health System; Interventions in Oral Healthcare; Oral Healthcare and Quality of Life; Impact of Oral Diseases

## SUMÁRIO

Índice de Anexos.....	vii
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Quadros.....	viii
Lista de Siglas e Acrónimos.....	ix
Lista de Abreviaturas.....	x
I – INTRODUÇÃO .....	1
1.1 Enquadramento .....	1
1.2 Organização da Tese .....	4
II - REVISÃO DA LITERATURA .....	7
2.1 Conceito de Saúde .....	7
2.1.1 Conceito de Saúde Oral .....	7
2.2.2 Determinantes da Saúde Oral .....	8
2.2 Prevalência das Doenças Orais .....	9
2.3 Saúde Oral como uma Necessidade.....	13
2.3.1 Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida .....	14
2.3.2 Impacto Económico da Saúde Oral .....	15
2.3.3 A Importância da Prevenção.....	17
2.4 Acesso aos Cuidados de Saúde Oral.....	18
2.5 Recursos.....	23
2.5.1 Recursos Humanos em Saúde Oral .....	23
2.5.2 Recursos Materiais em Saúde Oral.....	26
2.6 Planeamento em Saúde .....	27
2.6.1 Planeamento em Saúde Oral.....	28
2.6.2 Linhas de Atuação e Objetivos definidos pela OMS para 2020.....	30
2.6.3 Programas de Saúde Oral Desenvolvidos em Portugal .....	31
2.7 Orçamento Alocado à Saúde Oral.....	35

III - METODOLOGIA .....	37
3.1 Definição da Problemática.....	37
3.2 Objetivos do Estudo.....	38
3.3 Desenho do Estudo .....	39
3.4 Definição e Operacionalização das Variáveis.....	44
3.5 Operacionalização dos Procedimentos .....	44
IV – RESULTADOS .....	46
4.1 Descrição dos Sistemas de Saúde Geral e Saúde Oral.....	46
4.2 Apresentação de Dados Recolhidos.....	58
4.2 Descrição das Intervenções de Saúde Oral Adotadas pelos Países em Estudo	65
V – DISCUSSÃO .....	75
5.1 Discussão Metodológica .....	75
5.2 Discussão dos Resultados .....	77
VI – CONCLUSÃO .....	82
6.1 Considerações Finais .....	82
6.2 Linhas de Investigação Futura .....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	87
ANEXOS .....	100

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - Representação esquemática da estratégia de planeamento em saúde.....	101
ANEXO II - Determinantes sociais e características de acesso aos cuidados de saúde.....	102
ANEXO III - Principais determinantes da saúde, modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).....	103

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de organização estrutural do estudo .....	4
Figura 2 - Número de habitantes por país, no ano 2010.....	46
Figura 3 - Recursos Humanos (Médicos Dentistas), por país. ....	58
Figura 4- Recursos Humanos (outros profissionais de saúde oral), por país .....	59
Figura 5 - Razão população/Médicos Dentistas, por país, no ano 2010.....	60
Figura 6 - Distribuição dos profissionais pelo setor público e privado por país. ....	60
Figura 7 - Despesas em saúde geral e saúde oral, por país, no ano 2010.....	61
Figura 8 – Proporção da despesa privada em saúde oral, por país, em diferentes anos (2004-2008). ....	62
Figura 9 - Evolução da média de CPOD, aos 12 anos de idade, por país, em intervalos de tempo. ....	63
Figura 10 - Proporção de crianças, aos 12 anos de idade, com e sem cárie dentária, por país, no ano 2010. ....	63
Figura 11 - Proporção de indivíduos, com 65 ou mais anos, desdentados, por país, no ano 2010 (excepto Portugal, com dados de 2001). ....	64
Figura 12 - Percentagem de indivíduos que visitou um dentista no último ano, por país. ....	65

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Registos fatuais sobre as doenças orais .....	10
Quadro 2 - Dimensões que influenciam acesso adequado aos serviços de saúde .....	18
Quadro 3 - Previsão de despesa em saúde oral, para Portugal, nos próximos anos .....	36
Quadro 4 - Caracterização do sistema de saúde geral e saúde oral e tipo de financiamento, por país.....	47
Quadro 5 - Identificação das linhas de atuação, em saúde oral, definidas pela OMS, seguidas pelos países em estudo.....	73

## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CDS – *Community Dental Services*

CDSS – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

cpod – Dentes Decíduos Cariados, Perdidos e Obturados

CPOD – Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados

DGS – Direcção Geral de Saúde

FDI – Federação Dentária Internacional

FMD – Faculdade de Medicina Dentária

HIV/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSM – Hospital de Santa Maria

IADR – *International Association for Dental Research*

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISAVE – Instituto de Saúde do Alto Ave

NHS – *National health Insurance*

NHS – *National Health System*

NIH – *National Institutes of health*

NMT – *Dutch Dental Association*

OCDE – *Organization for Economic Co-Operation and Development*

OM – Ordem dos Médicos; OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

CECDO – *Council of European Chief Dental Officers*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

*PCT's – Primary Care Trust's*

PIB – Produto Interno Bruto

PNPSO – Programa nacional de Promoção da Saúde Oral

SHI – *Statutory Health Insurance*

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UE – União Europeia

VIH – *Voluntary Health Insurance*

WHO – *World Health Organization*

## LISTA DE ABREVIATURAS

cit. – Citado por

séc. - Século

et al. – e outros

Consult. – Consultado

f. – folhas

http – *hypertext transfer protocol*

n.º – número

p. – página(s)

PL – Projeto Lei

## I – INTRODUÇÃO

### 1.1 Enquadramento

As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos primordiais problemas de saúde da população infantil e juvenil. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde consideravelmente relevantes (DGS, 2005).

Hoje, é considerado fundamental lidar com os principais fatores de risco e determinantes da saúde, obtendo assim, um ponto de partida não tão e somente para redução eficaz do peso da doença, como simultaneamente, para a obtenção de ferramentas indispensáveis à promoção da saúde da população em geral e conseqüentemente ao próprio empoderamento e capacitação dos indivíduos atempada prevenção e eficiente manutenção da sua saúde oral. Presentemente, a saúde oral não pode ser examinada como uma entidade independente da saúde geral, pelo que nenhum indivíduo pode ser considerado totalmente salutar, enquanto apresentar evidências de doenças na sua cavidade oral, contudo, segundo a (OMD, 2010), esta é ainda uma realidade manifestamente ignorada, pelo que importa realçar, evidentemente, a importância da saúde oral como parte integrante da saúde geral.

Segundo a FDI (2014), 90% da população mundial padece de algum tipo de doença oral, durante a sua vida, desde cárie dentária, doença periodontal, perda dentária, até cancro oral, inclusive.

No que se refere às doenças orais estas estão presentes em todo tipo de populações, de todas as culturas, faixas etárias e classes sociais, apesar de se verificar consideráveis divergências, sobretudo, em função da idade e status socioeconómico. Em suma, indivíduos com rendimentos significativamente mais altos, possuem claramente melhores condições de acesso a cuidados de saúde oral, do que indivíduos com mais baixos rendimentos, e tendencialmente na medida em que a idade vai aumentando, ampliam-se as probabilidades de se desenvolverem estados de saúde oral mais precários. Não obstante, associados a frágeis estados de saúde oral podemos enumerar alguns problemas de cariz pessoal, social e económico, traduzidos sim, para falta de atenção e objetividade, absentismo escolar e laboral, e diminuição da produtividade e eficiência, entre outros.

Patel (2012), garante que o impacto das doenças orais não afeta apenas a nossa qualidade de vida e saúde geral, de forma individual, provocando dor, desconforto e agravamento de outras

patologias, como também, toda uma sociedade e sistemas de saúde devido aos custos económicos inerentes.

Em Portugal, existem incomensuráveis problemas de saúde oral que atingem desmedida parte da população nacional, refletindo-se à posteriori, na saúde em geral, qualidade de vida e consequentemente, como já verificámos, na produtividade e desempenho dos indivíduos. Contudo, apesar das doenças orais e suas consequências também se apresentarem em populações de outros países, alguns apresentam estados de saúde oral mais desejáveis. Assim sendo, é possível averiguar que, apesar de a nível internacional existirem similares e divergentes sistemas de saúde, assentes em diversos métodos de financiamento, existem também, intervenções e programas de saúde oral muito competentes, que poderão ser a origem de estados de saúde indiscutivelmente mais positivos.

Muitos têm sido os intentos em Portugal, por parte de várias entidades, para o desenvolvimento e implementação de novos programas de saúde oral, com propósito de simplesmente darem resposta às necessidades básicas da população. No entanto, nas últimas décadas, acrescem os equívocos e fracassos nas políticas de saúde oral, não conseguindo alcançar as respostas e os resultados pretendidos. Aqui, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tão pouco tem sido bem sucedido, por não possuir uma estratégia sustentada e eficaz que contemple toda a população, quer na oferta de completos serviços de saúde oral públicos, como na conceção e oferta de condições de acesso a todos os cidadãos.

Verificamos que, o método curativo das doenças orais, tem vindo a revelar-se cada vez mais dispendioso, face ao método preventivo. Segundo Patel (2012), existem estudos que demonstram que a cavidade oral é a parte do corpo onde a intervenção de tratamento é mais dispendiosa, excedendo mesmo os tratamentos de cancro, problemas cardíacos, enfartes, demências. Existe inclusive, uma forte evidência, de que os benefícios da prevenção da cárie dentária excedem largamente os custos de tratamento.

Refira-se ainda, que é evidente a significativa redução da prevalência de doenças orais nos países da Dinamarca e Suécia, que investiram ativamente na prestação de serviços preventivos de saúde oral. (Patel, 2012)

Podemos considerar que de um modo geral, as intervenções e programas de saúde oral implementados no nosso país, têm vindo a incluir cada vez mais grupos de população, considerados prioritários, possibilitando alcançar com o presente, significativas melhoras de condições. Porém, apesar de todos os esforços, estes programas não são tão amplos quanto o desejável, e a oferta de serviços públicos é efetivamente reduzida, refletindo-se no incremento

de graves problemas de saúde oral na população adulta. Tendencialmente esta situação mais se agrava, com o preocupante facto de não existirem registos e estudos significativos, de problemas de saúde oral. Situação esta verificada em todos os escalões da população portuguesa, à exceção de alguns em idade escolar.

Desde o ano 2000, que novas linhas de atuação foram definidas, assim como novos objetivos traçados pela OMS para o ano 2020. De acordo com o artigo, *Global goals for oral health 2020*, as recomendações vão desde: a redução das taxas de mortalidade e morbilidade associadas a este tipo de doenças, à focalização em grupos preferentemente vulneráveis, à coordenação de intervenções em saúde oral com outro tipo de programas prioritários, incentivo à prevenção e melhoria das condições de acesso a serviços de saúde oral e à implementação de programas de flúor, uma maior responsabilização por parte dos prestadores e população em geral, à redução de desigualdades entre os existentes grupos socioeconómicos, ao desenvolvimento de métodos, sistemas de avaliação de processos e resultados em saúde oral, ampliar a recolha de dados epidemiológicos, e por último, a um maior controlo dos determinantes de saúde oral, através acentuada atuação sobre os fatores de risco comuns e modificáveis, bem como, na contribuição para a capacitação dos indivíduos em matéria de saúde oral. (Hobdell; *et al.*, 2003 )

Atendendo tratar-se de uma área sensível e significativamente relevante para a saúde pública face ao impacto gerado a nível individual e à sociedade em geral, maior atenção e investimento deverão ser dados à saúde oral, no sentido de combater e controlar esta gaviosa situação proliferadora de diversos problemas.

Neste sentido, o objeto de interesse neste estudo, está assente ao acompanhamento das intervenções de saúde oral implementadas por outros sistemas de saúde europeus, no que ao seguimento das recomendações da OMS para 2020 diz respeito.

Torna-se consideravelmente necessário, mas sobretudo perentório, aprofundar o conhecimento nesse eixo, na medida que seja exequível, fazer uma comparação pormenorizada das intervenções adotadas em contexto internacional, face às aplicadas no nosso país, seguidas de escolha de uma/duas intervenções/iciativas que possam vir a ser consideradas eficazes no sistema de saúde português.

Neste contexto, o presente estudo pretende testar o pressuposto da existência de intervenções de saúde oral relacionadas com as linhas de atuação, definidas pela OMS, face às implementadas em Portugal. Sendo ainda objeto, funcionar como instrumento de análise

comparativa, desencadeadora de novas metodologias e soluções. Defendo ainda que proporcionaria o favorecimento de toda a população, possibilitando-a de usufruir de acesso a serviços de saúde oral, quer preventivos quer curativos, disponibilizando assim, o acesso a melhores condições de saúde oral.

Para tal, e de início serão recolhidos e apresentados dados sobre os vários tipos de sistemas de saúde existentes e respetivos método de financiamento, sob a forma de uma breve descrição dos mesmos. Serão igualmente apresentados resultados de saúde oral ao nível da prevalência de doenças orais, mediante a média do índice CPOD em crianças com 12 anos de idade, proporção de crianças com 12 anos livres de cáries, e proporção de desdentados totais, em adultos com 65 anos ou mais, como indicadores de saúde oral das populações. Por fim, proceder-se-á à análise das intervenções de saúde oral, adotadas pelos países presentemente seleccionados para o estudo.

Em suma, o proposto estudo afigura-se significativamente pertinente, pela viva evidência, de não serem ainda conhecidos estudos relativos ao seguimento das linhas de atuação estabelecidas pela OMS, e pela oportuna possibilidade da existência de eventuais intervenções de interesse, que possam revelar-se de todo proveitosas e com uma aplicação notoriamente viável, num futuro próximo.

## 1.2 Organização da Tese

O presente estudo está enquadrado no modelo delineado pela figura 1, pelo que se encontra organizado em seis capítulos: Introdução, Revisão de literatura, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão.



FIGURA 1 - MODELO DE ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DO ESTUDO

No segundo capítulo, fruto da revisão de literatura, serão abordados conceitos e temas relacionados com a saúde oral e doenças orais, em jeito de enquadramento teórico. Este capítulo encontra-se subdividido em sete partes pelo que, na primeira e como início, será efetuada uma descrição dos conceitos de ‘saúde’, ‘saúde oral’ e ‘determinantes de saúde oral’.

Segue-se a segunda parte, dedicada esta à inconformante prevalência das doenças orais, tanto a nível global como nacional, no que à prevalência de cárie dentária, perda dentária e cancro oral diz respeito.

À posteriori, o tema abordado prender-se-á com a urgente necessidade de saúde oral, pelo que nesta terceira parte será revelado o impacto da saúde oral, na qualidade de vida e economia, sendo ainda realçada, a relevância da prevenção das doenças orais.

A quarta parte, irá analisar o acesso aos cuidados de saúde oral, quer no mundo, como em Portugal.

Ainda no segundo capítulo, já na quinta parte do mesmo, serão abordados os recursos humanos e materiais em saúde oral, onde serão inclusivamente descritas as funções dos recursos humanos utilizados (Médicos Dentistas, Médicos Estomatologistas, Higienistas e Odontologistas).

Numa penúltima parte, será expressa a importância e necessidade de planeamento em saúde, bem como, em saúde oral. Aqui serão também descritas as linhas de atuação e objetivos definidos pela OMS para o ano 2020, pelo que em paralelismo, será também compreendida uma breve exposição cronológica dos programas e intervenções de saúde oral, implementadas em Portugal até ao presente.

Por fim, na última parte da revisão bibliográfica, serão referenciados alguns orçamentos, alocados à saúde oral e sua origem. Neste caso, serão relatados orçamentos de alguns países, originários de várias partes do mundo, dos quais foi possível obter informações.

No terceiro capítulo, na Metodologia, apresentar-se-á uma definição da problemática e descrição do objetivo de estudo, assim como, o delineamento do estudo, e operacionalização de variáveis e procedimentos, onde claramente será exposto o método de recolha e tratamento de dados.

Em continuidade, no quarto capítulo, será realizada uma apresentação dos resultados do estudo, com uma descrição dos vários sistemas de saúde oral em pesquisa, apresentação de

dados epidemiológicos recolhidos, e descrição das intervenções de saúde oral adotadas pelos países em observação.

Imediatamente, na discussão correspondente ao penúltimo capítulo, serão debatidas as escolhas metodológicas efetuadas e os resultados obtidos, e por fim, no último capítulo serão apontadas algumas considerações finais e linhas de investigação futuras

## II - REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Conceito de Saúde

O termo saúde é um conceito amplamente relacionado com a natureza do ser humano. Desde a origem da civilização humana passando pela sua evolução, até aos dias de hoje, pleno séc. XXI, a história da saúde tem sofrido inúmeras aceções e desde então diferentes conceitos têm surgido, variando sobretudo entre culturas e crenças religiosas e mais recentemente segundo a formação das sociedades modernas, dos seus avanços tecnológicos e recursos científicos disponíveis. (Lacerda, 2005) Sendo um conceito que outrora significava ausência de doença, com o avançar do tempo, prontamente se entendeu, que o não apresentar uma doença física evidente não era sinónimo de saúde. Gradualmente o conceito foi sendo ampliado, contemplando não só a dimensão física, como também, as dimensões: emocional, mental, social e espiritual do ser humano. Vejamos, atualmente o conceito de saúde é bastante complexo e dinâmico, uma vez que, está dependente do equilíbrio entre as várias dimensões que integram o ser humano. Portanto, desde 1948 perante a Constituição da Organização Mundial de Saúde até ao presente, a definição mais disseminada é a defendida por esta mesma organização, onde a saúde é então descrita como “ um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (WHO, 2006).

Importa ainda lembrar que, qualquer cidadão português tem o “direito à saúde” não fosse um direito presente na Constituição do nosso país enquanto República, sendo este direito usufruído através de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito. Tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, compete ao Estado disponibilizar a prestação de todo o tipo de cuidados de saúde, bem como, garantir o acesso a todos os cidadãos a cuidados de medicina preventiva, curativa e reabilitação, independentemente da sua particular condição económica. (CRP artº 64, 2005)

#### 2.1.1 Conceito de Saúde Oral

No que diz respeito à saúde oral, esta não pode ser tida como uma entidade autónoma da saúde geral. Sabendo que, as doenças orais de carácter infeccioso, podem ser responsáveis, pela origem de grandes focos de disseminação de bactérias em todo o organismo, podem afetar em muito a saúde geral de cada um. (WHO, 2010)

Considerando que, os efeitos das doenças orais, não estão somente limitados à cavidade oral, a saúde oral, é muito mais que possuir uma dentição completa, e está intimamente relacionada com a saúde em geral de cada indivíduo.

De acordo com a *fact sheet* nº318 da OMS – Saúde Oral – a qualidade de vida e a saúde geral estão interrelacionadas com a saúde oral, sendo esta última, fundamental para o alcance das primeiras. (WHO, 2012)

Perante tais afirmações, podemos assegurar que o conceito de saúde oral é sustentado pela ausência de qualquer tipo de doença oral, seja ela, dor facial, cancro da garganta e/ou boca, de infeções orais, periodontais ou úlceras, cáries, perda dentária, entre outro género de doenças e/ou distúrbios que possam afetar e limitar as capacidades funcionais (morder, mastigar, sorrir e falar) e o bem-estar psicossocial de um indivíduo (WHO, 2012), pelo que, ninguém pode ser considerado plenamente sadio, se possuir alguma doença na sua cavidade oral. (WHO, 2012)

Portanto, e segundo a Direção Geral de Saúde (2008), a saúde oral é uma “parte integrante da saúde em geral”, todavia, este conceito deve estar incluído em circunstâncias mais abrangentes uma vez que, tanto comportamentos individuais como coletivos do ser humano, expressam uma carga considerável sobre a qualidade de vida da população.

### 2.2.2 Determinantes da Saúde Oral

Atualmente, sabe-se que é necessário ter em atenção os principais determinantes da saúde, só desta forma se poderá garantir a redução da carga de doença, bem como, a promoção da saúde de uma população em geral.

Existem vários determinantes sociais da saúde, que podem ser categorizados da seguinte forma (*vide Anexo I*): comportamento de cariz pessoal e estilo de vida, influência da/na comunidade, condições de vida/trabalho, acesso aos serviços de saúde, condição socioeconómica, cultural e ambiental. (Exworthy, 2008)

Portanto, as condições em que os seres humanos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde que dispõem, em tudo são responsáveis pela determinação social da saúde. (Sen, 1999; Marmot, 2004, cit. por CDSS, 2010).

Em suma, vistos como um todo, os fatores organizacionais e as circunstâncias de vida diárias além de estabelecerem os determinantes sociais da saúde, são igualmente responsáveis pela generalidade das desigualdades existentes na saúde de cada país e entre países. (CDSS, 2010) Segundo esta sucessão de ideias, torna-se substancialmente necessário, identificar e avaliar os determinantes de saúde, que de alguma forma possam influenciar a saúde oral, e concludentemente a qualidade de vida dos indivíduos. Seguidamente, o seu conhecimento verifica-se decisivo e de maior importância aquando se pretendem estabelecer políticas de

promoção de saúde, e uma redução do risco de doenças, não desprezando contudo, a equidade de acesso. (DGS, 2008)

Neste contexto, a partir da identificação de agentes que influenciam a saúde oral, podem distinguir-se alguns determinantes com maior relevância. Assim, podemos reconhecer, de uma forma geral, os seguintes e nocivos: hábitos alimentares (dieta insalubre, ingestão excessiva de açúcares, consumo de tabaco, consumo excessivo de álcool) (FDI, 2013), maus hábitos de higiene oral (associados a diferentes perfis de risco, culturas e estilos de vida distintos), deficientes condições de vida e meio ambiente (associado a diferentes fatores socioeconómicos e ambientais), administração de fluoretos, e o próprio sistema de saúde, inclusivé (associado a iniquidades de acesso aos serviços e produtos de saúde oral). (FDI, 2013)

De acordo com Furtado e Pereira (2010) (*vide Anexo II*), foi possível apurar um resumo geral de determinantes sociais e características de acesso que poderão estar na origem de iniquidades em saúde.

Em concordância com os autores é possível comprovar que, por todo o mundo e em distintos gradientes, existe uma forte relação, entre a saúde oral e os fatores socioeconómicos onde, indivíduos de estatuto socioeconómico mais baixo apresentam condições de saúde oral bem mais desfavoráveis. (Furtado e Pereira, 2010) Porém, existem diferenças de perceção entre países, pelo que se valida que, para além das divergências individuais, existem mesmo países, onde não existem expressivos hábitos de higiene oral ou até mesmo, onde os serviços e produtos de saúde oral, não se encontram devidamente disponíveis, dando origem a diferentes perceções de problemas de saúde geral e saúde oral. (FDI, 2013)

Em síntese, embora os fatores genéticos e biológicos desempenhem um papel importante na vulnerabilidade de um indivíduo e em grupos de população, a influência da cultura, ambiente, *status* socioeconómico, e ignorância em matéria dos serviços disponíveis, hábitos, comportamentos e distintos estilos de vida, podem ser bem mais consideráveis. (FDI, 2013)

## 2.2 Prevalência das Doenças Orais

A cárie dentária e a doença periodontal são as infeções mais comuns, que afetam os tecidos da cavidade oral. Estas infeções, estando integralmente correlacionadas com fatores socioeconómicos, influenciam não só, o acesso aos cuidados profissionais de saúde oral, como também, o acesso a informação através de programas preventivos.

De acordo com dados da FDI para o Dia Mundial da Saúde Oral de 2014 e de uma forma sintetizada, os registos factuais sobre as doenças orais, são os seguintes (*quadro 1*):

QUADRO 1 – REGISTOS FATUAIS SOBRE AS DOENÇAS ORAIS

Cerca de 90% da população mundial, em todo o seu ciclo de vida tende a sofrer de algum tipo de doença oral, tal como, cárie dentária, doença periodontal ou cancro oral.

No mundo inteiro e especialmente nas crianças em idade escolar, 60 a 90 % têm cárie dentária.

Indicadores evidenciam que o cancro oral, na maioria dos países, apresenta uma incidência entre 1 a 10 casos em cada 100 mil habitantes. Saliente-se o facto de que este tipo de cancro, é efetivamente o mais caro de tratar e está na 8ª posição, na lista de cancros mais comuns.

Verifica-se uma maior susceptibilidade de desenvolvimento de cancro oral aquando, se consome álcool e tabaco, em simultâneo (principais factores de risco).

O elevado consumo de teor de açúcares, é certamente o principal fator de risco da cárie dentária.

Ainda que, na maioria dos países desenvolvidos, o peso das doenças orais tenha vindo a decrescer, os problemas gengivais e periodontais continuam a verificar-se muito comuns, sobretudo em indivíduos de maior idade.

O tabaco, enquanto fator de risco, é responsável por aproximadamente metade das doenças periodontais, diretamente associadas a diversos problemas de saúde, tais como: diabetes, doença cardíaca, parto pré-termo, baixo peso à nascença, entre outros.

Fonte: (FDI, 2014)

A atuação com incidência na prevenção, através de uma correta e adequada higiene oral diária e de cuidados de saúde primários, é fortemente recomendada pelos profissionais desta área, sabendo pois que este tipo de atuação, impede o desenvolvimento e/ou progressão de patologias orais, como as já referidas anteriormente.

Sabe-se que, a doença periodontal e a cárie dentária são estados possíveis de reverter enquanto se encontram numa primeira fase de desenvolvimento, embora numa fase mais avançada, os danos causados se apresentarem irreversíveis, afetando as estruturas da cavidade oral. Nesta última fase serão sempre indispensáveis ações e tratamentos mais rigorosos e dispendiosos a partir de cuidados secundários e terciários.

As doenças orais mais comuns e de elevada prevalência afetam a população mundial de uma forma geral, expressas essencialmente em grupos de risco, como por exemplo, é o caso das

crianças, idosos, grupos economicamente desfavorecidos, doentes imunológicos e diabéticos, traduzindo-se cada vez mais, num problema de saúde pública.

Na Europa, a cárie dentária afeta maioritariamente grupos populacionais da Europa Ocidental, economicamente desfavorecidos, pertencentes aos estados membros da União Europeia, apesar de se verificar, em simultâneo, um decréscimo da mesma. A doença periodontal afeta uma larga maioria da população idosa, com idades entre os 60-65 anos, em que a prevalência é de 70-85%. (Patel, 2012)

De um aforma global, estima-se que cerca de 50% da população europeia apresente algum tipo de doença periodontal e que mais de 10% sofra de doença periodontal severa. O 8º cancro mais comum em todo mundo é o cancro oral e na U.E., os cancros, labial e oral, posicionam-se em 12º na lista de cancros mais comuns em homens. (Patel, 2012)

### *Em Portugal*

Até hoje, a Direção Geral de Saúde promoveu dois estudos nacionais cujo objetivo passava pela avaliação do estado de saúde oral a nível nacional, de forma mais ampla:

- ❖ Estudo nacional de prevalência de cárie dentária na população escolarizada - 1999/2000.
- ❖ Estudo nacional da prevalência das doenças orais – 2005/2006.

Interessa evidenciar, que no segundo estudo, alusivo aos anos 2005/2006, para além do objetivo comum ao primeiro estudo, aquando à avaliação da prevalência de cárie dentária, o campo de avaliação foi amplificado não só dizendo respeito às doenças periodontais, bem como, à fluorose e seus determinantes, particularmente os relacionados com os hábitos alimentares e de higiene oral. (DGS, 2008)

Seguidas as recomendações da OMS, relativamente à recolha de dados, por forma a possibilitar a comparação da realidade portuguesa, face às metas estabelecidas a nível internacional. O estudo focou-se em crianças com idades de 6,12 e 15 anos, resultando numa amostra representativa da população portuguesa, para as idades em objeto. (DGS, 2008)

Em concordância com o último Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais, realizado a nível escolar durante o ano letivo 2005/06, publicado em 2008, a cárie dentária e a doença periodontal, são efetivamente as doenças orais com maior prevalência na infância e adolescência. Estas doenças continuam a afetar sucessivamente inúmeros jovens, apesar das melhorias observadas até ao presente. Segundo este mesmo estudo, a percentagem de crianças com 6, 12 e 15 anos de idade, que sofriam ou sofreram de cárie dentária, era de 50%, 56% e 72%, respetivamente. (DGS, 2008)

A prevalência de cárie dentária em dentes decíduos, variava entre os grupos etários e regiões, onde para crianças com 6 anos de idade, a região da Madeira apresentava a maior incidência de cárie dentária (cpod<sup>1</sup> de 3,61), já na dentição permanente a prevalência era substancialmente maior na região dos Açores (CPOD<sup>2</sup> de 0,24), com aproximadamente o triplo da média nacional (CPOD de 0,07). (DGS, 2008)

Os dados deste estudo permitiram verificar que, dos jovens do grupo etário dos 12 anos de idade, 50% tinham já tido uma experiência de cárie dentária pelo que, foi ainda possível determinar que na metade dos jovens observados, 51% dos dentes encontravam-se cariados, 5% foram perdidos devido a cáries, e 44% estavam já tratados. (DGS, 2008)

Por outro lado, em jovens da faixa etária dos 15 anos de idade, a média nacional de CPOD era de 3,04, sendo que a região de Lisboa e Vale do Tejo a zona com menor prevalência (CPOD de 1,8) e por sua vez, a Madeira a área que apresentou a maior prevalência (CPOD de 4,08) de cárie dentária. (DGS, 2008)

Na prossecução do estudo exposto anteriormente, aplicado a jovens da amostra, dos grupos etários de 12 e 15 anos de idade, em anuência com os dados alusivos à doença periodontal, foi possível determinar que, a sua prevalência aos 12 e 15 anos de idade era de 70% e 80%, respetivamente. (DGS, 2008)

Em conformidade com os dados obtidos, a região do Algarve ostenta a maior percentagem de jovens (grupo etário dos 12 anos de idade) com gengivas saudáveis (57%), não obstante, já as regiões do Norte, Alentejo e Madeira apresentam nitidamente os piores resultados de saúde gengival, com 0% e 19%. Na região Centro verificou-se a menor prevalência (52%) aos 15 anos de idade, porém, os Açores e a Madeira alcançam a maior prevalência com 84% e 68%, respetivamente. (DGS, 2008) Em síntese, e de modo geral, aumentam as probabilidades de se desenvolverem doenças orais com o avançar da idade, dando lugar a uma gradual tendência para se fazer acompanhar esta predominância no tempo, tornando-se uma ocorrência cada vez mais frequente e de elevado índice.

Ainda, o Ministro da Saúde em discurso na Conferência “dentes saudáveis, vida saudável” no Dia Mundial da Saúde Oral (2013) destaca que, entre os anos 2000 e 2012 os episódios de doenças orais, em crianças com 6 anos de idade tem vindo a decrescer substancialmente. Evidência esta, em que o “número de crianças (...) livres de cáries quase duplicou, passando de 33% para 60%”, realçando ainda que Portugal tem vindo a alcançar ganhos significativos

---

<sup>1</sup> Cpod - corresponde à média de dentes cariados (c), perdidos (p) e obturados (o) na dentição decídua (d)

<sup>2</sup> CPOD - corresponde à média de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O) na dentição definitiva (D)

nesta área. (Macedo, 2013) A título de exemplo, indica ainda, que a meta de CPOD da OMS para 2020, dirigida a jovens de 12 anos de idade é de 1,5, em correspondência, a média portuguesa para o mesmo grupo etário era de 0,77 (que diminuiu de 2,95, em 2000, para 1,48 em 2005), no ano 2012,. (Macedo, 2013)

A partir destes dados, é de considerar que, para este objetivo específico, Portugal está a aplicar esforços favoráveis, no sentido de contribuir para um melhor estado de saúde oral da população, porém muito ainda há a fazer.

No que respeita população adulta portuguesa, não existem valores representativos relativamente, comparativamente à presença de cáries nesta faixa etária da população (dos 19 - 65anos de idade). Sem embargo, a partir de resultados de 2002, foi possível determinar a incidência de cancro oral, o que afeta, 13,4 por cada 100 mil habitantes para o sexo masculino e 2,5 habitantes por cada 100 mil para o sexo feminino. (Beaglehole; *et al.*, 2009)

### 2.3 Saúde Oral como uma Necessidade

As doenças orais constituem um importante problema de saúde pública, não apenas pela sua elevada prevalência, mas também, em função dos danos infligidos aos indivíduos, e à sociedade em geral. (DGS, 2005)

Atualmente, certifica-se que um indivíduo detentor de uma saúde oral deficitária, pode vir a suportar consideráveis consequências a nível pessoal, social e económico. Este tipo de posições poderão variar, segundo o país, zonas geográficas do país, inclusive, através também de variações da posição social assumida, condições médicas acedidas, estatuto de cargo profissional, e situações económicas e pessoais que influenciam a saúde de cada um de nós em particular.

Sabe-se que as decorrências da privação de saúde, apresentam manifestamente desvantagens mais significativas, em populações e grupos, com recursos substancialmente limitados. (WHO, 2010)

Em conformidade com a OMS (2012), a região geográfica, a disponibilidade e acesso aos serviços de saúde oral, influenciam a prevalência das doenças orais, sendo que os determinantes sociais, como referido anteriormente, também executam um papel muito voraz. (WHO, 2012) Pelo que se conclui que, uma maior incidência de doenças orais, está transversalmente associada, a países onde o rendimento é expressamente médio ou baixo, com uma tendência fortemente significativa entre grupos significativamente mais desfavorecidos, e até mesmo pobres.

Independentemente do país, sociedade, cultura ou grupo socioeconómico, a dor oro-facial como expressão sintomática de problemas de origem dentária e/ou oral não tratados, cria uma condição comum a qualquer indivíduo, a diminuição da qualidade de vida, associada à privação do sono, depressão, e vários outros resultados psicossociais negativos. (NIH, 2000; Peterson; *et al.*, 2005)

### 2.3.1 Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida

Segundo a DGS (2008), o conceito de qualidade de vida pode ser bastante subjetivo. A determinação da qualidade de vida de um indivíduo é inconscientemente constituída contra uma barreira cultural invisível, que compreende um conjunto de valores, normas, costumes e tradições associados a uma determinada sociedade. (DGS, 2008) Estas diferenças culturais quase sempre desempenham um papel muito importante no que diz respeito às práticas de utilização dos cuidados de saúde, quando disponíveis, e na aplicação e seguimento de normas de saúde oral aceitáveis. (NIH, 2000)

A perceção do nível de qualidade de vida poderá igualmente variar, consoante a capacidade e vontade de um indivíduo se sentir bem consigo mesmo, assim como, com os que o rodeiam. Pode ser influenciada inclusive, por diversos fatores de perceção do estado de saúde e seu impacto nas atividades de vida diárias, que diferem de indivíduo para indivíduo. A título de exemplo, diferentes grupos populacionais podem ter ideias distintas sobre o estado de saúde em que se encontram, assim como, na forma como definem um problema de saúde, determinam a gravidade do mesmo, e procuram cuidados. (NIH, 2000)

Para determinar a qualidade de vida é essencial incluir na sua avaliação, aspetos positivos e negativos do bem-estar, pelo que as diferentes dimensões de qualidade de vida mais estudadas, são as limitações funcionais (alimentação, nutrição, sono), psicossociais (aparência social, comunicação, interação social, estado psicológico) e económicas (absentismo escolar e profissional). (NIH, 2000; DGS, 2008)

Um dos grupos de risco, com maior suscetibilidade para o desenvolvimento de cárie dentária são definitivamente as crianças, e é sabido que a razão número um, para explicar o absentismo escolar em muitos países, é sem dúvida a dor de dente. (FDI, 2014) É de entendimento geral que, uma saúde oral pobre poderá originar limitações funcionais, ou seja, causar dor oro-facial, perda dentária precoce, xerostomia (boca seca), privação de sono, deformações na estrutura facial e em situações mais graves a morte, como é o caso do cancro oral.

Peterson; *et al.* (2005, assegura que, a dor enquanto experiência, os problemas de alimentação e mastigação, o impacto do sorriso na aparência social, as dificuldades e falhas de comunicação devido à falta de denteição, têm um acentuado impacto na vida das pessoas, refletindo-se no seu bem-estar.

Portanto, as doenças orais estão na origem de impactos negativos que influenciam as atividades de vida diárias dos indivíduos, e tais repercussões poderão influenciar negativamente a qualidade de vida, traduzindo-se em perturbação de funções crucialmente necessárias, tais como, falar, dormir, assim como, a redução de atividades quotidianas, a diminuição da autoconfiança, interações sociais e do bem-estar psicológico. (Slade, 1998; Peterson; *et al.*, 2005; FDI, 2014)

### 2.3.2 Impacto Económico da Saúde Oral

Desde sempre, a cárie dentária e a doença periodontal têm sido consideradas as doenças orais com encargos e custos, globalmente mais elevados na saúde oral. (Peterson; *et al.*, 2005)

Imediatamente, o impacto económico das doenças orais é significativamente alto, por si só, o custo dos cuidados de saúde oral já são manifestamente dispendiosos, tanto para o indivíduo, como para o serviço de saúde, principalmente quando existe uma considerável escassez de recursos e orçamento limitado para este tipo de cuidados.

Em muitos países em desenvolvimento, o serviço simplesmente não existe, ou é elevadamente escasso, pelo que, face à escassez de recursos, a capacidade dos sistemas é largamente limitada ao alívio da dor ou desconforto, Aqui a solução passa pela extração dentária, ou por apenas alguns cuidados de emergência, deixando assim inúmeros indivíduos desprovidos de qualquer tipo de tratamento, com consequências funcionais e sociais muito significativas. (Peterson; *et al.*, 2005)

Prontamente, a prevenção da doença oral pode ser notavelmente prejudicada, pela má disponibilidade e acessibilidade de opções saudáveis e de serviços de saúde oral.

Por outro lado, em países industrializados e apesar da existência de melhores condições de serviços e acesso à saúde oral, uma má experiência médica poderá também originar diversos problemas orais. A partir do momento em que é criada uma fobia dentária, esta influenciará diretamente os hábitos de saúde oral, assim como, as visitas dentárias menos regulares ao médico. Cria-se, desta forma, um círculo vicioso que exacerbará cada vez mais, os problemas de saúde oral. (WHO, 2010) A título de exemplo, sabe-se que nos EUA a ansiedade e medos, influenciam negativamente a procura de tratamento dentário, estimando-se entre 30 a 40

milhões de habitantes desse mesmo país, a evitar qualquer tipo de tratamento oral. (FDI, 2014)

Além disso e de uma forma geral, mesmo para os países industrializados o tratamento tradicional das doenças orais é muitíssimo elevado, representando no *ranking*, a quarta posição para aos tratamentos de doenças mais caros. Para muitos destes países o tratamento tradicional, no que diz respeito à saúde oral, expressa 5 a 10% da despesa pública para a saúde (FDI, 2014) e 16% das despesas de saúde privadas, nos países da OCDE no ano 2009. (Patel, 2012)

Segundo o Relatório “The State of Oral Health in Europe”, lançado na Plataforma Europeia de Saúde Oral, a despesa atual em saúde oral para 27 países da UE está próxima dos 79 bilhões de euros, e se assim continuar, é esperado um aumento para 93 bilhões de euros para o ano de 2020. (Patel, 2012) Ainda nos EUA, Alemanha e Canadá as despesas em saúde oral, para os anos 2005-2007, foram de 95, 15 e 10 bilhões de dólares, respetivamente. (Beaglehole; *et al.*, 2009) No outro lado do planeta, a Austrália em 2010-11 despendeu em serviços de saúde oral, a quantia de cerca de 7,9 milhões de dólares (realçando um aumento de 2% face ao ano anterior. (Chrisopoulos; Harford, 2013)

Por outro lado, as doenças orais refletem-se imenso na produtividade, quer na escola, como no emprego, contribuindo nefastamente para a escassez da mesma. Estes casos verificam-se sobretudo, pela restrição de atividades na escola, trabalho e em casa, originando uma perda de “milhões de horas a cada ano, em todo mundo”, afirma (Peterson; *et al.*, 2005)

De acordo com um relatório americano, adultos empregados perdem 164 milhões de horas de trabalho anualmente, devido a doenças orais, ou até mesmo para visitas ao dentista. (NIH, 2000) Na generalidade, o impacto das doenças orais traduzem-se em situações bastante desagradáveis que se podem refletir, essencialmente através do absentismo escolar e profissional devido à dor, desconforto, limitações funcionais e sociais. Na origem de problemas económicos, encontramos uma desmedida necessidade de consumo de recursos humanos e materiais, necessários à eficaz prestação de serviços e cuidados de medicina dentária.

Nos últimos anos, em alguns países industrializados que apostaram na prevenção das doenças orais, têm sido realizados estudos sobre as despesas de saúde oral de natureza preventiva, desta forma foi possível verificar resultados positivos face à redução da prevalência das doenças orais. Têm-se inclusivamente encontrado evidências, que os benefícios da prevenção excedem os custos direcionados ao tratamento. (Peterson; *et al.*, 2005; Patel, 2012)

Em suma, doenças orais e craniofaciais, quando não prevenidas ou tratadas atempadamente, afetam economicamente e de forma negativa a sociedade, traduzindo-se em dias e anos de trabalho produtivo perdidos. Também as condições dentárias agudas refletem uma série de problemas para adultos empregados, crianças e jovens em idade escolar, manifestando-se na forma de atividades restritas, dias acamados, absentismo profissional e escolar.

Com uma expressão bem mais severa, as doenças orais podem atingir condições de cancro oral (boca e faringe) confinando assim na morte precoce, sendo este tipo de situação medido através dos anos de vida perdidos. (NIH, 2000; Peterson; *et al.*, 2005)

### 2.3.3 A Importância da Prevenção

A saúde oral representa um papel importante na saúde geral, estas duas entidades estão intimamente ligadas, e não podem ser interpretadas de forma separada. Sendo a saúde oral um elemento crítico da saúde geral, crê-se que esta deva ser incluída na prestação de cuidados de saúde, e na conceção de programas comunitários. (NIH, 2000)

Conforme Peterson; *et al.* (2005), inúmeras doenças de carácter geral manifestam-se na cavidade oral, aumentando assim o risco de doença oral que, por sua vez é um importante fator de risco para diversas condições de saúde. Múltiplas doenças orais estão relacionadas com doenças crónicas (como é o caso da diabetes), uma fraca saúde oral poderá resultar em efeitos indesejados sobre a saúde geral. (Peterson; *et al.*, 2005)

Existe uma enorme necessidade de prevenção em relação a qualquer tipo de doença, pois é de conhecimento geral que, os custos de tratamento das doenças são muito elevados, tanto a nível médico, pessoal e financeiro comparativamente à sua própria prevenção.

Consequentemente, as doenças orais estão veemente associadas a diminuição da qualidade de vida, absentismo, problemas psicossociais, como fator de risco para doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes (Eurobarometer, 2010; WHO, 2012) pelo que é fundamental apostar na prevenção das mesmas. Assim, é possível ter em mente que a saúde oral, como parte integrante da saúde geral, é cada vez mais uma necessidade básica, devendo estar ao acesso de todo e qualquer indivíduo.

Enquanto que algumas doenças orais, como a gengivite no seu estado mais precoce, podem ser reversíveis, estados de doenças orais mais comprometidos são impossíveis de reverter. Estas patologias podem permanecer com o indivíduo durante toda a sua vida, e até mesmo causar a morte, como é o caso da perda de suporte dentário (e conseqüente perda dentária), a

cárie dentária e cancro oral, ou seja, a prevenção e o diagnóstico precoce, são cruciais ao longo do ciclo de vida de cada indivíduo. (WHO, 2010)

Constata-se que, qualquer tipo de doença oral tem um impacto economicamente negativo na sociedade, e expressa-se de forma algo significativa, contudo, se existir uma atuação adequada, baseada na prevenção e tratamento precoce, as doenças orais mais prevalentes tais como, a cárie dentária e a doença periodontal, tornam-se vulneráveis e apresentarão custos económicos reduzidos e significativos ganhos em saúde. (DGS, 2005)

Em suma, a evidência científica indica, cada vez mais que, as medidas preventivas devem ser fortemente sustentadas, devido aos seus resultados amplamente positivos, quer a nível económico, como no alcance de indiscutíveis proveitos em saúde.

#### 2.4 Acesso aos Cuidados de Saúde Oral

Considera-se que, ganhos em saúde são resultado da existência de equidade e acesso apropriado aos cuidados de saúde pelo que, os resultados de saúde de uma população em muito estão dependentes da coesão e justiça social de determinada sociedade que, oferecendo este proveito aos cidadãos garante e promove o seu próprio desenvolvimento.

Neste contexto, entende-se por acesso a aquisição de cuidados indispensáveis, apropriados e de qualidade, em local e momento adequados. (DGS, 2013) Ainda e segundo o PNS 2012-2016, “o acesso adequado é um dos determinantes da saúde, potenciador da redução das desigualdades”, pelo que é um resultado proveniente de dimensões distintas (quadro 2).

QUADRO 2 - DIMENSÕES QUE INFLUENCIAM ACESSO ADEQUADO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

---

<b>Procura adequada de serviços</b>	consequência da perceção da saúde e do serviço como a resposta mais vantajosa
<b>Disponibilidade</b>	referida à oferta adequada de cuidados às necessidades da população
<b>Proximidade</b>	refletida pela dispersão geográfica dos serviços
<b>Custos diretos</b>	como aquisição de serviços
<b>Custos indiretos</b>	como faltas ao emprego e o transporte
<b>Qualidade</b>	quanto à organização dos serviços e à dimensão técnica e humanização
<b>Aceitação</b>	resultante das expetativas, atitudes e comportamentos do cidadão

---

Fonte: Adaptado (DGS, 2013; Furtado; Pereira, 2010)

#### *Acesso aos Cuidados de Saúde Oral no Mundo*

Desde sempre, em todo mundo foi possível observar que existe uma imensa desigualdade, no que respeita os cuidados de saúde, fundamentalmente em relação à equidade de acesso. No

caso da saúde oral em particular, e à semelhança da saúde geral o fato não deixa efetivamente de ser preocupante, por outro lado, as condições de acesso vão-se tornando cada vez mais disparens entre grupos socioeconómicos e entre diferentes sociedades em geral. Estima-se que, apenas 60% da população mundial tem acesso a cuidados de saúde oral. (FDI, 2014)

Segundo a FDI (2014), existem em todo mundo, mais de um milhão de dentistas devidamente qualificados, a prestar cuidados de saúde oral, no entanto, não se encontram uniformemente distribuídos de acordo com as necessidades populacionais, pelo que, muitas das regiões mais pobres, desfavorecidas e com superior necessidade deste tipo de cuidados, possuem menos de um dentista por cada 300.000 habitantes.

Globalmente nos países em desenvolvimento, o deficiente investimento em cuidados de saúde oral, a falta de acesso a cuidados adequados, materiais dentários de qualidade a preços acessíveis, são os principais fatores das desigualdades de acesso vividos, e é estritamente para este tipo de barreiras que devem ser criadas soluções eficazes.

Estes fatores afetam não apenas países africanos, como também, países sul-americanos e asiáticos, nas mesmas condições de desenvolvimento. Sabe-se que em África, a proporção de dentistas por habitante, é de 1 para 150 mil em geral, comparativamente aos dados ausivos a países industrializados, onde a média é cerca de 1 dentista por 5000 habitantes. Este tipo de situação, vai-se agravando nos países do continente africano: Etiópia (1/1 milhão); Ruanda (1/880 mil); e Chad (1/700 mil). (Beaglehole; *et al.*, 2009)

Apesar de tudo, o desigual acesso a cuidados e serviços de saúde oral, é uma das principais barreiras, mesmo para países com rápido crescimento de profissionais de saúde oral. Segundo, dados da FDI (2014), na Índia onde a proporção é de 1 por 33 mil habitantes, e mesmo com cerca de 20 mil novos licenciados em medicina dentária por ano, não existem ainda profissionais suficientes para fazer face as necessidades da população.

Por outro lado, no Brasil existe uma elevada proporção de dentistas (1 por 860 habitantes) contudo, os profissionais têm uma forte tendência a permanecer nas zonas urbanas desvalorizando as zonas rurais que, desta forma carecem de dentistas qualificados para responder às necessidades populacionais.

Estas são situações complexas, e geralmente agravadas, devido a desigualdades socioeconómicas, onde recém licenciados que procuram trabalho se deslocam para zonas do exterior ou zonas urbanas em busca de melhores condições e oportunidades de vida e carreira, deixando grande parte da população sem serviços de saúde oral adequados às suas necessidades. (FDI, 2014; Beaglehole; *et al.*, 2009)

Na Europa, e de acordo com a pesquisa de saúde oral feita pelo Eurobarómetro no ano 2010, cerca de 92% dos inquiridos (cidadãos europeus) referiu ter acesso aos cuidados de saúde oral, quando necessita. (Eurobarometer, 2010) Até ao ano de 2010, em 8 países da Europa (Bélgica, Estónia, Bulgária, Islândia, Croácia, Liechtenstein, República Checa e Luxemburgo) não existia sequer um regime público de cuidados de saúde oral, sendo que a maioria dos países europeus dispõe de algum tipo de serviço público de saúde oral, em especial evidência, nos países nórdicos onde uma grande parte dos dentistas exerce a sua profissão em regime de serviço público. (Kravitz, Treasure, 2009)

É sabido, que os profissionais de saúde oral a desempenhar funções no setor público, se encontram distribuídos por clínicas públicas, universidades públicas e privadas de medicina dentária, hospitais, forças armadas e outros (dados de 2005-2008). De igual modo, os países com maior *workforce* em serviços públicos na área da saúde oral são indiscutivelmente a Suécia, Itália, França, Finlândia, Reino Unido, Alemanha e Espanha, porém na generalidade, os profissionais europeus só trabalham em regime de *part-time* nos serviços públicos. (Kravitz, Treasure, 2009)

Segundo o *EU Manual of Dental Practice* (2009), cerca de apenas 11% dos profissionais prestam serviços públicos pois, na realidade, a prática privada oferece remunerações mais atrativas, e nem todos os países dispõem de gabinetes públicos de saúde oral, para empregar toda a população de profissionais de saúde oral. (Kravitz, Treasure, 2009)

Embora os cuidados de saúde oral se encontrem disponíveis na maioria dos países, através da prática privada, pública ou ambas (a proporção varia de país para país), e apesar do direito à saúde fazer parte dos direitos constitucionais de muitos deles, sendo inclusivamente em alguns um princípio afiançado, muito raramente é garantido.

Segundo o *EU Manual of Dental Practice* (2009) na Europa, e de uma forma geral, o acesso aos cuidados de saúde oral é definido por três aspetos: proximidade geográfica; valor cobrado pelos diferentes tratamentos; e acesso facilitado para determinados grupos de população (crianças, idosos, grávidas, adultos sem ou com baixo rendimento). (Kravitz, Treasure, 2009)

Todavia, estes grupos apenas têm direito a alguns tratamentos básicos (exames, extrações dentárias, cuidados de emergência, apoios de saúde pública e alguns cuidados preventivos), excluindo tratamentos mais complexos (cirurgia oral, por exemplo). (Kravitz, Treasure, 2009; Eurobarometer, 2010)

Em síntese, de um modo global, o acesso aos cuidados de saúde oral é decretado por quesitos socioeconómicos, estilos de vida, cultura, comportamentos, ideais inculcados por grupos, pela

sociedade em geral, ou até mesmo, pelo próprio sistema de saúde em si (políticas e programas de saúde).

### *Acesso aos Cuidados de Saúde Oral em Portugal*

Em Portugal, a procura de cuidados de saúde oral é estreitamente condicionada, pela diminuta e escassa cobertura do SNS e pelos custos substancialmente elevados dos serviços prestados no setor privado.

No nosso país, e de acordo com um estudo de revisão realizado em 2003, uma larga dimensão do financiamento da saúde oral era privado, e os cuidados e serviços de saúde oral eram fornecidos em grande parte a partir do setor privado. No entanto, e apesar de existirem alguns hospitais e centros de saúde do SNS com profissionais de saúde oral, ainda assim, este tipo de prestação com financiamento público (SNS) era muito limitado e pouco inclusivo. (Almeida; *et al.*, 2003)

Atualmente, no ano 2014 à exceção de algumas melhorias e implementação de programas de saúde oral, os serviços desta área, continuam a ser prestados de forma idêntica.

Em conformidade com os outros países já referidos, em Portugal, o acesso a programas de saúde oral é direcionado a determinados grupos de população considerados prioritários ou de risco: crianças, idosos, grávidas, portadores de HIV, entre outros. Na vertente pública, a saúde oral está integrada nos cuidados de saúde primários, e segundo o relatório da DGS (2008) “o acesso a serviços de cuidados de saúde primários é universal e, a prestação de cuidados médico-dentários para crianças e jovens iniciou-se no ano 2000, através de contratualização”.

Presentemente, a grande maioria dos profissionais de saúde oral prestam serviços no setor privado, no entanto e precisamente porque a origem do financiamento é essencialmente privada, este tipo de cuidados não está acessível a uma extensa parcela da população devido a razões económicas, pelo que, é possível reconhecer que, neste contexto existe uma barreira de acessibilidade para os cuidados de saúde oral. Reconhece-se a carência de serviços de Medicina Dentária na área da saúde pública, essencialmente em Hospitais e Centros de Saúde Públicos.

No Projeto de Lei 86/x (que consagra a integração da medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde e a carreira dos médicos dentistas) proposto ao Grupo Parlamentar a maio de 2005, foi assinalado que, segundo um inquérito aplicado pela OMD (a todos os hospitais públicos e centros de saúde) sensivelmente 70% e 90% dos hospitais e centros de saúde, respetivamente, carecem de serviços de saúde oral. (PL, N86/X, 2005)

Ainda e segundo o mesmo inquérito, apenas 30% dos hospitais (23) afirmam possuir “dentista” (na realidade, são médicos estomatologistas pois não existe carreira de médico dentista no serviço público). (PL, N86/X, 2005) Relativamente aos centros de saúde a realidade é mais complexa, sendo que, dos 332 centros de saúde incluídos no inquérito apenas 33 possuíam dentistas (do total, 7 desempenhavam apenas serviços direcionados a crianças em idade escolar). Por conseguinte, do total de estabelecimentos de saúde, apenas 14% (56) possuíam dentista/estomatologista, estando a maioria concentrados em Lisboa e Porto. (PL, N86/X, 2005)

De acordo, com um estudo publicado por Almeida; *et al.* (2003), as crianças com 6 e 12 anos de idade que se deslocavam anualmente a consultas de medicina dentária era de aproximadamente 20% e 60%, respetivamente. Porém 58,4% das crianças com 6 anos de idade, e 13,3% com 12 anos de idade, nunca se haviam deslocado a uma consulta dentária. Os autores afirmam que, existia uma diferença significativa nos hábitos de deslocação a consultas dentárias, favorecendo principalmente crianças residentes em zonas urbanas, em detrimento das residentes em zonas rurais. (Almeida; *et al.*,2003),

A partir do relatório da DGS (2008), observa-se que famílias com rendimentos significativamente mais baixos, apresentam uma maior suscetibilidade para o desenvolvimento de cárie dentária, e resultante dessas mesmas dificuldades económicas, afluí o não tratamento, pelo que facilmente se reconhece, que o risco de suscetibilidade e desenvolvimento de doenças orais, permanecerá sobretudo, entre as populações economicamente frágeis e socialmente rejeitadas. (DGS, 2008)

De acordo com dados do ano 2008, verificou-se que para um total de população de cerca de 10,6 milhões de habitantes, correspondia um total de cerca de 7000 médicos dentistas no ativo, a prestar serviços de saúde oral no setor público, era de 95%. É assim possível determinar que, do total de profissionais no ativo, apenas 5% estavam distribuídos por locais de prestação públicos, tais como clínicas públicas ou centros de saúde, universidades (públicas e privadas), hospitais e forças armadas. (Kravitz, Treasure, 2009)

Em Portugal, a proporção de médicos dentistas por habitante em 2012, era de 1 dentista por cada 1357 habitantes. (OMD, 2013) Para além da assinalada desigualdade socioeconómica, e da escassez de profissionais presentes no setor público, uma outra reserva do incompleto acesso aos serviços de saúde oral em Portugal, poderá ser ainda, a deficiente distribuição dos profissionais.

Assim, segundo o último relatório publicado pela OMD em 2013, é possível notar que existe uma maior concentração de profissionais residentes, nas zonas da grande Lisboa e Porto, seguidas de Braga e Aveiro. As zonas com maior rácio médico dentista/população são verificadas no Interior Centro e Alentejo, em oposição às zonas com menor rácio Lisboa, Porto, Baixo Mondego e Dão-Lafões (onde estes profissionais prestam serviços em abundância).

De enfatizar que, pelo que se certificou, do total de concelhos existentes em Portugal, 31 não possuem médicos dentistas registados ou seja, 10% dos mesmos carece de profissionais deste tipo (número de residentes nestes concelhos em média é de 4500). (OMD, 2013)

Por fim, Monteiro (2013) indica, que “fatores de índole económica, falta de informação e de mecanismos facilitadores do acesso à Medicina Dentária, impedem uma parte substancial da nossa população, particularmente os grupos mais vulneráveis da população, de beneficiar de um direito humano fundamental: o Direito à Saúde”. (in: OMD, 2013)

## 2.5 Recursos

Sabendo que os recursos são na verdade escassos e as necessidades ilimitadas, qualquer país deverá intentar gerar a melhor racionalização e otimização possível dos seus recursos humanos e/ou materiais, no momento da definição de estratégias e tomadas de decisão. De acordo com (Imperatori e Giraldes, 1992; Tavares, 1990, cit. por Eusébio, 2011) os recursos de saúde deverão ser aplicados de forma racional, independentemente do país sistema de saúde vigente.

### 2.5.1 Recursos Humanos em Saúde Oral

Presentemente, em Portugal existem quatro classes profissionais dentro da categoria profissional de saúde oral, onde a sua principal função é a prestação de cuidados de saúde oral à população. Desta forma, pode-se enunciar que a categoria profissional de saúde oral, é constituída por Médicos Estomatologistas, Dentistas, Higienistas Oraís e Odontologistas.

A partir dos dados referentes ao ano 2012, existiam 7779 Médicos Dentistas no ativo, pelo que é distintamente estimado que este número venha a crescer, e já no ano 2017 se venham a encontrar no ativo 10410 dentistas (estimativa realizada através do projeção de taxas de crescimento do número de associados da OMD, entre os anos 1993 e 2011). (OMD, 2013)

Quanto à relação população/médico dentista no ano 2012, em Portugal, a razão era, de 1 dentista por cada 1357 habitantes. Relativamente a Médicos Estomatologistas e Odontologistas existiam 698 e 666, respetivamente. (OMD, 2013)

Portanto, se os dentistas forem representados por estas três categorias, Médicos Dentistas, Médicos Estomatologistas e Odontologistas, o seu número será realmente maior (9143 profissionais), e a razão população/habitantes será um pouco menor, pelo que assim será possível estimar uma proporção de, 1 “dentista” por cada 1155 habitantes, encontrando-se entre as 10 melhores da Europa. (OMD, 2013)

Existe ainda uma outra categoria de profissionais de saúde oral, os Higienistas Oraís, que estão englobados numa outra subcategoria, os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, subcategoria esta representada não só pelos Higienistas Oraís, como também, pelos Protésicos Dentários, contudo, são apenas relevantes para o estudo, dados referentes aos Higienistas, pelo que se excluem os Protésicos. Em conformidade com os dados recolhidos, atualmente, existem cerca de 500 Higienistas em Portugal. (OMD, 2013)

#### *Os Diferentes Profissionais de Saúde Oral e suas Funções*

Entenda-se por Médico Estomatologista (classe profissional mais antiga), um profissional licenciado em Medicina com posterior especialização em Estomatologia. Este grupo de profissionais, muitíssimo especializado, executa funções na área da Saúde Oral, a partir da prestação de cuidados de saúde oral diferenciados a utentes, com ou sem patologias associadas, desempenhando ainda um papel na atuação, perante o tratamento de todas as doenças da cavidade oral, dos órgãos não só nela contidos, bem como, de todo o complexo maxilo facial. (HSM, 2008)

Portanto, estes profissionais deverão estar sim atentos ao diagnóstico de possíveis doenças sistémicas com manifestação na cavidade oral, ou que exerçam até algum tipo de influência negativa para com o tratamento dentário.

A partir de dados referentes ao ano 2009, foi possível verificar que nesse mesmo ano, existiam apenas cerca de 680 Estomatologistas, com uma maior concentração de profissionais a partir dos 45 anos de idade, e a maior expressividade foi sem dúvida descoberta em indivíduos com mais de 65 anos de idade (aproximadamente 270). (OM, 2009) Os Médicos Estomatologistas encontram-se incluídos na Carreira Médica Hospitalar e exercem a sua função em hospitais, centros de saúde e clínicas privadas, porém a sua categoria profissional tenderá a desaparecer, devido a uma cada vez menor especialização na área, ao passo que existem cada vez menos centros de saúde com serviços de Estomatologia.

O Médico Estomatologista a par do Dentista, exerce funções como o estudo, prevenção, diagnóstico e tratamento de irregularidade e doenças relacionadas com a cavidade oral (dentes, boca, maxilares e estruturas anexas). (FMD, 2010) Hoje, os Médicos Dentistas não

estão contemplados por qualquer tipo de carreira definida no SNS, pelo que desempenham praticamente funções de exclusividade, sobretudo em Clínicas Privadas, ainda assim, existem alguns serviços do SNS que incluem Médicos Dentistas. Todavia verificam-se com alguma frequência situações profissionais com necessidade de uma melhor e mais clara definição contratual, e outras em que os profissionais prestam serviços devidamente contratualizados aquando colaboram com o SNS, no âmbito do Plano de Saúde Oral em vigor. De realçar que atualmente, as funções do Médico Dentistas se sobrepõem praticamente às do Médico Estomatologista. (OMD, 2010)

Para o Higienista Oral, como profissional de saúde oral, as suas funções centram-se fundamentalmente na prevenção das doenças orais e na promoção da saúde oral, estando de certa forma limitado a um certo tipo de tarefas, não podendo desempenhar funções do tipo curativo. Resumindo, as suas competências e atribuições estão direcionadas para a vertente preventiva, sendo esta a sua área de maior atuação. (ISAVE, 2013) Este profissional possui formação específica em saúde oral individual e comunitária, e é igualmente formado em educação e promoção da saúde oral, para além de deter uma elevada componente educacional na prevenção das doenças orais mais comuns. (Luís, cit. por Silva, 2013; DGS, 2006)

Desta forma, é considerado pela sua classe, como um veículo de cuidados primários de saúde oral, podendo inclusive atuar, quer ao nível individual, quer comunitário. (ISAVE, 2013) Estes peritos, incluídos na categoria de técnicos de diagnóstico e terapêutica, encontram-se a exercer a sua profissão em ambos os regimes, quer privado, como público.

Relativamente ao setor público de prestação de cuidados de saúde, o início da integração dos Higienistas nesses mesmos serviços no âmbito do Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, deu-se em 1989, e neste contexto eram responsáveis pela aplicação de selantes de fissura, e por organizar sessões educativas de saúde dirigidas tanto a professores, educadores e crianças como aos próprios encarregados de educação. (DGS, 2006)

Com o passar do tempo e tendo em conta os ganhos obtidos em saúde através das atividades por eles desenvolvidas, foram integrados gradualmente nos centros de saúde, atuando ao longo de todo o ciclo de vida e em ambientes onde a população se encontra inserida (família, escola, instituições, lares e outros). (DGS, 2006)

Uma vez possuidores de uma interdisciplinaridade ao nível da saúde oral, as suas funções dependem do diretor do centro de saúde em que cada um se insere, contudo concedendo prioridade ao PNPSO, através do planeamento e programação de atividades desenvolvidas em colaboração com outros profissionais. Em centros de saúde onde existam Higienistas, estes

tinham a responsabilidade em colaborar na coordenação dos vários projetos de saúde oral, quer a nível operacional, como na própria avaliação dos mesmos. Hoje, estão integrados em muitas Unidades de Saúde Familiar do SNS. (DGS, 2006; OMD, 2010).

Já no setor privado, o Higienista é autónomo mas não é considerado um profissional totalmente independente, pelo que deve trabalhar sob a orientação de um Médico Dentista, que esteja presente no consultório aquando o exercício das funções executadas pelo Higienista. (Kravitz; Treasure, 2009)

Por fim, o profissional Odontologista, não possui formação académica a nível nacional pelo que, o cargo foi legalizado administrativamente há vários anos através da Lei n.º 4/99 (que regula e disciplina a atividade profissional de odontologia). Configuração esta que o governo encontrou, de atender a um problema de prática ilegal do exercício deste tipo de atividades.

Desta forma, a legislação portuguesa pretendeu igualar indivíduos formados em odontologia, provenientes do Brasil, aos portugueses licenciados em Medicina Dentária, (OMD, 2013; Kravitz; Treasure, 2009) contudo esta lei foi severamente questionada pela Comissão Europeia junto das autoridades portuguesas, na sequência de uma alegada queixa defendida pela OMD acerca das condições em que a prática de cuidados de saúde oral de determinados profissionais não detentores do título de médico dentista era regularizada, pelo que a lei foi corretamente alterada. (Projeto de Lei n.º 466/VIII - altera a Lei n.º 4/99, 2001)

Atualmente, este tipo de profissionais rege as suas funções segundo o Projeto de Lei n.º 466/VIII altera a Lei n.º 4/99, de 27 de janeiro, relativa à disciplina da atividade profissional dos odontologistas. Portanto, as suas funções delimitam-se apenas à prática de atos muito restritos de saúde oral, apresentando um enquadramento muito específico, pelo que os atos executados são bastante limitados. (OMD, 2013)

Porém, e apesar de a profissão apresentar uma perspetiva futura de extinção da área da saúde oral e por não existir qualquer tipo de qualificação, ou condições de formação certificada, comparável à dos Médicos Dentistas, verifica-se em Portugal, verifica-se uma certa pressão para que os seus executantes venham a ser reconhecidos, como profissionais dentro das leis da disciplina de medicina dentária. (OMD, 2013; Kravitz; Treasure, 2009)

### 2.5.2 Recursos Materiais em Saúde Oral

Direcionando agora a atenção para os recursos materiais disponíveis, é possível determinar, como consequência de determinadas decisões políticas, que muitos dos equipamentos

reservados para os cuidados de saúde oral, bem como espaços disponibilizados para esta área da saúde, tanto em centros de saúde como em hospitais tem diminuído formidavelmente.

Esta redução a muito se deve, ora à falta de utilização devido à escassa contratação de profissionais capacitados para uso de equipamentos de medicina dentária, instalados em novos centros de saúde ocupando uma sala, sem que possam ser utilizados convenientemente, ora devido à recente construção de centros de saúde sem espaços destinados à prática e tratamento de saúde oral, desvalorizando uma parte integrante da saúde geral.

Nos locais em que os equipamentos estão presentes e sem uso, podemos prever a deterioração dos mesmos. Entretanto, estas situações colocam em causa a capacidade de gestão e planeamento em saúde, referentes à otimização de recursos. (OMD, 2010)

Finalmente, resta recordar que a capacidade de assistência e prestação de serviços de medicina dentária tem vindo a aumentar no setor privado, estimando-se mais de 5 mil consultórios ou clínicas prestadoras de cuidados de saúde oral. (OMD, 2010)

Contudo, e apesar de estarem distribuídas por todo país, não se encontram distribuídas uniformemente, podendo influenciar as condições de acesso da população.

## 2.6 Planeamento em Saúde

Devido à escassez de recursos e às necessidades ilimitadas das populações, as tomadas de decisão devem ser acompanhadas de um eficaz planeamento estratégico, corretamente definido, contemplando os conceitos de racionalização e otimização.

Logo, o planeamento tanto em saúde como em qualquer outra área, funciona como elemento, e ferramenta auxiliar na tomada de decisão, sendo parte integrante nos processos de gestão e decisão estratégica. (Tavares, 1990, cit. por Eusébio, 2011)

Planeamento em saúde é definido como um processo contínuo, com previsão constante dos recursos e serviços necessários, tendo em consideração, não só os constrangimentos atuais, bem como, os futuramente previstos, por forma a permitir uma adequada escolha de soluções, ditas ótimas, em função das alternativas, após o qual é seguido um conjunto de prioridades estrategicamente definidas, que visam o alcance de objetivos previamente estabelecidos. (Tavares, 2013)

O planeamento aplicado à área da saúde, verifica-se essencial e de elevada utilidade, perante infinitas necessidades como, a escassez de recursos, o elevado custo das infra estruturas necessárias, a possibilidade de intervenção adequada e direcionada à origem dos problemas, a definição de prioridades face à competição com outras prioridades nacionais, a complexidade

tecnológica e progresso científico constantes, a possibilidade de utilização polivalente de equipamentos e recursos disponíveis, e pela necessidade de evitar intervenções isoladas. (Tavares, 2013)

A mudança no estado de saúde e comportamento da população, são os principais objetivos do planeamento em saúde e para que tal seja possível de alcançar, devem ser seguidas determinadas etapas que completam o processo de planeamento (*vide Anexo III*). (Tavares, 2013)

### 2.6.1 Planeamento em Saúde Oral

As primeiras estratégias e metas globais de saúde oral, foram estabelecidas há mais de 30 anos, por duas reconhecidas organizações, a Federação Dentária Internacional e a Organização Mundial de Saúde. Em estreita colaboração, definiram um conjunto de estratégias necessárias para o alcance dos objetivos pretendidos.

Nem todos os países conseguiram alcançar estas metas, onde uma significativa porção da população conservou apenas uma reduzida ambição, algo distanciada dos objetivos supostamente desejados. No entanto, após a revisão dos objetivos impostos reconheceu-se surpreendentemente que, para muitas sociedades, as estratégias não só tinham sido úteis, como os objetivos atingidos e até excedidos, em alguns casos.

De um modo geral, apesar do esforço implementado nesta iniciativa, os resultados alcançados contribuíram para o despertar da consciencialização, e da importância da saúde oral a nível mundial. (Hobdell; *et al.* 2003)

A FDI (2012) acredita ainda que, para que se possa assumir um papel de liderança de primeiro plano em saúde oral, devemos:

- i. redirecionar a anterior atenção empregue num modelo tradicional de tratamento, para um modelo centrado na prevenção, e promoção de um alto índice de saúde oral;
- ii. reconhecer que é perentório alterar o tipo de abordagem, passando do estilo mais comum, para algo mais amplo, considerando e contemplando todos os possíveis intervenientes no auxílio para a melhoria da saúde oral da população. (FDI, 2012)

Desta forma, a partir de uma melhorada e centrada visão, em objetivos para o ano 2020, foi definido um novo modelo, constituído por cinco áreas prioritárias:

- i. capacidade de resposta à crescente necessidade, e procura de cuidados e serviços de saúde oral;

- ii. ampliar o papel de intervenção de todos os profissionais de saúde oral;
- iii. criar um modelo educacional baseado na responsabilização;
- iv. moderar os impactos socioeconómicos, que influenciam a correta distribuição dos cuidados de saúde oral;
- v. apostar numa maior investigação científica e tecnológica. (FDI, 2012)

Assim, relativamente ao parâmetro:

**(i)** e de uma forma resumida, as ações devem estar direcionadas para promoção da procura de soluções, que atenuem os determinantes sociais de saúde oral, os problemas de necessidade de procura não satisfeitos, o aumento da literacia em saúde oral para o público, o aumento de recursos necessários à formação e educação de todos os elementos da equipa de saúde oral, a reorganização e reestruturação do mercado de trabalho, e ambiente económico sustentável para distribuir e reter os profissionais de igual forma, por todas as áreas (inclusive áreas mais carenciadas). (FDI, 2012)

Para o parâmetro **(ii)**, os profissionais deverão ampliar os seus papéis de atuação, de maneira a que se possam destacar e diferenciar líderes capazes de orientar uma equipa de profissionais, direcionar esforços de prevenção e educação de doentes, incorporar novas tarefas (rastreios, diagnóstico e acompanhamento de fatores de risco comuns a outras doenças), e apostar na especialização mais avançada, baseada na prevenção, diagnóstico, reabilitação e biotecnologia. (FDI, 2012)

Relativamente ao parâmetro **(iii)**, pode-se criar um modelo educacional orientado para a saúde pública, com reconhecimento das desigualdades verificadas em saúde oral, aumentar a comunicação interpessoal e formação contínua durante todo o ciclo de vida profissional, adotar uma postura ativa, perante a otimização da saúde oral da comunidade e responsabilidade social de promoção da saúde pública, e implementar durante a formação profissional, uma maior e melhor utilização da tecnologia de ponta para o tratamento e prevenção. (FDI, 2012)

Perante o parâmetro **(iv)**, é fundamental garantir a integração da saúde oral nas políticas gerais de saúde, criar um modelo de refletidos cuidados baseado na evidência científica, que resulte em justiça remunerativa, pelo tratamento e alcance de resultados benéficos e mensuráveis para a saúde, assegurar o acesso e utilização de cuidados de saúde oral.

Por fim, para o parâmetro **(v)** será indispensável, desenvolver mais e melhores iniciativas de investigação, com atenção e recursos suficientes, onde os resultados possam ser divulgados e implementados de forma rápida e abrangente, fomentar uma maior e melhor cooperação e

criação de uma agenda de investigação com prioridades mais amplas. Ainda (v), a utilização de definições e métodos *standardizados* para recolha e análise de dados, melhor compreensão dos determinantes gerais (fatores genéticos, biológicos, ambientais), comportamentais e sociais de saúde oral, como aposta na prevenção, e criação de estratégias de saúde oral com dimensão mundial, que possam ser adaptadas às diferentes culturas e restrições socioeconómicas encontradas.

(v) Promover o uso proativo dos materiais dentários e tecnologias disponíveis, desenvolver políticas e estratégias que contemplem todo ciclo de vida, incitar as faculdades para a investigação científica educacional e social, dar seguimento constante ao desenvolvimento das normas internacionais de medicina dentária, para o alcance de níveis de qualidade e segurança adequados aos cuidados de saúde oral. (FDI, 2012)

#### 2.6.2 Linhas de Atuação e Objetivos definidos pela OMS para 2020

Mais recentemente, a OMS juntou-se à *International Association for Dental Research* (IADR) e FDI, a fim de traçarem novas metas para o ano 2020, isto a partir da experiência e avaliação dos resultados anteriormente obtidos.

Os novos objetivos assentam numa visão mais ampla de indicadores de saúde em que, para além da cárie dentária, é dada igual prioridade a outras patologias e condições a elas associadas. (Hobdell; *et al.*, 2003)

Atualmente a OMS defende que, as soluções de saúde pública para as doenças orais, podem alcançar resultados mais eficazes e desejáveis quando associadas a programas nacionais de saúde pública e às doenças crónicas que afetam a população. Logo, à luz da Carta de Ottawa o Programa Global de Saúde Oral da OMS, prevalece a necessidade da definição de estratégias e políticas de saúde (nacionais, regionais e locais), e sua implementação, alinhadas com a prevenção de doenças crónicas, que assentam, não só na promoção da saúde oral, como, na prevenção de doenças orais das populações. (WHO, 2012; Hobdell; *et al.*, 2003)

Portanto, seguindo estas premissas, são destacadas algumas linhas de atuação essenciais:

- ❖ Elaborar e estruturar políticas de saúde oral, perspetivando todo o ciclo de vida, e que não só combatam, como também, controlem eficazmente os fatores de risco que comprometem a saúde oral e geral;
- ❖ Fomentar a criação, aplicação e reforço de planos nacionais e comunitários em coordenação com programas prioritários (crianças, idosos, HIV e outros), focalizando grupos populacionais pobres e mais desfavorecidos, para a promoção

da saúde oral e prevenção de doenças orais tanto em países desenvolvidos, como em subdesenvolvimento;

- ❖ Prestar apoio e auxílio na implementação de programas de flúor eficientes (fluoretação das águas, disponibilização e acesso a produtos fluoretados e outros) na prevenção da cárie dentária, pelas autoridades nacionais e mundiais de saúde;
- ❖ Implementar projetos, políticas e estratégias, assentes em fatores de risco comuns e modificáveis (dieta, nutrição, uso de tabaco, consumo excessivo de álcool e higiene), de forma a prevenir doenças orais, crónicas e outras;
- ❖ Disponibilizar ferramentas, competências e informações fundamentais aos decisores políticos, para a eficiente avaliação e monitorização das necessidades de saúde, e posterior desenvolvimento de projetos e estratégias, perfeitamente adequados às circunstâncias específicas de cada sociedade;
- ❖ Oferecer o apoio técnico necessário à integração e reforço de sistemas de saúde oral em saúde pública, a partir da prestação de cuidados de saúde primários. (WHO, 2014; Hobdell; *et al.*, 2003)

### 2.6.3 Programas de Saúde Oral Desenvolvidos em Portugal

Durante as últimas duas décadas, têm sido desenvolvidos programas de promoção da saúde oral e prevenção de doenças orais a nível nacional, privilegiando essencialmente grupos específicos da população, neste caso, crianças e jovens em idade escolar, através da implementação de estratégias de prevenção eficazes, assim como, da educação e motivação para adoção de adequados comportamentos de saúde oral e estilos de vida saudáveis. (DGS, 2008; OMD, 2010)

Assim, foi a partir do ano de 1986 que a DGS iniciou o desenvolvimento do primeiro programa de saúde oral, executado a nível local pelas equipas de saúde escolar dos centros de saúde em coordenação com educadores e professores. Este programa sob coordenação técnico-normativa da DGS, era de natureza simples e foi direcionado apenas para crianças e jovens a frequentar o ensino pré-escolar e básico, contemplando ações de educação para a saúde oral.

Porém, este tipo de atuação teve um êxito bastante reduzido e um alcance questionável, uma vez que, por várias vezes também participaram profissionais não devidamente qualificados para tal, nomeadamente, em administração de fluoretos e aplicação de selantes de fissura em dentes permanentes. (DGS, 2008; OMD, 2010)

Em continuidade, em 1988 foram implementados programas de educação para a saúde no domínio da saúde oral destinados à população em geral, e em 1989 o programa de saúde oral em saúde materna e infantil, foi dirigido a crianças e grávidas.

Mais tarde, em 1999, foi introduzido o Programa de Promoção da Saúde Oral para Crianças e Adolescentes (PPSOCA), com 6-7 anos, 9-10, 12-13 e 16 anos, em cooperação com a OMD. Neste projeto, as crianças poderiam ter acesso a um determinado tipo de procedimentos preventivos, tais como, a aplicação de selantes de fissura. Isto, enquanto os centros de saúde não dispunham de higienistas orais, e/ou se necessário tratamentos curativos. Visavam o tratamento de lesões de cárie dentária na dentição permanente, através da contratualização com médicos dentistas e estomatologistas integrados no setor privado.

Todavia, nem todos dispunham de acesso a tratamentos dentários pelo que, de entre um total de 1.6000.000 crianças e adolescentes, apenas 45.000 receberam tratamentos. (DGS, 2008; OMD, 2010)

Já em 2005, é dado início ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) como resultado de colaboração entre a OMD, as Faculdades de Medicina Dentária portuguesas, e a Ordem dos Médicos, onde pela primeira vez Médicos Dentistas participaram ativamente num programa público de saúde oral. (DGS, 2008; OMD, 2010)

Desta forma, nesse mesmo ano, como resultado da evidência científica gerada, relativamente à eficácia na prevenção de cárie, dentária através da utilização de fluoretos, e à necessidade de identificação dos determinantes da saúde a nível global, o PNPSO foi aprovado e incorporado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, através da Circular Normativa nº1 de 18/01/2005 da DGS. (OMD, 2010)

Este programa, desenvolvido para atuar ao longo do ciclo de vida, foi aplicado com base numa estratégia de intervenção global, orientada para a prevenção das doenças orais, diagnóstico precoce e tratamento dentário, destinado a crianças desde o nascimento, até aos 16 anos de idade.

Tendo sido referencialmente aplicado em ambientes, onde crianças e jovens estudam, vivem e permanecem a maior parte do seu tempo, nomeadamente em contexto familiar e escolar, foi promovido por um conjunto multidisciplinar de profissionais (de educação e de saúde), pais, encarregados de educação e outros, que muito têm colaborado para o alcance de resultados mais favoráveis na saúde oral.

O PNPSO engloba as seguintes finalidades:

- i. melhorar o conhecimentos/comportamentos relacionados com a higiene oral e alimentação saudável;
- ii. reduzir a incidência e prevalência de cárie dentária;
- iii. obter maior percentagem de crianças livre de cárie;
- iv. desenvolver a criação de uma base de dados nacional, acerca da saúde oral;
- v. dispender maior atenção para com a promoção de equidade, relativamente à saúde oral de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais, bem como a grupos de população com fragilidades socioeconómicas a frequentar instituições ou ensino regular. (DGS, 2011)

Desde 2008, e considerado como domínio prioritário no orçamento de estado, o PNPSO sofreu uma evolução favorável e necessária.

Posteriormente, e a partir da criação do gabinete de Saúde Oral, com a integração de médicos dentistas na equipa e colaboração com a OMD, o âmbito do programa foi devidamente reestruturado. Destinou-se principalmente a segmentos de população considerados “grupos de risco” pelo que, para além de contemplar crianças e adolescentes até aos 16 anos de idade, foi ainda alargado na sua vertente preventiva e curativa a grávidas com acompanhamento no SNS e a idosos beneficiários do complemento solidário, surgindo nesta fase o “cheque-dentista”. (DGS, 2008; OMD, 2010)

De um modo geral, o programa é suportado por um conjunto de atividades, intervenções de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças orais, concretizadas através de um modelo simplificado de contratualização destes mesmos serviços, onde após cuidada avaliação, se concluiu, que têm surgido ganhos significativos em saúde oral para a população considerada.

O PNPSO ainda se encontra em vigor, e até então tem vindo a sofrer significativas alterações, de acordo com as adaptações introduzidas, para a incorporação de outros escalões etários, tendo sido novamente alargado, na vertente preventiva e curativa, a todas as crianças de 7, 10 e 13 anos a frequentar escolas públicas e IPSS em 2009, e a crianças de 8, 11 e 14 anos com elevado risco de desenvolver cárie dentária, no ano 2010. Presentemente, abrange ainda crianças com idade inferior a 7 anos, e crianças com idades intermédias às citadas anteriormente (9, 12 e 15 anos), e utentes portadores de VIH/SIDA. (PNPSO, 2014 OMD, 2010)

Na vertente hospitalar da prestação de cuidados de saúde oral, muito pouco tem sido desenvolvido, apesar de ter existido a possibilidade da integração de Médicos Dentistas no PNS 2004-2010, nada foi concretizado até então. (OMD, 2010)

Mais recentemente, foi criado o Projeto SOBE (Saúde Oral Bibliotecas Escolares) do PNPSO, com parcerias entre a DGS, Plano Nacional de Leitura e a Rede de Bibliotecas Escolares. Neste objeto, são disponibilizados a 2.300 bibliotecas escolares, 2.500 *Kits* SOBE com capacidade de contemplar aproximadamente 1 milhão de crianças.

No projeto, os desafios lançados são subir:

- i. na qualidade da divulgação da saúde oral;
- ii. no número de parcerias com as escolas e outras instituições;
- iii. no grau de perceção da importância que esta área da saúde tem para as famílias e as crianças.” (DGS, 2011)

O projeto SOBE, estabelece-se como um plano algo inovador, prestativo e facilitador de uma aprendizagem dinâmica, que visa a promoção dos cuidados efetivos de saúde oral, de uma forma universal. O objetivo final visa a oferta aos alunos, de acesso a diversas unidades ou projetos relacionados com a saúde oral, que possam facultar de forma intencional, competências de aprendizagem, de prática, de escrita, bem como, capacidades criativas e matemáticas. (DGS, 2011)

Portanto, o *Kit* Sobe surgiu com a finalidade de desenvolver a temática da Saúde Oral de forma integrada e flexível, proporcionando às bibliotecas, escolas e seus responsáveis autonomia criativa, essencial e determinante para o desenvolvimento futuro de iniciativas próprias, aplicadas no seu ambiente de influência. (DGS, 2011)

Por fim, “Portugal apresenta elevadas taxas de incidência de cancro oral, associadas a baixos níveis de sobrevivência dos doentes, frequentemente associados a diagnósticos tardios, sendo que, está comprovada a elevada vulnerabilidade do cancro oral à intervenção precoce, nos diferentes níveis em que ela é possível, o que proporcionará não só uma diminuição da taxa de incidência, mas também o aumento das taxas de cura e de sobrevivência”. (Despacho n.º 686/2014)

Considerando a afirmação acima referida, a partir de 2014, passaram a ser emitidos “cheques diagnóstico” e “cheque biópsia”, alargando desta vez o âmbito de atuação do PNPSO ao rastreio precoce do cancro oral da população, onde médicos de família e dos três IPO’s irão intervir de forma conjunta no rastreio precoce desta doença oral, considerada uma das principais causas de morte a nível mundial, e que muito afeta a população portuguesa numa

razão de 13.4 (sexo masculino) e 2.5 (sexo feminino), por cada 100 mil habitantes (dados de 2002). (Beaglehole; *et al.*, 2009)

## 2.7 Orçamento Alocado à Saúde Oral

Por observação do The Oral Health Atlas e do EU Manual of Dental Practice (2009), os países que maior percentagem de PIB desembolsaram para a saúde geral da população (dados de 2004 e 2005) foram Estados Unidos da América, Canadá, Austrália, vários países europeus tais como, Alemanha, França, Portugal, Reino Unido, e alguns países nórdicos como Dinamarca, Noruega e Suécia pelo que, a média mundial apontava para os 6.3% e muito próxima desta, com 6.1% encontrava-se a média europeia. (Beaglehole; *et al.*, 2009; Kravitz; Treasure, 2009)

Porém, relativamente a esta despesa total em saúde, a percentagem de gastos disponibilizados para a saúde oral é superior em países como (últimos dados conhecidos entre os anos 2004-2007) Israel (12%), Alemanha (8.6%), Dinamarca (8.5%), Suécia (8%), e Canadá (8%). Ainda segundo a mesma fonte, verifica-se que a despesa em serviços dentários (de alguns países selecionados), nos anos 2005-2007, era cerca de 95 biliões (dólares americanos) nos USA, 15biliões \$ na Alemanha e 10 biliões no Canadá. (Beaglehole; *et al.*, 2009)

Em Portugal, a partir de dados disponibilizados pela OMD, o EU Manual of Dental Practice (2009) apontava que no ano 2006 a percentagem de PIB alocada à saúde era de 10% e aproximadamente 71% da despesa total em saúde era coberta pelo governo, já na saúde oral a percentagem de PIB alocada a cuidados de saúde oral era de cerca de 0.4% no ano 2004, e 40% dessa despesa era de natureza privada. (Kravitz; Treasure, 2009)

Na proposta conceptual da OMD direcionada ao PNS 2011-16 é referido que, desde 2007, a OMS recomenda aos estados membros ponderar no seu orçamento anual uma dotação para prevenção e tratamento de doenças orais. (OMD, 2010)

Portanto, a partir desse mesmo ano, observou-se um incremento orçamental da verba alocada pelo Estado Português à saúde oral, pelo que tem vindo a aumentar progressivamente, passando de 3,5 milhões em 2005, para cerca de 30 milhões em 2010. (OMD, 2010)

Contudo, os serviços de saúde públicos, apresentam ainda uma considerável carência em recursos humanos e infra estruturas, essenciais para a implementação e desenvolvimento de estratégias de sucesso na promoção da saúde oral, prevenção e tratamento de doenças orais, verificando-se atualmente uma evidente incapacidade de resposta às necessidades preventivas e curativas da população em geral. (OMD, 2010)

A tendência de despesas total na prestação de serviços de saúde oral para UE (27), como referido anteriormente, tenderá a aumentar, (considerada a taxa de crescimento de 2% ao ano) passando de 76 mil milhões € em 2010, para 93 mil milhões para 2020, relativamente a Portugal a tendência pode ser verificada segundo o quadro seguinte (3). (Patel, 2012)

QUADRO 3 - PREVISÃO DE DESPESA EM SAÚDE ORAL, PARA PORTUGAL, NOS PRÓXIMOS ANOS

<b>Ano</b>	2010	2012	2015	2020
<b>Mil Milhões de €</b>	0,7	0,75	0,8*	0,88*

(\* estimativa) (Adaptado: Patel, 2012)

O PNPSO representa apenas 3% do peso do financiamento em saúde oral para 2010, e 2% para 2012 e 2020 (estimativa). Representando, 0.021, 0.015 e 0.0176 mil milhões de € para os anos 2010, 2012 e 2020, respetivamente. (DGS, 2014)

Finalmente, importa compreender que enquanto forem mantidas abordagens, comportamentos e hábitos orientados para o método curativo, numa realidade em que os serviços, materiais e equipamentos de medicina dentária utilizados nestes tratamentos são dos mais dispendiosos em saúde. Sem uma aposta contínua, eficaz e interventiva na promoção da saúde oral e prevenção de patologias orais e ainda, tendo conhecimento que de entre a imensidão de patologias existentes, as doenças orais são efetivamente as mais fáceis de evitar. Tanto a despesa pública ou a privada, tenderão a aumentar com o tempo, refletindo-se não apenas a nível económico, com no aumento de despesas em saúde, na perda de capacidade produtiva, como também, na diminuição do nível da qualidade de vida e bem-estar da população

### III - METODOLOGIA

#### 3.1 Definição da Problemática

As doenças orais, representam um grave problema de saúde pública a nível mundial, e atualmente, muitos são os esforços direcionados à melhoria de condições de saúde oral das populações. Porém, existem inúmeras situações que influenciam negativamente o estado de saúde oral dos indivíduos, sejam elas a idade, sexo, cultura, hábitos, estatuto socioeconómico, entre outros.

Ainda assim, pensa-se que é possível combater e controlar este problema de saúde pública, em grande parte, responsável por um elevado impacto, negativo, tanto a nível económico, como a nível da qualidade de vida e bem-estar individual.

Em Portugal, este problema afeta grande parte da população pelo que daí se constata uma elevada prevalência de doenças orais presentes na mesma. Por outro lado, é também possível notar que existe uma evidente iniquidade relativamente ao acesso a serviços de saúde oral, e uma otimização de recursos humanos ou materiais pouco eficaz, situações estas que condicionam seriamente o stock de saúde oral da população portuguesa.

Desde 1981 e após a definição das primeiras metas globais de saúde oral, previstas para o ano 2000 e elaboradas pela OMS em parceria com a FDI, foi possível verificar que, começou a ser dada alguma importância a este tema, assim como, a serem direcionados esforços para o alcance de melhores condições de saúde oral das populações.

Este tipo de alerta, até então desprezado por muitos, começou a disseminar-se um pouco por todo mundo, abrangendo não só governos a nível nacional, como a nível local e desde essa ocasião, as metas foram sendo seguidas como guias e estímulos para muitos e alcançadas ou até mesmo excedidas por outros, acabando por se revelar estrategicamente úteis, e impulsionadoras de ações dirigidas ao alcance de melhores níveis de saúde oral, e consequentemente de favoráveis condições de saúde geral.

Decorridos 20 anos, desde a definição das primeiras metas e com o início do novo milénio, foram delineados novos objetivos de modo a prestar auxílio a diferentes decisores políticos, a diferentes níveis. Este documento foi desenvolvido seguindo a perspetiva do relatório do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas ‘Think globally act locally’, não só na expectativa de continuarem a ser implementadas intervenções nacionais, mas também encorajar ações a outros níveis – local, regional e nacional.

Por fim, o documento resultante, intitulado ‘Global goals for oral health 2020’ funciona como uma ferramenta a ser utilizada pelos gestores/coordenadores de cuidados de saúde oral para afinar os seus padrões, objetivos e metas de saúde oral da forma mais realista possível. Refletindo sobre os seguintes factos (Hobdell; et al., 2003):

as doenças orais são, atualmente, consideradas como um problema de saúde pública mundial; tendo o anterior documento da OMS, com metas para 2000 servido de apoio e impulso, para a procura e alcance de resultados significativamente positivos e desejáveis a nível da saúde oral; e o atual documento da OMS com metas para 2020, ter sido apresentado, como instrumento guia e orientador, para a (re)definição de novas metas, mais específicas e realistas, com atuação a vários níveis (local, regional e nacional).

E face à necessidade de contínua melhoria, (re)definição e (re)adaptação de intervenções e estratégias de saúde oral, que se ajustem a diferentes realidades e ao mesmo tempo sejam o mais eficazes possíveis, surgiu a seguinte questão de investigação:

Que intervenções de saúde oral existem, relativamente ao seguimento das recomendações da OMS, entre diferentes países?

Neste sentido, foi formulada a hipótese de que outros países seguem, ou poderão estar a seguir estas recomendações, talvez definindo e implementando diferentes estratégias de intervenção, possivelmente mais eficazes, e com resultados positivos. Daí surgiu a necessidade de responder à questão anteriormente levantada, realizando para tal, uma comparação entre Portugal e os sistemas de saúde oral de outros países e respetivas intervenções direcionadas para o alcance das metas de saúde oral da OMS para 2020.

### 3.2 Objetivos do Estudo

Tendo em vista o contexto da problemática em questão, propus-me a estudar e a analisar os sistemas de saúde oral de 8 países da UE-27, incluído Portugal, a fim de posteriormente, e se se revelar possível, realizar uma comparação entre os mesmos, quer ao nível dos diferentes sistemas de saúde oral de uma forma breve, como às intervenções associadas às metas da OMS para 2020.

O objetivo geral da investigação passa por indicar, uma ou duas propostas de intervenção de interesse, aplicadas noutros países, que se enquadrem no alcance das metas de saúde oral da OMS para 2020, e que em simultâneo, sejam beneficentemente úteis para a resolução de alguns dos problemas identificados no nosso país, pelo que de seguida, e para o alcance deste mesmo objetivo se apresentam alguns objetivos preliminares:

- ❖ Descrever a evolução do sistema de saúde oral português;
- ❖ Analisar 7 sistemas de saúde oral europeus para além do português e efetuar uma breve comparação entre todos, não só ao nível do sistema de saúde oral mas também, ao nível das intervenções cujo objetivo seja o alcance das metas da OMS;
- ❖ Compreender que novas intervenções em saúde oral poderão ser úteis e pertinentes, face às já existentes a nível nacional por forma a alcançar as metas da OMS de forma mais eficaz;
- ❖ Indicar, de entre a análise previamente efetuada, uma ou duas intervenções possíveis de serem adotadas pelos nossos decisores, com resultados positivos nos países de origem.

Em suma, o estudo proposto afigurou-se oportuno ao abrigo da crescente importância e impacto da saúde oral, sobre a saúde geral e qualidade de vida dos indivíduos, quer a nível nacional quer a nível global. Por não serem conhecidos estudos alusivos às vertentes analisadas, no que ao seguimento das linhas de atuação definidas pela OMS para 2020 diz respeito, e ao fato de possivelmente existirem intervenções adotadas por outros países que poderão revelar-se vantajosas para futura aplicação a nível nacional.

### 3.3 Desenho do Estudo

A problemática definida, a pergunta de investigação e os objetivos identificados remetem para a realização de um estudo epidemiológico do tipo observacional descritivo retrospectivo.

Na medida em que este estudo se destina à comparação de determinados grupos populacionais, como unidade de observação e não de indivíduos entre si, e se desconhece a distribuição conjunta dos fatores em estudo, a nível individual e dentro de cada grupo, o estudo ostentará um cariz descritivo ecológico, determinado também, pelo facto de se pretender estudar novas intervenções implementadas na comunidade.

Apresentará ainda, um carácter retrospectivo, pois não existe uma exposição ou fator específico de interesse no estudo, e assentará inclusive na observação de documentos, relatórios e afins, com dados já existentes, referentes a situações passadas.

Este tipo de estudo pretende assim, testar a hipótese da existência de intervenções de saúde oral relacionadas com as linhas de atuação definidas pela OMS, face às implementadas em Portugal, para tal o sistema de saúde oral português será comparado com sistemas de saúde oral de vários países membros da União Europeia e posteriormente proceder-se-á à identificação da existência de intervenções de saúde oral enquadradas com o alcance das

metas de saúde oral da OMS para 2020, nesses mesmos sistemas, se a informação se revelar disponível.

O tipo de recolha de dados revela-se vantajoso e bastante favorável, na medida em que a recolha dos mesmos, pode ser bastante célere. Relativamente à execução, esta encontra-se simplificada, e quanto à obtenção dos resultados, estes podem ser objetivamente conseguidos, de forma bastante rápida e financeiramente serão pouco exigentes, o que também é considerado uma vantagem.

Portanto, os dados recolhidos e utilizados nesta dissertação, são maioritariamente oriundos de fontes secundárias, tais como: revisão de literatura, documento de projetos, relatórios, estudos, avaliações, estatísticas, entre tantas outras.

Observando o tipo de trabalho proposto, este necessita também de uma menor exigência relativamente à apresentação e análise de dados, o que consuma mais um benefício na medida em que requer menor desembolso de tempo e energia.

Porém, algumas desvantagens poderão ser igualmente identificadas, as limitações inerentes a estudos observacionais nomeadamente os viéses de informação, seleção (influência do pesquisador, que vai selecionar quem faz parte da pesquisa e confundimento. (Bonita; Beaglehole; Kjellström, 2010)

As fontes de dados secundárias apesar de permitirem uma rapidez de recolha, podem contudo, apresentar precisão e validade significativamente variáveis, podendo até revelar-se inadequadas ou incompletas para a pesquisa em questão. A falta de disponibilidade de informação relevante também poderá surgir como problema neste tipo de análises, as técnicas de recolha de dados poderão ser pouco desenvolvidas e o poder analítico tenderá a ser menor. (Bonita; Beaglehole; Kjellström, 2010)

O viés do tipo ecológico, presente nestes estudos, poderia oferecer uma limitação, no entanto não se pretende refletir o efeito a nível individual, mas sim a nível coletivo, pelo que não é esperado atuar nesse sentido. As variáveis de confusão poderão estar também presentes uma vez que são mais difíceis de controlar neste tipo de estudos.

No sentido de alcançar os objetivos enunciados, foi definida a metodologia de estudo pelo que, a delineação da mesma, foi executada e organizada em diferentes e distintas etapas:

- i. Revisão bibliográfica, dirigida a noções relacionadas com o tema de saúde oral;
- ii. Conhecimento e entendimento do sistema de saúde oral português e estratégias adotadas até ao presente;

- iii. Identificação de intervenções, implementadas em Portugal, destinadas ao alcance das metas da OMS para 2020;
- iv. Seleção dos países para análise, breve descrição de sistemas de saúde oral dos mesmos, bem como comparação com o português;
- v. Compreender se os países em análise seguiram as recomendações da OMS para 2020, e que tipo de abordagem utilizaram para o alcance das mesmas;
- vi. Perceção de que novas intervenções ainda poderão ser adotadas, redefinidas e adaptadas à realidade portuguesa para cumprir as recomendações e alcançar os resultados de saúde oral mais desejáveis para toda a população.

Na primeira etapa, da revisão bibliográfica, os dados do estudo foram coletados num campo de pesquisa mais alargado, que permitiram proporcionar o enquadramento teórico da investigação, a partir de informação acerca de conceitos básicos relacionados com a saúde oral e estado de saúde oral das populações em estudo. Foi também recolhida informação no sentido de responder a outras situações relacionadas com o tema, sobretudo, condições de acesso a serviços de saúde oral; impacto das doenças orais a nível económico e qualidade de vida; recursos humanos e materiais em saúde oral; verbas monetárias destinadas à saúde oral, tanto a nível internacional como nacional, a fim de melhor inteirar a importância do tema em questão, e ações desenvolvidas. A revisão de literatura, nesta fase, foi permitida através da pesquisa e análise de artigos publicados em revistas indexadas pelas bases de dados do MEDLINE e B-ON, e ainda, a partir de *sites* nacionais e internacionais, de organizações responsáveis pela definição de orientações de atuação e/ou análise da saúde oral das populações, utilizando os termos: *oral health status*; *oral health inequalities*; *burden of oral disease*; entre outros. A escolha do MEDLINE encontra-se relacionada com a qualidade dos artigos publicados em periódicos indexados a esta base de dados, que requerer a revisão por pares (*peer review*). Por outro lado, a B\_ON foi também uma escolha, contudo secundária, e a pesquisa nesta base de dados está relacionada com o facto de se verificar maior acesso a artigos, previamente indicados pelo MEDLINE, porém apenas acessíveis através de pagamento. Foi utilizada ainda, uma outra estratégia de pesquisa, a pesquisa bibliográfica em árvore, possibilitando o acesso a referências bibliográficas pertinentes, citadas nos artigos considerados mais relevantes.

Na etapa seguinte e em simultâneo com a terceira, prosseguiu-se com a análise e compreensão do sistema de saúde nacional, suas intervenções e resultados, respetivamente implementadas e obtidos, até ao momento em Portugal, assim como, a identificação das intervenções reservadas ao alcance das metas da OMS para o ano 2020. Para garantir a concretização desta

etapa, a revisão de literatura foi realizada maioritariamente a partir de fontes de informação secundárias, de entre as quais: relatórios, programas, estudos, projetos, avaliações, entre outras. O acesso aos dados recolhidos foi possível através da pesquisa dos documentos acima mencionados, encontrados e disponíveis, nos *sites* oficiais da DGS e da OMD, organizações responsáveis por este tipo de intervenções, em Portugal. Portanto, aos documentos em estudo, foi feita uma análise detalhada das intervenções aplicadas na população portuguesa bem como de alguns resultados a elas associados.

Prontamente, nas últimas décadas, têm sido desenvolvidas diversas abordagens no âmbito da definição e implementação de políticas e estratégias no combate das doenças orais e melhoria do estado de saúde oral das populações, no entanto, em Portugal, verifica-se que apesar de já existirem várias iniciativas e intervenções, estas são algo limitadas e nem sempre abrangentes. É ainda reconhecido, o alarmante facto de não existirem registos e estudos significativos de prevalência de problemas de saúde oral em todos os escalões da população portuguesa, verificando-se apenas alguns estudos limitados à população em idade escolar. (OMD, 2010) Pelo que, é possível confirmar a necessidade de adoção de novas políticas e estratégias ajustadas às necessidades da população, não somente a grupos prioritários mas destinados também a toda a população em geral. De acordo com o mesmo autor, os recursos humanos e materiais disponíveis, não estão a ser corretamente otimizados, colocando em causa a capacidade de gestão e planeamento em saúde dos nossos decisores políticos.

Nesse sentido, pretende-se ainda perceber, a nível europeu, que estratégias foram definidas e adotadas ou que tipo de intervenções estão ainda a ser elaboradas para o alcance das metas de saúde oral definidas pela OMS para o ano 2020.

Assim, numa quarta etapa, um dos objetivos passava pela seleção de países para o estudo, pelo que foram tidos como critérios de inclusão:

- ❖ País Estado Membro da União Europeia até ao ano 2000;
- ❖ Países com relatórios do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas divulgados a partir de 2010 (depreendendo de que daqui resultariam dados mais recentes);
- ❖ Informação recolhida em inglês e disponibilidade de informação (acessível e de preferência gratuita).

Pretendeu-se efetuar a análise, acima de tudo, entre países da mesma área geográfica e que fossem membros da União Europeia no ano em que as recomendações da OMS foram estabelecidas, pelo que nesta fase, de acordo com o primeiro critério resultaram 15 países, e

após inclusão do segundo critério estes 15 membros da União Europeia ficaram reduzidos a 10, sendo que de entre eles, foram ainda excluídos outros 2 países (Áustria e Dinamarca), restando definitivamente para estudo, apenas 8 países (Bélgica, Espanha, França, Grécia, Países Baixos-Holanda, Portugal, Reino Unido e Suécia).

Ainda na mesma etapa, e após seleção dos países, o pressuposto passou pela análise e comparação dos sistemas de saúde oral dos países previamente selecionados. Foi feita uma revisão sistemática e exaustiva da literatura encontrada, dita secundária, pelo que foram utilizados documentos facilmente acessíveis nos *sites* do Observatório Mundial de Sistemas de Saúde e OCDE, bem como, outros documentos credíveis, naturalmente disponíveis na *web* através de diferentes motores de busca. Por fim, foi construído um quadro resumo, onde consta uma breve descrição dos sistemas de saúde geral, oral e seus métodos de financiamento.

A quinta etapa foi conduzida através da análise da informação recolhida acerca das intervenções aplicadas, assim como de estratégias futuras, direcionadas ao alcance das metas da OMS no ano 2020. Tendo a pesquisa sido feita, maioritariamente, através do acesso a *sites* das várias organizações responsáveis pela definição de intervenções e estratégias de saúde oral e ou análise/estudo de sistemas de saúde, tais como *European Observatory on Health Systems and Policies*, OCDE, OMS e *Oral Health Database*, que disponibilizam o tipo de documentos pretendido, recorrendo-se ainda a outro tipo de documentos e ou relatórios também disponíveis na *web*. No geral foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: *oral health; oral health system; oral health priorities; oral health planning; oral health strategies; oral health report; oral health goals*. Foi também utilizada a pesquisa bibliográfica em árvore, no sentido de procurar dados relevantes para o estudo em questão.

Assim, tendo encontrado evidências na literatura recolhida sobre intervenções e estratégias relacionadas com as metas da OMS, na última e sexta etapa, e após análise das intervenções de saúde oral aplicadas tanto em Portugal, como nos países em estudo e numa tentativa de perceber que novas intervenções ainda poderão ser adotadas, redefinidas e adaptadas à realidade portuguesa para cumprimento das recomendações da OMS foram sugeridas. Por fim, duas intervenções e estratégias de atuação, quer para possível reformulação ou reestruturação de intervenções já aplicadas, quer para adoção e redefinição de outro tipo de intervenções, experimentadas e desenvolvidas para além das nossas fronteiras, bem como, de propostas de intervenções futuras que se revelem adequadas, vantajosas e possíveis de adaptar à realidade nacional.

### 3.4 Definição e Operacionalização das Variáveis

Num estudo ecológico descritivo as variáveis poderão ser de três tipos: agregação; ambientais; ou globais. Tendo em conta o tipo de estudo pretendido, as variáveis em análise são: globais, uma vez que é pretendida a análise e estudo de intervenções específicas relativas a determinados sistemas de saúde oral, de confundimento, em função das diferentes culturas entre diferentes países e de agregação, tendo em conta a necessidade de conhecer a prevalência de doenças orais das populações de cada país.

Todas as variáveis, devido ao caráter e tipo de estudo seguido, estão completamente fora de controlo do investigador, pelo que não é possível extrapolar conclusões. De qualquer modo, o objetivo do estudo passará apenas pela compreensão de que linhas de atuação estão a ser seguidas por cada país.

Não foi verificada a necessidade de selecionar qualquer tipo de amostra, uma vez que se pretendeu apenas, realizar a análise de intervenções anteriormente aplicadas em padrões previamente definidos (população e ou grupos prioritários de cada país). Porém, relativamente aos dados de agregados de população, dos estudos em análise, as variáveis de caracterização, são a idade, sexo e grupo socioeconómico, variáveis estas que, neste caso, estão também totalmente fora de controlo por parte do investigador.

### 3.5 Operacionalização dos Procedimentos

A recolha de dados partiu de fontes de informação secundária como registos oficiais, documentos, relatórios e alguns trabalhos publicados.

No processamento e tratamento de dados foi utilizado o método quantitativo na elaboração de gráficos (*figuras*), necessários para facilitar a comparação, e exposição dos resultados de saúde oral dos vários grupos populacionais. Também mediante a utilização de valores e resultados recolhidos nas várias fontes de informação já referidas, pelo que o tratamento de dados em si, não foi exaustivamente desenvolvido, e nem tão pouco careceu da utilização de programas estatísticos.

Portanto, a maioria dos dados recolhidos foi tratada de forma qualitativa, com recurso a quadros descritivos, utilizados como meio de exposição de resultados. Em suma, foram construídos quadros resumo, para melhor expor e descrever os dados recolhidos.

No momento da construção do segundo quadro de resultados, foram produzidas várias linhas de atuação prontamente preenchidas pelo resumo das recomendações e objetivos definidos pela OMS, daí resultaram dez linhas de atuação:

- i. Coordenar planos de saúde oral nacionais e comunitários com programas prioritários;
- ii. Implementar políticas de saúde oral, baseadas nas evidências, com perspectiva em todo ciclo de vida, na prevenção e controlo das doenças orais;
- iii. Apoiar e auxiliar na implementação de programas de flúor;
- iv. Desenvolver programas assentes em fatores de risco comuns e modificáveis que contribuam para o empoderamento da população e controlo de determinantes de saúde;
- v. No sistema de saúde oral em saúde pública - prestar de cuidados de saúde primários;
- vi. Reduzir a mortalidade e morbilidade causada pelas doenças orais e aumento da qualidade de vida;
- vii. Desenvolver sistemas e métodos de avaliação de saúde oral tanto para processos, como resultados;
- viii. Promover a responsabilização social e boas práticas éticas entre prestadores;
- ix. Reduzir as desigualdades de saúde oral entre diferentes grupos socioeconómicos;
- x. Aumentar o número de prestadores formados para avaliação epidemiológica de doenças orais.

De entre as linhas de atuação, três delas, i; iii; iv, foram ainda subdivididas em diferentes campos de ação: i - crianças, idosos e outros; iii - flouretação da água, disponibilização e acesso a produtos flouretados e outros; iv - nutrição, higiene e uso de tabaco.

Relativamente ao quadro descritivo das intervenções de saúde oral realizadas pelos diferentes países, foi criada uma escala de classificação ordinal para melhor facilitar o seu preenchimento.

Assim, a escala de classificação estabelecida para as várias linhas de intervenção e objetivos da OMS foi a seguinte: desenvolvidos; em desenvolvimento; pouco desenvolvidos; e não implementados. Ainda para as situações em que a informação era insuficiente ou não foi encontrada, foi definida a seguinte classificação “sem dados”.

No final de todo o processo de tratamento de dados pretende-se por fim, de entre as variadas intervenções de saúde oral adotadas por cada país, destacar duas que possam ser utilizadas como ferramentas de apoio e auxílio, para a definição de novas estratégias a adotar num, futuro próximo.

## IV – RESULTADOS

### 4.1 Descrição dos Sistemas de Saúde Geral e Saúde Oral

Neste subcapítulo, serão descritos os resultados encontrados, relativamente ao Sistema de Saúde Geral, Financiamento e Sistema Saúde Oral de cada país em análise.

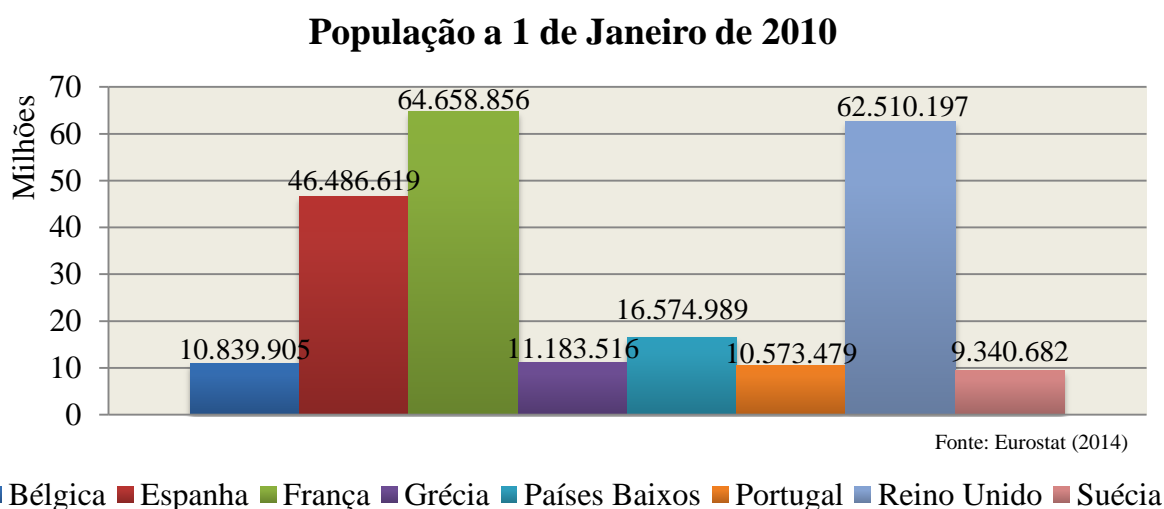


FIGURA 2 - NÚMERO DE HABITANTES POR PAÍS, NO ANO 2010.

Portanto, foram elegidos, oito países membros da União Europeia, com diferentes sistemas de saúde e métodos de financiamento. A 1 de Janeiro de 2010, entre estes, os que apresentavam maior índice populacional, eram: França, Reino Unido e Espanha, com cerca de 64,5 milhões, 62,5 milhões e 46,4 milhões. Já com menor número de habitantes, mas acima dos países com menor população encontravam-se os Países Baixos (Holanda), com aproximadamente 16,7 milhões. Por último e com 11,2 milhões, 10, 8 milhões, 10,6 milhões e 9,3 milhões de habitantes correspondiam a Grécia, Bélgica, Portugal e Suécia, respetivamente (*figura 2*).

Países como a Bélgica, França e Holanda possuem um Sistema de Saúde, em que a principal fonte de financiamento para cuidados de saúde é o seguro social. Já os Sistemas de Saúde do Reino Unido e da Suécia dependem maioritariamente de um financiamento dependente da receita fiscal. Existem, embora países, em que o financiamento do Sistema de Saúde se encontra em plena transição, com passagem direta de um modelo dependente de seguro social, para um modelo fundamentado em impostos, como é o caso de Portugal, Espanha e Grécia que possuem um financiamento do tipo misto.

No quadro 4 é apresentada uma versão sintetizada da caracterização dos vários sistemas, quer de Saúde Geral como de Saúde Oral, e o método de financiamento utilizado pelos diferentes países em análise.

QUADRO 4 - CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE GERAL E SAÚDE ORAL E TIPO DE FINANCIAMENTO, POR PAÍS.

	Sistema Saúde Geral	Financiamento	Sistema Saúde Oral
<b>Bélgica</b>	Seguro de saúde obrigatório com cobertura parcial de serviços (mais complexos)	Seguro de saúde obrigatório com subsídio significativo do Estado	Prestação maioritariamente de origem privada 90%, financiados através de fundos públicos provenientes do seguro de saúde obrigatório
<b>Espanha</b>	SNS recente; Misto de impostos gerais e seguro social obrigatório	Maioritariamente a partir de impostos gerais e em menor escala pelo seguro social obrigatório (em transição)	Prestação maioritariamente de origem privada, aproximadamente 90% mediante financiamento privado
<b>França</b>	Seguro de saúde obrigatório que cobre quase 100% população	A maioria a partir de <i>sick funds</i> obrigatórios mas também alguns pagamentos diretos	Prestação de origem maioritariamente privada 87%, mediante contratualização de serviços financiados pelos fundos de segurança social
<b>Grécia</b>	SNS recente; segurança social; e setor privado	Maioritariamente a partir de impostos gerais e em menor escala por alguns fundos de doença (em transição)	Prestação de origem maioritariamente privada 77%, mediante financiamento privado. Os serviços restantes têm financiamento da segurança social
<b>Países Baixos</b>	Sistema complexo de seguros: público ( <i>sick funds</i> apenas obrigatório para pessoas com rendimento inferior a um determinado nível) e privados	A maioria proveniente de esquemas de seguro social obrigatório e também voluntários e privados	85% dos serviços são prestados por profissionais do setor privado financiado através do seguro social obrigatório ou seguros complementares voluntários
<b>Portugal</b>	SNS recente; misto de subsistemas de saúde públicos e privados para algumas profissões; seguro de saúde privado	Maioritariamente a partir de impostos gerais e em menor escala por alguns seguros de saúde obrigatórios (em transição)	Prestação principalmente de origem privada 95% com financiamento através de pagamentos diretos e em menor escala mediante seguros privados ou públicos
<b>Reino Unido</b>	SNS de cobertura universal baseado em impostos, destacando-se maior autonomia financeira por parte das unidades locais	Principalmente a partir de impostos gerais e fundos adicionais de segurança social	Prestação privada representada por 77% dos profissionais com 40% financiamento a partir de impostos (apenas para tratamentos básicos) e o restante mediante seguro privado ou pagamento direto
<b>Suécia</b>	Sistema de saúde público compreensivo de cobertura total com descentralização de responsabilidades financeiras e de serviços de saúde	Maioritariamente por impostos locais e em menor escala por fundos de segurança social de uma fonte pública de subsídios proveniente do Governo	Mais de metade (56%), dos serviços de saúde oral provêm de prestação pública local, contudo os serviços privados são também bastante requisitados e ambos são financiados quer por impostos locais quer por subsídio público de segurança social. Também pode existir financiamento privado.

Fonte: Gerkens, S.; Merkur, 2010; García-Armesto; et al., 2010; Chevreur; et al., 2010; Economou, 2010; Schäfer, 2010; Barros; Machado; Simões, 2010; Boyle, 2011; Anell; Glenngård; Merkur, 2012; Kravitz; Treasure, 2009; Barros; Gomes, 2002)

Relativamente ao Sistema de Saúde Oral, os resultados encontrados estão organizados por país, pelo que serão descritos um por um.

#### Bélgica (Gerkens; Merkur, 2010; Kravitz; Treasure, 2009)

A prestação de serviços de saúde oral é executada por dentistas, que usualmente trabalham de forma independente, e na sua maioria financiados através de fundos públicos, provenientes do seguro de saúde obrigatório, mediante taxas de serviço.

Na área da saúde oral a prática pública é bastante reduzida (10%), verificando-se uma pequena distribuição de profissionais pelos seguintes locais de prestação de cuidados: Hospitais (sem dados); Forças Armadas (10) e Universidades (200). Em oposição, os cuidados de saúde privados são prestados por cerca de 90% dos dentistas belgas, onde cada indivíduo tem acesso a um profissional e também direito aos seguintes benefícios:

- ❖ à exceção de cuidados de ortodontia – todos os tratamentos dentários da tabela de preços, são gratuitos para crianças até aos 18 anos, e as radiografias têm um reembolso de 75%;
- ❖ para os segurados aos quais é atribuído um reembolso preferencial, todos os serviços dentários estão cobertos pelo seguro;
- ❖ indivíduos com deficiência física ou mental, têm direito a reembolso para limpeza profilática, a cada três meses;
- ❖ e reembolso de próteses removíveis para pessoas com 50 anos ou mais.

No geral, o reembolso entre os 18 e 50 anos deve ser aprovado pelo *Technical Dental Council do National Institute for Health and Disability Insurance* (NIHDI).

Espanha (García-Armesto; et al., 2010; Kravitz; Treasure, 2009)

Apesar de existir um ‘pacote’ universal de cuidados, oferecido pelo sistema de saúde, os cuidados de saúde oral não estão incluídos. Ainda assim, os funcionários públicos beneficiam de alguns cuidados tais como: exames, extrações e cuidados profiláticos.

Apenas 8% dos dentistas prestam serviços em regime público encontrando-se distribuídos pelos seguintes locais: Hospitais (340); Forças Armadas (340); Universidades (800); e Serviço Dentário Público (1251).

Como exigência legal, existe um pequeno serviço dentário público que opera em unidades de cuidados de saúde primários (ambulatório). Este serviço pode ser complementado através de programas específicos nas regiões com competências de saúde previamente delegadas. Já foram implementados alguns programas para crianças e jovens, nomeadamente nas regiões de Navarra e País Basco, assim como Andaluzia e Múrcia. Em ambos os casos os pacientes têm acesso gratuito aos cuidados disponibilizados nos programas contudo, este tipo de projetos, no ano 2008, eram ainda bastante limitados, oferecendo apenas cuidados de prevenção e odontopediatria.

Os serviços ambulatoriais anteriormente referidos são administrados pelas instituições de saúde regionais, e embora se destinem a todos os setores populacionais, prestam unicamente

cuidados de emergência tais como: extrações; prescrição de antibióticos; e encaminhamento para cirurgia oral, se necessário.

Por outro lado, os cuidados de saúde oral prestados no setor privado, são assegurados por cerca de 92% dos dentistas. Existem pequenos ‘pacotes’ de serviços disponibilizados pelas seguradoras privadas, nos quais poderão constar serviços específicos (exames, extrações, diagnóstico de radiológico e profilaxia), e outros ‘pacotes’ um pouco mais benévolos, mediante um prêmio adicional. Contudo, apenas 18% da população (em 2007), usavam estas representações de seguro, onde o prêmio varia em função da cobertura que cada ‘pacote’ inclui e oferece. Neste caso, os prestadores são reembolsados mediante os serviços prestados. A população restante que acede aos serviços privados, cobre todos os custos associados aos mesmos, efetuando o pagamento através de pagamentos diretos, *out-of-pocket*.

França (Chevreul; et al., 2010; Kravitz; Treasure, 2009)

Relativamente à prestação de serviços de saúde oral, estes são prestados sobretudo por profissionais em regime de prática privada (87%, 2009). Os 13% restantes, são profissionais com funções em centros de saúde e hospitais, especializados em atendimento odontológico. À semelhança dos restantes serviços do seguro de saúde social obrigatório, os serviços de saúde oral podem ser, total ou parcialmente reembolsados, para cada indivíduo e seus dependentes.

Para além do seguro obrigatório, existem seguros complementares (90% das pessoas usam-nos, seja de forma voluntária ou através do Seguro Universal de Doença (*Couverture Maladie Universelle*, CMU)), que podem auxiliar na cobertura das despesas de saúde oral, essencialmente tratamentos cirúrgicos, ortodônticos e protéticos. O CMU é um seguro complementar. Foi introduzido em 2000 para promover o acesso e prestação de cuidados, a grupos mais vulneráveis da população, neste caso, os médicos são pagos diretamente pela Caixa de Previdência Social e outros seguros complementares.

Apenas 13% dos dentistas prestam serviços em regime público, e estão distribuídos pelos seguintes locais: Hospitais (250); Forças Armadas (42, dados de 2004); Universidades (276); Serviço Dentário Público (2389); e estudantes do Serviço de Saúde (72). Cerca de 30 a 50% da despesa em cuidados de ambulatório em saúde oral, são cobertos pelo seguro de saúde voluntário, e o seguro de saúde obrigatório cobre um terço das despesas de saúde oral, com diferenças consideráveis, dependendo do tipo de atendimento: 40 % das despesas de atendimento odontológico conservador, e apenas 33 % dos cuidados de prótese e 10% de tratamento ortodôntico.

A maioria dos cuidados de saúde oral são fornecidos pelos profissionais em prática privada (87%), mediante um acordo denominado convenção, que abrange 99% dos cirurgiões-dentistas. Se um cirurgião dentista não tem convenção, o paciente não pode reivindicar a totalidade, ou parte do custo dos serviços adquiridos. Todos os residentes legais, em França, têm direito a tratamento, ao abrigo da convenção e para além disso, é oferecido anualmente um exame oral, e todos os tratamentos posteriores para crianças e jovens (6, 9, 12, 15 e 18 anos de idade).

Grécia (Economou, 2010; Kravitz; Treasure, 2009)

À semelhança do sistema de saúde geral, a prestação de cuidados de saúde oral à população grega, é fornecida por três estruturas independentes:

- ❖ fundos de segurança social, financiados através de impostos provenientes das contribuições de empregados e empregadores;
- ❖ SNS, através de serviços de saúde rurais e hospitais públicos financiados pelo Orçamento de Estado;
- ❖ setor privado, onde os prestadores são remunerados principalmente por pagamentos diretos – *out-of-pocket*.

Relativamente ao setor privado, este é financiado mediante pagamentos diretos *out-of-pocket*, ou em menor escala por seguros de saúde privados, e é representado por hospitais com fins lucrativos, centros de diagnóstico e de práticas independentes. Existem vários seguros sociais, onde as contribuições e benefícios associados, são determinadas, mediante o *status* profissional. Subsistem inúmeras diferenças na cobertura proveniente dos fundos de seguro social, portanto, grande parte da população não é adequadamente coberta pelo mesmo, a fim de receber os cuidados de saúde oral de que necessita na realidade.

Os serviços de saúde oral públicos eram representados até 2008, por cerca de 23% dos profissionais, estando estes distribuídos da seguinte forma: Serviço Dentário Público (934); Universidades (226); Hospitais (578); Forças Armadas (73); outros (1392).

Estes serviços do SNS, exceto os Hospitais, oferecem assistência gratuita a toda a população, porém é dada prioridade a cuidados preventivos e outros, para todas as crianças, e assistência odontológica básica a desempregados e grávidas (e até um ano após o nascimento da criança).

Nos centros de saúde, os pacientes até 18 anos de idade têm direito a uma consulta anual, e nela podem receber tratamento preventivo (aconselhamento dietético e de higiene oral, aplicação tópica de flúor, selantes de fissuras), diagnóstico de radiológico, tratamento conservador (restaurações), tratamento endodôntico e periodontal.

Nos hospitais urbanos é cobrada uma taxa por serviço e também por visita, ainda assim os pacientes com rendimentos significativamente baixos, estão isentos de pagamento. Estes locais de prestação são também destinados à oferta de tratamentos dentários secundários, para pacientes clinicamente complexos (pacientes com HIV, diabetes) e alguns disponibilizam também cuidados primários e secundários de saúde oral a pacientes com necessidades especiais.

Como anteriormente referido, os seguros sociais são bastante desproporcionais relativamente aos serviços prestados. Por exemplo: um dos seguros mais comuns não cobre indivíduos menores de 16 anos de idade, apenas cobre a prestação de cuidados em centros de saúde rurais, onde a força de trabalho é relativamente diminuta e a oferta de tratamentos dentários, destinada apenas à população menor de 18 anos. Toda a população rural com mais de 18 anos, apesar de segurados, não têm cobertura para serviços odontológicos, pelo que aquando surge a necessidade de serviços de medicina dentária, têm de optar pelo setor privado.

Por outro lado, um outro seguro social, contrata dentistas para as suas policlínicas, estabelecendo também contractos com dentistas particulares para determinados serviços, destinados a segurados de todas as idades e de entre os serviços destacam-se: restaurações, próteses fixas e removíveis, e ortodontia para crianças menores de 15 anos de idade, contudo, os serviços mais dispendiosos não são cobertos (coroas e pontes).

Os restantes fundos de seguro social que não têm policlínicas também contratam dentistas privados e outros oferecem ainda a liberdade de escolha de dentistas aos seus segurados. Geralmente, se um paciente usufruir de serviços em instalações dirigidas pelo seu seguro não terá de fazer qualquer pagamento, todavia se se dirigir a serviços privados o reembolso varia em função do tipo de seguro e serviços prestados, podendo chegar a 50-70% se o dentista presta o serviço sob contrato ou 20-30% se não existir contrato sendo que, nestes casos, o paciente paga diretamente tendo a possibilidade de posteriormente vir a ser reembolsado. Os serviços preventivos não são cobertos pelos seguros sociais, sendo apenas prestados de forma gratuita em centros de saúde rurais.

O setor privado oferece todo tipo de tratamentos e é representado por cerca de 77% dos dentistas (10923), funciona sob financiamento *out-of-pocket* acabando por ser um substituto para a insatisfação com a qualidade de cuidados prestados pelo setor público e um complemento a todos os cuidados de saúde que não cobertos pelo seguro social..

*Países Baixos – Holanda* (Schäfer, 2010; Kravitz; Treasure, 2009)

Os serviços de saúde oral são assegurados, na sua maioria, por dentistas e higienistas orais, e apesar de aproximadamente 60 a 70% da população estar contemplada pelo seguro obrigatório, os cuidados de saúde oral são prestados na sua maioria, por estes profissionais, no setor privado. Os higienistas orais encontram-se devidamente especializados em cuidados preventivos, e podem ser visitados diretamente, ou mediante o encaminhamento de um médico. Os cuidados de saúde secundários, são prestados por profissionais de duas especialidades médicas: os cirurgiões orais (trabalhando a maioria em hospitais) e ao ortodontistas (que prestam serviço fora do hospital: em ambulatório ou universidades).

Na Holanda, o serviço de saúde oral público é bastante reduzido, pelo que os cuidados são prestados pelo setor privado, logo o seguro de saúde obrigatório, fornece um ‘pacote’ de tratamentos de saúde oral básico, passível de usar no setor privado. Portanto, as clínicas de saúde pública, empregam um reduzido número de profissionais de saúde oral, refletindo-se na escassa prestação de cuidados domiciliários e serviços hospitalares de medicina dentária, à exceção da especialidade de cirurgia maxilo facial (sendo apenas nestes casos, em que os pacientes recebem regularmente cuidados de um dentista).

O ‘pacote’ do seguro engloba, tratamentos preventivos e curativos (para todos os jovens, inclusive até aos 21 anos de idade), o custo de uma prótese dentária total, e cuidados para grupos específicos de pacientes (seja com deficiência física ou mental). Todos os outros cuidados de saúde oral, incluindo quaisquer cuidados dentários preventivos e curativos para adultos, e todo o tratamento ortodôntico, pode ser adicionalmente segurado, através de um seguro voluntário privado, ou pagos diretamente ao prestador. Os seguros privados são voluntários, e ‘oferecem’ todos os tratamentos que o segurado estiver disposto a ‘adquirir’, assim sendo, o prémio de seguro altera consoante o ‘pacote’ de serviços pretendido.

Os serviços privados estão representados por cerca de 85% dos profissionais, enquanto que os restantes 15% estão distribuídos da seguinte forma: Serviço Dentário Público (250); Universidades (180); Hospital – Cirurgiões - (214); e Forças Armadas (50).

Existe também um serviço odontológico para escolas, concretizado como negócio privado, e uma organização especializada em medicina dentária, subsidiada pelo Ministério da Saúde e pela Associação Dentária Holandesa (NMT) que dissemina folhetos informativos sobre cuidados de saúde oral e outras informações específicas.

*Portugal* (Barros; Machado; Simões, 2010; Kravitz; Treasure, 2009)

O sistema de saúde oral não é tão amplo quanto desejável e necessário, e neste momento encontra-se direcionado a grupos de população, considerados prioritários (crianças/ jovens em idade escolar, idosos, grávidas e alguns pacientes com determinadas doenças).

Verifica-se uma escassez de profissionais de saúde oral no setor público, pois a maioria dos Higienistas e Dentistas, trabalham de forma independente assumindo, o setor privado, com a oferta da maioria dos cuidados. Existem alguns acordos entre estes profissionais, e um ou vários subsistemas de saúde (com listas de tratamentos e taxas próprias), onde as taxas geralmente são baixas e os pagamentos demorados. No sentido oposto deste procedimento, existe a possibilidade de um indivíduo com cobertura para um determinado seguro, se dirigir a um profissional, sem qualquer acordo com um subsistema, efetuar um pagamento direto, e posteriormente pedir o reembolso parcial dos cuidados adquiridos, ao sistema em que está inserido.

Os serviços públicos oferecem uma pequena parte dos cuidados de saúde oral, bem como, da recolha de dados epidemiológicos, encontrando-se distribuídos da seguinte forma: Serviço Dentário Público (43); Universidades (200, dados de 2004, as suas funções são principalmente a formação, embora a maioria mantenha os compromissos na prática privada); Hospitais (90 Estomatologistas); Forças Armadas (31, dados 2008). Na oferta de cuidados, é dada maior prioridade a grupo populacionais considerados vulneráveis, desde crianças e jovens em idade escolar, portadores de HIV/SIDA, idosos, grávidas e certos pacientes com determinadas doenças de risco.

O serviço privado de saúde oral, representado por cerca de 95% dos profissionais da área, recebe pacientes com, e sem seguros públicos, ou privados. O mercado de seguros de saúde privados em Portugal tem vindo a crescer velozmente, e várias companhias, começam hoje, a incluir cuidados e planos de medicina dentária, nos contractos celebrados com os seus funcionários. Estes planos podem seguir duas modalidades diferentes:

Reembolso – o paciente paga a totalidade do tratamento ao prestador, e de seguida recupera parcial ou totalmente o valor pago (varia entre sistemas e empresas), mediante a apresentação de um género de relatório preenchido pelo prestador.

Convenções – o paciente paga uma parte do tratamento ao prestador, ‘copagamento’, que varia em função do contrato celebrado, entre a empresa e o paciente

Geralmente, cada sistema tem a sua própria lista de tratamentos e honorários tabelados, podendo incluir cuidados de emergência. A cobertura de prótese avançada é fornecida por

poucos sistemas e os que o fazem funcionam sob aprovação prévia, assim como para os tratamentos de ortodontia e implantologia. Em alguns planos de saúde privados não existem co-pagamentos, ou seja, o plano de seguro vai cobrindo todas as despesas, até atingir um determinado *plafond* (um maior prémio, é aqui representado por um maior *plafond*).

Os Estomatologistas trabalham de forma idêntica aos Dentistas, no entanto, os Odontologistas não o podem fazer, uma vez que estão limitados a um determinado número, e tipos de tratamento, por não possuírem formação reconhecida para tal.

Apesar de alguns Centros de Saúde e Hospitais do SNS possuírem dentistas, esta rede pública não oferece cuidados domiciliários de saúde oral tão pouco. A mais completa e ampla, oferta, provem de origem privada. Desde 1998, que está em vigor uma lei, que permite que os pacientes recebam cuidados privados de saúde geral ou oral. Posteriormente, mediante a apresentação de um recibo, poderão deduzir o valor do mesmo, sob alívio do imposto de rendimento, podendo chegar aos 100% em função do rendimento de cada um.

#### Reino Unido (Boyle, 2011; Kravitz; Treasure, 2009)

O sistema de saúde oral segue o mesmo método de financiamento que o sistema de saúde geral, porém este cobre apenas cerca de 40% dos tratamentos básicos, pelo que o restante é coberto pelos copagamentos dos pacientes e pagamento direto de práticas privadas. No ato de entrega de cuidados, toda a população tem disponíveis as várias formas de assistência médica primária, significando que perante o efeito do aumento das despesas em saúde oral privada, bem como, da elevada proporção proveniente dos copagamentos no SNS, os pacientes financiam diretamente cerca de 60% os gastos em saúde oral.

O seguro de saúde privado funciona em menor escala, quer em termos de financiamento, como em cobertura da população, contudo, relativamente aos cuidados de saúde médicos, tem vindo a ser desenvolvido.

Nas várias regiões do Reino Unido, apresentam-se diferentes contratos de saúde oral, a título de exemplo:

- ❖ Na Inglaterra e País de Gales – os pacientes não estão formalmente registados com profissionais de saúde oral, e pagam uma de quatro taxas fixas relativas ao tratamento recebido, ao invés de uma parte do custo do tratamento. Os encargos podem variar em função do tipo de tratamento desde tratamentos de rotina (check-up, destartarização e polimento) até tratamentos mais complexos (coroa e pontes).
- ❖ Na Escócia - os pacientes do SNS podem ser tratados sob um contrato de 36 meses, que poderá ser alargado, para pacientes com necessidade de cuidados continuados ou

de tratamento eventual (episódico), e apenas um número limitado de tratamentos está disponível para o tratamento ocasional.

O serviço odontológico no Reino Unido é representado por três tipos de prestação:

- ❖ serviço secundário e terciário em hospitais de agudos e de especialidade, facultando aconselhamento especializado, e tratamento para problemas mais complexos, geralmente encaminhados por médicos/dentistas gerais;
- ❖ serviços comunitários de odontologia (CDS), onde para além de suporte epidemiológico e recolha de dados, são prestados cuidados de saúde oral em ambientes comunitários com atuação, tanto em clínicas comunitárias, como no domicílio e em lares de idosos (para grupos com dificuldades de acesso a práticas de medicina dentária em geral, por exemplo, crianças e adultos com ‘necessidade especiais’, algumas pessoas idosas e comunidades onde existem poucos prestadores), bem como, a realização de triagem de crianças em idade escolar para a cárie dentária e promoção da saúde oral;
- ❖ serviços gerais, oferecendo uma série de serviços em ambulatório, em ambientes comunitários locais, para atender a maioria das necessidades de saúde oral.

A comunidade de dentistas, funcionários do SNS, tende a prestar uma série de serviços e cuidados gerais e/ou especializados nos Hospitais, e também no setor privado. Um número considerável de dentistas prestam, em simultâneo, cuidados de assistência privados e do SNS ao mesmo paciente.

No setor público os Dentistas distribuem-se da seguinte forma: Serviços Dentários Públicos (1800); Universidades (400); Hospitais (2000); Forças Armadas (210); e Administrativos (250).

As Primary Care Trust's (PCT) representam a prestação de serviços de medicina dentária do SNS a nível local, para toda a população de cada área geográfica específica. Por outro lado, todos os indivíduos têm direito, assim como, acesso imediato no SNS, à assistência dentária de urgência, e à manutenção da sua saúde oral a partir de uma vasta oferta de tratamentos (preventivo, endodontia, restaurações, tratamento protésico e ortodôntico (para menores de 18 anos)), sempre que necessário, e mediante copagamento.

Ainda que existam estes direitos, cada paciente tem a liberdade de optar por receber uma diversidade de tratamentos, com origem no SNS, ou no setor privado, isto no mesmo episódio de tratamento. Embora nenhum indivíduo possa ser obrigado a concordar com o tratamento privado, deve receber tratamento adequado no âmbito do SNS.

Os serviços odontológicos prestados em hospitais, e em muitos serviços prestados pelos vários CDS's são gratuitos na sua totalidade. Vários grupos de população (de crianças menores de 18 anos de idade, mulheres grávidas ou em amamentação, estudantes até 19 anos, em regime de tempo integral e pessoas com dificuldades de bem-estar), podem receber do SNS, através de um prestador, serviços de saúde oral gratuitos. Alguns tratamentos, tais como cuidados domiciliários e reparações de próteses, são também gratuitos para pessoas com mobilidade reduzida.

Apesar dos serviços hospitalares e comunitários serem gratuitos, uma considerável parte da população, tem direito a cuidados gratuitos em função da idade, e/ou por deter um dos benefícios de isenção de pagamento, portanto, cerca de 48% dos pacientes, receberam atendimento gratuito em 2007-2008 (Steele, 2009). A restante população recebe cuidados subsidiados, onde os valores são regulados, perante um quadro nacional de encargos, com três faixas para tratamento dentário no SNS (em abril de 2010):

- ❖ faixa 1 (16,50 Libras) para o exame , diagnóstico de raio X, cuidados de prevenção, profiláticos e de urgência.
- ❖ faixa 2 ( 45,60 Libras) para todos os tratamentos da faixa 1, e tratamentos adicionais, como obturações, endodontia ou extrações ;
- ❖ faixa 3 (198 Libras) para todo o tratamento coberto pela faixa 2, e outros procedimentos mais complexos, tais como coroas, próteses ou pontes.

Em 2008-2009, 28% dos encargos recolhidos, destinaram-se a considerar tratamentos da faixa 1, 39% e 28% nas faixas 2 e 3, respetivamente, e com os 5% destinados a tratamentos de urgência.

A prática privada, no Reino Unido, representa cerca de 77% dos profissionais dentistas (24000), exercendo de forma individual ou em grupo, resultando em cerca de 11000 locais de prestação.

Os cuidados de saúde oral prestados de forma privada, englobam qualquer tipo de tratamento, e pagos perante duas opções: pagamento direto pelo paciente, numa base de taxa de serviço; ou através de um plano de seguro privado.

Suécia (Anell; Glenngård; Merkur, 2012; Kravitz; Treasure, 2009)

Os Conselhos Municipais, têm a responsabilidade básica de assegurar que o atendimento odontológico está disponível para todos os cidadãos. Este atendimento é prestado pelo Serviço de Odontologia Pública e pelos prestadores de cuidados de saúde privados. Os serviços e cuidados de saúde oral, são gratuitos para todos os indivíduos, com menos de 20

anos de idade, e são sobretudo prestados em serviços públicos, nomeadamente, em clínicas locais, geridas pelos municípios. Já os serviços e cuidados de saúde oral, para a população com mais de 20 anos, são facultados por um misto de dentistas privados e públicos.

Desde a última reforma (2009), existem dois subsídios fixos, ambos pagos anualmente, para serviços dentários (na prestação de cuidados preventivos e exames gerais) que diferem no seu valor e escalão etário:

- ❖ 33 Euros para indivíduos com idades de 20-29 e com mais de 75 anos;
- ❖ 16 Euros para escalão de 30-74 anos.

Funcionam como um *voucher*, que pode ser usado como pagamento parcial, para um atendimento odontológico e *check-up* em qualquer dentista ou higienista oral, ou como um pagamento parcial para atendimento odontológico de subscrição.

Para outro tipo de serviços, de assistência odontológica de complexidade e valor mais elevados, para todos os maiores de 20 anos de idade, há um esquema de proteção de elevado custo em separado, nestes casos, os pacientes pagam o custo completo do tratamento até um total de 333€, e a partir desse valor, obtêm o seguinte subsídio: 50% dos custos dos serviços com um valor entre 333€ e 1667 €, e 85% do valor dos cuidados em que o custo seja superior a 1667€.

Na Suécia, a maioria dos serviços é prestado pelo setor público, distribuindo-se da seguinte forma: Serviços Dentários Públicos (4124); Universidades (263); Hospitais (150); Forças Armadas (2).

Os cuidados de saúde oral são gratuitos para todos os indivíduos menores 20 anos de idade (sem pagamento de taxas) e com exceção das consultas ambulatoriais e prescrição medicamentosa, não existe um limite sobre as taxas de utilização em atendimento odontológico. Os subsídios para o atendimento odontológico estão incluídos no seguro nacional de saúde, e são financiados pelo Conselho de Segurança Social sueco.

A prestação de cuidados de saúde oral mediante sistema de reembolso é considerada rentável e socioeconomicamente eficiente, porém nem todos os serviços são reembolsáveis, uma vez que as medidas assentes na prevenção e tratamento da doença são priorizadas. Existe ainda, a possibilidade de aquisição de um subsídio de assistência odontológica para indivíduos com doença prolongada, necessidades especiais e outro tipo de doenças. A prestação de cuidados sob regime privado é representada por cerca de 44% dos profissionais e sabe-se que entre 5 a 25% dos serviços em crianças são de natureza privada. Em 2009, cerca de 14% dos gastos dos conselhos municipais em serviços odontológicos foram para prestação privada de serviços, e

60 % a 80 % dos serviços de saúde oral para adultos são fornecidos também pelo setor privado.

#### 4.2 Apresentação de Dados Recolhidos

Nesta fase de pesquisa, serão apresentados alguns dados acerca de recursos humanos, financiamento dos sistemas e por fim dados epidemiológicos de cada país para posterior comparação de resultados obtidos pelos vários tipos de sistemas e intervenções.

##### Recursos Humanos – Profissionais de Saúde Oral

A maioria dos países possui um maior número de Médicos Dentistas registados face aos que na realidade se encontram no ativo (*figura 3*), sendo possível observar que França, Reino Unido e Espanha detinham maior número, quer de registados quer de ativos, com cerca de 40,9 mil, 36,5 mil e 23,2 mil profissionais ativos no ano 2008, respetivamente. Os restantes países eram liderados, em número de profissionais ativos, pela Grécia (12,6 mil) e os demais possuíam um número de recursos humanos bastante semelhante, com Holanda (8,8 mil) no topo, seguida da Bélgica (7,9 mil), Suécia (7,5 mil) e por fim Portugal (6,7 mil).

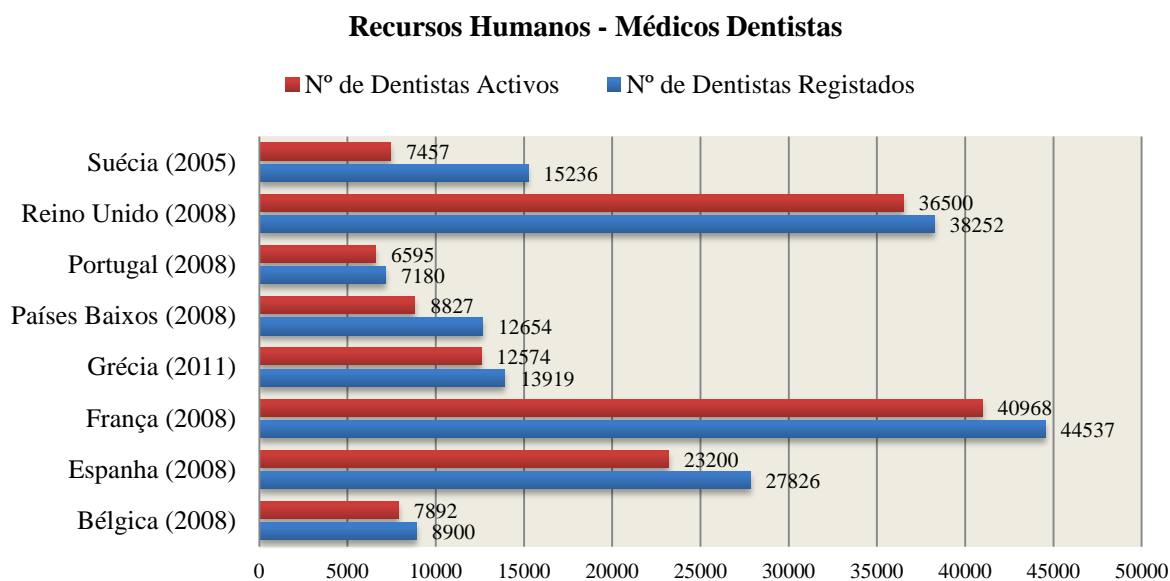
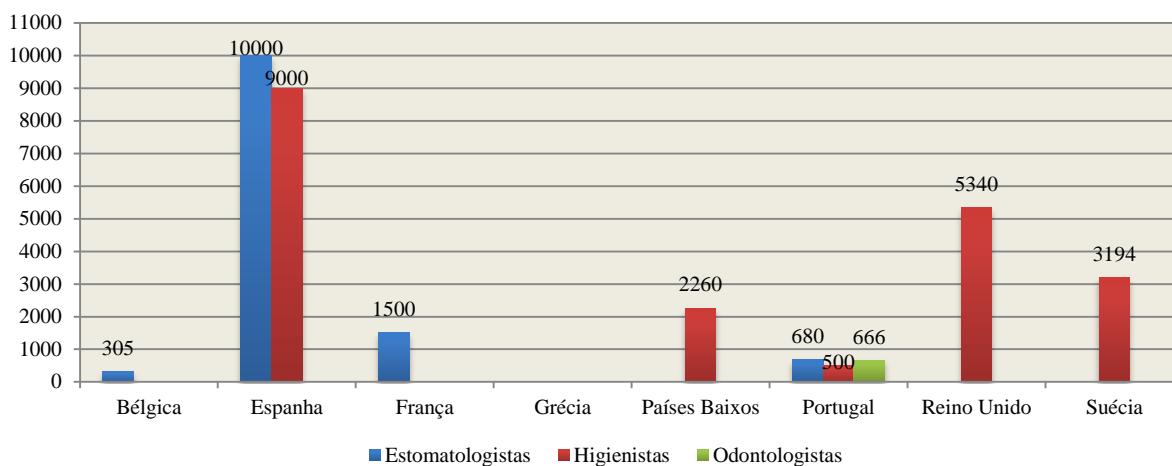


FIGURA 3 - RECURSOS HUMANOS (MÉDICOS DENTISTAS), POR PAÍS.

Fonte: CECD0, 2010; OMD, 2013

Em França no ano 2008, o aumento do número de estudante de medicina dentária foi decidido pelas autoridades públicas, devido a uma escassez de cirurgiões-dentistas prevista para 2015. Em Espanha foi verificado um excesso de oferta em relação as necessidades da população e na Grécia (2003), cerca de 6% dos dentistas estavam desempregados devido ao aumento a concorrência pela procura de emprego. Ainda, foi relatado pela Associação Dentária Sueca uma diminuição do número de dentistas ativos devido ao fenómeno de emigração. Na Holanda, segunda a associação dentária deste país, não há registo de problemas de acesso nas zonas rurais, mas existe escassez de dentistas nas zonas urbanas e dificuldades de acesso a serviços de saúde oral para alguns grupos sociais. (Kravitz; Treasure, 2009)

### Recursos Humanos - outros profissionais de Saúde Oral



Fonte: Oral health Database, 2014; Kravitz; Treasure, 2009; OMD, 2013

FIGURA 4- RECURSOS HUMANOS (OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ORAL), POR PAÍS

Relativamente aos restantes recursos humanos de prestação de serviços de saúde oral, destacam-se Estomatologistas, Higienistas e Odontologistas (apenas em Portugal).

Com efeito, de acordo com a figura 4, Grécia não possui qualquer profissional deste género, Bélgica e França apenas possuem Estomatologistas (305 e 1500, respetivamente), Holanda, Reino Unido e Suécia apenas possuem Higienistas (2260, 5340 e 3194, respetivamente), contudo Portugal detém profissionais das três categorias mencionadas, Estomatologistas (680), Higienistas (500) e Odontologistas (666).

### Rácio Médicos Dentistas Activos / População (2010)

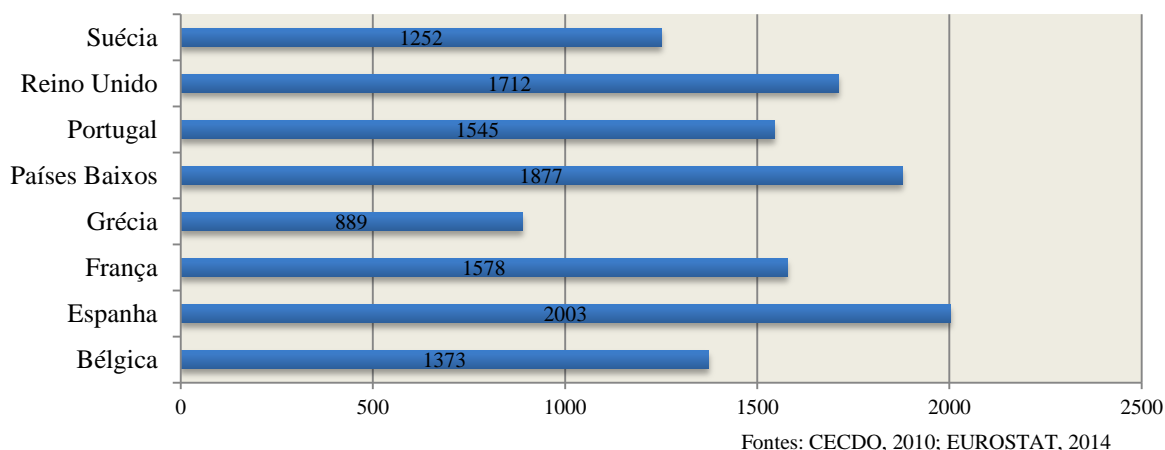


FIGURA 5 - RAZÃO POPULAÇÃO/MÉDICOS DENTISTAS, POR PAÍS, NO ANO 2010.

O rácio de Médicos Dentistas (ativos) em relação à população de cada país é superior a 1 dentista para 1500 habitantes em Espanha (1:2003), Países Baixos (1/1877), Reino Unido (1/1712), França (1/1578) e Portugal (1/1545), ou seja, nestes países cada dentista é ‘responsável’ por uma maior quantidade de habitantes. Com menor rácio, ou seja, menor quantidade de habitantes por dentista restam Bélgica (1/1373), Suécia (1/1252) e Grécia (1/889).

No Reino Unido, apesar dos recursos humanos estarem a crescer lentamente, existe uma grave escassez de profissionais em algumas zonas do país. Em março de 2010, na zona de South East Coast e Londres, existiam 0,5 dentistas por 1000 habitantes, em comparação com 0,4 no East Midlands e West Midlands, todavia ao nível da PCT’s, as diferenças eram ainda maiores com 1,16 dentistas por 1000 habitantes no PCT com melhor oferta de profissionais para 0,34 na PCT com pior oferta. (Kravitz; Treasure, 2009)

### Distribuição dos profissionais - sector público/ sector privado

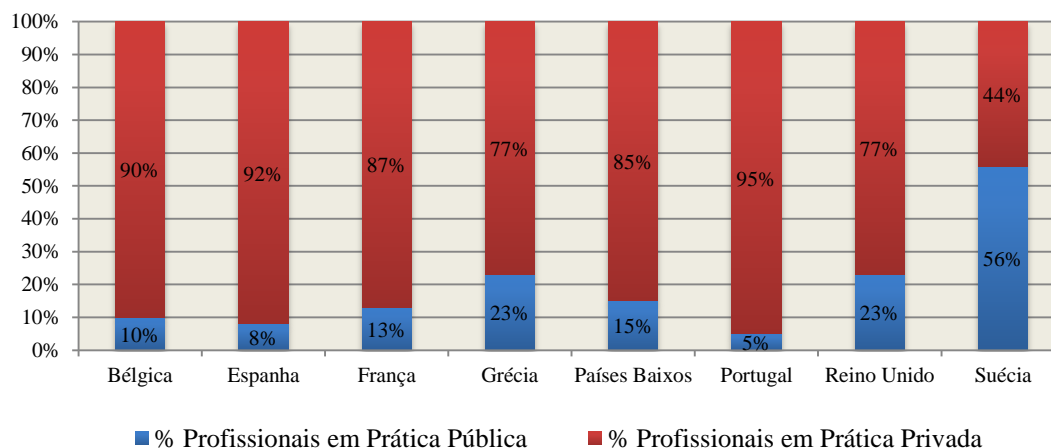


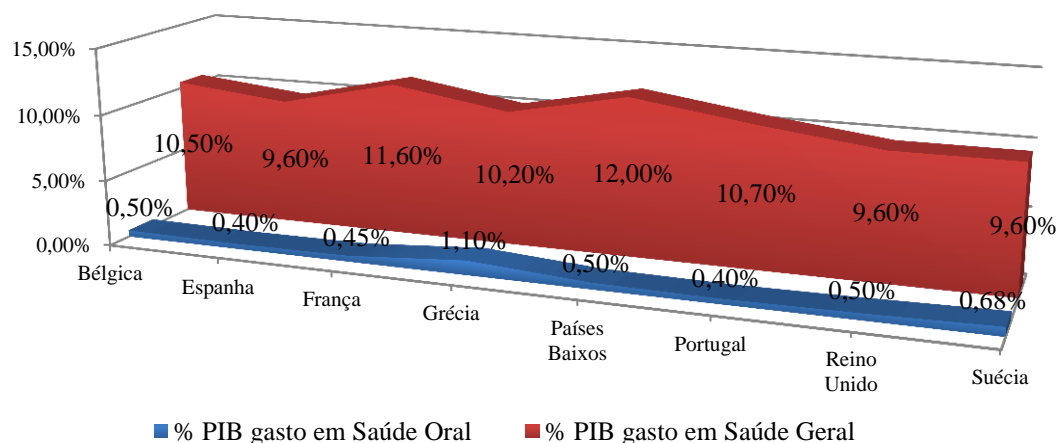
FIGURA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS PELO SETOR PÚBLICO E PRIVADO POR PAÍS.

A distribuição de profissionais pelos setores público e privado é de, respetivamente, 8%/92% em Espanha, 10%/90% na Bélgica, 13%/87% em França, 15%/85% na Holanda e 23%/77% na Grécia e Reino Unido. Restando Portugal com maior quantidade de profissionais no setor privado (95%) face ao setor público (5%) e a Suécia com uma distribuição mais equilibrada 44% setor privado e 56% público.

Sabe-se que no Reino Unido, apesar de toda a população ter direito a tratamento odontológico do SNS, na prática, têm surgido imensas dificuldades de acesso a tratamentos com origem em dentistas do SNS (PCT's), daí que muitos pacientes acabem por optar por tratamentos dentários privados, influenciando o aumento da oferta destes serviços.

### Despesas em Saúde Geral e Saúde Oral

**Percentagem de PIB gasto em Saúde Geral e Saúde Oral (2010)**

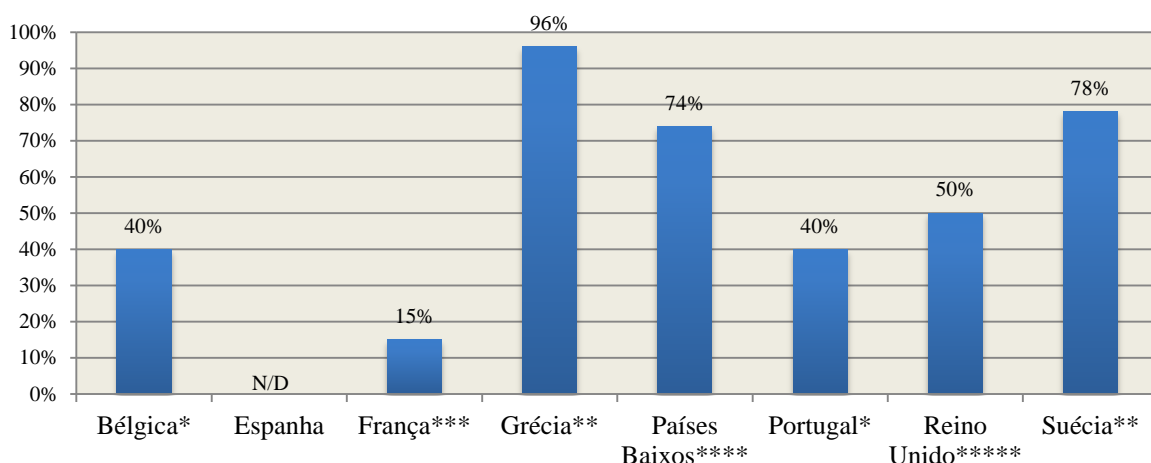


Fonte: OCDE, 2010

FIGURA 7 - DESPESAS EM SAÚDE GERAL E SAÚDE ORAL, POR PAÍS, NO ANO 2010.

Por observação da figura 9, o país que mais PIB gastou em saúde oral foi a Grécia (1,1%), seguido da Suécia (0,68%), Reino Unido, Bélgica e Holanda (0,50%), França (0,45%) e por último Portugal (0,40%). Quase todos os países gastam a mesma porção de PIB para os cuidados de saúde oral, contudo estes valores não são sinónimo de iguais despesas, antes pelo contrário, o valor ou proporção verdadeiramente disponibilizada varia em função do PIB de cada país. Deste modo, em função do PIB *per capita* (Eurostat, 2014) de cada país e da percentagem de PIB gasta em saúde oral, por cada pessoa em média, foi gasto nesse mesmo ano cerca de 291€ (Suécia), 218,9€ (Grécia), 176,5€ (Holanda), 163,5€ (Bélgica), 151 € (Reino Unido), 134,6€ (França), 90,8 € (Espanha) e 65,2€ (Portugal).

### Percentagem de Despesa Privada em Saúde Oral (2004-08)



\*2004; \*\*2005; \*\*\*2006; \*\*\*\*2007; \*\*\*\*\*2008

Fonte: Kravitz; Treasure, 2009

FIGURA 8 – PROPORÇÃO DA DESPESA PRIVADA EM SAÚDE ORAL, POR PAÍS, EM DIFERENTES ANOS (2004-2008).

A despesa de origem privada, refere-se ao valor de despesas fora de qualquer tipo de seguro básico, seja, pagamentos diretos. Mediante a observação da figura 8, os dados recolhidos apontam que na Grécia a despesa privada em saúde oral é bastante elevada (96%), seguida de 78% na Suécia e 74% na Holanda, os restantes países apresentam despesa igual ou inferior a 50%, sendo que o Reino Unido a despesa era de precisamente 50%, Portugal e Bélgica (40%) e por fim, com menor percentagem de despesa privada (15%) e consequentemente maior percentagem de despesa de origem pública resta a França. Não foram encontrados dados sobre Espanha, pelo que é desconhecida a percentagem de despesa quer privada quer pública deste país relativamente à saúde oral.

#### Dados Epidemiológicos

A média de CPOD, aos 12 anos de idade até ao ano 2000 (segundo dados mais próximos desse ano), no geral e com exceção da Holanda, era mais elevada que após o ano 2005, verificando-se uma evolução positiva deste indicador de saúde oral. Portanto, genericamente apesar de todos os países terem apresentado valores médios de CPOD mais elevados no passado (figura 9), presentemente esses valores encontram-se abaixo da média europeia com exceção da Grécia (2,1), assim e segundo dados mais recentes, em Portugal a média de CPOD é 1,48, na Holanda 1,3, em França 1,2, em Espanha 1,1, na Bélgica 0,9, na Suécia 0,8 e Reino Unido 0,7.

### Evolução da média CPOD aos 12 anos de idade (dados mais recentes até cada ano (2000 e 2005))

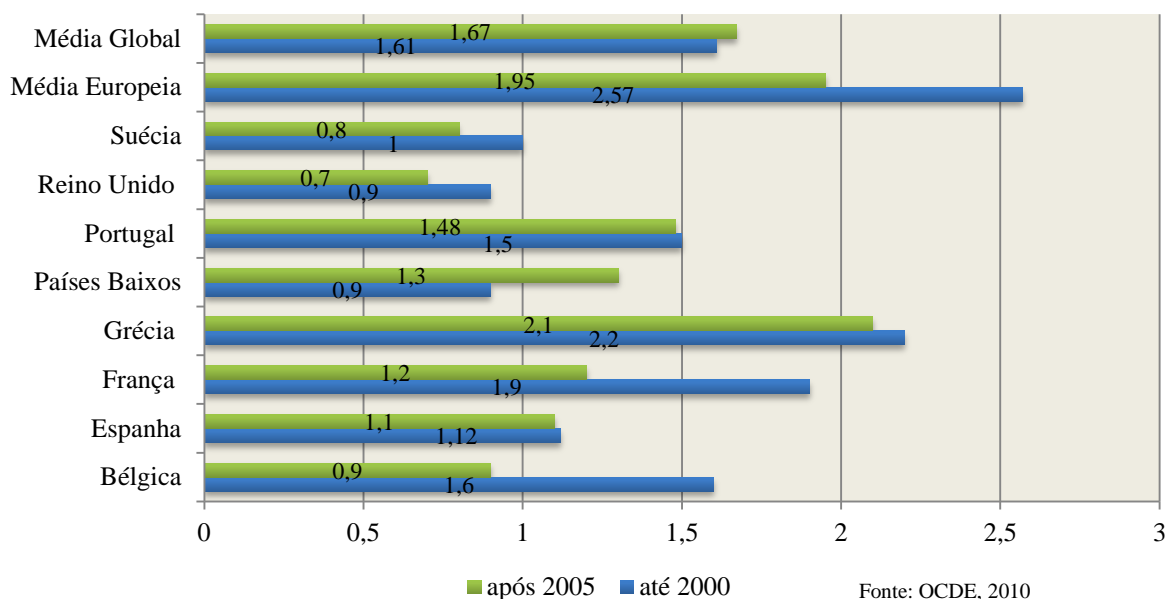


FIGURA 9 - EVOLUÇÃO DA MÉDIA DE CPOD, AOS 12 ANOS DE IDADE, POR PAÍS, EM INTERVALOS DE TEMPO.

Do levantamento de dados efetuado foi possível constatar que a presença de cárie dentária no ano 2010, em crianças com 12 anos de idade, apresentava uma percentagem mais elevada nas crianças gregas (*figura 10*), afetando cerca de 63% das mesmas, de seguida Portugal com 56% das crianças atingidas, Holanda 47%, Espanha 45%, Bélgica e França ambos com 44%, e com menor proporção de crianças afetadas 37% e 31% correspondiam a Suécia e Reino Unido, respetivamente.

### Prevalência de cárie dentária aos 12 anos de idade (2010)

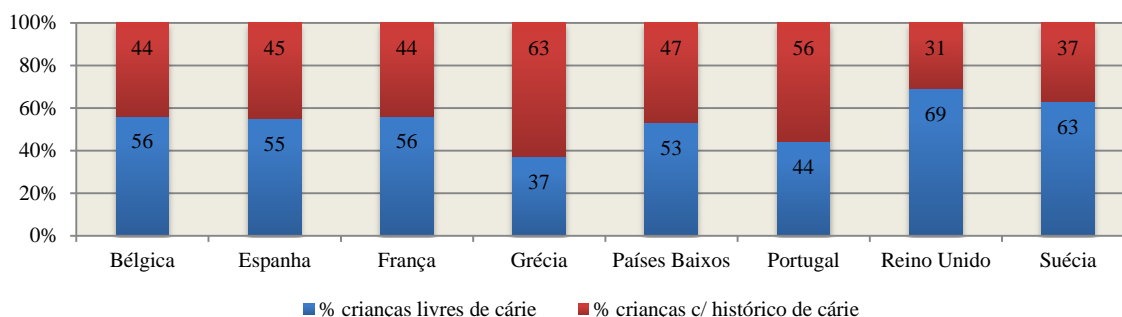


FIGURA 10 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS, AOS 12 ANOS DE IDADE, COM E SEM CÁRIE DENTÁRIA, POR PAÍS, NO ANO 2010.

Da análise dos resultados de saúde oral a indivíduos com 65 ou mais anos de idade, foi possível encontrar pessoas com perda dentária parcial ou até mesmo desdentados totais. Nesse sentido, de entre os vários países em análise, destacam-se (*figura 11*) a Bélgica com 45%

desdentados totais, a Holanda com 40%, de seguida Portugal com 39% (os dados mais recentes são referentes ao ano 2001), resultados não muito satisfatórios tendo em conta as diversas dificuldades associadas à perda dentária. Proporções intermédias de 25%, 23%, 17% e 16% de perda dentária total fazem-se notar na Grécia, Reino Unido, Espanha e França. Em contrapartida, a Suécia apresenta uma proporção bastante mais satisfatória e superior de pessoas com 65 ou mais anos detentoras de toda a dentição permanente em comparação com os demais países, 94%.

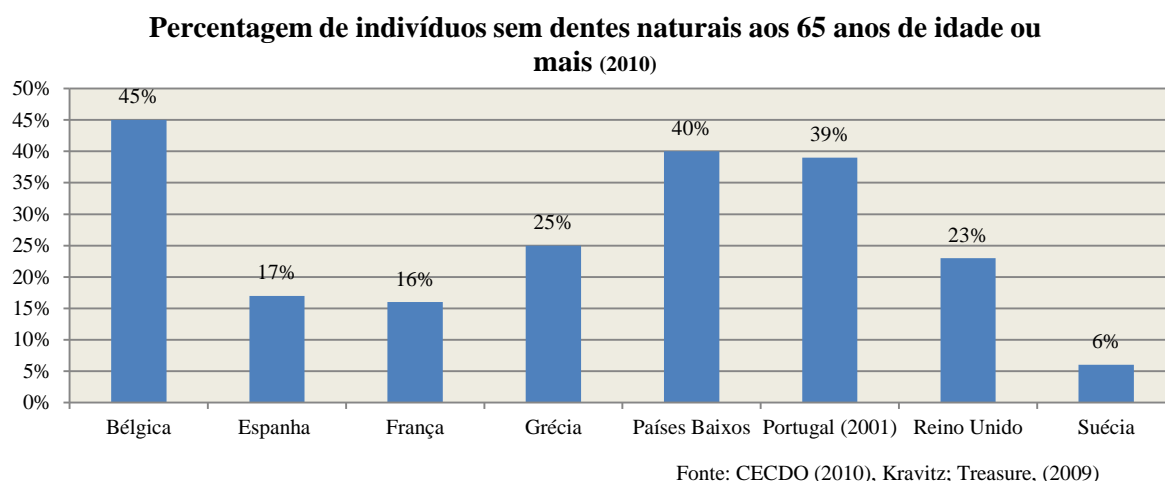


FIGURA 11 - PROPORÇÃO DE INDIVÍDUOS, COM 65 OU MAIS ANOS, DESDENTADOS, POR PAÍS, NO ANO 2010 (EXCEPTO PORTUGAL, COM DADOS DE 2001).

Quando necessitam de serviços odontológicos, nem todos os indivíduos têm as condições socioeconómicas e acessibilidade (entre outras) desejáveis, portanto em muitos casos verifica-se a impossibilidade de aquisição desses serviços, muitas vezes considerados essenciais para resolução de problemas de saúde oral ou mesmo manutenção e consequente prevenção de outro tipo de doenças associadas ou agravamento de patologias existentes. Deste modo, as visitas ao dentista podem apresentar proporções maiores em determinados países do que em outros. Neste contexto, segundo o Eurobarómetro (2010) e por observação da figura 12, é possível verificar que na Holanda a proporção de visitas ao dentista nesse mesmo ano e para todas as idades foi alta, onde 83% dos indivíduos visitaram pelo menos uma vez um dentista, bastante acima da média europeia (57%). Logo depois segue-se o Reino Unido (71%), Bélgica (67%) e Suécia com 64% de indivíduos a visitar um dentista, todos estes países têm proporções de visitas também elas superiores à média europeia. Com proporções mais inferiores e abaixo da média europeia restam França, Grécia, Portugal e Espanha com 52%, 49%, 46% e 43%, respetivamente.

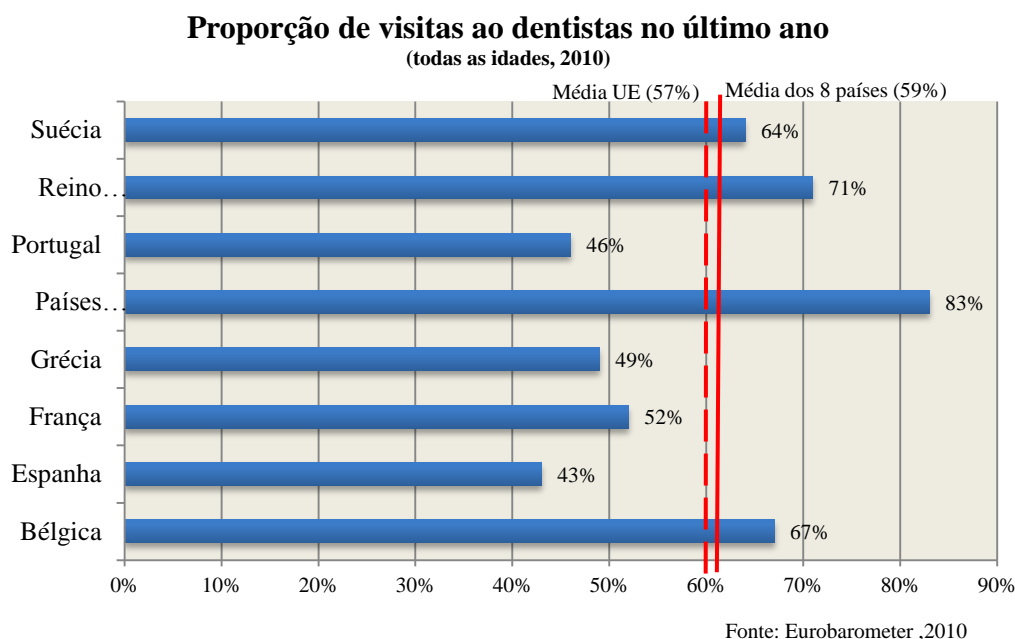


FIGURA 12 - PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS QUE VISITOU UM DENTISTA NO ÚLTIMO ANO, POR PAÍS.

#### 4.2 Descrição das Intervenções de Saúde Oral Adotadas pelos Países em Estudo

As linhas de atuação definidas pela OMS são bastante específicas focando essencialmente a coordenação de intervenção de saúde oral e outro tipo de programas prioritários, assim como maior responsabilização por parte dos prestadores e pacientes, foco em grupos mais vulneráveis, incentivo à prevenção e melhoria das condições de acesso a serviços de saúde oral, reduzir as taxas de mortalidade e morbidade associadas a doenças orais, impulso para implementação de programas de flúor, desenvolvimento de métodos e sistemas de avaliação de processos e resultados em saúde oral bem como de recolha de dados epidemiológicos, reduzir desigualdades de saúde oral entre diferentes grupos socioeconómicos e por fim, controlo dos determinantes de saúde oral através de atuação sobre os fatores de risco comuns e modificáveis bem como contribuição para a capacitação dos indivíduos em matéria de saúde oral.

Com efeito, na presente secção e como complemento da tabela 12 analisa-se ainda, a situação de cada país em estudo, designadamente ao nível das intervenções de saúde oral implementadas por cada um, considerando como principal fonte de consulta o *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Bélgica (Gerken; Merkur, 2010; Kravitz; Treasure, 2009)

Nos últimos anos tem sido dada maior atenção aos cuidados preventivos, acessibilidade a cuidados de saúde oral e acompanhamento de jovens. A Comissão Nacional está essencialmente a desempenhar um papel preventivo através de:

- ❖ campanhas públicas de consciencialização para o atendimento em crianças;
- ❖ equipas móveis em escolas e locais públicos - equipados para triagem de crianças.

O objetivo passa pelo incentivo à prestação e procura de cuidados, aumento da responsabilidade dos pais e registo de dados epidemiológicos.

Ainda, as comunidades flamenga e francesa criaram campanhas de prevenção:

- ❖ livro pré escolar e mala com vídeos e folhetos;
- ❖ oficinas de atendimento odontológico para pré escolar (com apoio externo);
- ❖ folhetos e sites de aconselhamento acerca de nutrição amiga dos dentes, higiene oral, importância do uso fluoretos e cessação tabágica.

Existe também algum tipo de atendimento para os sem abrigo em Bruxelas.

**Fluoretação** - Apenas fluoretação natural das águas ate um nível aceite pelas autoridades.

Espanha (García-Armesto; et al., 2010; Kravitz; Treasure, 2009)

Desde 1989 existem alguns programas destinados a crianças dos 6 aos 15 anos de idade nas regiões do País Basco e Navarra. Posteriormente (2003), surgiu um novo programa desenvolvido nas regiões da Andaluzia e Múrcia que, em 2008 já se encontrava a ser implementado por todo país, este é destinado a crianças a partir dos 6/7 anos de idade.

**Fluoretação** - Apenas as cidades principais (Sevilha, Aljarafe, Badajoz, Múrcia, Lorca, País Basco, Girona, Linares) possuem fluoretação artificial das águas e as Ilhas Canárias têm água fluoretada de forma natural.

França (Chevreul; et al., 2010; Kravitz; Treasure, 2009)

Desde 1999, as três principais organizações de SHI tentaram reduzir as desigualdades de acesso observadas, oferecendo exames gratuitos e cuidados dentários para adolescentes. O programa foi inicialmente direcionado a adolescentes com idade entre 15 e 18 anos, e em 2003, foi estendido para adolescentes entre 13 e 15 anos. Assim, o programa que contou com cartas-convite enviadas diretamente para a habitação dos adolescentes, parece ter melhorado condição de saúde oral dos mesmos. Em 2004, o governo introduziu um novo objetivo, relacionado com o atendimento odontológico, na sua Lei de Saúde Pública e, em 2006, introduziu um novo programa de exame de saúde oral para crianças. Assim a partir de 2007,

deveriam começar a ser agendadas, para todas as crianças na escola primária, sessões de prevenção de saúde oral e um exame anual de higiene oral começou a ser oferecido a todas as crianças de 6, 9, 12, 15 e 18 anos (com obrigatoriedade para os 6 e 12 anos de idade), com todos os cuidados posteriores totalmente cobertos pelo SHI. Ainda, os cuidados ao domicílio poderão ser fornecidas a pedido, para um número limitado de pacientes (doentes ou pessoas com deficiência), uma vez solicitado, um dentista deverá prestar este serviço na habitação do requerente. Surgiu também a ambição de introduzir um novo seguro de saúde público complementar, a fim de colmatar as falhas e carências da oferta em cuidados de saúde oral verificadas no SHI existente.

**Fluoretação** - O sal flouretado, em França, é vendido há mais de 20 anos e no âmbito de campanhas de educação, por vezes, são oferecidos dentífricos fluoretados às crianças.

*Grécia* (Economou, 2010; Kravitz; Treasure, 2009)

Desde 2008, está a ser implementado, pelo Ministério da Saúde, um novo Plano de Ação para a Saúde Oral com previsão de cinco anos (2008-2012).

Os principais objetivos são:

- ❖ Instituir uma política orientada para a prevenção de doenças orais;
- ❖ Desenvolver programas e políticas de promoção de saúde oral, para crianças adultos empregados e idosos;
- ❖ Criar programas e políticas especiais para pessoas com deficiência, refugiados e sem-abrigo;
- ❖ Estabelecer programas de educação e promoção de produtos flouretados e flouretação das águas;
- ❖ Disponibilizar tratamentos mais eficazes e de maior qualidade através da melhoria de serviços odontológicos, em ambos setores, público e privado;
- ❖ Dar especial atenção à prestação de cuidados baseados em evidência e formação contínua dos profissionais.

**Flouretação** - Apesar de não existir qualquer tipo de flouretação na Grécia. Sabe-se que, em 1974 foi publicada uma resolução ministerial para a flouretação da água (Resolução Ministerial n.54/901/17.1.74), porém nunca foi implementada.

*Países Baixos – Holanda* (Schäfer, 2010; Kravitz; Treasure, 2009)

O NMT introduziu o chamado "monitor de saúde dentária" cujo objetivo passa pelo alcance de uma elevada qualidade na prestação de serviços de saúde oral, este monitor oferece suporte para dentistas que possam deparar-se com dificuldades e são os próprios dentistas que

desempenham um papel de acompanhamento dos assuntos expostos. Por último, o NMT dá especial atenção ao papel preventivo desempenhado pelos dentistas e suas equipas.

**Fluoretação** - Não existem esquemas de fluoretação de água ou leite.

*Portugal* (Barros; Machado; Simões, 2010; Kravitz; Treasure, 2009; DGS, 2005; OMD, 2010)

As intervenções de saúde oral estão direcionadas à prestação de cuidados a crianças e a outros grupos prioritários sob negociação entre a Ordem dos Médicos Dentistas e o Estado (DGS). Nos últimos anos vários progressos têm sido alcançados, através do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), com resultados favoráveis em crianças e adolescentes e posteriormente em outros grupos.

O PNPSO, que está a ser executado em algumas instalações de saúde do Ministério da Saúde, dispõe de várias atividades de prevenção de cárie dentária primária e secundária sob uma estratégia orientada para as intervenções com base na promoção da saúde oral e prevenção de doenças orais. Até hoje, os programas desenvolvidos foram os seguintes:

- ❖ Programa de Saúde Oral nas Mulheres Grávidas;
- ❖ Programa de Saúde Oral nas Pessoas Idosas;
- ❖ Programa de Saúde Oral nas Crianças e Jovens;
- ❖ Programa de Saúde Oral nas Crianças e Jovens Idades Intermédias;
- ❖ Programa de Saúde Oral em Saúde Infantil;
- ❖ Programa de Saúde Oral Portadores de HIV/SIDA.

Desde 2008, foi introduzido no PNPSO o 'cheque dentista', um *voucher*, com vertente preventiva e curativa, oferecido justamente a grupos considerados de risco ou prioritários (beneficiam deste Programa as crianças dos 3 aos 16 anos, as grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde, os beneficiários do complemento solidário para idosos e os utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA.) através de um modelo simplificado de contratualização destes mesmos serviços.

Existe também um Sistema de Apoio de Informação virtual, para a Saúde Oral que fornece informação estatística às várias entidades profissionais médicas envolvidas no PNPSO. Foi desenvolvida também uma plataforma virtual, o PNPSO-Estudos, este é um módulo do Sistema de Informação sobre Saúde Oral desenvolvido no âmbito do PNPSO para apoiar a realização de estudos epidemiológicos, que incluam a recolha de dados relativos à saúde oral. Esta plataforma serve de ferramenta para o registo e análise dos dados referentes ao estado de saúde oral, bem como de algumas atitudes e comportamentos das pessoas rastreadas.

Surgiu ainda uma intervenção mais recente, o Projeto SOBE (Saúde Oral Bibliotecas Escolares) do PNPSO, realizado sob parcerias entre DGS, Plano Nacional de Leitura e a Rede de Bibliotecas Escolares. Neste contexto, são disponibilizados a 2.300 bibliotecas escolares 2.500 *Kits* SOBE que terão capacidade de abranger aproximadamente 1 milhão de crianças. Este *Kit* surgiu com o âmbito do desenvolvimento da temática da Saúde Oral de forma integrada e flexível, por forma a proporcionar às bibliotecas, escolas e seus responsáveis autonomia criativa, essencial e determinante, para o desenvolvimento, futuro, de iniciativas aplicadas no seu ambiente de influência.

Por fim, desde 2014, passaram a ser emitidos “cheques diagnóstico” e “cheque biópsia”, alargando desta vez o âmbito do PNPSO ao rastreio precoce do cancro oral na população, onde médicos de família e dos três IPO’s irão intervir de forma conjunta no rastreio precoce desta doença oral.

**Fluoretação** - Não existem sistemas de fluoretação das águas, no entanto mediante o PNPSO são oferecidos dentífricos fluoretados a algumas crianças abrangidas pelo mesmo.

*Reino Unido* (Boyle, 2011; Kravitz; Treasure, 2009)

No ano de 1970, a comercialização de dentífrico fluoretado e sua generalização em muito contribuíram para a melhoria do estado de saúde oral da população, esta iniciativa serviu para promover a higiene oral e utilização de fluoretos, quer a partir de dentífricos como mediante aplicação de verniz de flúor na prevenção da cárie dentária.

Presentemente, apenas 10 % da população do Reino Unido recebe água fluoretada e o Departamento de Saúde anunciou, em 2008, uma verba de 14 milhões de libras, com financiamento de três anos, como incentivo para a fluoretação permitindo que o SNS alargue o sistema de fluoretação da água. Na sequência deste anúncio do governo, é esperado que as áreas locais que possuem sistemas de fluoretação e abastecimento de água, troquem ideias com outras áreas onde a cárie dentária é mais prevalente.

Uma revisão recente dos serviços odontológicos no Reino Unido, realizada por *Steele* (2009) sugeriu que deveria haver maior ênfase na qualidade do atendimento e prevenção e que estes deveriam ser medidos e incluídos nos mecanismos de contrato de pagamento existentes. Ainda, no mesmo relatório (*Steele*, 2009), foi novamente sublinhada a importância de programas de prevenção, particularmente fluoretação, como parte de uma abordagem coordenada da saúde pública com a saúde oral. Também foram sugeridos programas locais mais ativos (ou seja, a nível das PCT’s) para promoção de melhores condições e estados de saúde oral entre as populações locais, incentivo à cessação tabágica, dietas melhoradas e

monitorização de comportamentos (escovagem regular com dentífrico fluoretado). (Steele, 2009) Em 2010, o Departamento de Saúde criou um conselho de implementação e anunciou o lançamento de uma onda de pilotos para dar seguimento às recomendações da revisão de *Steele et. al.*, com início nesse mesmo ano (Ministério da Saúde 2010cc).

**Fluoretação** - Estima-se que cerca de 6 milhões de habitantes tenham acesso a água devidamente fluoretada, de acordo com o nível ideal que confere proteção contra a cárie dentária (1 em cada 10 pessoas). Existem zonas onde o nível de fluoreto é natural e não adicionado, variando entre 0,3 a 0,7 partes por milhão (ideal = a 1 parte por milhão). Em muitas áreas do Reino Unido, as PCT's e os Conselhos têm acordos com clínicas dentárias e outras clínicas para distribuir dentífricos fluoretados a crianças de forma gratuita. Os dentistas também podem ser contratados para aplicação de selantes fluoretados a crianças, como parte de seus cuidados em geral.

*Suécia* (Anell; Glenngård; Merkur, 2012; Kravitz; Treasure, 2009)

Na Suécia todas as crianças e adolescentes são convocados para um *check-up* regular, todos os anos ou a cada dois anos (e se necessário receberão tratamento) e todos os pais são aconselhados a 'inscrever' os filhos num dentista a partir dos 3 anos de idade.

Desde 2009, uma nova iniciativa levada a cabo mediante o pagamento de um valor fixo foi implementada e o seu objetivo é, essencialmente, preservar o esforço que tem vindo a ser desenvolvido durante os últimos 30 anos e conservar o bom estado de saúde oral dos jovens, assim as pessoas são incentivadas a utilizar os serviços básicos e preventivos, diminuindo desta forma a necessidade de tratamento futuro.

**Fluoretação** - Não existe um esquema de fluoretação embora os dentistas distribuam de forma contínua informação preventiva a todas as crianças e estas, na maioria das vezes, podem obter uma escova de dentes ou uma pasta dentífrica na primeira visita ao dentista.

Após sumarização das variadas linhas de atuação seguidas pelos diferentes países mediante execução do quadro 5e sua análise à *posteriori*, é possível concluir que é dado maior relevo a grupos prioritários, principalmente crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade em todos os países e a idosos, com menor ênfase na Grécia. Para a Holanda não foi encontrada informação a respeito. De um modo geral, para além dos programas prioritários acima mencionados, grande parte dos países apresenta ainda programas prioritários para outros grupos de risco (HIV, socioeconomicamente desfavorecidos, cancro oral, entre outros).

Importa evidenciar que de entre os países analisados nenhum apresentou práticas idênticas às desenvolvidas em Portugal, como o cheque-dentista e de diagnóstico do cancro oral.

Implica lembrar também que as diversas políticas adotadas pelos vários países tentam seguir a evidência gerada. Apesar de existir maior foco em alguns grupos de risco, uma perspetiva que inclua todo o ciclo de vida é fundamental, portanto é possível afirmar que todos os países estão, de certa maneira, a desenvolver estratégias nesse sentido.

Porém no que concerne a programas de flúor é de destacar que, a disponibilização e acesso a produtos fluoretados existe em todos os países, ainda que pouco desenvolvida, no que diz respeito ao acesso gratuito para todos os habitantes a este tipo de produtos. A flouretação da água está também pouco desenvolvida na Bélgica, Espanha e Reino Unido ou nem sequer implementada em países como Grécia, Holanda, Portugal e Suécia. Relativamente a França não foi encontrada informação acerca do tema, todavia verifica-se a flouretação do leite. De entre todos os países o Reino Unido destaca-se com diferentes iniciativas de flouretação de água. Ainda que a situação da flouretação não seja a ideal são seguidas outras iniciativas, nomeadamente flouretação do sal, leite flouretado (programa dirigido a crianças em ambiente escolar), programas de aplicação de selantes fluoretados.

Os fatores de risco comuns e modificáveis são um importante foco de atuação a seguir, sobretudo a higiene, nutrição, uso de tabaco. Neste sentido, foi possível determinar que as intervenções que focalizam a nutrição estão em desenvolvimento em alguns países (Bélgica, França, Holanda, Portugal, Reino Unido e Suécia), assim como a higiene (Bélgica, Espanha, França, Holanda, Portugal, Reino Unido e Suécia), sendo estas as práticas mais comuns entre todos. No entanto, também existem programas de cessação tabágica na Bélgica, Portugal e Reino Unido.

A prestação de cuidados primários de saúde oral e sua incorporação na rede de saúde pública tem vindo a ser fortalecida um pouco por todos os países, ainda que de forma pouco expressiva em alguns, especialmente os que apresentam prestação de serviços de saúde oral públicos pouco desenvolvidos. Por outro lado, apesar de não serem totalmente inclusivas e desenvolvidas como pretendido, é de senso comum depreender que todas as iniciativas implementadas pelos diferentes países, visam a redução da mortalidade e morbilidade causada pelas doenças orais e aumento da qualidade de vida geral.

No que diz respeito ao desenvolvimento de sistemas e métodos de avaliação em saúde oral para processos e resultados implementados, todos os países possuem algum tipo de avaliação nesse sentido embora pouco desenvolvida. No que respeita à recolha de dados

epidemiológicos, sabe-se que são insuficientemente amplos quer no sentido da recolha de dados em si, sobretudo da população adulta, quer pela carência de profissionais destacados para tal. Portanto, de um modo geral todos os países, com exceção da Holanda para a qual não foi encontrada informação, necessitam desenvolver estratégias para esta linha de atuação.

Considerando a redução de desigualdades entre diferentes grupos socioeconómicos, sabe-se que apesar de desejado e de se encontrar em processo de desenvolvimento em alguns países (Grécia, Holanda, Portugal, Reino Unido, Suécia) este tipo de iniciativa ainda não está completamente implementada e relativamente a Bélgica e Espanha a informação disponível é insuficiente para preenchimento do quadro. Porém em França, já são várias as iniciativas de redução de desigualdades em saúde oral entre grupos.

Resta portanto realçar que, no que à responsabilização social por parte dos prestadores diz respeito, apesar de para cerca de metade dos países não existir informação alusiva ao tema em pesquisa, sabe-se que a promoção deste tipo de prática é realizada e incentivada em países como Bélgica, Holanda, Portugal, Reino Unido e Suécia.

De seguida, é então apresentada uma tabela representativa dos vários objetivos e linhas de atuação definidos pela OMS para o ano 2020 (*quadro 5*), onde cada país em função das intervenções por ele desenvolvidas é classificado com: (+++) Desenvolvidas; (++) Em Desenvolvimento; (+) Pouco Desenvolvidos; e (-) Não Implementados. Para os países em que a informação recolhida foi diminuta ou não foi encontrada, a classificação é a seguinte: (S/D) Sem Dados.

Entenda-se por linhas de atuação desenvolvidas aquelas que já se encontram implementadas há alguns anos e são representadas por várias iniciativas, em desenvolvimento aquelas que são recentes e possuem algumas iniciativas, pouco desenvolvidas aquelas que ainda se encontram em fase de implementação, e não implementadas aquelas que não constam nos dados recolhidos.

QUADRO 5 - IDENTIFICAÇÃO DAS LINHAS DE ATUAÇÃO, EM SAÚDE ORAL, DEFINIDAS PELA OMS, SEGUIDAS PELOS PAÍSES EM ESTUDO

Linhas de Atuação e Objectivos Programa Global de Saúde Oral da OMS		Países							
		Bélgica	Espanha	França	Grécia	Países Baixos	Portugal	Reino Unido	Suécia
Coordenar planos de saúde oral nacionais e comunitários com programas prioritários	Crianças	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
	Idosos	++	++	++	+	S/D	++	++	+++
	Outros	++	++	++	++	++	++	++	+++
Implementar políticas de saúde oral, baseadas na evidência, com perspectiva em todo ciclo de vida na prevenção e controlo das doenças orais		++	++	++	++	++	++	++	++
Apoiar e auxiliar na implementação de programas de flúor	Flouretação da água	+	+	S/D	-	-	-	+	-
	Disponibilização e acesso a produtos flouretados	+	+	+	+	+	++	+++	+
	Outros	++	S/D	+++	S/D	-	+++	++	+
Desenvolver programas assentes em factores de risco comuns e modificáveis que contribuam para o empoderamento da população e controlo de determinantes de saúde	Nutrição	++	S/D	++	S/D	++	++	++	++
	Higiene	++	++	++	S/D	++	++	++	++
	Uso de tabaco	++	S/D	S/D	S/D	S/D	++	++	S/D
Sistema de saúde oral em saúde pública - prestação de cuidados de saúde primários		++	++	++	++	++	++	++	++
Reduzir a mortalidade e morbilidade causada pelas doenças orais e aumento da QV		++	++	++	++	++	++	++	++

Legenda: (+++) Desenvolvidos; (++) Em Desenvolvimento; (+) Pouco Desenvolvidos; (-) Não Implementados; (S/D) Sem Dados

<b>Linhas de Atuação e Objectivos</b> Programa Global de Saúde Oral da OMS	<b>Países</b>							
	Bélgica	Espanha	França	Grécia	Países Baixos	Portugal	Reino Unido	Suécia
Desenvolver sistemas e métodos de avaliação de saúde oral tanto para processos como resultados	+	+	+	+	+	+	+	+
Promover a responsabilização social e práticas éticas entre prestadores	++	S/D	S/D	S/D	++	+	++	S/D
Reduzir as desigualdades de saúde oral entre diferentes grupos socioeconómicos	S/D	S/D	+++	++	+	++	++	++
Aumentar o número de prestadores formados para avaliação epidemiológica de doenças orais	++	+++	+	+	S/D	+	++	++

Legenda: (+++) Desenvolvidos; (++) Em Desenvolvimento; (+) Pouco Desenvolvidos; (-) Não Implementados; (S/D) Sem Dados

Fonte: Fonte: Gerkens, S.; Merkur, 2010; García-Armesto; et al., 2010; Chevreul; et al., 2010; Economou, 2010; Schäfer, 2010; Barros; Machado; Simões, 2010; Boyle, 2011; Anell; Glengård; Merkur, 2012; Kravitz; Treasure, 2009; Barros; Gomes, 2002)

## V – DISCUSSÃO

### 5.1 Discussão Metodológica

Face ao desmedido impacto que a saúde oral expressa sobre a saúde geral, e perante a crescente necessidade de consciencialização dos decisores políticos, no sentido da criação de estratégias eficientes, que permitam disponibilizar condições de saúde oral mais favoráveis, para toda a população, pretendeu-se desenvolver precisamente, uma análise relacionada com as intervenções de saúde oral, implementadas em vários países detentores de distintos sistemas de saúde.

O presente tema surgiu, pela inexistência de estudos e análises focalizados na identificação de intervenções e medidas, destinadas à melhoria significativa das condições de saúde oral entre países. Desta forma, partiu-se do pressuposto de que este seria efetivamente um tema original, de elevado interesse e conhecimento, não só apenas para os profissionais de saúde oral, como também, uma ferramenta de auxílio para decisores políticos, e para toda a população em geral.

Como resultado, a conjectura que desencadeou o interesse, foi fundamentalmente, que tipo e género de diligências, efetivamente estariam a ser implementadas por outros países. Pelo que, para uma melhor e mais verosímil análise, surgiu a precisão de as classificar devidamente, segundo temas ou categorias, utilizando como modelo, as recomendações da OMS para 2020. Este foi o processo de criar pontos de comparação comuns, revelou-se determinante para compreender se o que a OMS considerou e propôs, está a ser devidamente implementado.

Precisamente por existirem diferentes sistemas de saúde entre países, bem como distintos métodos de financiamento, antes de iniciar a identificação de intervenções de saúde oral revelou-se essencial, perceber e sobretudo caracterizar o sistema de saúde oral português, assim como qualificar, de forma sintetizada, qual o tipo de sistema de saúde geral e sistema de saúde oral, vigente em cada país, considerado para análise.

Logo, para melhor estruturação do estudo a incluir na investigação, partiu-se do princípio, de que antes de tudo, deveria ser realizado um enquadramento preciso, das iniciativas identificadas com as recomendações e objetivos estabelecidos pela OMS. Pelo que foi realizada uma investigação preliminar, a fim de agrupar, segundo linhas de atuação, as diversas recomendações e objetivos propostos pela OMS. Sequencialmente, as intervenções implementadas pelos países em estudo, seriam classificadas de acordo

com essas mesmas linhas de atuação. Daqui se depreendeu que este raciocínio foi elementar na organização e orientação da investigação.

Implica assim, evidenciar, que em resultado da identificação das várias intervenções, se pretendeu ainda reconhecer, e nomear uma ou duas iniciativas de interesse, que pudessem servir modelo e exemplo, para possível e posterior implementação do nosso sistema de saúde oral.

Importa referir, que o presente estudo foi determinado, em função da relevância do tema em questão, da acessibilidade à informação pretendida e face à tipologia de informação recolhida. Desta forma, foi praticamente exequível uma abordagem descritiva sobre, a situação ou problema atual, a saúde oral, e a análise de intervenções adotadas pelos vários países. Tudo, em função da interpretação crítica de factos já conhecidos (abordagem documental retrospectiva), revelando-se até mesmo, bastante apropriado, para o alcance dos objetivos propostos na investigação e resposta à hipótese colocada. (Bonita; Beaglehole; Kjellström, 2010)

A seleção dos países, foi realizada em função de vários critérios de inclusão previamente definidos. A entrada na União Europeia até ao ano 2000 (ano em que os objetivos e recomendações da OMS foram estabelecidos), a disponibilidade e acessibilidade de informação (essencialmente gratuita e redigida em inglês) foram dois dos critérios. Portanto, numa configuração geral, procurou-se selecionar um grupo de países com distintos sistemas de saúde e métodos de financiamento, e que, em simultâneo apresentassem uma ou outra característica em comum, tal como, membro da União Europeia e detenção de um relatório atualizado, do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas (apresentado após 2010). Esta tipologia de critérios foi crucial para restringir o número de países em análise.

Dado que o investigador não foi o responsável pela recolha direta de dados, e sobretudo por este motivo, tentou obter a informação mais atualizada disponível, em função das fontes consultadas. As três principais fontes de informação secundária utilizadas, foram documentos de gestão de programas e sistemas, fontes estatísticas, avaliações e relatórios de investigações realizadas. A preferência das fontes de informação de origem secundária, prendeu-se com as seguintes evidências: maior rapidez e facilidade de consulta, e acesso gratuito, associadas a este tipo de dados, e face à autenticidade (relatórios e documentos oficiais). Logo as fontes utilizadas, são maioritariamente documentos virtuais, possíveis de encontrar em páginas da *web*, relatórios, estatísticas

de diferentes estudos, e avaliações de organizações que acompanham, avaliam, produzem e disponibilizam informação relacionada com o tema central (Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas; Base de Dados de Saúde Oral; Organização Mundial de Saúde; OCDE; CECDO).

Contudo, apesar da informação de tipo secundário ter sido útil na comparação dos resultados apurados, e ficar disponível de forma relativamente rápida, apresentando as primeiras respostas a algumas questões num período de tempo relativamente curto, associados ainda a estas fontes, existem também aspetos negativos, tais como, o excesso de informação disponível na *web*, apesar dos rápidos motores de busca, traduzindo-se no investimento de algum tempo para a seleção e análise de informação de maior qualidade, com dados mais fidedignos, verosímeis e atuais.

Surgiu também a necessidade de criar um quadro, para melhor atribuição de categorias às diversas intervenções, e após o síntese dos objetivos e recomendações revertidos em linhas de atuação, resultaram dez campos de ação, que convenientemente serviram, para melhor resumir toda a informação recolhida. Importa ainda realçar que, para facilitar o preenchimento do quadro, foi também criada uma classificação que funcionou como ferramenta de auxílio nesse sentido.

Poder-se-ia aprofundar ainda mais o estudo, caso a recolha de dados tivesse sido realizada diretamente com as entidades responsáveis pelos planos de saúde oral de cada país em análise, porém seria convenientemente fundamental a detenção de um período de investigação, muito mais alargado no tempo.

## 5.2 Discussão dos Resultados

Relativamente à prestação de cuidados de saúde oral, foi possível compreender que grande parte dos profissionais, assim como em Portugal, exercem maioritariamente funções no setor privado, em praticamente todos os países. Porém, na Suécia a proporção de profissionais no setor privado e público, aponta em ambos os casos para aproximadamente 50%. Já em Portugal, os dados permitem afirmar que, os cuidados de saúde oral, provenientes da prestação pública, são quase irrelevantes (5%).

Apesar de ser um país, que se encontra em transição de um sistema de saúde, com financiamento baseado em seguro, para um sistema assente em impostos. Na Grécia prevalecem ainda ambos os métodos, e o sistema de seguro social atual é profusamente díspar, originando ilimitadas desigualdades para com as necessidades da população

grega, favorecendo alguns grupos em detrimento de outros, gerando um fenômeno de exclusão. Assim, apurou-se que grande parte da população recorre ao setor privado, existindo um financiamento, mediante pagamento direto extremamente elevado (96%), quando comparado com outros países. Neste contexto, conclui-se que este país possui a maior média de CPOD (2,1) encontrada entre os países em estudo, assim como, uma elevada prevalência de cárie dentária (63%), reflexo talvez, da pequena percentagem de consultas realizadas (49%), que infelizmente exigem um pagamento direto, que muitos indivíduos não têm com certeza, possibilidade de fazer.

Da análise prévia aos resultados obtidos, foi possível averiguar, que apesar de todos os países, apresentarem algum tipo de intervenção enquadrada nas recomendações da OMS, nem todas são seguidas. De entre todas, destacam-se as intervenções direcionadas, a grupos de risco, sobretudo crianças, sendo um fator comum a todos os países em análise, variando apenas no tipo de abordagens adotadas.

Essas abordagens dizem respeito a: campanhas de consciencialização para atendimento a crianças, triagem de crianças em escolas e locais públicos e campanhas de prevenção (Bélgica); programas de saúde oral para crianças a partir dos 6/7 anos (Espanha); exames e cuidados dentários gratuitos para jovens (6, 9, 12, 15 e 18 anos), com todos os cuidados posteriores totalmente cobertos pelo seguro social (França); consulta anual destinada a tratamento preventivo, diagnóstico radiológico, tratamento conservador, endodôntico e periodontal até aos 18 anos (Grécia); seguro social oferece cobertura para todos os jovens até aos 21 anos de idade (Holanda); atenção direcionada, precisamente a grupos de risco, incluindo crianças e jovens através de diversas iniciativas, tais como, o cheque dentista (dos 3 aos 16 anos de idade) e mais recentemente o Projeto SOBE, nas bibliotecas escolares (Portugal); triagem de crianças em idade escolar, e serviços de saúde oral gratuitos para crianças menores de 18 anos (Reino Unido); serviços e cuidados de saúde oral gratuitos, para os menores de 20 anos (Suécia).

Para além disso, alguns países também possuem intervenções orientadas para outros grupos de risco tais como: os sem-abrigo, portadores de deficiência física ou mental (Bélgica); pessoas idosas, mulheres grávidas, e saúde infantil, portadores de HIV/SIDA (Portugal); CMU (ajuda na cobertura das despesas de saúde oral) para grupos vulneráveis (França); serviços do SNS, exceto Hospitais, que fornecem assistência gratuita a toda a população, com prioridade aos cuidados preventivos em crianças, e assistência odontológica básica a desempregados e grávidas (Grécia); pacientes com

deficiência física ou mental (Holanda); pessoas com dificuldades motoras de acesso, ou seja, crianças e adultos com necessidades especiais, alguns idosos, e comunidades com poucos prestadores, através do serviço comunitário de odontologia (Reino Unido).

De evidenciar, que apesar de apresentar os mais elevados índices de doenças orais, na Grécia, está a ser implementado desde 2008, um conjunto de intervenções, destinadas à obtenção de melhores resultados de saúde oral, para grupos específicos da população (crianças, adultos empregados, idosos, sem abrigo, refugiados e pessoas com deficiências), na expectativa de se alcançarem melhores resultados, essencialmente nestes grupos.

Relativamente a programas de flúor, verificou-se que estão muito pouco desenvolvidos, de uma forma geral, quer perante a inexistência, ou fraco desenvolvimento de mecanismos de flouretação de águas, como a nível da disponibilização de produtos flouretados, ou outros. Salvo França (em menor escala), Portugal e Reino Unido que disponibilizam gratuitamente, apesar da forma descontinuada, produtos flouretados a crianças. Bélgica, França, Portugal, Reino Unido e Suécia apresentam ainda outro tipo de intervenções a esse nível; selantes flouretados; sal flouretado.

Considera-se que, perante as intervenções que visam a capacitação e empoderamento dos indivíduos, mediante o controlo de determinantes de saúde, e fatores de risco comuns e modificáveis, é possível perceber que é dada especial atenção, à nutrição e higiene, existindo nesse sentido programas específicos em desenvolvimento, com maior evidência na Bélgica, França, Portugal, Reino Unido e Suécia.

Programas de cessação tabágica ainda estão pouco desenvolvidos, embora sejam considerados bastante importantes no controlo das doenças orais, Bélgica, Portugal e Reino Unido, apresentam alguns programas em desenvolvimento, nesse mesmo âmbito.

Praticamente todos os países, possuem serviços de cuidados de saúde primários em saúde oral integrados em saúde pública, porém nenhum deles está realmente desenvolvido como seria desejável, pela reduzida representação de profissionais neste setor, supondo-se que estejam todos em processo de desenvolvimento.

No que à redução da morbilidade e mortalidade causadas pelas doenças orais diz respeito, pensa-se que qualquer um dos países já alcançou resultados positivos nesse aspeto, ainda assim, observa-se que, perante a elevada prevalência de doenças orais, este objetivo é contínuo no tempo, e permanecerá em constante processo de desenvolvimento, para qualquer um dos países.

Numa perspetiva geral, todos os países apresentam sistemas e métodos de avaliação de saúde oral pouco desenvolvidos, quer para processos, como para resultados, isto precisamente, pela escassa existência de estudos recentes, não dando continuidade ao trabalho realizado no passado e por na maioria dos casos, não se verificarem estudos representativos da população adulta.

Por outro lado, no que diz respeito, à redução das desigualdades em saúde oral entre diferentes grupos socioeconómicos, a informação recolhida aponta para algumas diferenças entre países, pelo que, rapidamente é possível determinar que nem todos atribuem a mesma importância, a esta recomendação, ou simplesmente não possuem os mecanismos necessários (económicos ou outros) para eficaz e bem sucedida implementação.

Todos os países, devem seguir orientações para a implementação de políticas de saúde oral de prevenção e controlo de doenças orais baseadas na evidência, pelo que se assume que esta recomendação esteja a ser seguida.

A responsabilização social e a prática ética entre prestadores são incentivadas em alguns países de forma mais afirmada, que noutros, assim como, a formação para avaliação epidemiológica de doenças orais. Apesar de se verificar uma acentuada escassez deste tipo de avaliação, na população adulta, ou caso exista, trata-se de informação desatualizada que em nada representa as condições atuais de saúde oral da população.

É, importante ainda salientar, que tanto para Espanha como para a Grécia, a informação sobre as intervenções de saúde oral, não está completamente especificada em várias situações, dificultando posteriormente a sua clara classificação.

Apesar do sistema de saúde oral nacional não ser tão amplo quanto necessário, de momento, segue as recomendações da OMS, encontrando-se direcionado a grupos de população, considerados prioritários (crianças/ jovens em idade escolar, idosos, grávidas e alguns pacientes com determinadas doenças). Portugal, possui excelentes iniciativas comparativamente com outros países, nomeadamente a atribuição de cheques (dentista, diagnóstico de cancro oral), uma vez que este tipo de ação é pioneira a nível europeu, não existindo em qualquer outro país.

De destacar, que a iniciativa desenvolvida na Suécia (pagamento anual de um subsídio para serviços de saúde oral) é efetivamente interessante, na medida em que existe um incentivo indireto para a prevenção e tratamento de doenças orais.

Quanto à média de CPOD, e apesar de inferior à média estabelecida pela OMS para 2020, comparando com os restantes países, Portugal apresenta uma média superior, podendo estar associada às reduzidas visitas ao dentista, espelhando menos de metade da população (49%). Quando equiparado com a Grécia (2,1), as crianças portuguesas possuem melhor dentição, com CPOD de 1,48.

Embora não seja possível extrapolar conclusões em função das variáveis identificadas, face ao não controlo das mesmas por parte do investigador, e até mesmo perante a evidência, de esse não ser um dos objetivos do trabalho, poder-se-ia, no entanto questionar, de que forma as variáveis (tipo de sistema de saúde associado à cultura) poderão influenciar o tipo de intervenção adotada, os grupos alvo das intervenções, assim como, os costumes e hábitos de higiene oral associados à prevalência das doenças orais.

## VI – CONCLUSÃO

### 6.1 Considerações Finais

Com o presente objeto de trabalho, intencionou-se realizar uma refletida comparação nos diferentes sistemas de saúde oral europeus, onde o principal objetivo assentou sobre a identificação das várias intervenções e iniciativas de saúde oral em enquadramento com as recomendações estabelecidas pela OMS para 2020, para que de futuro pudessem servir de modelo, para os principais decisores, na procura e adoção de melhores condições de saúde oral para a população.

Na medida, de o presente trabalho ter sido representado predominantemente por um estudo do tipo descritivo, os resultados aqui obtidos, poderão servir de suporte, a estudos mais aprofundados nesta área, e ao debate inclusive, dos critérios inerentes ao processo de comparação e identificação das intervenções na área da saúde oral.

A comparação, entre diversos sistemas de saúde oral, dos vários países aqui referenciados, revela-se não apenas, um conjunto de informação relevante neste campo, como também, uma excelente oportunidade para se fazer o acompanhamento de diversas intervenções, e seleção de novas práticas, para futuras implementações. O progresso e a evolução nesta matéria, farão mais sentido, na adoção e implementação de ações baseadas na evidência, que permitiram inclusivamente, que se possam disponibilizar e proporcionar serviços de saúde oral, seguros e eficientes, aumentando certamente as probabilidade de adesão e sucesso.

Os países em desenvolvimento enfrentam grandes desafios, na conquista de condições de saúde oral ideais, todavia as recomendações da OMS acabam por ser uma notável ferramenta de orientação nesse sentido.

Os determinantes da saúde geral, assim como da saúde oral são imensos, variando entre países e mesmo entre regiões de cada país. Todos eles podem influenciar negativamente o estado de saúde oral de um indivíduo quando não controlados, portanto, intervenções que compreendam o controlo dos mesmos são recomendadas. Contudo, cada país ou região deverá fazer uma adaptação das iniciativas que pretende seguir, em função das necessidades da população em que esta será aplicada.

Os determinantes, que revelam um maior e benéfico impacto na saúde oral, são sem dúvida, a qualidade da nutrição e a higiene oral diária, qualquer um dos dois, atingíveis e possíveis de controlar de forma individual e independente. Uma maior aproximação e

envolvimento do cidadão, permitir-lhe-á desenvolver essências aptidões e melhores competências, fundamentais, para a manutenção prudente da saúde oral, que em muito poderão influenciar, positivamente, o controlo dos fatores de risco comuns e modificáveis, assim como, dos determinantes da saúde oral, fomentando consequências positivas, e uma expressiva melhoria das condições de saúde oral da população em geral.

O acesso e desfrute, de cuidados de saúde, são vitais para uma saúde equitativa e de qualidade. O sistema de cuidados de saúde é, em si mesmo, um determinante social da saúde, influído e com influxo no efeito de tantos outros determinantes sociais. Género, educação, profissão, rendimento, origem étnica e local de residência estão profundamente ligados ao acesso, experiência e benefícios dos cuidados de saúde. (CDSS, 2010)

Os líderes dos sistemas de saúde, têm um importante papel de supervisão, em todas as subdivisões da sociedade, garantindo que as políticas e ações noutros sectores, contribuam para a igualdade na saúde. Portanto, a saúde oral não é exceção, e através de parcerias inteligentemente ativas, entre equipas multidisciplinares de profissionais de saúde, e diferentes *stakeholders* direta ou indiretamente relacionados, conseguir-se-á prosseguir com o pretendido, ultrapassando as barreiras existentes. (CDSS, 2010; OMD, 2010)

Implica contudo, uma atuação cuidadosa, e orientada essencialmente para a recolha de dados epidemiológicos, em todos os escalões populacionais, assim como, para a promoção da saúde oral e prevenção das doenças orais, devendo o trabalho de campo ser dirigido principalmente por equipas de profissionais de saúde oral (Higienistas, Médicos Dentistas e Estomatologistas).

De sublinhar, que a aposta na prevenção de doenças orais é cada vez mais recorrente entre sistemas de saúde, revelando-se portanto de acordo com a evidência gerada, cada vez mais eficaz, quando comparada com o seu tratamento. Iniciativas de flouretação das águas, leite e sal despertam interesse, na medida em que com a sua implementação é possível, quase indiretamente, intervir perante grande parte da população, e de forma extremamente ativa, na prevenção da cárie dentária.

Julga-se desta forma, a necessária reflexão sobre este tipo de iniciativas, seguindo neste caso, o exemplo do Reino Unido, que possui uma abordagem coordenada entre saúde

pública e saúde oral, e onde o incentivo à flouretação da água é apoiado pelo Departamento de Saúde, através de verbas alocadas para tal.

Por outro lado, muito ainda há a fazer no que à igualdade de acesso diz respeito, na medida em que, presentemente, e apesar da focalização em grupos considerados prioritários, como recomendado pela OMS, à que ter em atenção, que em simultâneo é gerado um fenómeno de exclusão para com outros grupos de população.

Confia-se que o estudo de outras alternativas e intervenções aplicadas noutros países, poderá revelar-se bastante benéfico, conferindo assim maior rigor e aumento da oferta de opções e possibilidades, aquando o processo de tomada de decisão. Decisões que se encontram previamente associadas a resultados, o que desta forma, desencadeará uma deliberação de prioridades, potencialmente mais eficazes e de maiores proveitos. Acredita-se também, que possam ser estudadas as intervenções implementadas fora da União Europeia, principalmente em países de outros continentes, como por exemplo, a Austrália, Estados Unidos da América, China e Canadá.

De entre as várias intervenções e iniciativas identificadas, nos países em estudo, uma delas despertou maior interesse destacando-se das outras, não só pela sua singularidade (não existindo outras do mesmo género) como também, pelo próprio fundamento objetivo da mesma. Esta iniciativa, que funciona perante o pagamento anual de um valor fixo, é considerada acessível para a maioria da população (os restantes grupos populacionais considerados prioritários recebem outro tipo de apoios), apesar de relativamente recente (2009). O seu objetivo passa essencialmente, por preservar o esforço que tem vindo a ser desenvolvido durante os últimos 30 anos, na medida em que se pretende conservar o bom estado de saúde oral dos jovens e restante população. Os cidadãos deste país, são portanto incentivados a utilizar os serviços básicos e preventivos, diminuindo desta forma a necessidade de tratamento futuro. Uma iniciativa muito pertinente e desejável.

A nível nacional, em particular, assim como na generalidade dos países, a necessidade de desenvolver sistemas capazes de prestar serviços de saúde oral, a toda a população, com reduzidos e acessíveis custos *per capita*, é um dos dilemas fundamentais do século XXI.

Na medida, em que todas e cada uma das opções metodológicas aplicadas no presente estudo influenciaram os resultados obtidos, estes deverão ser interpretados com

razoabilidade, evitando que sejam generalizados, nem tão pouco, tidos como totalmente definitivos.

Este trabalho constitui uma proposta que não pretende ser vulgarizada, mas que seja sim, um incentivo fácil de seguir e de operacionalizar, na identificação de intervenções ou iniciativas de interesse, contextualizadas à região, ao tempo, às circunstâncias e aos recursos disponíveis.

## 6.2 Linhas de Investigação Futura

Como investigação subsequente, sugere-se um desenvolvimento mais aprofundado neste tipo de pesquisa, e posterior validação de metodologias de comparação de sistemas, identificação e classificação de intervenções, com a finalidade de melhor apurar as intervenções de interesse, para as reais necessidades dos portugueses.

Por outro lado, seria importante estudar a aplicação prática de diferentes metodologias, definindo e executando novos programas ou intervenções piloto, que se revelassem mais apropriados a cada cenário e realidade. Neste sentido, propõe-se que seja tida em consideração, as iniciativas de “subsídio fixo”, implementada na Suécia e o incentivo à flouretação de água, no Reino Unido.

Poder-se-ia utilizar a estrutura de classificação criada e empregue neste trabalho (p. 72) e produzir uma outra, mais complexa, pormenorizada e fidedigna, que permitisse o alcance dos objetivos da forma mais incontestável possível, podendo esta ser integrada em estudos futuros. Como consequência, propõe-se ainda a utilização do quadro de intervenções exposto no final do subcapítulo 4.2 (p. 73/74), convenientemente adaptado às circunstâncias e realidade nacional.

Considera-se basilar, uma avaliação final do impacto, e da relevância da metodologia adotada neste trabalho, sendo necessário que para tal, os objetivos do processo de identificação e classificação de intervenções, sejam revistos e claramente definidos. Logo, a partir da promoção de métodos de investigação mais rigorosos e obtenção de dados completamente válidos, precisamente selecionados para este tipo de estudo, pensa-se que todos os objetivos poderão ser alcançados na sua plenitude.

Um outro aspeto, ao qual importaria contemplar em estudos futuros, é a exclusão de alguns grupos de população, fundamentalmente adultos com dificuldades socioeconómicas, pois a maioria dos serviços encontram-se representados pelo setor privado, gerando dificuldades de acesso maioritariamente de cariz económico. Deste

modo, pretender-se-iam desenvolver operações que incluam este grupo populacional, uma vez que apesar de os dados epidemiológicos acerca da população adulta serem escassos ou quase mesmo nulos, o que dificultaria a resolução de intervenções apropriadas às reais necessidades. Deveria ainda assim, ser dado maior apoio a este grupo de população (ativa) com o intuito de criar não só melhores condições de saúde oral com diminuição do impacto negativo na qualidade de vida, como também, ganhos de produtividade com conseqüente decréscimo do impacto económico gerado pelas doenças orais.

Importa ainda lembrar, que no artigo 64º, presente na Constituição da República Portuguesa, no qual é especificado o direito à saúde, está disposto que toda a população tem direito a todo tipo de cuidados de saúde (devendo estes ser disponibilizados pelo Estado), bem como igualdade de acesso aos mesmos. Ora, reflectidamente podemos perceber que sendo a saúde oral parte integrante da saúde geral, qualquer indivíduo deve reivindicar por este direito humano básico, comum a todos os cidadãos. Para tal, devem ser desenvolvidos mecanismos e métodos de análise e comparação de outras intervenções, como também a sua investigação, seleção e implementação, objetivando pois o usufruto deste direito em toda a sua amplitude.

No futuro, poder-se-iam realizar estudos epidemiológicos de maior amplitude, direccionados para a saúde oral e doenças orais, abrangendo toda a população, a fim de melhor entender, quais as necessidades de cada grupo específico ou etário. Permitindo, desta forma, desenvolver, disponibilizar e adaptar os recursos, materiais e intervenções adequados ao alcance de melhores condições de saúde oral e geral.

Pensa-se que seja possível fazê-lo, através do desenvolvimento de um vigoroso sistema de saúde oral associado aos excelentes recursos humanos e materiais dos quais dispomos, modificando e readaptando as iniciativas em curso e implementando outras. Porém, avaliando com prudência, não só os processos como os resultados, não não caindo em esquecimento o verdadeiro objetivo, a resposta às necessidades de toda a população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEN, P. - Assessment of oral health related quality of life (Review). [Em linha]. **Health and Quality of Life Outcomes**, 1:40 (2003). [Consult. 24 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC201012/pdf/1477-7525-1-40.pdf>>
- ALMEIDA, C. M.; *et al.*- Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal. [Em linha]. **Community Dental Health**, 20 (2003) 211-216. [Consult. 5 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_portugal.pdf](http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_portugal.pdf)>
- ANELL, A.; GLENNGÅRD, A. H.; MERKUR, S. - Sweden: Health system review. Health Systems in Transition. [Em linha]. European Observatory on Health Systems and Policies, 14:5 (2012) 1–99. [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/164096/e96455.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf)>
- ARTIGO 64º. Capítulo II. DR. 1ª SÉRIE-A 155 (12-08-2005) 4652 - Direitos e deveres sociais (Saúde). [Em linha]. Lisboa: 2005. 4652. [Consult. 2 Fev. 2014]. Disponível em <<https://dre.pt/util/pdfs/files/crp.pdf>>
- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA - PROJECTO DE LEI N.º 466/VIII, altera a lei n.º 4/99, de 27 de Janeiro, relativa à disciplina da actividade profissional dos odontologistas. [Em linha]. Lisboa: Assembleia da República, 2001. 8p. [Consult. 2 Fev. 2014]. Disponível em <<http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c336470626d6c7561574e7059585270646d467a4c315a4a53556b76644756346447397a4c334271624451324e69315753556c4a4c6d527659773d3d&fich=pjl466-VIII.doc&Inline=true>>
- BARROS, P. P.; GOMES, J. – Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português. [Em linha]. Lisboa: Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, 2002. 161 p. [Consult. 6 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.dge.ubi.pt/aalmeida/Gestao-medicina-11-12/BARROS-2002.pdf>>

- BARROS, P. P.; MACHADO, S. R.; SIMÕES, J. A. - Portugal: Health system review. Health Systems in Transition. [Em linha]. European Observatory on Health Systems and Policies, 13:4 (2011) 1–117. [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/150463/e95712.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf)>
- BEAGLEHOLE, R.; *et al.* – The Oral Health Atlas: Mapping a neglected global health issue. [Em linha]. FDI: 2009. 14-106. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <[http://issuu.com/myriadeditions/docs/flipbook\\_oral\\_health](http://issuu.com/myriadeditions/docs/flipbook_oral_health)>
- BENZIAN, H.; NACKSTAD, C.; BARNARD, J. – The role of the FDI World Dental Federation in global oral health (Perspectives). [Em linha]. **Bulletin of the World Health Organization**, 83:9 (2005). 719-720. [Consult. 27 Fev. 2014]. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2005/Vol83-No9/bulletin\\_2005\\_83\(9\)\\_719-720.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2005/Vol83-No9/bulletin_2005_83(9)_719-720.pdf)>
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. - Epidemiologia Básica. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2010.
- BOYLE, S. - United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition. [Em linha]. European Observatory on Health Systems and Policies, 13:1 (2011) 1–336. [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135148/e94836.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf)>
- BUSS, P.; FILHO, A. – A Saúde e seus Determinantes Sociais. [Em linha]. **Rev. Saúde Coletiva**, 17:1 (2007). 77-93. [Consult. 20 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>
- CASTRO, E. – Programa de Saúde Oral: Evolução, Instrumentos e Resultados. [Em linha]. Universidade do Minho: Escola de Economia e Gestão, 2012. 59 p. Tese de Mestrado em Economia e Políticas de Saúde. [Consult. 6 Fev. 2014]. Disponível em <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/22743>>
- CHEVREUL, K.; *et al.* - France: Health system review. Health Systems in Transition, [Em linha]. European Observatory on Health Systems and Policies, 12:6 (2010) 1–218. [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/135809/E94856.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/135809/E94856.pdf)>
- CHRISOPOULOS, S.; HARFORD, J. - Oral health and dental care in Australia: Key facts and figures 2012. [Em linha]. Canberra: Australian Institute of Health and

- Welfare, 2013. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129543387>>
- CHRISOPOULOS, S.;BECKWITH, K.; HARFORD, J. - Oral health and dental care in Australia: key facts and figures 2011. [Em linha]. Camberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2011. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=10737420706>>
- COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CDSS) - Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais (Relatório Final). [Em linha]. Portugal: OMS. 2010. 276 p. [Consult. 5 Fev. 2014]. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf)>
- COUNCIL OF EUROPEAN CHIEF DENTAL OFFICERS (CECDO) - DATABASE OF ORAL HEALTHCARE IN EUROPE. [Em linha]. Netherlands: CECDO. 2012 [Consult. 23 Fev. 2014] Disponível em <<http://www.cecdo.org/pages/database%20intro.html>>
- DESPACHO N.º 686/2014. DR. IIª SÉRIE-10 (15-01-2014) 1242. [Em linha]. [Consult. 2 Mar. 2014]. Disponível em <[http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/98B3A770-8A2E-4BBC-BB93-785B2EF7CE56/0/PNSO\\_CancroOral.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/98B3A770-8A2E-4BBC-BB93-785B2EF7CE56/0/PNSO_CancroOral.pdf)>
- PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL (PNPSO) - Alargamento. O Alargamento do Programa Abrange. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2014. [Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em <[https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/portalMenu/GetInformationMenu.action;jsessionId=573D644286D2B8EDAB1551A2CFBDE322.pnpso\\_w1#>](https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/portalMenu/GetInformationMenu.action;jsessionId=573D644286D2B8EDAB1551A2CFBDE322.pnpso_w1#>)
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) – Plano Nacional de Saúde 2012/2016. Eixo Estratégico - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde [Em linha]. Lisboa: DGS, 2013. [Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em <[http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso\\_e\\_Equidade\\_2013\\_003\\_04.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf)>
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral [Em linha]. Lisboa: DGS, 2011. [Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em

<<http://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral.aspx>>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) – Projeto SOBE - Saúde Oral Bibliotecas Escolares. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2011. [Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/?cr=22628>>

DYE, B. A.; LI, X.; THORNTON-EVANS, G. - Oral Health Disparities as Determined by Selected Healthy People 2020 Oral Health Objectives for the United States, 2009–2010. [Em linha]. USA: National Center of Health Statistics, 2012. 104 p.. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db104.pdf>>

ECONOMOU, C. - Greece: Health system review. Health Systems in Transition. [Em linha]. European Observatory on Health Systems and Policies, 12:7 (2010) 1–133. [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/130729/e94660.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf)>

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (ERS) - Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. [Em linha]. Porto: ERS, 2014. 149 p. [Consult. 2 Mar. 2014]. Disponível em <[https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1019/Estudo\\_ERS\\_-\\_PNPSO.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1019/Estudo_ERS_-_PNPSO.pdf)>

EUROBAROMETER – Oral health: Report. Special Eurobarometer 330. [Em linha]. Brussels: TNS Opinion & Social, 2010. 112 p. [Consult. 2 Fev. 2014]. Disponível em <[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_330\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_en.pdf)>

EUROSTAT - GDP and main components - Current prices. [Em linha]. Luxemburg: Eurostat. 2014 [Consult. 20 Fev. 2014]. Disponível em <<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>>

EUROSTAT – Total population. [Em linha]. Luxemburg: Eurostat. 2014 [Consult. 25 Fev. 2014]. Disponível em <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&code=tps00001>>

EUSÉBIO, R. – Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de saúde: uma proposta. [Em linha]. Lisboa: ENSP-UNL, 2011. 118 p. Tese de Mestrado em Saúde Pública. [Consult. 6 Fev. 2014]. Disponível em

<<http://run.unl.pt/bitstream/10362/9583/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Raquel%20Eus%C3%A9bio%20Pereira.pdf>>

EXWORTHY, M. - Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. [Em linha]. **Health Policy and Planning**, 23. (2008). 318–327. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/23/5/318.full.pdf+html>>

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA (FMD) – Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Condições de acesso. [Em linha]. Lisboa: FMD, 2010. [Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.fmd.ulisboa.pt/portal/page?\\_pageid=408,1100456&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www.fmd.ulisboa.pt/portal/page?_pageid=408,1100456&_dad=portal&_schema=PORTAL)>

FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL (FDI) High risk of oral diseases and low access to care condemns developing countries to sub-standard oral health. [Em linha]. Switzerland: FDI. [Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.worldoralhealthday.com/high-risk-of-oral-diseases-and-low-access-to-care-condemns-developing-countries-to-sub-standard-oral-health/>>

FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL (FDI). – Oral Health Worldwide. [Em linha]. Switzerland: FDI, SS. 24 p. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.worldoralhealthday.com/wp-content/uploads/2014/03/FDIWhitePaper\\_OralHealthWorldwide.pdf](http://www.worldoralhealthday.com/wp-content/uploads/2014/03/FDIWhitePaper_OralHealthWorldwide.pdf)>

FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL (FDI). – The global call for oral health and general health (Editorial). [Em linha]. **International Dental Journal**, 63 (2013). 281–282. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.fdiworldental.org/media/40126/\\_idj12085-editorial-the\\_global\\_call\\_for\\_oral\\_health\\_and\\_general\\_health.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/40126/_idj12085-editorial-the_global_call_for_oral_health_and_general_health.pdf)>

FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL (FDI). - WORLD ORAL HEALTH DAY 2014 (Toolkit). [Em linha]. Switzerland: FDI, 2014. 10 p. [Consult. 2 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.fdiworldental.org/media/30996/2014\\_toolkit.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/30996/2014_toolkit.pdf)>

- FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL (FDI). – World Oral Health Day 2013: Healthy teeth for a healthy life. [Em linha]. Switzerland: FDI, 2013. 6 p. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.fdiworldental.org/media/26795/wohd\\_report\\_lr.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/26795/wohd_report_lr.pdf)>
- FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL (FDI).- FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. [Em linha]. **Internacional Dental Journal**, 62 (2012) 278-291. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.fdiworldental.org/media/12303/idj\\_vision\\_2020\\_final.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/12303/idj_vision_2020_final.pdf)>
- FURTADO, C.; PEREIRA, J. - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010. 52 p. [Consult. 5 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf>>
- GARCÍA-ARMESTO, S.; *et al.* - Spain: Health system review. Health Systems in Transition. [Em linha]. European Observatory on Health Systems and Policies, 12:4 (2010) 1–159. [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/128830/e94549.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf)>
- GERKENS, S.; MERKUR, S. - Belgium: Health system review. Health Systems in Transition. [Em linha]. European Observatory on Health Systems and Policies, 12:5 (2010) 1–266. 1-197. [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0014/120425/E94245.PDF](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF)>
- GRUPO PARLAMENTAR: BLOCO DE ESQUERDA - PROJECTO DE LEI N.86/X: Contempla a integração da Medicina Dentária no Serviço Nacional de Saúde e a Carreira dos Médicos Dentistas (Exposição de Motivos), 2005. 7 p. [Consult. 5 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.beparlamento.net/media/pjl86x.pdf>>
- HOBDELL, M. [et al.] - Global goals for oral health 2020. [Em linha]. **Internacional Dental Journal**. 53:5 (2003) 285–288. [Consult. 5 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_goals\\_2020.pdf](http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_goals_2020.pdf)>
- HOSPITAL DE SANTA MARIA (HSM) - Serviço de Estomatologia. [Em linha]. Lisboa. HSM, 2008. [Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.hsm.min-saude.pt/Default.aspx?tabid=1819>>

- HOSPITAL DE SANTA MARIA (HSM) – Serviço de Estomatologia. História do Serviço. [Em linha]. Lisboa: HSM, 2008. [Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.hsm.min-saude.pt/hsmindra/tabid/1081/Default.aspx>>
- INSTITUTO SUPERIOR DE SAÚDE DO ALTO DO AVE (ISAVE) – Licenciatura em Higiene Oral. [Em linha]. Póvoa de Lanhoso: ISAVE, 2013.[Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.isave.pt/lhoral.html>>
- JÜRGESEN, N.; PETERSON, P.E.- Promoting oral health of children through schools – Results from a WHO global survey 2012. [Em linha]. **Community Dental Health**, 30 (2013) 204–218. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.mah.se/PageFiles/49503/Article%20School%20based%20OH.pdf>>
- KIEFFER, J.M.; HOOGSTRATEN, J. - Linking oral health, general health, and quality of life. [Em linha] **Eur J Oral Sci**, 116 (2008) 445–450. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0722.2008.00564.x/pdf>>
- KRAVITZ, A.; TREASURE, E. – Manual of Dental Practice, Version 4.1 (2009). [Em linha]. United Kingdom: Council Of European Dentists, 2009. 406 p. [Consult. 2 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.lza-zobi.lv/uploads/files/new\\_eu\\_manual\\_2009\\_version\\_41\\_\\_\\_aug010-20100827-1652\[1\].pdf](http://www.lza-zobi.lv/uploads/files/new_eu_manual_2009_version_41___aug010-20100827-1652[1].pdf)>
- LACERDA, J. T. – Impacto da saúde bucal na qualidade de vida. [Em linha]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005. 196 f. Tese de Doutoramento em Ciências. [Consult. 6 Fev. 2014]. Disponível em <[http://scholar.google.pt/scholar\\_url?hl=pt-PT&q=http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-05092005-113502/publico/JosimariTelinoLacerda.pdf&sa=X&scisig=AAGBfm3A4HKSm75Gm2HzfCsorzcFiFFRcg&oi=scholar&ei=klm8U6O3GeKt0QXZvYDADw&ved=0CB8QgAMoADAA](http://scholar.google.pt/scholar_url?hl=pt-PT&q=http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-05092005-113502/publico/JosimariTelinoLacerda.pdf&sa=X&scisig=AAGBfm3A4HKSm75Gm2HzfCsorzcFiFFRcg&oi=scholar&ei=klm8U6O3GeKt0QXZvYDADw&ved=0CB8QgAMoADAA)>
- MACEDO, P. – Discurso do Ministro da Saúde na Conferência “Dentes saudáveis, via saudável” no Dia Mundial de Saúde Oral. [Em linha]. Lisboa: Infarmed, 2013. 4 p. [Consult. 2 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.portugal.gov.pt/media/895986/20130320\\_ms\\_saude\\_oral.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/895986/20130320_ms_saude_oral.pdf)>

NASH, D.; *et al.* - Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies. [Em linha]. **European Journal of Dental Education**, 12:1. (2008) 111-119. [Consult. 2 Mar. 2014]. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0579.2007.00493.x/pdf>>

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH) - Department of Health and Human Services. - Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. [Em linha]. Rockville: U.S. National Institutes of Health. 2000. 308 p. [Consult. 5 Fev. 2014]. Disponível em <<http://silk.nih.gov/public/hck1ocv.@www.surgeon.fullrpt.pdf>>

ORAL HEALTH DATABASE – Country Oral Health Profiles. According to Alphabetical order. [Em linha]. Sweden: Malmö University. [Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/According-to-Alphabetical/>>

ORAL HEALTH DATABASE - Country Oral Health Profiles: Alphabetical order. [Em linha]. Sweden: Malmö University, 2014. [Consult. 23 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/According-to-Alphabetical/>>

ORDEM DOS MÉDICOS (OM) - Médicos Registados na Ordem dos Médicos: Distribuição por Especialidade, Idade e Sexo – 2009. [Em linha]. Lisboa: OM, 2009. [Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em <[https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=stats\\_medicos&type=1&ano=2009](https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=stats_medicos&type=1&ano=2009)>

ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS (OMD) – Os números da Ordem: Estatísticas 2013. [Em linha]. Ordem dos Médicos Dentistas, 2013. 35 p. [Consult. 5 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.ombd.pt/numeros/2013>>

ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS (OMD) - Plano Nacional de Saúde 2011-2016 Estratégia de saúde oral em Portugal: um conceito de transversalidade que urge implementar. [Em linha]. Porto: Ordem dos Médicos Dentistas, 2010. 28 p. [Consult. 2 Fev. 2014]. Disponível em <<http://pns.dgs.pt/files/2010/06/ombd.pdf>>

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OCDE). - Health at a Glance: Europe 2010. [Em linha]. Paris: OCDE, 2010. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2010-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en)>

- PATEL, K. – The State of Oral Health in Europe (Foreword). [Em linha]. Brussels: Platform for Better Oral Health in Europe, 2012. 3-4. [Consult. 5 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.oralhealthplatform.eu/sites/default/files/field/document/Report%20-%20the%20State%20of%20Oral%20Health%20in%20Europe.pdf>>
- PATEL, K. - The State of Oral Health in Europe [Em linha].[S.I.]: Platform for Better Oral Health in Europe, 2012. 68 p. [Consult. 5 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.oralhealthplatform.eu/sites/default/files/field/document/Report%20-%20the%20State%20of%20Oral%20Health%20in%20Europe.pdf>>
- PETERSEN, P.E.; LENNON, M. A. - Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. [Em linha]. **Community Dent Oral Epidemiol**, 32 (2004) 319–21. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_cdoe\\_319to321.pdf?ua=1](http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_cdoe_319to321.pdf?ua=1)>
- PETERSON, P. E. - Priorities for research for oral health in the 21st Century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. [Em linha]. **Community Dental Health**, 22 (2005). 71–74. [Consult. 20 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.who.int/oral\\_health/publications/orh\\_cdh\\_0522.pdf](http://www.who.int/oral_health/publications/orh_cdh_0522.pdf)>
- PETERSON, P. E. – The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21<sup>st</sup> century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. [Em linha]. **Community Dent Oral Epidemiol**, 31:1 (2003). 3-24. [Consult. 24 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_report03\\_en.pdf](http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf)>
- PETERSON, P. E.; ESTUPINAN-DAY, S.; NDIAYE, C. – WHO’s action for continuous improvement in oral health (Editorials). [Em linha]. **Bulletin of the World Health Organization**, 83:9 (2005). 242. [Consult. 27 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626343/pdf/16211149.pdf>>
- PETERSON, P. E.; *et al.* – The global burden of oral diseases and risk to oral health Policy and Practice (Theme Papers). [Em linha]. **Bulletin of the World Health Organization**, 83:9 (2005) 661-669. [Consult. 5 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v83n9/v83n9a11.pdf>>

- PETERSON, P.E. - World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. [Em linha]. **International Dental Journal**, 58 (2008) 115-121. [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.who.int/oral\\_health/publications/IDJ\\_June\\_08.pdf?ua=1](http://www.who.int/oral_health/publications/IDJ_June_08.pdf?ua=1)>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (DGS) – Circular Normativa N°01/DSE: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2005. 49 p. [Consult. 2 Fev. 2014]. Disponível em <[https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgdc.min-edu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Foutrostemas%2Fsaudeoral%2Fprogramanacionalsaudeoral.pdf&ei=ple8U\\_DwKoSV0QXT44CABQ&usg=AFQjCNHrkfI2ykxLHsJVDdqSiFiezHDWzQ](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgdc.min-edu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Foutrostemas%2Fsaudeoral%2Fprogramanacionalsaudeoral.pdf&ei=ple8U_DwKoSV0QXT44CABQ&usg=AFQjCNHrkfI2ykxLHsJVDdqSiFiezHDWzQ)>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (DGS) – Circular Normativa N°08/DSE: Intervenção dos Higienistas Oraís nos Centros de Saúde. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2006. 12 p. [Consult. 2 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/225/SOr\\_doc3.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/225/SOr_doc3.pdf)>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (DGS) - Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís. [Em linha] Lisboa: DGS, 2008. 126 p. [Consult. 13 Fevereiro 2014]. Disponível em <[https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCYQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Festudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais-pdf.aspx&ei=byrIU-7iFMfB0QXdx4DYCw&usg=AFQjCNF3M5b8p6o-\\_aUVAvz8Zq9Br6T5Zw](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCYQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Festudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais-pdf.aspx&ei=byrIU-7iFMfB0QXdx4DYCw&usg=AFQjCNF3M5b8p6o-_aUVAvz8Zq9Br6T5Zw)>
- SCHÄFER, W.; *et al.* - The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition. [Em linha]. European Observatory on Health Systems and Policies, 12:1 (2010) 1–165. [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/130729/e94660.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf)>
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. – O conceito de saúde (Ponto de Vista). [Em linha]. **Rev. Saúde Pública**, 31:5 (1997). 538-42. [Consult. 20 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>

- SHEIHAM, A. - Oral health, general health and quality of life (Editorials). [Em linha]. **Bulletin of the World Health Organization**, 83:9 (2005). 644-645. [Consult. 27 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/644.pdf>>
- SILVA, C. – Higienista oral: O profissional da prevenção (*Dossier online*). [Em linha]. **Revista Profissional de Estomatologia e Medicina Dentária**. 2013. 29-32. [Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.saudeoral.pt/ResourcesUser/Documentos/Dossier\\_higiene\\_oral.pdf](http://www.saudeoral.pt/ResourcesUser/Documentos/Dossier_higiene_oral.pdf)>
- SLADE, G.D. - Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. [Em linha]. **Community Dent Oral Epidemiol**, 26 (1998) 52-61. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.1998.tb02084.x/pdf>>
- SLADE, G.D.; *et al.* – Measuring Oral Health and Quality of Life. [Em linha]. University of North Carolina: School of dentistry, Department of Dental Ecology, 1997. [Consult. 18 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>>
- STEELE, J. - NHS dental services in England: An independent review. [Em linha]. London: NHS, 2009. 88 p. [Consult. 15 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.sigwales.org/wp-content/uploads/dh\\_101180.pdf](http://www.sigwales.org/wp-content/uploads/dh_101180.pdf)>
- TAVARES, A. - Estratégias de Acção e Planeamento em Saúde. In: Unidade Curricular de Estratégias de Acção e Planeamento em Saúde, 6º sessão, 15 de Abril de 2013. Lisboa: ENSP, 2013. 2
- TAVARES, A. – Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 1990. 223 p.
- TCHICAYA, A.; LORENTZ, N. - Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. [Em linha]. **International Journal for Equity in Health**, 13:7 (2004). [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-13-7.pdf>>
- WATT, R.; SHEIHAM, A. - Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. [Em linha]. **British Dental Journal**, 187:1 (1999). 6-

12. [Consult. 24 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.nature.com/bdj/journal/v187/n1/pdf/4800191a.pdf>>
- WENDT, C. - Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. [Em linha]. **Journal of European Social Policy**, 19:5 (2009). 432–445. [Consult. 17 Fev. 2014]. Disponível em <<http://rszarf.ips.uw.edu.pl/welfare-state/wendt.pdf>>
- WIDSTRÖM, E.; EATON, K. – Oral Healthcare Systems in the Extended European Union. [Em linha]. **Oral health Prev Dent.**, 2:3 (2004) 155-194. [Consult. 17 Fev. 2014]. Disponível em <<https://biblio.ugent.be/input/download?func=downloadFile&recordOId=866170&fileOId=878871>>
- WILLIAMS, D. - Reducing inequalities in oral disease (Editorial). [Em linha]. **British Dental Journal**, 210: 9 (2011). [Consult. 24 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.nature.com/bdj/journal/v210/n9/pdf/sj.bdj.2011.337.pdf>>
- WINDSTRÖM, E.; *et al.* - Developments in Oral Health Policy in the Nordic Countries Since 1990. [Em linha]. **Oral Health Prev Dent**, 3 (2005) 225-235. [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em <[http://brunnur.stjr.is/interpro/heilb/tannvernd.nsf/Files/grein%20um%20norr%C3%A6na%20tann%C3%A6kningakerfi%B0/\\$file/grein%20um%20norr%C3%A6na%20tann%C3%A6kningakerfi%B0.pdf](http://brunnur.stjr.is/interpro/heilb/tannvernd.nsf/Files/grein%20um%20norr%C3%A6na%20tann%C3%A6kningakerfi%B0/$file/grein%20um%20norr%C3%A6na%20tann%C3%A6kningakerfi%B0.pdf)>
- WORLD DENTAL FEDERATION (FDI) - FDI policy statement on oral health and the social determinants of health. Adopted by the FDI General Assembly: 30 August 2013 – Istanbul, Turkey. [Em linha]. **International Dental Journal**. 63 (2013) 287–288. [Consult. 13 Fevereiro 2014]. Disponível em <[http://www.fdiworldental.org/media/40151/\\_idj12079-oral\\_health\\_and\\_the\\_social\\_determinants\\_of\\_health.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/40151/_idj12079-oral_health_and_the_social_determinants_of_health.pdf)>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Oral health. Oral health priority action areas. [Em linha]. Brussels: WHO, 2014. [Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.who.int/oral\\_health/action/en/](http://www.who.int/oral_health/action/en/)>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Oral Health: Keys factors. [Em linha]. Genève: Media Center (*Fact Sheet* n° 318), 2012 [Consultado a 3 de Janeiro de

2014]. Disponível em  
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 17-21 de Novembro de 1986. [Em linha]. Ottawa, Canadá, 1986. 9p. [Consult. 2 Fev. 2014]. Disponível em <<http://www.dgdc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION: Basic Documents. International Health Conference. [Em linha]. New York: World Health Organization, 2006. 51ª Ed. 18 p. [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)>

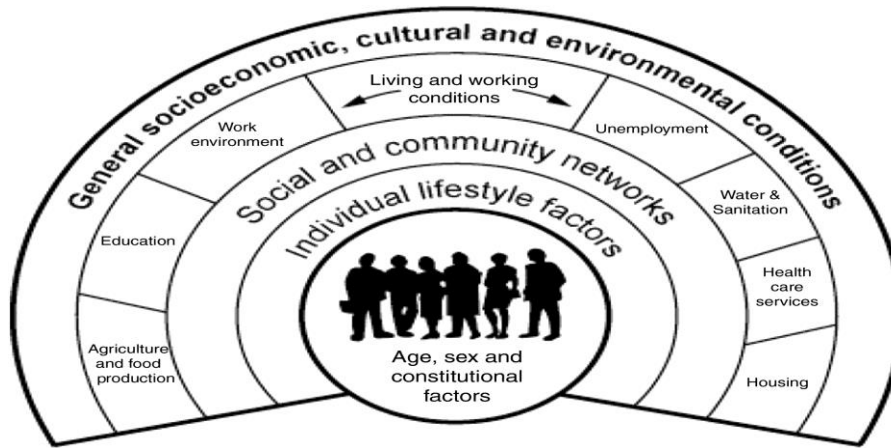
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Equity, social determinants and public health programmes: Oral health: equity and social determinants. [Em linha]. Genève: WHO Press. 2010. 160-176. [Consult. 4 Abril 2014]. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf)>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Oral Health Surveys: Basic Methods. [Em linha]. Genève: 5th ed. 2013 [Consultado a 3 de Janeiro de 2014]. Disponível em <<http://www.icd.org/content/publications/WHO-Oral-Health-Surveys-Basic-Methods-5th-Edition-2013.pdf>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Oral health. The objectives of the WHO Global Oral Health Programme (ORH). [Em linha]. Brussels. WHO. 2014 [Consult. 26 Fev. 2014]. Disponível em <[http://www.who.int/oral\\_health/objectives/en/](http://www.who.int/oral_health/objectives/en/)>

## ANEXOS

### Anexo I – Principais determinantes da saúde, modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: Exworthy, 2008 (adaptado de Dahlgren e Whitehead (1991))

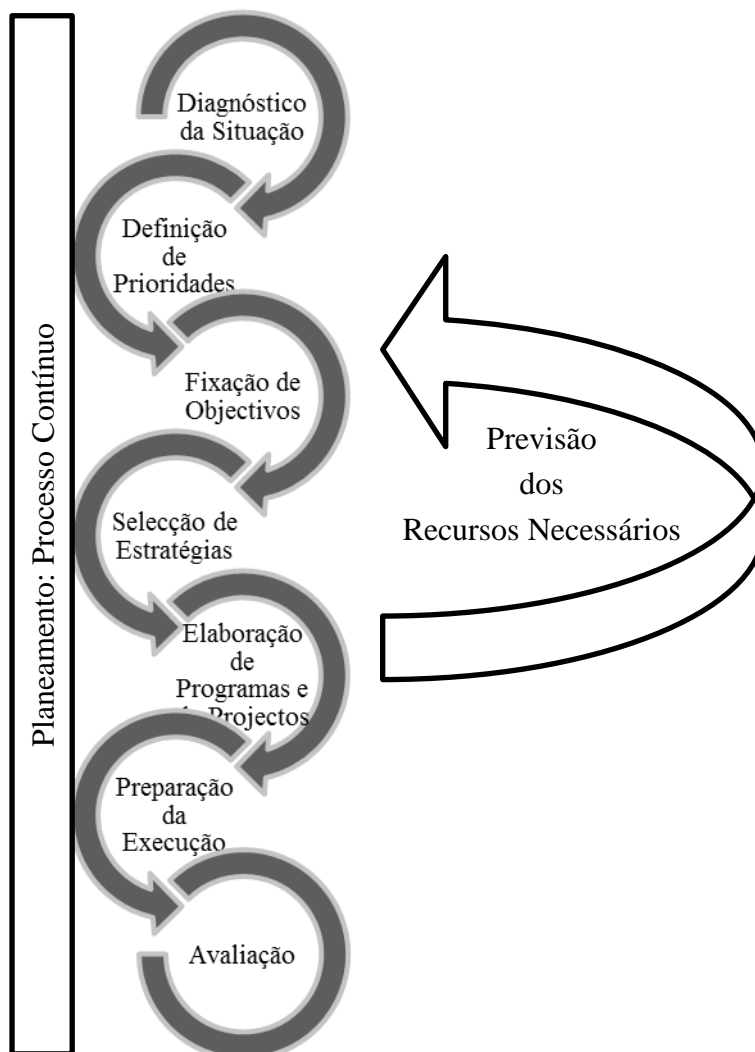
*Anexo II – Determinantes sociais e características de acesso aos cuidados de saúde*

ELEMENTOS	DETERMINANTES SOCIAIS E CARACTERÍSTICAS DE ACESSO
Contexto e posição socioeconómica	A desigualdade das estruturas sociais e posições socioeconómicas A distribuição desigual de recursos e oportunidades A carência de promoção de políticas de equidade, de disponibilidade e de acesso a recursos Infra-estruturas Tributação e legislação (produtos, entre outros.)
Exposição diferencial	Água e saneamento Fluoretos e oferta de alimentos saudáveis Ambientes insalubres Estilo de Vida, crenças, atitudes e comportamentos de saúde Definição de objetivos e fatores de risco comuns O estigma social das condições orais
Vulnerabilidade diferencial	Pobreza <i>Stress</i> Induzido Exposição a situações de risco Condições gerais de saúde Os grupos de alto risco Experiências de vida O acesso aos serviços de saúde oral, produtos de saúde oral e opções de prevenção
Resultados dos cuidados de saúde diferenciais	A compreensão dos serviços de saúde oral Opções de prestação de cuidados de saúde oral e tratamento inadequado Os grupos de alto risco
Consequências diferenciais	Impacto na qualidade de vida Alto custo dos serviços de saúde pessoais e sociais Impacto sobre outras comunidades e grupos sociais A exclusão social, estigma, efeito sobre ao quotidiano de vida

Fonte: WHO, 2010

Anexo III – Representação esquemática da estratégia de planeamento em saúde.

Etapas do processo de planeamento



Fonte :Adaptado: Tavares (2013)