



AUDIÇÃO PÚBLICA

PROGRAMA  
NACIONAL  
DE PROMOÇÃO  
DA SAÚDE ORAL  
PORTUGAL

2019

# Programa Nacional

Promoção da Saúde Oral

Audição Pública

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

## FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.  
PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL.

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2019.

ISBN:

### PALAVRAS CHAVE

Saúde oral, saúde pública, promoção da saúde oral, literacia em saúde, prevenção das doenças orais, higiene oral, acesso a cuidados de saúde oral, diagnóstico precoce, cárie dentária, doenças periodontais, cancro oral

### EDITOR

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

### AUTOR

Direção de Serviços Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar

Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

Equipa: Ana do Céu, Cristina Sousa Ferreira, Margarida Jordão

Lisboa, julho, 2019

# Índice

Sumário Executivo.....	6
1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1. Dados Epidemiológicos.....	9
1.2. Estratégias Globais de Prevenção e Tratamento das Doenças Orais .....	12
2. VISÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS .....	13
2.1. Visão .....	13
2.2. Finalidade .....	13
2.3. Objetivos Gerais.....	13
2.4. Objetivos Específicos.....	13
3. EIXOS ESTRATÉGICOS .....	15
3.1. Prevenção das Doenças Orais .....	15
3.1.1. Promover a higiene oral ao longo da vida .....	15
3.1.2. Promover a aplicação de Fluoretos .....	17
3.1.3. Promover a articulação com outros programas nacionais .....	17
3.1.4. Promover a aplicação de selantes de fissuras nas crianças de 7, 10 e 13 anos de idade.....	18
3.2. Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação. Oral.....	19
3.2.1. Promover o Tratamento das Doenças Orais .....	20
3.2.2. Promover o diagnóstico precoce no Cancro Oral.....	21
3.2.3. Promover a Reabilitação Protética.....	23
3.2. Objetivos Operacionais.....	23
3.3. Estratégias de Intervenção .....	23
3.4. Monitorizar, Avaliar, Auditar e Promover a Formação Profissional, a Investigação e o Conhecimento.....	25
3.5.1. Monitorizar e Avaliar .....	25
3.5.2. Auditoria Interna e Suporte a Queixas .....	25
3.5.3. Formação.....	25
3.5.4. Investigação.....	26
4. GOVERNAÇÃO.....	27
4.1. Nacional .....	27
4.2. Regional .....	27
4.3. Grupo Técnico Consultivo .....	27
4.4. Sistema de Informação .....	27
4.5. Financiamento .....	28
5. INDICADORES DE AVALIAÇÃO .....	29
6. BIBLIOGRAFIA .....	32

## Índice de gráficos, tabelas e figuras

Tabela 1. Índice cpod/CPOD e percentagem de pessoas livres de cárie e com gengivas saudáveis – comparação dos indicadores obtidos em 2000, 2006 e 2013/14. ....	10
Tabela 2. Número e percentagem de pessoas com 35-44 e 65-74 anos, com 20 ou mais dentes e desdentados totais .....	11
Tabela 3. Selantes de fissuras: situação observada nas crianças e jovens rastreados .....	11
Tabela 4. Estado de saúde periodontal (%).....	12
Tabela 5- Recomendações sobre a frequência da escovagem dos dentes, material utilizado, responsabilidade pela sua execução, dentífrico fluoretado (dosagem de fluoretos e quantidade) e suplementação sistémica de fluoretos.....	16
Tabela 6- Frequência da escovagem dos dentes aos 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 - 2013/14 face a 2006.....	16
Tabela 7- Evolução do índice cpod/CPOD desde o ano 2000 ao ano 2013/14 .....	20
Tabela 8- Sobrevivência a 5 anos no cancro oral (%) .....	21
Tabela 9 - Indicadores de avaliação do PNPSO.....	29
Figura 1. Estratégia Dirigida a Grupos Populacionais Específicos .....	19
Figura 2. Estratégia no âmbito do Projeto de Intervenção Precoce no Cancro oral.....	22
Gráfico 1. Componentes do Índice CPOD nos diferentes grupos estudados .....	10

# Sumário Executivo

Os indicadores de saúde oral em Portugal, medidos através de estudos de prevalência das doenças orais, representativos a nível nacional e regional, têm vindo a melhorar ao longo dos anos, com maior expressão na última década. Assim, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2019 pretende dar continuidade às estratégias que têm vindo a ser desenvolvidas, no âmbito da promoção da saúde, da prevenção e do tratamento precoce das doenças orais. Essas estratégias integradoras, adequadas à realidade nacional e aos serviços públicos existentes, têm como pressuposto básico a eficiência das intervenções a dinamizar.

Através do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral pretende-se fundamentalmente promover a saúde oral ao longo da vida, com eficiência, equidade e universalidade, melhorando o estado de saúde oral da população através da redução das doenças orais, as quais são altamente vulneráveis às medidas de prevenção. Tem como objetivos transversais a progressiva capacitação da população em matéria de literacia da saúde, a prevenção da doença ao longo da vida, a promoção de estilos de vida saudável e o aumento da confiança dos utentes na utilização dos cuidados de saúde oral prestados no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

A Declaração de Liverpool visa a promoção da saúde oral no século XXI, referindo que a escola deve ser utilizada como uma plataforma para a promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção das doenças nas crianças e jovens envolvendo famílias e comunidades. Afirma que os países devem assegurar o acesso aos cuidados primários de saúde oral com ênfase na prevenção e na promoção da saúde, melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, através do reforço da promoção da saúde oral e tornar a promoção da saúde oral como parte integrante dos programas nacionais de saúde.

O PNPSO desenvolve atividades de promoção da saúde oral no âmbito do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do Programa Nacional de Saúde Escolar, propondo intervenções dirigidas ao grupo populacional ou ao indivíduo.

Das intervenções dirigidas ao grupo populacional, destacam-se as ações de formação e informação para as grávidas e futuros pais, educadores e professores, crianças e jovens, técnicos e utentes institucionalizados, entre outros. Relativamente às crianças e jovens o incentivo à escovagem dos dentes com dentífrico fluoretado, em casa e em ambiente escolar, continua a constituir uma prioridade, complementada com a aplicação de vernizes de flúor no pré-escolar, com o bochecho com solução fluoretada no 1º ciclo e com a aplicação de selantes de fissuras aos 7, 10 e 13 anos.

Das intervenções dirigidas ao indivíduo, é de salientar a importância das realizadas no âmbito das consultas de vigilância da gravidez de baixo risco e das consultas de saúde infantil e juvenil, constituindo oportunidades para incentivar boas práticas em saúde oral e promover a saúde. Nas consultas de higiene oral e de medicina dentária a instrução e motivação para a higiene oral são transversais a todas as intervenções e complementares às abordagens preventivas e curativas que ocorrem em todos os grupos populacionais: crianças e jovens até aos 18 anos, grávidas, beneficiários do complemento solidário e portadores de VIH/SIDA.

O PNPSO 2019 estrutura-se em dois eixos estratégicos principais – a prevenção e o diagnóstico e tratamento das doenças orais, complementado por um eixo transversal orientado para a monitorização, avaliação e promoção da formação profissional, investigação e conhecimento.

# 1. INTRODUÇÃO

A avaliação da situação de saúde oral a nível global efetuada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (1,2,3) sublinha que apesar da grande melhoria observada em muitos países, os problemas persistem. O padrão atual no âmbito da cárie dentária reflete os diferentes perfis de risco nos diversos países (as condições de vida, os estilos de vida e os fatores ambientais) e em particular o resultado da implementação de programas de promoção da saúde oral. A cárie dentária é ainda o maior problema de saúde oral, mesmo nos países industrializados, afetando 69 a 90% das crianças em idade escolar e a grande maioria dos adultos.

Na década de 80, sob influência de Alma-Ata (4,5) e da reflexão proporcionada pelo estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), foi efetuada uma aposta pública na formação de profissionais de saúde, indispensáveis ao desenvolvimento de estratégias nacionais de promoção da saúde e de prevenção primária e secundária.

Face à escassez de recursos humanos especializados, a intervenção pública privilegiou a formação de profissionais nos Centros de Saúde, educadores de infância e professores do 1º ciclo do ensino básico, responsáveis pela multiplicação das ações de formação em todos os distritos do continente. Essa foi a base para a implementação do Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, através do qual foi difundida à comunidade educativa informação específica focalizada na adequação de comportamentos nas áreas da alimentação e higiene oral, foram administrados suplementos de flúor, sistémicos aos alunos dos jardins de infância e tópicos aos do ensino básico.

Na década de 90, a evolução do processo foi consequência de investigação aplicada, em especial no que respeita ao impacto de vários modelos de intervenção. A introdução da aplicação de selantes de fissuras, como medida complementar do programa básico dirigido às crianças em idade escolar, passou a ser aconselhada pela evidência do seu enorme impacto positivo na saúde oral dos beneficiários, divulgado através da publicação dos resultados de projetos-piloto em revistas da especialidade (6,7).

Higienistas orais, médicos dentistas e estomatologistas, embora em número reduzido, passaram a integrar as equipas multiprofissionais de Centros de Saúde, de que resultou uma evidente “mais-valia” na qualidade do desempenho dos serviços públicos e um significativo conjunto de benefícios adicionais para os destinatários da sua ação.

No início do século foi possível definir o conceito de cuidados básicos de saúde oral no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) da Direção-Geral da Saúde (DGS) (8), contemplando a integração de intervenções de promoção, prevenção primária e tratamento, dirigidas a diferentes grupos populacionais. Facto possível porque, à data, o país já dispunha de um número de médicos dentistas suficientes para proporcionar respostas curativas aos beneficiários dos programas públicos em vigor.

Entre 1990 e o ano 2007, o recrutamento de higienistas orais pelos serviços de saúde públicos, que proporcionou um assinalável incremento na utilização de selantes de fissuras, e a contratualização com médicos ou clínicas de medicina dentária para a realização de tratamentos no âmbito do SNS, teve como consequência uma significativa diminuição e resolução de problemas dentários nas crianças e jovens em idade escolar (9).

Foi também neste período que se verificou um forte crescimento da oferta de cuidados curativos de medicina dentária, prestados em consultórios privados, preferencialmente utilizados por beneficiários de subsistemas de saúde, de seguros ou por utentes que suportaram os custos dos atos praticados.

No final de 2007, por iniciativa ministerial, foi criado um novo modelo de intervenção público, envolvendo as diferentes estruturas do sistema de saúde, num processo de aproveitamento sinérgico da capacidade instalada para a prestação de cuidados de saúde oral, quer no setor público, quer no privado. Os utentes do SNS, beneficiários de programas e projetos públicos, passaram a ter acesso a cuidados de prevenção primária e secundária ministrados em consultórios privados, mediante acordos estabelecidos com os prestadores, suportados financeiramente pelo denominado “cheque-dentista” (10,11,12,13).

A implementação e expansão do PNPSO com cheques dentista aumentou a cobertura dos cuidados de saúde oral das populações, apesar de ainda ficar muito aquém do acesso universal e da equidade da prestação pública de saúde. A cobertura foi ampliada ao longo dos anos incidindo em grupos mais vulneráveis, face à necessidade de prevenção e tratamento precoce nestes grupos. Esta reforma, considerada inovadora, permite a livre escolha dos médicos dentistas e estomatologistas pelos utentes e responde à necessidade de aumentar o acesso a cuidados de saúde oral da população (14).

O reforço da intervenção do setor público nas vertentes de promoção e educação para a saúde oral tem sido uma constante, alicerçado numa parceria estabelecida em 2011 entre a DGS, o Plano Nacional de Leitura (PNL) e a Rede de Bibliotecas Escolares (RBE), de que resultou o Projeto Saúde Oral Bibliotecas Escolares (SOBE). Atualmente é denominado SOBE+ porque, inclui, para além dos aspetos relacionados com a saúde oral, todos as outras áreas de literacia e educação para a saúde e bem-estar. A informação, o aumento do conhecimento da população sobre saúde e a adequação de comportamentos são componentes decisivos na melhoria sustentada da saúde oral.

Portugal tem vindo a monitorizar sistematicamente o impacto das medidas de saúde oral implementadas. A questão da eficiência tem sido uma preocupação dominante dos responsáveis.

O III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (III ENPDO) comprova assinaláveis progressos entre as populações beneficiárias da intervenção pública, em todas as regiões de saúde do país. A fiabilidade dos dados obtidos permite afirmar que, nas populações abrangidas pelos programas, se observa uma significativa diminuição dos problemas da saúde oral e que se tem caminhado numa direção que assegurará um futuro melhor aos cidadãos, utentes do SNS (15, 44).

Em junho de 2016, o Ministério da Saúde deu início ao Projeto Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários do SNS, com o objetivo de promover o acesso a consultas de medicina dentária nas unidades de saúde do SNS, para o qual foram contratados médicos dentistas e assistentes dentários. Foi implementado de forma faseada, através do desenvolvimento de experiências-piloto, envolvendo inicialmente um total de treze centros de saúde, tendo sido posteriormente alargado.

A estratégia, orientada para o aumento e melhoria dos serviços de saúde oral ao nível dos cuidados de saúde primários, de forma universal e com equidade, é apoiada no desenvolvimento de ações intersectoriais que envolvem as autarquias, alinhadas com os Planos Locais de Saúde. Estas ações intersectoriais permitem a obtenção de ganhos em saúde e qualidade, com maior proximidade à população, constituindo-se como um dos objetivos centrais a orientar a ação do SNS a 2020, na área da saúde oral (16).

## 1.1. Dados Epidemiológicos

Os estudos epidemiológicos nacionais que proporcionam a avaliação da prevalência das doenças orais nas populações alvo são bastante úteis em termos de saúde pública, pois disponibilizam uma visão precisa da sua interligação com os vários parâmetros socioeconómicos que as influenciam. Através dos resultados obtidos, é possível planificar as estratégias mais adequadas para controlar a prevalência dessas doenças, tendo em conta os recursos económicos disponíveis e a vontade política existente. Por outro lado, esses resultados podem ser muito úteis para avaliar a eficácia dos programas de saúde pública que tenham sido introduzidos e analisar a sua pertinência numa perspetiva de custo/benefício.

As doenças orais são um problema de saúde pública devido ao impacto sobre a saúde, desenvolvimento e bem-estar das crianças e jovens, podendo interferir drasticamente com o seu crescimento (17). Por outro lado, também a qualidade de vida dos adultos e seniores pode estar gravemente comprometida em consequência do mesmo problema.

A cárie dentária e a doença periodontal são as doenças orais mais prevalentes, podendo atingir quase 100% da população adulta, no caso da primeira. No caso da doença periodontal a sua prevalência torna-se mais significativa a partir da idade adulta e aumenta com a idade, embora esta, por si só, não seja um fator predisponente para o desenvolvimento da doença. Os efeitos cumulativos da presença do biofilme oral e do cálculo, ao longo do tempo, parecem ser os responsáveis pelo aumento da doença periodontal na população idosa (18). O cancro oral e a flúorose, são também dois problemas de saúde oral que devem ser monitorizados pelas repercussões na saúde pública e na qualidade de vida do paciente, sendo, especialmente grave no primeiro caso (19). A OMS aconselha a que os estudos epidemiológicos nacionais que pretendem avaliar a prevalência das doenças orais das populações devam ser realizados a cada 5 ou 6 anos (20). A Direção-Geral da Saúde (DGS) tem publicados três importantes estudos epidemiológicos nacionais das doenças orais, realizados em 2000, 2006 e 2013/14, nas crianças e jovens de 6, 12 e 15 anos, nos dois primeiros, e 6, 12 e 18 anos no último (15, 21, 22, 44).

O III ENPDO, cujo trabalho de campo foi realizado em 2013 e 2014, permitiu avaliar conhecimentos e comportamentos favorecedores da saúde, bem como o estado de saúde oral dos grupos etários dos 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos. Neste estudo transversal fizeram parte da amostra aleatória 6.315 indivíduos, garantindo a representatividade de todas as regiões de saúde do Continente e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Os grupos etários dos 18 anos, 35-44 anos e 65-74 anos foram pela primeira vez avaliados em estudos nacionais, pelo que não é possível a comparação dos resultados obtidos (15, 44).

Como se pode verificar na Tabela 1, os indicadores utilizados para medir a prevalência das doenças orais têm vindo a melhorar desde o ano 2000:

- a percentagem de crianças e jovens livres de cárie, de 33% aos 6 anos e 27% aos 12 anos, no ano 2000, aumentou para 54% e 53%, respetivamente, no ano 2013/14;
- o índice cpod aos 6 anos, em 2000 era de 3,56 dentes decíduos afetados por cárie dentária, tendo esse valor diminuído para 1,65 em 2013/14; aos 12 anos, no mesmo período, o índice CPOD passou de 2,95 para 1,18, em 2013/14;
- o índice CPOD aos 18 anos, em 2013/14, era de 2,51, valor este mais baixo do que o obtido em 2006, aos 15 anos, que era de 3,04;
- o índice CPOD, nos grupos dos 35-44 e dos 65-74 anos era de 10,30 e 15,11, respetivamente, não havendo comparação com resultados de estudos anteriores, representativos da população;

- o índice periodontal comunitário obtido, revelou que aos 12 anos a percentagem de jovens com gengivas saudáveis aumentou de 29%, em 2006, para 52%, em 2013/14 (15,21,22).

**Tabela 1.** Índice cpod/CPOD e percentagem de pessoas livres de cárie e com gengivas saudáveis – comparação dos indicadores obtidos em 2000, 2006 e 2013/14.

Grupo etário	Livres de cárie			Índice cpod / CPOD			Gengivas saudáveis	
	2000	2006	2013/14	2000	2006	2013/14	2006	2013/14
6 anos	33%	51%	54%	3,56	2,10	1,65	---	---
12 anos	27%	44%	53%	2,95	1,48	1,18	29%	52%
18 anos	19%*	28%*	32%	4,72*	3,04*	2,51	---	42%
35-44 anos	---	---	3%	---	---	10,30	---	37%
65-74 anos	---	---	2%	---	---	15,11	---	30%

\* aos 15 anos

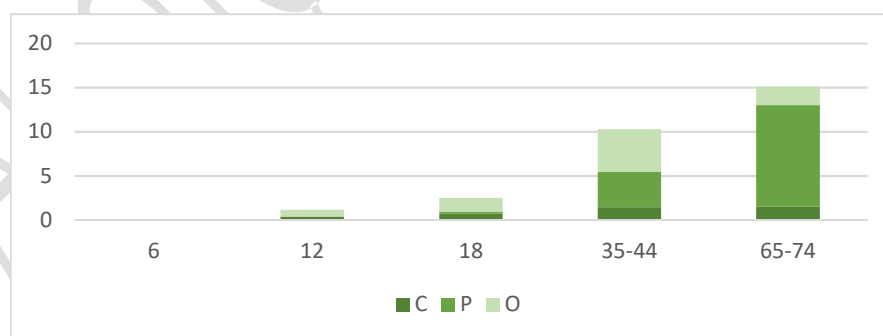
Fonte: Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária, Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais e III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais / DGS

No que diz respeito aos índices de saúde oral nas crianças e jovens, Portugal está a aproximar-se dos países mais desenvolvidos da Europa. De acordo com a base de dados da OMS, os valores do índice CPOD aos 12 anos encontrados em estudos efetuados após 2010 em diversos países da Europa, variam entre 4,2 na Croácia e 0,4 na Dinamarca (23), apresentando Portugal o valor de 1,18.

A observação do gráfico 1, construído com os valores dos diferentes componentes do índice CPOD facilita a perceção dos resultados, nomeadamente:

- aumento da influência da componente “perdidos” nos grupos etários mais elevados e em especial aos 65-74 anos;
- o valor relevante da componente “obturados” aos 35-44 anos.

**Gráfico 1.** Componentes do Índice CPOD nos diferentes grupos estudados



Fonte: III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais / DGS

Na tabela 2, verifica-se que no grupo dos 35-44 anos 86,3% apresentava 20 ou mais dentes naturais e no grupo dos 65-74 anos essa percentagem diminuiu substancialmente para apenas 36,7%, resultado do efeito cumulativo e da progressão das doenças orais. Relativamente aos desdentados totais, no grupo dos 65-44 anos a percentagem apurada foi de 14,4% (15).

**Tabela 2.** Número e percentagem de pessoas com 35-44 e 65-74 anos, com 20 ou mais dentes e desdentados totais

Idade	n	Com 20 ou + dentes		Desdentados totais	
		Nº	%	Nº	%
35-44	1296	1097	86,3	12	0,6
65-74	1309	436	36,7	212	14,4

Fonte: III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais / DGS

Desde 2000, os serviços de saúde públicos têm vindo a proporcionar o acesso das crianças e jovens a cuidados preventivos de combate à cárie dentária que incluem a aplicação de selantes de fissuras, tendo-se constatado, através do presente estudo, que aos 18 anos cerca de 1/3 dos jovens mantém os selantes na cavidade oral enquanto que aos 12 anos essa situação se verifica em mais de metade dos observados (tabela 3). O número médio de selantes aplicados em primeiros molares permanentes representa cerca de 1/3 do seu total, pelo que cerca de 2/3 dessa intervenção teve por recetores pré-molares e segundos molares permanentes. Aos 12 anos, 55% dos jovens têm selantes e a média de selantes por indivíduo é de 3,61.

**Tabela 3.** Selantes de fissuras: situação observada nas crianças e jovens rastreados

Idade	n	Selantes em dentes permanentes		Selantes em 1ºs molares	
		% ( $\sigma$ )	Média ( $\sigma$ )	% ( $\sigma$ )	Média ( $\sigma$ )
6	1326	4,8 (0,7)	0,11 (0,02)	4,8 (0,7)	0,11 (0,02)
12	1309	55,2 (1,7)	3,61 (0,12)	52,8 (1,7)	1,28 (0,05)
18	1075	33,1 (1,7)	1,31 (0,10)	25,2 (1,6)	0,52 (0,04)

Fonte: III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais / DGS

No que respeita à situação de saúde periodontal é de assinalar que aos 12 anos apenas metade dos jovens rastreados não apresentaram hemorragia gengival (tabela 4). Este valor percentual vai diminuindo lentamente com o aumento da idade, sendo que nos indivíduos observados com 35-44 e 65-74 anos, mais de 60% e de 70%, respetivamente, apresentam sintomatologia sugestiva de gengivite ou de doença periodontal (15).

**Tabela 4.** Estado de saúde periodontal (%)

		Situação	12 anos	18 anos	35-44 anos	65-74 anos
Índice Periodontal Comunitário (IPC)	Saudável		51,8	41,8	37,4	29,5
	Hemorragia		47,8	57,8	51,0	39,4
	Bolsa de 4 a 5mm		---	---	8,8	12,3
	Bolsa de 6mm ou +		---	---	2,0	3,0
Índice de Perda de Inserção (IPI)	Saudável		---	---	32,0	26,9
	Ligeira		---	---	26,1	11,4
	Moderada		---	---	28,1	28,5
	Grave		---	---	13,8	33,2

Fonte: III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais / DGS (15)

Quanto à perda de inserção dos ligamentos periodontais, aos 35-44 e aos 65-74 anos foram observados problemas classificados como moderados e graves em, respetivamente, 40 e 60% dos indivíduos observados (15).

## 1.2. Estratégias Globais de Prevenção e Tratamento das Doenças Orais

A saúde oral contribui positivamente para o bem-estar físico, mental e social permitindo o usufruto pleno das oportunidades que a vida proporciona, com destaque para o relacionamento com os outros, falar, comer, sem entraves causados pela dor, desconforto, constrangimentos ou embaraços. É possível e desejável manter dentes e gengivas saudáveis durante toda a vida. Para o conseguir, as medidas preventivas, incluindo os cuidados básicos de saúde oral, vão sendo implementadas ao longo da vida e estão ao alcance de todos porque são simples de concretizar, económicas e muito eficazes (1,24).

É fundamental, iniciar os cuidados adequados de saúde oral logo desde o nascimento. Quanto maior for o envolvimento dos pais, dos cuidadores, dos profissionais de saúde e de educação bem como de todos os que poderão acompanhar e, de alguma forma, interceder na promoção da saúde oral, melhores e mais duradouros serão os resultados. A transmissão de informação, os conhecimentos e o exemplo, contribuem e incentivam o próprio a adotar comportamentos favorecedores da saúde e a ser por ela responsável.

A estratégia para a saúde oral no SNS a 2020 deve orientar-se para o aumento e melhoria da sua cobertura ao nível dos cuidados de saúde primários, para o reforço da literacia e para o desenvolvimento de ações intersectoriais que envolvam as autarquias alinhadas com os planos locais de saúde. Estas ações intersectoriais permitem a obtenção de ganhos em saúde e qualidade, com maior proximidade à população, constituindo-se como um dos objetivos centrais a orientar a ação do SNS a 2020 na área da saúde oral (25).

## 2. VISÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS

### 2.1. Visão

Promover a saúde oral da população portuguesa ao longo da vida.

### 2.2. Finalidade

Melhorar o estado de saúde oral da população portuguesa, através da redução das doenças orais.

### 2.3. Objetivos Gerais

- Promover a progressiva capacitação da população em matéria de literacia da saúde e na prevenção da doença ao longo da vida;
- Promover os estilos de vida saudável, aumentando os níveis de literacia sobre a saúde oral da população;
- Melhorar o estado de saúde oral da população;
- Aumentar a confiança dos utentes e promover a utilização dos cuidados de saúde oral prestados no âmbito do PNPSO;
- Aumentar e melhorar a capacidade de resposta do SNS às necessidades de saúde oral da população, de forma universal e com equidade, dando prioridade aos grupos mais vulneráveis.

### 2.4. Objetivos Específicos

São definidos os seguintes objetivos para o desenvolvimento da saúde oral nos cuidados de saúde primários orientando-se a ação estratégica do SNS, a 2020, para:

1. Promover o aumento da literacia em saúde no sentido da realização de práticas adequadas relacionadas com o autocuidado em saúde oral nos vários grupos populacionais;
2. Reforçar as intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença, a nível individual e comunitário, dirigidas especialmente às crianças e jovens até aos 18 anos, através da implementação do projeto SOBE+, das atividades em saúde escolar e do acesso ao documento de referência para consulta de higiene oral na unidade de saúde do SNS e ao cheque-dentista;
3. Promover a equidade na prestação de cuidados de saúde oral, aumentando e melhorando a sua cobertura nos cuidados de saúde primários, através da implementação de consultas de saúde oral em todos os municípios do país;
4. Garantir um acesso adequado a respostas de saúde oral nos cuidados de saúde primários, assente na referência pelo médico de família e na realização, por médicos dentistas, dos atos considerados necessários em termos clínicos, excluindo as intervenções de natureza estritamente estética, tendo em perspectiva, em casos devidamente sinalizados e de acordo com critérios pré-estabelecidos, a reabilitação oral protética;
5. Garantir o acesso a consultas de medicina dentária e/ou de higiene oral aos grupos de crianças e jovens até aos 18 anos, às grávidas, aos beneficiários do complemento solidário e aos utentes com VIH/SIDA e outros grupos populacionais vulneráveis;

6. Desenvolver uma prestação integrada de cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários, fomentando-se a articulação dos médicos dentistas, com os médicos de medicina geral e familiar, os médicos de saúde pública, os higienistas orais, os nutricionistas, os psicólogos, os enfermeiros, assistentes operacionais e outros profissionais de saúde, de forma a promover uma integração de cuidados na equipa de saúde familiar;
7. Fomentar a articulação entre a equipa de saúde oral dos cuidados de saúde primários com os serviços de estomatologia e outras especialidades hospitalares, no sentido de garantir uma referência simples e efetiva dos utentes que necessitam de cuidados hospitalares;
8. Desenvolver ações de formação de âmbito nacional, regional e local, de acordo com as necessidades identificadas, a fim de melhorar a resposta às necessidades de saúde da população, em matéria de saúde oral, e tornar mais visível a importância da promoção da saúde oral;
9. Desenvolver ações de promoção da saúde oral e prevenção das doenças da cavidade oral, nos vários contextos, de forma continuada no tempo e enquadrada na promoção da literacia e capacitação para a saúde oral, através designadamente do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, do Programa Nacional de Saúde Escolar, do Programa de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados e da iniciativa SNS + Proximidade;
10. Construir parcerias com os municípios para o desenvolvimento de iniciativas e projetos promotores da saúde oral, com especial enfoque nos cuidados de saúde primários, em linha com os Planos Locais de Saúde;
11. Partilhar boas práticas na área da saúde oral implementadas por médicos dentistas, higienistas orais e outros profissionais de saúde que trabalham no âmbito da saúde oral e divulgar as experiências e resultados que traduzam ganhos efetivos;
12. Promover o registo adequado dos dados de atividade dos médicos dentistas, estomatologistas e higienistas orais dos cuidados de saúde primários no Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO);
13. Definir os critérios de referência para medicina dentária nos cuidados de saúde primários.
14. Investir na informação e conhecimento sobre saúde oral, promovendo e incentivando a investigação;
15. Monitorizar e avaliar as ações desenvolvidas nos termos das alíneas anteriores, utilizando indicadores de qualidade que traduzam ganhos em saúde;
16. Garantir um diagnóstico precoce célere perante a presença de lesões suspeitas de malignidade ou potencialmente malignas;
17. Desenvolver ações de auditoria interna e resposta a queixas.

## 3. EIXOS ESTRATÉGICOS

O PNPSO, sendo um programa de promoção da saúde oral estrutura-se em dois eixos estratégicos principais – a prevenção e, o diagnóstico e o tratamento das doenças orais, complementado por um eixo transversal orientado para a monitorização, avaliação e promoção da formação profissional, investigação e conhecimento.

### 3.1. Prevenção das Doenças Orais

Os principais pilares para a manutenção da saúde oral, são a alimentação saudável, a higiene oral e o reforço da resistência dentária. Dado que os principais determinantes da saúde oral são comuns a outras áreas da saúde, a promoção da saúde oral deverá ser, sempre que possível, integrada na promoção da saúde geral.

A saúde é influenciada por inúmeros determinantes relacionados com as condições socioeconómicas, com os estilos de vida e com fatores individuais. A saúde oral, sendo parte integrante da saúde geral, partilha muitos desses determinantes, mas é igualmente influenciada por fatores específicos, de que se destacam a constituição da flora oral, a estrutura dentária e o acesso aos cuidados.

#### 3.1.1. Promover a higiene oral ao longo da vida

A flora bacteriana existente na cavidade oral beneficia de um ambiente favorecedor do seu desenvolvimento no que respeita à temperatura, humidade, estruturas de proteção e suporte, sendo os próprios dentes, as próteses e os aparelhos de ortodontia lugares de eleição para a adesão das bactérias e o desenvolvimento da placa bacteriana. Esta estrutura pode localizar-se a nível supragengival ou subgengival sendo a sua acumulação facilitada nos locais mais protegidos dos impactos mecânicos produzidos pela mastigação dos alimentos bem como nos locais de mais difícil acesso à sua remoção. As práticas diárias para o controlo da placa bacteriana e a constituição da dieta e a frequência de ingestão, influenciam grandemente o tipo e número de bactérias que constituem a flora oral e que interferem na etiologia da cárie dentária e das doenças periodontais.

A saliva é também um importantíssimo fator protetor. A sua capacidade para neutralizar os ácidos (poder tampão), remover os alimentos da cavidade oral e diluir os alimentos açucarados, bem patente durante o dia, quase desaparece durante o sono. Por isso, é tão importante a aquisição de hábitos que promovam a remoção da placa bacteriana antes de dormir e a não ingestão de alimentos após a escovagem (25,26,27,28).

A escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado (1000-1500 ppm) deve ser efetuada a partir da erupção do primeiro dente decíduo, pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas à noite, antes de deitar (30). Nesta altura deve ser complementada com a utilização de fio ou fita dentária, escovilhões ou outro meio para o controlo do biofilme oral interdentário.

Durante a gravidez, devido a alterações hormonais próprias desse período, é frequente verificar-se o agravamento de problemas orais, em especial inflamação das gengivas, com dor e hemorragia gengival durante a escovagem, devendo, por isso, ser dispensada especial atenção à higiene oral. Relativamente ao bebé é referida a importância da amamentação para o desenvolvimento das arcadas dentárias e consequentemente da função mastigatória e da oclusão (29).

**Tabela 5-** Recomendações sobre a frequência da escovagem dos dentes, material utilizado, responsabilidade pela sua execução, dentífrico fluoretado (dosagem de fluoretos e quantidade) e suplementação sistémica de fluoretos

RECOMENDAÇÕES	Frequência da escovagem dos dentes	Material utilizado na escovagem dos dentes	Execução da escovagem dos dentes	Dentífrico fluoretado	Suplemento sistémico de fluoretos
0-3 Anos	2 x dia a partir da erupção do 1º dente: uma obrigatoriamente antes de deitar	Gaze, Dedeira, Escova macia de tamanho pequeno	Pais	1000-1500 ppm quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança	Não recomendado
3-6 Anos	2 x dia - uma obrigatoriamente antes de deitar	Escova macia de tamanho adequado à boca da criança	Pais e/ou criança sob supervisão, se já adquiriu, destreza manual	1000-1500 ppm quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança	Não recomendado. Excepcionalmente as crianças de alto risco à cárie dentária podem fazer 1 (um) comprimido diário de fluoreto de sódio a 0,25 mg
Mais de 6 Anos	2 x dia - uma obrigatoriamente antes de deitar	Escova macia ou em alternativa média de tamanho adequado à boca da criança ou do jovem	Pais e/ou criança sob supervisão, se já adquiriu, destreza manual	1000-1500 ppm quantidade aproximada de 1 centímetro	Não recomendado. Excepcionalmente as crianças de alto risco à cárie dentária podem fazer 1 (um) comprimido diário de fluoreto de sódio a 0,25 mg

Fonte: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2005 / DGS

A eficácia das escovas de dentes manuais e das escovas elétricas é semelhante, desde que utilizadas adequadamente. As escovas elétricas são particularmente úteis para pessoas com dificuldades na mobilidade dos membros superiores e com problemas de destreza manual.

Os estudos nacionais de prevalência das doenças orais realizados em 2006 e em 2013/14, revelaram uma melhoria acentuada em relação ao número de crianças e jovens que referiram escovar os dentes, à noite antes de deitar. São os jovens com 18 anos os que mais escovam os dentes, sendo os que menos escovam as crianças com 6 anos e as pessoas dos grupos 65-74 anos.

**Tabela 6-** Frequência da escovagem dos dentes aos 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 - 2013/14 face a 2006

Grupo etário	Escova pelo menos uma vez por dia		Escova 2 ou mais vezes por dia		Escova à noite antes de deitar	
	2006	2013/14	2006	2013/14	2006	2013/14
6 Anos	74%	79%	50%	53%	35%	84%
12 Anos	89%	90%	67%	70%	51%	87%
18 Anos	---	96%	---	78%	---	84%
35-44 Anos	---	92%	---	74%	---	87%
65-74 Anos	---	79%	---	53%	---	71%

Fonte: Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária, Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais e III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais / DGS

No âmbito do programa está prevista a distribuição de *Kits* de higiene oral (dentífrico e escova) aos alunos envolvidos, que integram pela primeira vez o ensino pré-escolar e o 1º ciclo. É necessário que a instituição escolar, em parceria com a unidade de saúde, apresente um projeto de promoção da saúde oral e preencha um formulário de candidatura, disponível no *site* do SOBE+, em <http://www.sobe.pt>.

Em contexto clínico, a instrução e motivação para a higiene oral deverá ser sempre um dos componentes a abordar, em todas as consultas de medicina dentária e de higiene oral ao longo da vida.

### **3.1.2. Promover a aplicação de Fluoretos**

A suscetibilidade dos dentes à cárie dentária é decisivamente influenciada pelo grau de mineralização do esmalte, ainda que um conjunto de outros fatores como a localização, morfologia, composição, idades eruptivas de cada dente, assim como o pH da cavidade oral, o fluxo e composição da saliva, devam ser consideradas.

A importância da existência de fluoretos na cavidade oral durante o processo de remineralização dos dentes conseguida através de dentífricos, soluções, vernizes ou outras aplicações tópicas, está muito documentada. A sua presença durante o processo de remineralização contribui para a substituição parcial dos cristais de hidroxiapatite do esmalte original por cristais de fluorapatite, muito mais resistentes à destruição pelos ácidos e dessa forma, menos suscetíveis à cárie dentária.

A ação preventiva e terapêutica dos fluoretos é conseguida, predominantemente, pela sua ação tópica, quer nas crianças, quer nos adultos. Para além da potenciação do processo de remineralização, o flúor promove a inibição da ação da placa bacteriana e, a prazo, dificulta o processo de desmineralização (32,33).

A administração tópica de flúor faz-se essencialmente através da utilização de dentífricos fluoretados, de soluções para bochecho, utilizados pelo próprio ou em programas escolares.

O PNPSO recomendada a escovagem dos dentes efetuada com dentífrico fluoretado (1000-1500 ppm), pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas obrigatoriamente à noite, antes de deitar. Dada a importância desta medida para a prevenção das doenças orais, é também recomendada a sua realização, diariamente, em ambiente escolar.

O reforço de uma aplicação tópica de flúor, quinzenalmente, através do bochecho com solução fluoretada a 0,2% é recomendado para os alunos que frequentam o 1º Ciclo do Ensino Básico.

Os vernizes de flúor têm sido descritos como uma forma muito eficaz, fácil, segura e bem tolerada de aplicação de flúor tópico, a nível individual (clínicas ou consultórios dentários) e a nível comunitário (programas de promoção da saúde oral). Perante a necessidade de atingir os objetivos definidos pela OMS para 2020 (80% de crianças livres de cárie dentária aos 6 anos) foi introduzida em 2013, uma recomendação de aplicação semestral de vernizes de flúor, às crianças com idade inferior a 7 anos que frequentam o jardim-de-infância (37,38,32,39,40,41).

### **3.1.3. Promover a articulação com outros programas nacionais**

A saúde oral é parte integrante da saúde geral, justificando uma intervenção transversal em várias áreas da saúde, com particular relevância nos programas dirigidos a grávidas, crianças e jovens, em momentos do ciclo de vida durante os quais as estratégias de promoção da saúde e prevenção das doenças orais se revelam muito mais eficazes.

A saúde sexual e reprodutiva pressupõe uma visão holística ao longo do ciclo da vida reprodutiva. Durante esse período é recomendado abordar diversos temas, nas consultas de vigilância da gravidez, na preparação para o parto e para a parentalidade, nomeadamente os relacionados com a higiene oral, a alimentação e a importância do tratamento dentário o mais precocemente possível (29).

No decurso da vigilância em saúde infantil e juvenil, são efetuadas intervenções para a promoção da saúde oral, para a deteção precoce de problemas e para o encaminhamento, tendo em vista a

obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população. É indicado à equipa de saúde, constituída pelo médico e enfermeiro de família, que verifique a erupção dentária e o estado de saúde oral da criança. É também recomendada a transmissão de informação sobre a escovagem dos dentes e utilização de fio dentário. No Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, constam as recomendações dirigidas aos pais/cuidadores e, a partir dos 10 anos, às crianças/jovens. Constam igualmente os parâmetros a avaliar em todas as consultas, além do local para o registo do estado dos dentes, das gengivas e das intervenções efetuadas nas consultas de higiene oral e/ou de medicina dentária (31).

Um dos principais eixos estratégicos e áreas de intervenção em Saúde Escolar é a saúde oral. As Equipas de Saúde Escolar contribuem para melhorar as competências dos profissionais de educação e dos pais/mães sobre higiene corporal e saúde oral. Elas colaboram com as instituições de educação do ensino regular e do ensino especial, executando e apoiando a realização de atividades de promoção da saúde oral em ambiente escolar, nomeadamente a formação dos profissionais de educação, a escovagem dos dentes, o bochecho quinzenal com solução de flúoreto de sódio.

O Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), entre outras estratégias, promove a modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura), controlando o seu fornecimento e vendas nos estabelecimentos de ensino, de saúde, nas instituições que prestam apoio social e nos locais de trabalho. Incentiva a maior disponibilidade de outros alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos, e promove uma ação articulada com a indústria alimentar e com o setor da restauração alimentar. Dada a importância da alimentação saudável para a promoção da saúde oral, mantêm-se as atividades conjuntas desenvolvidas pelo PNPSO e PNPAS já iniciadas no âmbito do Projeto SOBE (34,35).

Fundamental também para a promoção da saúde oral da população idosa é a forte articulação com programas nacionais dirigidos a este grupo etário, em especial para aqueles que estão institucionalizados.

### **3.1.4. Promover a aplicação de selantes de fissuras nas crianças de 7, 10 e 13 anos de idade**

A aplicação de selantes de fissuras nos molares e pré-molares permanentes, logo que possível após a respetiva erupção, constitui uma medida de combate à cárie dentária altamente eficaz, confirmada por estudos científicos internacionais sobre a sua utilização em programas escolares. Um grupo independente, não-governamental, em 2001, efetuou uma revisão sistemática de estudos científicos publicados, através da qual mostrou uma forte evidência da eficácia dos programas escolares de aplicação de selantes na redução da incidência da cárie dentária. A redução média das lesões de cárie oclusais em dentes posteriores, nas crianças dos 6 aos 17 anos, foi de 60%. Como conclusão, o grupo de especialistas alertou para a importância e eficácia dos programas escolares de aplicação de selantes como abordagem de saúde pública que complementa os sistemas de cuidados de saúde clínicos, na promoção da saúde oral de crianças e adolescentes (42).

Embora os selantes sejam amplamente aceites como uma medida particularmente eficaz na prevenção da cárie em molares permanentes, eles são subutilizados nos países europeus, particularmente em grupos de baixos rendimentos, ainda que quando usados e monitorizados adequadamente, podem reduzir substancialmente a cárie oclusal sendo os maiores benefícios atingidos em dentes permanentes recém erupcionados (43).

No estudo realizado em 2006, 51% das crianças de 6 anos e 44% aos 12 anos, apresentavam-se livres de cárie. Face a estes resultados justificou-se a adoção de uma estratégia complementar de aplicação de selantes de fissuras em dentes permanentes, às crianças de 7, 10 e 13 anos. O III ENPDO, em 2013/14, apresentou como resultados, comparativamente aos de 2006, uma diminuição de CPOD de

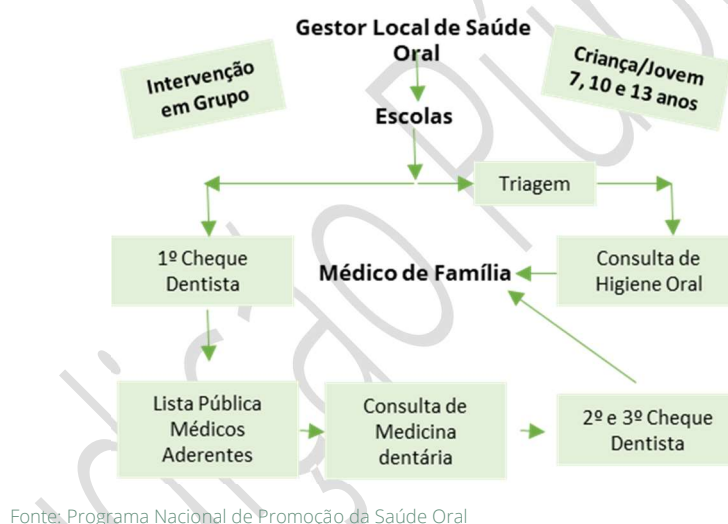
1,48 para 1,18 aos 12 anos. Em 2006, o grupo etário dos 15 anos apresentava um CPOD de 3,04 e em 2013/14, o grupo dos 18 anos apresentava um CPOD de 2,51. (15, 22, 44)

Apesar de todas as estratégias de prevenção contribuírem para a melhoria dos resultados, o aumento significativo do número médio de selantes de fissuras aplicados em dentes permanentes apresentado no grupo etário dos 12 anos, entre os estudos de 2006 e 2013/2014 (de 1,60 para 3,61) demonstrou ser uma estratégia de grupo com resultados eficazes comprovados e associada à significativa redução dos índices de cárie dentária verificados em Portugal, a partir do ano 2000 (15, 22).

Nas coortes de 7, 10 e 13 anos, a escola identifica as crianças, organizando as listagens por faixa etária e por turma. Às crianças livres de cárie é emitida uma referência para higienista oral e às crianças com cárie em dentes permanentes é emitido um cheque dentista. Nos Centros de Saúde sem higienista oral, os gestores locais de saúde oral procederão à emissão de cheques dentista a todas as crianças. Os documentos serão enviados aos Diretores dos Agrupamentos Escolares, organizados por escola e por turma, solicitando a sua célere entrega aos encarregados de educação. (11, 44, 46, 47).

O desenvolvimento decorre de acordo com a seguinte estratégia:

**Figura 1.** Estratégia Dirigida a Grupos Populacionais Específicos



Fonte: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

Após a utilização do cheque dentista ou da referência para higienista oral, toda a informação registada no SISO é disponibilizada ao médico de família.

### 3.2. Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação. Oral

Como atrás referido, de acordo com os resultados do III ENPDO a avaliação aos 6 anos da situação na dentição decídua revela uma percentagem de crianças livres de cárie de 55%, que leva a uma projeção para 2020 inferior ao necessário para se atingir o objetivo da OMS, para este grupo etário (80%) (15, 48). Por forma a corrigir a referida situação, foram emitidas recomendações para a adoção de estratégias mais eficientes nas crianças do ensino pré-escolar, nomeadamente na aplicação periódica de flúor tópico através dos vernizes.

A prevalência de cárie dentária na dentição permanente tem vindo a baixar de forma expressiva entre os diferentes estudos nacionais e atingiu níveis muito satisfatórios, em particular nos indivíduos que beneficiam das atividades desenvolvidas no âmbito do PNPSO.

**Tabela 7-** Evolução do índice cpod/CPOD desde o ano 2000 ao ano 2013/14

Grupo etário	Índice cpod / CPOD			Cariados	Perdidos	Obturados
	2000	2006	2013-14			
6 anos*	3,52	2,10	1,65	1,37	0,03	0,22
12 anos	2,94	1,48	1,18	0,37	0,06	0,74
18 anos	4,72 *	3,04 *	2,51	0,75	0,23	1,53
35-44 anos	---	---	10,3	1,46	3,98	4,86
65-74 anos	---	---	15,11	1,57	11,44	2,1

\* aos 15 anos

Fonte: Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária, Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais e III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais / DGS

Aos 12 anos, o objetivo definido pela OMS para 2020 (48) (CPO inferior a 1,5) encontra-se já ultrapassado (1.18 em 2013). A média de dentes por tratar nesta população é extremamente baixo. A elevada percentagem de tratamentos, nas situações de doença que a prevenção não conseguiu evitar, sugere que através do PNPSO é possível responder de forma adequada às necessidades dos seus beneficiários.

O padrão da situação de saúde dos jovens de 18 anos revelou níveis de doença moderados. A similitude da situação nas diferentes regiões de saúde parece ser consequência da uniformização da intervenção do respetivo Programa Nacional. Através destes dados podemos confirmar a adequação do número de cheques dentista atribuídos face às necessidades preventivas e curativas da população entre os 7 e os 18 anos.

Nos adultos em idade ativa, o grupo etário 35-44 anos, caracteriza-se pela existência de um reduzido número de cáries não tratadas (1,46 dentes), uma elevada média de dentes obturados (4,86 dentes) e um número já considerável de dentes perdidos (3,98 dentes). Esses valores indiciam uma procura muito tardia de cuidados curativos, ainda que a acessibilidade a medicina dentária pareça ser satisfatória (15). No que diz respeito à doença periodontal, 37,4% desta população apresenta um índice periodontal comunitário (IPC) igual a zero (gengivas saudáveis).

Na faixa etária dos 65-74 anos, os resultados estão de acordo com o esperado. O número de dentes cariados (1,57 dentes) e perdidos (11,44 dentes), nesta população é consequência de décadas de exclusão a cuidados básicos de saúde oral. Trata-se, no presente, da situação mais desajustada da saúde oral em Portugal, que terá a resposta adequada através dos médicos dentistas e estomatologistas dos cuidados de saúde primários, prevendo-se assim, uma diminuição da doença ativa (15).

A promoção da literacia e a adoção de comportamentos favorecedores da saúde são imprescindíveis para a manutenção da saúde oral. O autocuidado e vigilância do próprio, complementada com o apoio de um profissional de saúde, são determinantes para a deteção precoce de eventual lesão. Em termos de impacto, na saúde e financeiro, quanto mais precocemente for realizado o tratamento mais fácil se torna e mais acessível o respetivo custo.

### **3.2.1. Promover o Tratamento das Doenças Orais**

Os utentes dos Agrupamentos de Centros de Saúde onde exista, pelo menos uma equipa de médico dentista e assistente dentário, poderão ser referenciados, pelo médico de medicina geral e familiar (ou na sua falta, por outro médico da unidade funcional que o substitua), para consultas de medicina dentária, na unidade de saúde do SNS (16).

Na sequência desta primeira referenciação, poderá o utente solicitar no serviço administrativo da unidade de saúde um novo acesso a estas consultas. Os utentes referenciados são consultados em

qualquer Centro de Saúde do ACES que disponha deste recurso. Serão disponibilizados os tratamentos considerados necessários em termos clínicos, excluindo as intervenções de natureza estritamente estética. Sempre que um utente apresente uma situação de urgência ponderada por dor e grau de infeção e o seu médico dentista não o possa atender, poderá ser emitida pelo assistente operacional, uma referência para consulta de medicina dentária para outro profissional do mesmo ACES, com disponibilidade de agenda.

São ainda referenciadas pelo médico de família as crianças e adultos com cáries ativas através da emissão de cheque dentista que cobre algumas populações específicas: crianças com idade igual ou inferior a 6 anos, crianças e jovens de idades intermédias (crianças e jovens das coortes etárias de 8, 9, 11, 12, e 14 anos), jovens de 16 e de 18 anos, mulheres grávidas seguidas no SNS, beneficiários do complemento solidário e portadores de VIH/SIDA (44,61,62,63,64,65). As crianças, a partir dos 7 anos, que apresentem lesões de cárie em dentes decíduos poderão ter acesso aos cuidados necessários através dos médicos dentistas dos cuidados de saúde primários, em complemento dos tratamentos cobertos pelo cheque dentista.

As crianças de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais de saúde, não colaborantes nas consultas de saúde oral, poderão ser referenciadas pelo médico de medicina geral e familiar para consultas de estomatologia dos hospitais, via Consulta a Tempo e Horas (65).

O médico de família e o médico dentista da unidade de saúde do SNS podem garantir uma referência para os serviços de estomatologia dos utentes que necessitam de cuidados hospitalares, de forma simples e efetiva. De acordo com o Inventário de Pessoal do Setor da Saúde da ACSS, referente ao ano de 2014, Portugal dispõe de 167 médicos estomatologistas, distribuídos por 30 instituições hospitalares.

### 3.2.2. Promover o diagnóstico precoce no Cancro Oral

O cancro da cavidade oral é diagnosticado anualmente em cerca de 1.000 portugueses e quase 50% dos utentes morrem dessa doença, num período de 5 anos. É responsável por 4% das mortes por doença oncológica nos homens e é a quinta causa de morte por cancro (49,50).

A sobrevivência ao cancro da cavidade oral é proporcional ao estadio da doença, no momento do seu diagnóstico (51,52), bem ilustrada na tabela seguinte adaptada de Ph. Rubin (53).

**Tabela 8-** Sobrevivência a 5 anos no cancro oral (%)

Localização	ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III	ESTADIO IV
Porção móvel da Língua	80%	60%	30%	15%
Pavimento da boca	80%	70%	60%	30%
Mucosa jugal (bochechas)	75%	65%	30%	15%
Trígono retro molar	75%	70%	60%	30%
Gengiva	75%	60%	50%	40%
Lábio	90%	85%	70%	60%

Fonte: Direção Geral da Saúde. Ordem dos Médicos Dentistas. Intervenção Precoce no Cancro Oral - Guia Para Profissionais de Saúde. 2014.

Numa elevada proporção de casos, o cancro oral é precedido por alterações da mucosa clinicamente visíveis, que podem permanecer estáveis por um considerável período de tempo. São classificadas como lesões potencialmente malignas, geralmente assintomáticas e subtis. Importa, assim, que os médicos adotem uma atitude de elevada vigilância, sobretudo em populações de risco elevado. A deteção precoce depende da capacidade do doente, ou do médico, para identificar uma lesão suspeita ou um sintoma ainda numa fase inicial. Por isso, é importante a promoção de campanhas de incentivo

ao autoexame da cavidade oral e a sensibilização dos profissionais de saúde para efetuarem, por rotina, exames de diagnóstico de cancro (53,54,55,56,57). O exame objetivo da cavidade oral deve ser efetuado por rotina, sendo particularmente importante nos utentes com idade igual ou superior a 40 anos, sobretudo se forem do sexo masculino, fumadores e consumidores imoderados de álcool (57).

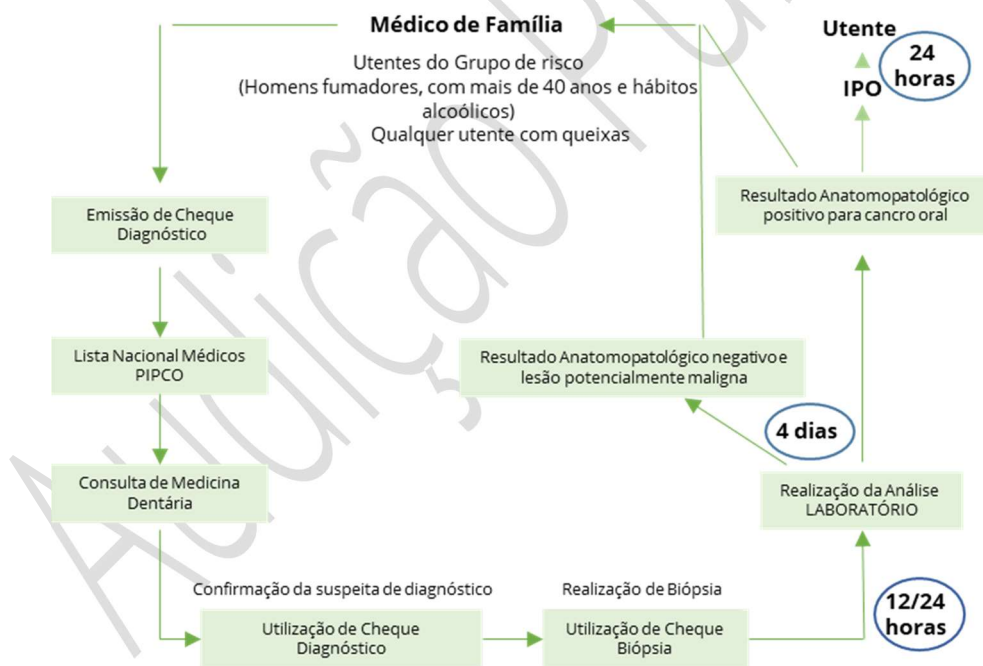
O PNPSO, no âmbito do Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPCO) (59,60) desencadeia o processo a partir do médico de família, na sequência de 2 situações possíveis:

- Rastreio oportunista de utentes de elevado risco, com periodicidade recomendada de 2 em 2 anos;
- Diagnóstico clínico de lesões malignas ou potencialmente malignas, detetadas pelo utente ou por um profissional de saúde;

Os objetivos destes procedimentos são:

1. Aumentar a sobrevivência por cancro oral aos 5 anos após o diagnóstico, diminuindo em 5 pontos percentuais o seu valor, tendo como referência a média europeia.
2. Utilizar a capacidade dos cuidados de saúde primários, no diagnóstico diferencial de lesões potencialmente malignas e malignas.
3. Utilizar a capacidade instalada em serviços públicos e/ou privados, de forma eficiente, contribuindo para que a intervenção terapêutica ocorra no período de tempo mais curto possível.

**Figura 2.** Estratégia no âmbito do Projeto de Intervenção Precoce no Cancro oral



Fonte: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

Na figura 2 descreve-se o circuito a seguir relativamente aos utentes com queixas, confirmadas pelo médico de família, e aos utentes aos quais foi realizado rastreio oportunista e detetada lesão suspeita.

### **3.2.3. Promover a Reabilitação Protética**

Os utentes beneficiários do Complemento Solidário, através dos Benefícios Adicionais de Saúde (BAS) têm direito a uma comparticipação financeira de 75% na despesa da aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis, até 250 euros, de 3 em 3 anos (66).

Desde 2016 que foi desenvolvido no SNS um programa-piloto para a introdução progressiva de incentivos à colocação de próteses que permitam a reabilitação oral de doentes tratados com cancro da cabeça e pescoço (67).

Fomentar a criação de bolsas locais de financiamento, em colaboração com as autarquias locais, IPSSs, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social para, de forma progressiva, atribuir apoios para a reabilitação oral a outros grupos populacionais, de acordo com critérios pré-estabelecidos.

## **3.2. Objetivos Operacionais**

1. Aumentar o número de utentes que realizam a escovagem dos dentes, pelo menos 2 vezes por dia, sendo uma delas à noite antes de deitar e utilizam fio/fita dentários ou outro meio de remoção de placa bacteriana interdentária, diariamente;
2. Aumentar o número de crianças e jovens a efetuar escovagem dos dentes em ambiente escolar (JI, 1º Ciclo);
3. Aumentar o número de materiais a disponibilizar às Bibliotecas da Rede de Bibliotecas Escolares no âmbito do Projeto SOBE+;
4. Aumentar o número de crianças de 6 anos livres de cárie;
5. Diminuir o índice de CPO;
6. Aumentar o número de crianças com dentes selados aos 12 anos;
7. Aumentar o número de jovens sem lesões de cárie dentária aos 18 anos;
8. Aumentar a taxa de utilização de referências (SOCSP/Cheque Dentista/Referências Higienista Oral);
9. Aumentar o número de Concelhos com consultório de medicina dentária no Centro de Saúde;
10. Aumentar o número de utentes atendidos por médicos dentistas nos Centros de Saúde;
11. Aumentar o número de dentes tratados pelos médicos dentistas nos Centros de Saúde;
12. Aumentar o número de planos de tratamento concluídos (todas as necessidades de tratamento satisfeitas);
13. Promover o acesso à colocação de próteses dentárias para reabilitação oral, segundo prioridades a estabelecer;
14. Promover o cumprimento do número de dias para a obtenção de resultado anatomopatológico após a realização da biópsia;
15. Verificar o grau de satisfação dos utentes no âmbito do PNPSO.

## **3.3. Estratégias de Intervenção**

1. Promover a literacia em saúde, nomeadamente nas áreas da saúde oral e alimentação capacitando os cidadãos de diferentes estratos socioeconómicos e etários, em especial dos grupos mais desfavorecidos, para as escolhas e práticas favorecedoras da saúde;
2. Estabelecer formas de articulação com o Ministério da Educação e com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior tendo em vista o desenvolvimento de ações de formação dirigidas a

- profissionais de saúde e de educação, bem como a integração da temática sobre saúde oral na formação pré-graduada;
3. Promover e apoiar a educação para a saúde na escola envolvendo os professores e educadores, auxiliares, pais e alunos;
  4. Promover a utilização pelos professores dos materiais educativos e alusivos à saúde oral disponibilizados ao abrigo do Projeto SOBE+, a todas as Bibliotecas Escolares;
  5. Reforçar a elaboração anual de novos materiais a disponibilizar no âmbito do Projeto SOBE+;
  6. Reforçar o investimento atribuído à aquisição de *kits* de higiene oral a disponibilizar aos jardins-de-infância e às escolas, no âmbito do Projeto Escovar na Escola, de forma a incentivar a realização da escovagem dos dentes em ambiente escolar;
  7. Promover a instrução e motivação para a higiene oral nas consultas de medicina dentária e higiene oral;
  8. Promover a aplicação semestral de vernizes de flúor às crianças com idade inferior a 7 anos que frequentam o ensino pré-escolar identificando as situações que requerem tratamento dentário, dando conhecimento à equipa de saúde familiar de forma a que esta proceda ao encaminhamento para medicina dentária;
  9. Promover o bochecho quinzenal com uma solução de fluoreto de sódio a 0,2% a partir dos 6 anos (alunos do 1º ciclo do ensino básico);
  10. Atribuir cheque dentista ou referência para higienista oral às crianças das coortes de 7, 10 e 13 anos;
  11. Atribuir cheque dentista, através de referência do médico de família, às crianças com idade igual ou inferior a 6 anos, às crianças e aos jovens de idades intermédias (8, 9, 11, 12, e 14 anos) com lesões de cárie ativas, às mulheres grávidas seguidas no SNS, aos beneficiários do complemento solidário, aos portadores de VIH/SIDA;
  12. Atribuir cheque dentista, através de emissão pelo assistente operacional das unidades de saúde do SNS, aos jovens com 16 e 18 anos;
  13. Assegurar, a nível local, a disponibilidade de espaço de trabalho devidamente equipado, para o exercício das funções do médico dentista e do higienista oral;
  14. Promover a formação contínua dos médicos dentistas e dos médicos de família no âmbito do Projeto SOCSF;
  15. Monitorizar o resultado da prestação dos médicos dentistas dos Cuidados de Saúde Primários com o objetivo de aumentar a capacidade de resposta;
  16. Incentivar os médicos de família à realização de rastreio oportunista a toda a população de risco para o cancro oral no sentido de, precocemente, detetar e encaminhar as lesões potencialmente malignas e malignas;
  17. Alargar a outros grupos vulneráveis o acesso a cheque-dentista;
  18. Definir prioridades no acesso da população à reabilitação oral efetuada através de próteses dentárias, tendo como base os resultados do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais;
  19. Monitorizar, avaliar e auditar a prestação de cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde oral envolvidos;
  20. Aplicar, anualmente, o inquérito de satisfação aos utentes da consulta de medicina dentária nos Cuidados de Saúde Primários.

### **3.4. Monitorizar, Avaliar, Auditar e Promover a Formação Profissional, a Investigação e o Conhecimento**

#### **3.5.1. Monitorizar e Avaliar**

A monitorização e a avaliação do Programa são efetuadas através de indicadores de extração imediata, através de um módulo específico do SISO (68), anualmente ou sempre que se justifique. Esta avaliação anual não substitui os estudos quinquenais, de âmbito nacional, desenvolvidos pela DGS, com a colaboração das ARS e das Secretarias Regionais.

#### **3.5.2. Auditoria Interna e Suporte a Queixas**

O PNPSO define mecanismos de controlo, auditoria interna e de suporte de queixas (69,70) com os seguintes objetivos:

- Verificar o cumprimento da legislação e regulação tendo em conta um conjunto de regras normativas da DGS, as regras contratuais entre as partes e as práticas recomendadas pelas Ordens Profissionais;
- Verificar a eficácia e a eficiência operacional confirmando que os participantes documentam devidamente a prestação dos serviços contratualizados e que todos os processos se encontram a ser efetuados e registados;
- Verificar a fiabilidade e precisão de informação prestada aferindo que toda a informação de carácter clínico e administrativo se encontra corretamente inserida e de acordo com as regras e recomendações.

Prevê-se ainda, um sistema de tratamento e avaliação de queixas contra os prestadores de cuidados de saúde oral.

#### **3.5.3. Formação**

A evolução do conhecimento e das tecnologias, a crescente dimensão das populações beneficiárias, a diversidade e adequação dos cuidados a prestar, são algumas das características do PNPSO que condicionam a necessidade de procura sistemática de informação, suscetível de proporcionar novas soluções. O elevado número de profissionais envolvidos, condiciona o tipo de formação a ministrar e obriga os serviços de saúde a adotar novos procedimentos e tecnologias. Serão desenvolvidas ações de formação de âmbito nacional, regional e local, de acordo com as necessidades identificadas de forma a melhorar a resposta às necessidades de saúde da população, em matéria de saúde oral. As ações de formação poderão ser efetuadas aproveitando as novas tecnologias, como o *eLearning*, tecnologia que permite aos profissionais utilizarem a plataforma consoante a sua disponibilidade. Permite também, a formação contínua, com módulos ajustáveis às necessidades dos profissionais das equipas de saúde oral. A parceria com instituições académicas na preparação de cursos ou vídeos de formação e a colocação desses produtos em diferentes plataformas será uma área a ser dinamizada, nomeadamente no âmbito do PIPCO e na intervenção com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, utilizando aplicações específicas tais como *Webinar*. Também através da plataforma de MOOC (*Massive Open Online Course*) - Miríada X poderão também ser inseridos módulos formativos de modo a desenvolver formação gratuita e online.

### 3.5.4. Investigação

A DGS promove e incentiva a investigação de qualidade em Portugal. A instituição participa na investigação em saúde oral, assegurando e coordenando os recursos que sustentam essa atividade. Com a finalidade de se constituir como um centro de referência de informação e conhecimento sobre saúde oral, o SISO integra um módulo informático, que se destina a suportar não só as suas iniciativas de investigação, mas também os trabalhos desenvolvidos por instituições e investigadores externos, disponíveis e interessados na partilha de resultados.

Prevê-se para o ano 2019/2020 a realização do IV Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, mantendo-se a intenção de voltar a integrar nesse trabalho parceiros internos e externos de grande valor, nomeadamente as ARS, as Secretarias Regionais de Saúde das Regiões Autónomas da Madeira e Açores, as Faculdades de Medicina Dentária, a Ordem dos Médicos Dentistas e a Ordem dos Médicos.

## 4. GOVERNAÇÃO

O PNPSO assenta numa estrutura organizacional com a seguinte constituição e competências nos seus três níveis operacionais:

### 4.1. Nacional

Constituído por um Coordenador Nacional, designado pelo Diretor-Geral da Saúde.

O Coordenador Nacional é apoiado por uma equipa técnica da DGS. Têm funções de coordenação, normalização, avaliação interna, monitorização e atualização do PNPSO sempre que tal se entenda necessário.

### 4.2. Regional

Constituída por um Coordenador Regional de Saúde Oral designado pelo Conselho Diretivo da ARS. O responsável regional é apoiado por uma equipa técnica. Têm como funções a coordenação, implementação, acompanhamento, avaliação interna e monitorização do PNPSO, na respetiva Região de Saúde.

A equipa local é coordenada pelo Coordenador da Unidade de Saúde Pública (CUSP) designado pelo Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) o qual promove a articulação dos médicos de saúde pública, médicos de medicina geral e familiar, estomatologistas, médicos dentistas, higienistas orais, enfermeiros, assistentes dentários, assistentes operacionais e outros profissionais de saúde, independentemente das unidades onde estes estejam alocados.

### 4.3. Grupo Técnico Consultivo

Constituído por Despacho do Diretor-Geral da Saúde integrando peritos de reconhecido mérito em saúde oral.

### 4.4. Sistema de Informação

O PNPSO é apoiado pelo Sistema de Informação da Saúde Oral (SISO), uma plataforma informática que suporta o registo, a recolha e a consulta da informação, organizada por nível de responsabilidades dos diversos atores. Os principais utilizadores do SISO são a DGS, a ACSS, as ARS, os IPO, as Equipas Locais de Saúde Oral dos ACES, as Ordens Profissionais e os Médicos Aderentes.

Esta plataforma informática permite a adesão dos profissionais, a emissão das referenciações, o registo dos cuidados de saúde oral realizados pelos médicos dentistas, estomatologistas e higienistas orais, o pagamento dos cheques dentista por parte das ARS, a monitorização, a auditoria interna e a realização de estudos e investigação.

O desenvolvimento da plataforma é fundamental para o normal funcionamento de todo o Programa e deverá incluir os módulos para suporte de queixas, o melhoramento do módulo de estudos, a desmaterialização de cheques dentistas e a interligação entre ciclos de tratamento. O SISO permite a

interoperabilidade com aplicativos da Saúde - Registo Nacional de Utentes (RNU), Sistema de Apoio ao Médico (SClinico e MedicineOne), Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade (SIDC), Plataforma de Dados da Saúde (PDS) e Portal da Transparência.

#### **4.5. Financiamento**

O financiamento do PNPSO é assegurado por verbas do Ministério da Saúde, disponibilizadas pela ACSS às ARS.

Audição Pública

## 5. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Apresenta-se de seguida os indicadores de avaliação do PNPSO e inquérito de satisfação dos utentes.

Tabela 9 - Indicadores de avaliação do PNPSO

Objetivos Gerais	Objetivos Operacionais	Indicadores	Metas 2020
Promover a progressiva capacitação da população em matéria de promoção da saúde e na prevenção da doença ao longo da vida	Aumentar número de crianças e jovens a efetuar escovagem dos dentes	Percentagem de Crianças e jovens a efetuar escovagem dos dentes em ambiente escolar (JI/1º ciclo) (VR saúde escolar em números 2015/16 20%)	50%
		Número de ações de formação dirigidas a Profissionais de Saúde e da Educação no sentido de operacionalizar as atividades do PNPSO em ambiente escolar	5
		Percentagem de crianças de 6 anos que realizam escovagem 2 ou mais vezes por dia (VR IIIENPDO 53%)	80%
	Aumentar o número de utentes que realizam a escovagem dos dentes, pelo menos 2 x/dia, sendo uma delas à noite antes de deitar e utilizam fio/fita dentários ou outro meio de remoção de placa bacteriana interdentária, diariamente	Percentagem de utentes que realizam a escovagem dos dentes, pelo menos 2 x/dia, sendo uma delas à noite antes de deitar e utilizam diariamente fio dentário ou outro meio de remoção de placa bacteriana interdentária (VR 6,4%)	25%
Promover os estilos de vida saudável, aumentando os níveis de literacia sobre a saúde oral da população	Promover o cumprimento das regras de utilização no âmbito do PNPSO	Percentagem de utentes consultados aos quais foram transmitidas instruções para a higiene oral (VR 100%)	100%
	Aumentar o número de materiais a disponibilizar às bibliotecas da RBE no âmbito do Projeto SOBE+	Número de novos materiais a disponibilizar às bibliotecas escolares no âmbito do SOBE+	1/ano
	Aumentar o nº de jardins de infância e de escolas que realizam atividades de promoção da saúde oral junto da comunidade educativa no âmbito do projeto SOBE+	Número de jardins de infância e escolas que realizam atividades no âmbito do projeto SOBE+ (VR: 2000)	2200
Melhorar o estado de Saúde Oral da população	Aumentar número de crianças de 6 anos livres de cárie	Percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos (VR 54%)	80%
	Diminuir o Índice de CPO	Índice de CPO aos 12 anos (VR 1,18)	1,15
	Aumentar número de crianças com dentes selados aos 12 anos	Percentagem de crianças de 12 anos com pelo menos 1 dente selado (VR 55,2%)	60%
		Percentagem de utilização de cheques dentista e referência para HO aos 10 anos (VR 60 %)	> 60%
Aumentar o Número de jovens sem lesões de cárie aos 18 anos	Percentagem de jovens de 18 anos sem lesões de cárie (VR 32,3%)	40%	

Objetivos Gerais	Objetivos Operacionais	Indicadores	Metas 2020	
Aumentar a confiança dos utentes nos cuidados de saúde oral prestados no âmbito do PNPSO	Aumentar o número de planos de tratamento concluídos (todas as necessidades de tratamento satisfeitas)	Percentagem de planos tratamentos concluídos (planos de tratamento concluídos/ planos de tratamento concluídos+ planos de tratamento em curso) no âmbito do SOCSP (VR 52%)	> 90%	
		Percentagem de planos tratamentos concluídos (planos de tratamento concluídos/ planos de tratamento concluídos+ planos de tratamento em curso) no âmbito da utilização de cheque dentista (VR 90%)	>90%	
		Percentagem de planos tratamentos concluídos (planos de tratamento concluídos/ planos de tratamento concluídos+ planos de tratamento em curso) no âmbito da utilização de referência para HO (VR 90%)	>90%	
	Promover o cumprimento do número de dias para obtenção de resultado anatomopatológico após realização de biopsia (critério concurso)	Número de dias entre a realização da biopsia no âmbito do PIPCO e a obtenção do resultado por parte do laboratório de referência (VR: <5 dias úteis)	<5 dias	
	Aumentar a taxa de utilização de Referenciações SOCSP/cheque dentista e referências para Higienista Oral	Percentagem de utilização das referências SOCSP (Referências utilizadas/Referências emitidas) (VR 20%)	60%	
		Percentagem de utilização dos cheques dentista (cheques utilizados/Cheques emitidos) (VR 70%)	> 70%	
		Percentagem de utilização das Referências HO (Referências Ho/Referências HO emitida) (VR 60%)	> 60%	
	Verificar o grau de satisfação dos utentes no âmbito do PNPSO	Aplicar inquérito de satisfação aos utentes que recorreram às consultas de Medicina Dentária nos centros de saúde	1/ano	
	Aumentar e melhorar a capacidade de resposta do SNS às necessidades de saúde oral da população, de forma universal e com equidade	Aumentar número de Concelhos com Consultório de Medicina Dentária no Centro de Saúde	Percentagem de Concelhos que possuem pelo menos 1 (um) consultório de medicina dentária nos Centros de Saúde (VR 278 concelhos)	100%
		Aumentar o número de utentes atendidos por médico dentista nos Centros de Saúde	Número de consultas por dia trabalhado (VR 8H/dia)	12
Aumentar o número de dentes tratados pelos médicos dentistas nos Centros de Saúde		Percentagem de dentes tratados face às necessidades de tratamento (VR 2017 55%)	70%	

## Inquérito de Avaliação de Satisfação dos Utentes Utilizadores de Consultas de Medicina Dentária nos Centros de Saúde

Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

Assinale uma das opções, colocando uma X:

Sexo		Faixa etária				
Masculino	Feminino	< 20	20-34	35-49	50-64	65 e +

Como avalia a sua satisfação em relação:	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Nada satisfeito	Não sei/não respondo
À facilidade em se deslocar para esta Unidade de Saúde					
À pontualidade com que foi atendido pelos serviços de Medicina Dentária					
À qualidade global das instalações do consultório de medicina dentária					
À limpeza e higiene do consultório de Medicina Dentária					
À simpatia e disponibilidade do médico dentista					
À simpatia e disponibilidade do/a assistente dentária					
Aos cuidados de medicina dentária realizados pelo Médico Dentista					
À informação sobre cuidados prestados e cuidados a ter após a consulta					

Foram-lhe prestados todos os tratamentos necessários nas consultas de medicina dentária	Sim	
	Não	
Caso tenha respondido <b>não</b> na questão anterior, indique o motivo	Ausência de vagas na unidade de saúde	
	Não marcação de consulta por iniciativa própria	
	Incompatibilidade entre médico/utente	
	Outro - indique qual:	
Sugestões para melhorar os cuidados de medicina dentária nos consultórios dos centros de saúde/Unidade de Saúde		

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral Health in the 21st Century – the Approach of the WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 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)
2. Petersen, PE., Kwan S , Evaluation of Community-Based Oral Health Promotion and Oral Disease Prevention-WHO recommendations for improved evidence in public health practice. Community Dent Health. 2004; 21 (4 Suppl): 319-29.
3. Peterson PE. World Health Organization global - Policy for Improvement of Oral Health – World Health Assembly 2007. International Dental Journal (2008) 58: 115-121.
4. Declaração de Alma-Ata. Saúde Para Todos no Ano 2000. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários 6-12 de setembro de 1978, Alma-Ata, Casaquistão, URSS.
5. Lei 56/79 de 15 de setembro, Diário da República, I Série nº 214, 2357-2363.
6. Calado RM. Programa de Cuidados de Saúde Oral do Cartaxo. Avaliação do seu impacto. Acta Médica portuguesa. 1993; 6: 115-122.
7. Calado, RM. O Programa de Cuidados de Saúde Oral de Castelo Branco: A Procura de Novas Estratégias para Vencer um Novo Problema, Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.1994.
8. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa Nº: 1/DSE de 18 de janeiro de 2005. Disponível em: [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/223/SOr\\_doc1.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/223/SOr_doc1.pdf)
9. Direção-Geral da Saúde. Contratualização no Âmbito do Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes. Circular Informativa n.º 5/DSE de 14/03/01.
10. Despacho 4324/ 2008 de 22 de janeiro de 2008 – Diário da República 2ª Série. Nº 35 - Alargamento do programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Publicado a 19 fevereiro de 2008.
11. Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março. Diário da República, 1.ª série - N.º 99 de 23 de maio de 2011. Funcionamento do Programa Nacional de promoção de Saúde Oral.
12. Despacho n.º 7402/2013. Diário da República, 2.ª série - N.º 110 - 7 de junho de 2013. Estabelece Disposições Referentes à Atribuição de Cheques- dentista, no âmbito do programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.
13. Despacho nº12889/2015. Diário da República, 2.ª série - N.º 223 - 13 de novembro de 2015. Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral aos Jovens com 18 Anos, crianças de 7,10 e 13 com necessidades de saúde especiais e utentes com VIH/SIDA já abrangidos anteriormente.
14. Simões J, Augusto GF, Céu A, Ferreira MC, Jordão M, Calado R, Fronteira I Ten Years since the 2008 introduction of dental vouchers in the portuguese NHS.
15. Direção-Geral da Saúde. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (resultados). Lisboa (Portugal). 2015
16. Despacho nº 8591- B – Diário da República, 2.ª série - N.º 125 - 1 de julho de 2016. Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários - Experiência Piloto.
17. Alkarimi, H. A., Watt, R. G., Pikhart, H., Jawadi, A. H., Sheiham, A., e Tsakos, G. (2012, agosto). Impact of treating dental caries on schoolchildren's anthropometric, dental, satisfaction and appetite outcomes: a randomized controlled trial. BMC Public Health, 12(1), 706. doi: 10.1186/1471-2458-12-706.
18. Lindhe, J., Lang, N. P., & Karring, T. (2008). Clinical Periodontology and Implant Dentistry (5th ed.) Oxford, UK: Blackwell.

19. Platform for better Oral Health in Europe (2012). The state of oral Health in Europe. Disponível em: <http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf>.
20. World Health Organization (2013). Oral Health Surveys: basic methods, 5th ed.
21. Direção Geral da Saúde (2001). Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada.
22. Direção Geral da Saúde (2008). Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís.
23. World Health Organization. Oral Health databases. Disponível em: <https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/>.
24. Watt RG Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bulletin of the World Health Organization, 2005 Sept; 83 (9): 711-718
25. Despacho n.º 8861-A/2018 – Diário da República n.º 180/2018, 1º Suplemento, Série II de 2018-09-18.
26. Dewhirst F et al. The Human Oral Microbiome. Journal of Bacteriology. American Society for Microbiology. 2010 October; vol. 192 no. 19:5002-5017
27. Dradshaw DJ, Lynch RJM. Diet and Microbial aetiology of Dental caries: New Paradigms. International Dental Journal, 2013; 63:64-72.
28. Sheiham A, James WPT. Diet and Dental Caries. The Pivotal Role of Free Sugars Reemphasized. 2015
29. Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Disponível em: <http://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
30. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa n.º 1/2005 de 18 janeiro de 2005.
31. Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. <http://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
32. Marinho, VC, et al., Combinations of Topical Flúoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) Versus Single Topical Flúoride for Preventing Dental Caries in Children and Adolescents. Cochrane Database Syst Rev.2004; (1): p. CD002781.
33. Marinho VC, et al., One Topical Flúoride (toothpastes, or mouthrinses, or gels, or varnishes) versus Another for Preventing Dental Caries in Children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev, 2004; (1): p. CD002780.
34. Saúde Oral e Alimentação. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. SOBE. 2014 Disponível em: [www.sobe.pt](http://www.sobe.pt)
35. Cartaz Saúde Oral e Alimentação. Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. 2015. Disponível em : [www.alimentacaosaudavel.dgs.pt](http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt)
36. Report of the Forum of flúoridation 2002. Government of Ireland 2002. [www.fluoridationforum.ie](http://www.fluoridationforum.ie)
37. Direção-Geral da Saúde. Aplicação de verniz de flúor (soluto de 50 mg/l) em saúde comunitária. Norma n.º 13/2013 de 24 de outubro de 2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0132013-de-24102013.aspx>
38. O'Neill, Anne, et al, Oral Health Assessment, Irlanda, 2012
39. Petersson LG, Twetman S, Pakhomov GN. (Flúoride varnish for community-based caries prevention in children. 1997. Geneva: World Health Organization.
40. Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Flúoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents (Review.). The Cochrane Collaboration, (7). 2013. Disponível em: <http://www.thecochranelibrary.com/>

41. New York State Department of Health. Improving the oral health of young children - Flúoride varnish trainement materials and oral health information for child health care providers 2013.
42. Gooch B; et al. A prevenção da cárie dentária através de programas escolares de aplicação de selantes. Recomendações atualizadas e revisões de evidência. JADA, Vol. 11-nº 2, 2011.
43. L. Ottolenghi, Muller-Bola. L. Strohmenger, D. Bourgeois no artigo Oral Hhealth Indicators for Children and Adolescents. European perspetives, European Journal of Pediatric Dentistry 4/2007
44. R. Calado, C.S. Ferreira, P. Nogueira and P. Melo. Caries prevalence and treatment needs in young people in Portugal: the third national study, Community Dental Health (2017) 34, 107-111.
45. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS - Normalização de procedimentos. Circular Normativa nº2, de 9 de janeiro de 2009.
46. Direção-Geral da Saúde. Saúde Oral: Normalização de procedimentos para a emissão de cheques-dentista e documentos de referenciação para higienista oral. Circular Informativa nº7, de 26 de março de 2009.
47. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: Triagem, de 27 de maio de 2009.
48. World Health Organization. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European region. European Health for All Series; no. 6. 1999 Copenhaga.
49. Inquérito Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento em Saúde. Lisboa. 1988.
50. Inquérito nacional de Saúde. 1995-1996. Departamento de Estudos e Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa. 1997.
51. Bsoul S et al. Squamous Cell Carcinoma of the Oral Tissues: a comprehensive review for oral healthcare providers. J Contemp Dent Pract 2005; 6(4):1-16.
52. Rosenquist K. Risk Factors in Oral and Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma: A Population-Based-Control Study in Southern Sweden. Swed Dent J Suppl. 2005; 179: 1-66.
53. Direção Geral da Saúde. Ordem dos Médicos Dentistas. Intervenção Precoce no Cancro Oral - Guia Para Profissionais de Saúde. 2014. Disponível em: [www.saudeoral.min-saude.pt](http://www.saudeoral.min-saude.pt)
54. Arnaoutakis D et al. Recurrence Patterns and Management of Oral Cavity Premalignant Lesions. Oral Oncol 2013; 18: 1368.
55. Pinheiro PS, Tyczynski JE, Bray F, Amado J, Matos E, Miranda AC, Limbert E Cancer in Portugal. IARC Technical Publication nº 38, 2002, Lyon.
56. Silverman S. e col. Oral and Pharyngeal Cancer Control and Early Detection. J Canc Educ. 2010, 25:279-281 Sítio oficial do National Cancer Institute. Disponível em: <http://seer.cancer.gov>
57. Waal I. Potentially Malignant Disorders of the Oral and Oropharyngeal Mucosa; Terminology, Classification and Present Concepts of Management. Oral Oncol. 2009; 45:317-323.
58. Petti S e Scully C. Oral cancer: The Association Between Nation-Based Alcohol-Drinking Profiles and Oral Cancro Mortality. Oral Oncol. 2005;41,8,828-834.
59. Despacho n.º 686/2014. Diário da República, 2.ª série - N.º 10 de 15 de janeiro de 2014. Alargamento do programa Nacional de promoção de Saúde Oral à Intervenção precoce no Cancro Oral.
60. Direção-Geral da Saúde. Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral. Norma 2/2014 de 25 de fevereiro de 2014.
61. Direção-Geral da Saúde. Alargamento a crianças e jovens de 8, 11 e 14 anos - Saúde Oral Crianças e Jovens Idades Intermédias - Revogação da Circular Normativa nº4, de 10 de março de 2010. Circular Normativa nº8, de 20 de abril de 2010.
62. Direção-Geral da Saúde. Alargamento a Crianças e Jovens da rede pública e IPSS da coorte dos 15 anos completos (16 anos). Norma da DGS nº13/2013, de 1 do agosto de 2013.

63. Direção-Geral da Saúde. Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Grávidas e Idosos. Circular Normativa nº7, de 15 de abril de 2008.
64. Direção-Geral da Saúde. Alargamento a utentes infetados com o vírus VIH/SIDA. Norma nº 2, de 27 de Outubro de 2010.
65. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Jovens da coorte dos 18 anos. Norma da DGS nº3/2016, de 1 de março de 2016.
66. Criação de benefícios adicionais de saúde para os beneficiários do complemento solidário para idosos Decreto-Lei n.º 252/2007, DR n.º 128, Série I de 2007-07-05.
67. Determina a implementação, acompanhamento e monitorização de um programa-piloto para a introdução progressiva de incentivos à colocação de próteses para a reabilitação oral de doentes tratados com cancro de cabeça e pescoço, no âmbito do processo de contratualização de cuidados de saúde hospitalares que se encontra implementado no SNS - Despacho nº 15135/2016 de 23 de novembro de 2016.
68. Lourenço A, Barros PP. Cuidados de Saúde Oral- Universalização. NOVA School of Business e Economics, abril de 2016.
69. Portaria nº 206/2011. Diário da República, 1.ª série - N.º 99 - 23 de maio de 2011. Procedimentos e formalidades na observação na seleção dos médicos auditores do PNPSO.
70. Direção-Geral da Saúde. Auditorias Internas e seguimento Queixas. Norma 3/2013 de 15 de fevereiro de 2013.
71. Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015.aspx>



**Direção-Geral da Saúde**

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa | Portugal

Tel.: +351 218 430 500 | Fax: +351 218 430 530

E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)