

**Bruna Luana Carvalhosa Campos**, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: **Importância da integração dos Médicos Dentistas no Sistema Nacional de Saúde Português**.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

**Orientador:** Mestre José Pedro Novais de Carvalho

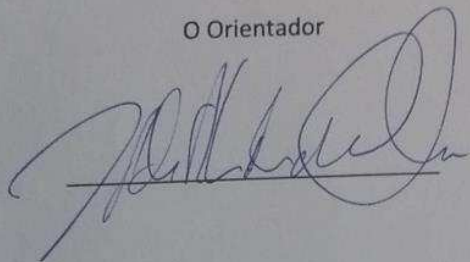
Gandra, 2017

## DECLARAÇÃO

Eu, **José Pedro Novais de Carvalho**, com a categoria profissional de Assistente Convidado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado "**A importância da integração do Médico dentista no SNS português**", da Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Bruna Luana Carvalhosa Campos**, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 17 de julho de 2017

O Orientador

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'José Pedro Novais de Carvalho', is written over a horizontal line. The signature is fluid and cursive.

## Agradecimentos

Aos meus pais, por todo o apoio, todos os sacrifícios, todas as palavras certas. Obrigada por me inculcarem o melhor de vocês. Espero poder retribuir aos meus tudo aquilo que vocês me ensinaram. Amo-vos muito!

À minha irmã, pelo seu “Anda mana! Tu consegues mulher! És a Bruna Campos”. Espero ser um bom exemplo para ti minha pequenina.

Aos meus avós, por me inculcarem o exemplo de ir à luta.

Ao meu namorado, pelo apoio incondicional, pela paciência e por nunca me deixar desistir.

Ao meu padrinho Miguel Martins por me ter acompanhado desde o primeiro dia e por ter cumprido a sua promessa.

A minha afilhada Mariana Baptista, pelo orgulho que me deu ao longo desta jornada, pela amizade, companheirismo e força. É para a vida!

Aos meus afilhados João Barrote Dourado, Marta Santos e Filipa Sá por toda a amizade e carinho, a madrinha vais estar sempre aqui. São o meu orgulho!

Ao meu orientador, por toda a confiança que depositou em mim, todos os puxões de orelhas e conversas. Nunca me esqueci do que me disse no meu 3º ano.

Ao Dr. Filinto Baptista, por todo o carinho que me deu. Foi uma honra partilhar consigo o amor que ganhei pela nossa instituição.

À Professor Orlanda Torres, pelo apoio, carinho e incentivo que me deu para não desistir do que quero e sou.

Às minhas binómias Rita Silva e Magda Campos por toda a amizade, foi um gosto conhecer-vos.

À Associação de Estudantes do IUCS, e aos que lutaram comigo pelo melhor para os nossos, o meu sincero obrigado pela aprendizagem que me deram

“You never know what results come of your actions,  
But if you do nothing, there will be no results. “

Mahatma Gandhi

## Resumo

**Introdução:** A Organização Mundial de Saúde reitera que a saúde oral é parte integrante da saúde geral do indivíduo. Em Portugal, foi implantado em 2005 o Programa Nacional de Promoção da Saúde oral, porém apesar de todos os esforços, os programas e medidas aplicados não são amplos o suficiente para abranger a população portuguesa.

**Objetivos:** O presente trabalho tem como finalidade a realização de uma revisão narrativa – crítica sobre a importância da integração do médico dentista no Sistema Nacional de Saúde Português. Do ponto de vista geral, pretende-se evidenciar as lacunas existentes na prestação de cuidados de saúde oral e o impacto na saúde pública.

**Metodologia:** foram selecionados 68 artigos e 2 livros. Após uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Pubmed, Google Scholar, Scimedirect, WHO IRIS e nos sites das entidades INE, OMD, SNS, ERS and PNPSO. A pesquisa teve como critérios de inclusão artigos publicados no período de tempo 2003-2017; artigos escritos em inglês, português; artigos com o texto completo; artigos que apresentam relevância para o trabalho e sites de entidades com grande relevância da o trabalho. Foram excluídos artigos impossíveis de efetuar download; artigos não gratuitos; artigos duplicados e artigos que, através do resumo/título, não demonstraram utilidade para este trabalho.

**Discussão:** tanto a literatura como os estudos epidemiológicos comprovam que a saúde oral tem um elevado impacto na saúde global do indivíduo e na sua qualidade de vida. Em Portugal, estudos acerca do estado da saúde oral da população residente, demonstraram que a prevalência das doenças orais é elevada. Por outro lado, inquéritos nacionais e relatórios, sobre o acesso e cuidados de saúde demonstraram que a existência de uma carência em cuidados de saúde oral. Sendo que o fato do seu acesso ser maioritariamente feito através do sector privado e questões socioeconómicas foram os motivos apresentados como razão para não aceder aos cuidados de saúde oral.

**Conclusão:** a integração dos médicos dentistas no SNS, permitirá a elaboração de medidas no âmbito da promoção, prevenção e prestação de cuidados de saúde oral. No entanto é de ressaltar que é necessário, com base no documento *“Global goals for oral health 2020”*, a definição das metas para a saúde oral da população portuguesa para o ano de 2020.

**Palavras-chave:** saúde oral, saúde geral, qualidade de vida, sistema nacional de saúde, determinantes da saúde oral, doenças orais, doenças crónicas

## **Abstract**

**Introduction:** The World Health Organization reiterates that oral health is an integral part of the general health of the individual. In Portugal, the National Program for Oral Health Promotion was implemented in 2005, but despite all efforts, the programs and measures applied are not large enough to cover the Portuguese population.

**Objectives:** The purpose of this work is to conduct a narrative - critical review on the importance of integrating the dentist in the Portuguese National Health System. From a general point of view, it is intended to highlight the gaps in the provision of oral health care and the impact on public health.

**Methodology:** 68 articles and 2 books were selected. After a bibliographic search in Pubmed, Google Scholar, Sciencedirect, WHO IRIS databases and INE, OMD, SNS, ERS and PNPSO websites. The research had as inclusion criteria articles published in the time period 2003-2017; articles written in English, Portuguese; articles with full text; articles that present relevance to the work and sites of organizations with great relevance for the work. Articles were impossible to download; non-free items; duplicate articles and articles that abstract / title have useful for this work have been exclude.

**Discussion:** literature and epidemiological studies confirm that oral health has a high impact on the individual's overall health and quality of life. In Portugal, studies about the oral health status in the resident population, have shown that the prevalence of oral diseases is high. On the other hand, national surveys and reports on access and health care have shown that there is a shortage in oral health care. The fact that their access was mostly done through the private sector and socioeconomic issues were the reasons presented as a reason for not accessing oral health care.

**Conclusion:** the integration of dentists in the NHS will allow the development of measures in the field of promotion, prevention and oral health care. However, it is important to note that, based on the document "Global goals for oral health 2020", the definition of oral health goals for the Portuguese population for 2020 is required.

**Key words:** oral health, general health, quality of life, national health system, determinants of oral health, oral diseases, chronic diseases

## Índice

Capítulo I – A importância da integração do Médicos Dentista no Sistema Nacional de Saúde Português.....	1
Introdução.....	1
Objetivos do trabalho .....	3
Metodologia .....	4
Discussão/Fundamentos Teóricos .....	6
1. Conceitos chave .....	6
1.1 Conceito de Saúde.....	6
1.2 Conceito de Saúde Oral.....	6
1.3 Determinantes da saúde.....	7
2. Relação entre Saúde oral e Saúde Global .....	8
2.1 Repercussões da saúde oral na saúde global do indivíduo .....	8
2.2 Repercussões da Saúde global na saúde oral do indivíduo .....	9
2.3 Fatores de riscos comuns entre doenças orais e outras doenças .....	10
2.4 Impacto da Saúde Oral na qualidade de vida do indivíduo .....	11
3. Saúde oral em Portugal .....	13
3.1 Prevalência das doenças orais em Portugal .....	13
3.2 Equidade e acesso a cuidados de saúde oral em Portugal .....	17
3.3 SNS.....	19
3.4 Privado.....	19
3.5 PNPSO.....	20
4. Saúde oral além de um direito, uma necessidade.....	21
4.1 Cuidados de saúde em Portugal.....	21
4.1.1 Primários.....	21
4.1.2 Continuados .....	22
4.1.3 Hospitalar.....	22
4.1.4 Paliativos.....	23
Conclusão.....	24
Bibliografia.....	25
Anexos .....	31
Capítulo II - Relatório das atividades práticas dos estágios supervisionados.....	33

1. Introdução.....	36
2. Relatório de atividade por unidade curricular.....	36
2.1 Estágio de Clínica Geral Dentária .....	36
2.2 Estágio Hospitalar .....	37
2.3 Estágio de Saúde Oral Preventiva e Comunitária.....	38
3. Considerações finais das atividades de estágio .....	40





## Capítulo I – A importância da integração do Médicos Dentista no Sistema Nacional de Saúde Português

### Introdução

A Organização Mundial de Saúde reitera que a saúde oral é parte integrante da saúde geral do indivíduo. Segundo esta, além desta Inter-relação, a qualidade de vida e o bem-estar deste, são postos em causa na presença de uma saúde oral deficitária. Tendo em conta as manifestações orais causadas pelas doenças sistémicas e tratamentos, a cavidade oral é vista como espelho da saúde global. Perante este facto, é de ressalvar a sua importância, não só no tratamento, como no diagnóstico precoce e/ou diferencial de determinadas patologias. <sup>(1,2)</sup>

Diversos autores evidenciaram que tanto as doenças orais como as doenças crónicas não transmissíveis, possuem fatores de risco em comum. Sendo que estes são influenciados por certas doenças que se manifestam na cavidade oral. No entanto, os fatores em questão podem ser prevenidos através da modificação de estilos de vida, como os hábitos alimentares, consumo de tabaco e álcool, e hábitos de higiene. <sup>(1,3)</sup>

Segundo a OMS, ser saudável não é apenas estar livre de uma patologia, significa ser capaz de estar habilitado para realizar atividades diárias como comer, tomar banho, vestir-se e movimentar-se. Desta forma, a perceção da importância da saúde oral na qualidade de vida sob três dimensões: a nível social, físico e psicológico. <sup>(1,3)</sup>

Além dos fatores de risco, apresentados pela literatura, os determinantes de saúde, como questões socio- económicas, estilos de vida, fatores ambientais influenciam o autocuidado e agravamento das doenças orais. Aliado às evidencias existentes, a OMS, em 2003, apresentou um relato da influência dos fatores socioculturais e aspetos socioambientais sobre a condição oral, no qual os piores resultados foram expressos por grupos em condições de vida precárias, tradições, crenças e culturas, que não favoreciam o cuidado da saúde oral. Ou seja, a doença advém de um estilo de vida desfavorável à saúde, seja ele social, económico, cultural ou emocional. <sup>(1,4,5)</sup>

Por tudo isto, as patologias orais são consideradas um problema de saúde pública, com uma distribuição assimétrica. Contudo, apesar de já se notar o seu declínio, as doenças orais continuam a ter um impacto económico para os indivíduos e sistemas de saúde, devidos aos custos inerentes a estas. <sup>(6,7)</sup>

Em 2005, surge o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, integrado no Plano Nacional de saúde de 2004-2010, o qual tinha como população alvo as grávidas e crianças desde o nascimento até aos 16 anos de idade. Desde então, o referido programa já sofreu diversos alargamentos no que refere aos grupos abrangidos. Este, assenta na execução de um conjunto de atividades de promoção, prevenção tratamento de doenças orais, numa parceria público-privada. Os serviços de saúde são prestados através da atribuição de um cheque dentista, através do qual o utente tem liberdade de escolha do prestador de serviço no âmbito da contratualização. <sup>(7-12)</sup>

Porém apesar de todos os esforços, os programas e medidas aplicados não são amplos o suficiente para abranger a população portuguesa. Na medida em que a reduzida oferta de cuidados no serviço público, ainda é uma realidade da saúde dos portugueses. Como fator agravante acresce o facto de não existirem registos e estudos significativos, relativos aos problemas de saúde. <sup>(7,13,14)</sup>

Como tal, tendo por base o que está disposto como linhas de atuação definidas pela OMS para 2020, o objeto de interesse deste trabalho está assente na fundamentação da importância da integração do médico dentista no SNS português, dadas as suas competências profissionais e necessidades no âmbito da saúde oral da população portuguesa, face ao disposto no *Global goals for oral health,2020*. <sup>(15)</sup>

## **Objetivos do trabalho**

### **Objetivo principal**

Realização de uma revisão narrativa – crítica sobre a importância da integração do médico dentista no Sistema Nacional de Saúde Português. Do ponto de vista geral, pretende-se evidenciar as lacunas existentes na prestação de cuidados de saúde oral e a importância do seu acesso para a saúde pública.

### **Objetivos Específicos**

1. Difundir o conhecimento acerca da relação existente entre a saúde geral e a saúde oral, e as implicações que esta última poderá ter na qualidade de vida do indivíduo;
2. Enumerar as necessidades de cuidados de saúde oral e a iniquidade existente no acesso a eles por parte da população portuguesa;
3. Evidenciar o défice de estudos reveladores de informação acerca da eficiência dos programas de saúde oral implementados em Portugal, bem como do estado da saúde oral da população portuguesa;
4. Realçar a necessidade de estudos epidemiológicos, tendo em conta a Inter-relação da saúde oral com a saúde geral, e determinantes da saúde associados;
5. Sugerir medidas no contexto da promoção, prevenção e prestação de cuidados da saúde oral, que possam vir a ser estudadas e posteriormente implementadas tendo em vista a organização do SNS.

## Metodologia

No âmbito deste tema foi efetuada uma pesquisa bibliográfica, através das bases de dados *PUBMED*, *Sciencedirect*, *Googlescholar* e *WHO IRIS*, com as seguintes palavras-chave : "oral health", "health promotion", "quality of life", "oral diseases", "well-being" ; "common risk factors", "poor oral health", "oral cancer", "oral manifestations", "HIV", "poor oral hygiene" , "respiratory diseases", "oral health assessment", "systemic disease", "chronic disease", "oral health policy", "risk factor", "assessment", "diabetes relationship", "oral care", "aspiration pneumonia", "tooth diseases/prevention and control" e "health promotion-method diet".

Contudo devido à grande variabilidade de informação existente acerca deste tema, tornou-se necessário utilizar critérios de inclusão e exclusão na pesquisa.

Critérios de inclusão:

- Artigos publicados no período de tempo 2003-2017;
- Artigos escritos em inglês, português;
- Artigos com o texto completo;
- Artigos e livros que apresentam relevância para o trabalho;
- Sites de entidades com pertinência para o trabalho.

Critérios de exclusão:

- Artigos impossíveis de efetuar download;
- Artigos não gratuitos;
- Artigos duplicados;
- Artigos que, através do resumo/título, não demonstraram utilidade para este trabalho.

Base de Dados	Palavras-chave	Nº de Resultados	Artigos Selecionados
Pubmed	Oral health; health promotion; quality of life	166	9
Pubmed	oral health; oral diseases; well-being; common risk factors	422	3
Pubmed	poor oral health; oral disease; oral cancer	387	2

Pubmed	oral health; oral manifestations; HIV	98	3
Pubmed	poor oral hygiene; oral diseases; respiratory diseases	47	2
Pubmed	oral health assessment; quality of life	548	3
Pubmed	systemic disease; oral manifestation; oral health; chronic disease	79	2
Googlescholar	health promotion; oral health policy; risk factor; assessment	220	2
Sciencedirect	oral diseases; diabetes relationship	388	2
Sciencedirect	oral health; cardiovascular disease	36	1
Sciencedirect	oral health; respiratory diseases; oral; dental; oral health, oral care; aspiration pneumonia	4	1
WHO IRIS	Oral health; Tooth diseases/prevention and control; Health promotion-method Diet	329	6

Quanto ao critério de inclusão, sites de entidades com grande relevância da o trabalho, foram consultadas as seguintes organizações:

Entidades	Palavras-chave	Documentos Seleccionados
Programa Nacional de Promoção de saúde oral	PNSO; Alargamentos do programa	5
Entidade Reguladora da Saúde	Acesso; Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral	1
Sistema Nacional de Saúde	Plano nacional de saúde; dados estatísticos nacionais; acesso cuidados de saúde	4
Instituto Nacional de Estatística	Saúde; inquérito nacional	2
Ordem dos Médicos Dentistas	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral; dados da ordem; dados saúde oral	3

Após a leitura da bibliografia dos artigos seleccionados, consideraram-se mais 14 documentos e 2 livros, tendo em conta a sua relevância para o trabalho.

## Discussão/Fundamentos Teóricos

### 1. Conceitos chave

#### 1.1 Conceito de Saúde

O conceito de saúde sofreu uma ampla evolução, dada a sua complexidade e abrangência, outrora definido como a ausência da doença ou incapacidade, hoje em dia reconhece-se que a referida condição não é sinónimo de saúde. <sup>(16)</sup>

Atualmente considera-se que o conceito de saúde depende de várias dimensões. Como tal, em 1948, a Organização Mundial de Saúde apresentou aquela que até aos dias de hoje é a definição mais disseminada e defendida pela mesma. Nesta o conceito em questão é definido como *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença e enfermidade”*. <sup>(16,17)</sup>

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, foi considerado que a saúde é um direito humano fundamental que deverá estar ao alcance de todos, assim como a conquista do elevado nível de saúde só é possível com a ação a sinergia dos setores sociais e económicos com o sector da saúde. Perante as considerações desta conferência, no ano de 1979 em Portugal, é criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), através do qual assegura-se os termos do artigo 64.º (Saúde) da constituição Portuguesa que afirma *“Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”*. Direito este que pode ser usufruído através de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito. Com base nas condições económicas e sociais dos cidadãos, compete ao estado garantir o acesso aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação. <sup>(17,18)</sup>

Por sua vez, em 1986, na 1ª Conferência internacional sobre promoção da saúde em Ottawa, foi considerado que a saúde não é uma finalidade de vida, mas sim um recurso que deverá estar ao alcance de todos. Uma vez que para o indivíduo atingir o estado de saúde (definido pela OMS) o mesmo deverá estar apto a reconhecer e executar os seus objetivos, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. <sup>(16,19)</sup>

#### 1.2 Conceito de Saúde Oral

Segundo a OMS, a saúde oral é definida como sendo a ausência de dor crónica facial e na boca, de cancro orofaríngeo, infeções e lesões orais, doença periodontal, cárie dentária, perda de peças dentárias e outras doenças e/ou condições que limitem as capacidades funcionais (morder, mastigar, sorrir, falar) e o bem-estar psicossocial de um indivíduo. <sup>(16)</sup>

Em 2016, a FDI apresenta uma nova definição para saúde oral. Segundo esta organização a saúde oral *“é multifacetada e inclui, mas não se limita à capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e de transmitir um sem número de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor nem desconforto, bem como sem doenças do complexo craniofacial.”* Acrescentando ainda que a saúde oral é: uma componente fundamental da saúde assim como do bem-estar físico e mental, que existe de forma contínua e que está sujeita a influências de atitudes e valores por parte de indivíduos e comunidades; reflete os atributos fisiológicos, sociais e psicológicos essenciais para a vida e é influenciada pelas alterações experimentadas pelo indivíduo, das suas percepções, expectativas e pela sua capacidade de adaptação a novas circunstâncias. <sup>(20)</sup>

### **1.3 Determinantes da saúde**

No ano de 1974, Marc Lalonde, após uma análise dos determinantes de saúde da população do Canadá, construiu um dos modelos mais referenciados a nível da saúde comunitária. Nele estabeleceu 4 categorias, que através da sua interação determinariam o nível de saúde de uma população. Sendo elas: o meio ambiente, o estilo de vida, os serviços de saúde e a biologia humana (fatores genéticos e biológicos). <sup>(16,21)</sup>

As condições em que o indivíduo nasce, cresce, vive, trabalha e envelhece, incluindo o sistema de saúde que usufrui, influenciam os comportamentos individuais e coletivos. E consequentemente o nível de saúde de que este usufrui. <sup>(16)</sup>

Perante estes factos, sem esquecer o que Lalonde já haveria concluído, em 1991 surge um novo modelo representado graficamente, mais abrangente e completo, por Dahlgren e Withe. Segundo os autores, existem vários determinantes da saúde, categorizados da seguinte forma: fatores individuais do estilo de vida, redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho e condições gerais socioeconómicas, culturais e ambientais. <sup>(16,21,22)</sup>

No que refere à saúde oral podemos identificar os que possuem maior relevância: hábitos alimentares (dieta, ingestão excessiva de açúcares, consumo de tabaco, consumo excessivo de álcool), maus hábitos de higiene oral (associados a perfis de risco, culturas e estilos de vida), condições de vida e meio ambiente (associado a diferentes contextos socioeconómicos e ambientais), administração de fluoretos e sistema de saúde (iniquidade de acessos aos serviços de saúde e produtos de saúde oral). <sup>(22)</sup>

Assim sendo, é essencial identificar e avaliar quais os determinantes de saúde que influenciam a saúde oral e consequentemente a qualidade de vida do indivíduo. Na medida

em que o conhecimento destes, tem grande relevo na criação de políticas de saúde, redução do risco de doenças e garantia da equidade de acesso aos serviços de saúde. <sup>(7,22,23)</sup>

## **2. Relação entre Saúde oral e Saúde Global**

A saúde oral é essencial para a saúde global e o bem-estar do indivíduo em todos os estágios da vida. Uma cavidade oral permite não só a correta nutrição do corpo, como também uma melhor interação social, promoção da autoestima e o sentimento de bem-estar. Tornando-se assim a “janela” do estado de saúde do indivíduo, uma vez que expressa sinais e sintomas de transtornos gerais de saúde. <sup>(24,25)</sup>

Segundo o *World Oral Health Report*, publicado em 2003, pela OMS, a saúde oral e a saúde geral relacionam-se de várias formas: saúde oral deficitária tem efeito nocivo nas doenças crónicas e pode provocar incapacidades; as doenças sistémicas podem exacerbar as manifestações das doenças orais e/ou diminuir a saúde oral; e a saúde oral e as doenças crónicas mais prevalente partilham os mesmos fatores de risco. <sup>(1)</sup>

### **2.1 Repercussões da saúde oral na saúde global do indivíduo**

Como referido anteriormente a saúde oral, tem um impacto na saúde geral. Estudos apresentaram a associação entre as doenças orais e as doenças crónicas não transmissíveis.

A saúde oral deficitária e o consequente desenvolvimento da doença periodontal foram associados a doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes, cancro oral e lesões pré-malignas. <sup>(24,26)</sup>

Relativamente às doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, estudos salientam que existe uma ação das doenças orais como fontes patogénicas que aumentam o risco de eventos arterioscleróticos e tromboembólicos. No entanto, ainda não existe evidências suficientes que sustentem uma teoria de causa efeito. Além desta relação, a doença periodontal e a ausência de higiene oral, são associadas a eventos de complicações e prolongamento na recuperação destas doenças. <sup>(27,28)</sup>

As doenças respiratórias, encontram-se igualmente associadas à saúde oral deficitária, pelo efeito que esta evidenciou ter nas infeções respiratórias. Estas associações foram justificadas: pela estreita ligação entre a cavidade oral e o trato respiratório; pelo facto da higiene oral, quando negligenciada, exacerbar a doença pulmonar obstrutiva crónica e pneumonia aspirativa e a pela partilha de fatores de risco entre a DPOC e a saúde



deficitária. Estudos afirmam que a melhoria da higiene oral está relacionada com a prevenção da pneumonia em idosos institucionalizados. <sup>(29-31)</sup>

A diabetes encontra-se relacionada com a doença periodontal. Autores afirmam que a doença periodontal é a sexta complicação da diabetes. Segundo os estudos realizados o grau de severidade e de risco de incidência da periodontite é influenciado pelo controlo do índice glicémico do doente com diabetes mellitus. <sup>(32-34)</sup>

No que refere ao cancro oral e lesões pré-malignas, uma condição de higiene oral negligente associada a fatores de risco como tabagismo e consumo de álcool, tem um efeito sinérgico no desenvolvimento destas patologias. Por conseguinte, a saúde global do indivíduo é afetada, uma vez que o sistema imunitário irá ficar diminuído, tornando-se mais suscetível a agentes patogénicos. <sup>(35,36)</sup>

Assim é de grande importância que haja um controlo da higiene e infeções orais existentes, tendo em vista a prevenção de complicações sistêmicas.

## **2.2 Repercussões da Saúde global na saúde oral do individuo**

Diversas doenças e condições sistêmicas têm manifestações orais. Estas por sua vez, podem ser sinais ou sintomas de doenças e, como tal, podem servir de base para um diagnóstico aprofundado e/ou precoce de determinadas patologias por parte do médico dentista. Por outro lado, um exame físico da cavidade oral pode revelar informações comportamentais (consumo de drogas e tabaco), evidências de violência físico e doméstico e do estado de saúde em geral. <sup>(1,25,32)</sup>

A alteração da qualidade e a quantidade da saliva pode ser um efeito oriundo de uma doença sistémica (diabetes, síndrome de sjögren, HIV-SIDA), doenças mentais, tratamentos de patologias e fármacos. Sendo os antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos,  $\beta$  bloqueadores e anti-histamínicos os mais comumente referidos pela literatura. Como exemplo, um indivíduo que apresente xerostomia tem um risco elevado de desenvolvimento de cárie dentária, doença periodontal e candidíase. <sup>(32,37)</sup>

Estima-se que, em Portugal, mais de um quinto da população portuguesa seja afetado por perturbações psiquiátricas (22,9%). Estudos realizados a pacientes com depressão, alzheimer, Parkinson e distúrbios alimentares, revelaram consequências negativas na saúde oral. Das observadas, salientam-se erosão dentária, bruxismo, desordens temporomandibulares, doença periodontal e cárie dentária. <sup>(38,39)</sup>

Indivíduos infetados pelo HIV e imunodeprimidos desenvolvem lesões orais como candidíase, leucoplasias e doença periodontal. Estas lesões podem ser um sinal precoce de que o indivíduo está infetado com o vírus HIV. Como consequência da presença de patologias orais, a qualidade de vida do indivíduo sofre um impacto negativo. Esta pode dever-se ao facto de a sua capacidade de falar, deglutir, mastigar e aparência poderem ter sido comprometidas. (40–42) No período, entre 1983 e 2015, foram registados 54297 casos de infeção por VIH em Portugal, dos quais 21177 em estadio SIDA. <sup>(43)</sup>

A osteoporose também é outro dos exemplos de manifestações precoces na cavidade oral, na medida em que a perda óssea no maxilar inferior é vista como indicador da doença. <sup>(35)</sup>

### **2.3 Fatores de riscos comuns entre doenças orais e outras doenças**

A literatura e estudos epidemiológicos evidenciam as relações entre saúde oral e saúde geral através da partilha de fatores de risco comuns e os determinantes sociais subjacentes. Assim sendo é fulcral que exista, além da integração da saúde oral nas políticas de saúde, a adoção uma abordagem dos fatores de risco em questão para a promoção da saúde. <sup>(44)</sup>

Em 2000, foi criado *The Common Risk Factor Approach (CRFA)*, tendo como premissa uma visão ampla no que refere à promoção da saúde oral. Segundo o CRFA, uma ação eficaz contra os fatores de risco para a saúde e seus determinantes sociais, alcançará melhorias nas doenças crónicas de uma forma mais eficaz e eficiente do que através de medidas isoladas e específicas para cada doença. <sup>(5,45)</sup>

Perante esta visão, a adoção desta abordagem, torna-se um recurso eficiente na medida em que os fatores de risco são relacionados com inúmeras doenças, um fator pode ter impacto em diferentes doenças, alguns deles podem agrupar-se em grupos de pessoas e pode existir uma interação de sinergia entre eles. <sup>(5)</sup>

Na dieta, o elevado consumo de açúcares, é um fator de risco no desenvolvimento da doença cárie. Além do seu efeito criogénico, o consumo de açúcar também está relacionado com outras doenças, como a diabetes, a obesidade, doença cardíaca coronária, acidente vascular cerebral e o cancro. <sup>(44,46–49)</sup>

O tabagismo está relacionado com o aparecimento de doenças como doença periodontal, complicações na cicatrização após tratamentos cirúrgicos na cavidade oral, vários tipos de cancro (rins, pâncreas, pulmão, fígado, oral, língua), doenças respiratórias,

coronária cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes e úlceras. De salientar que o consumo de tabaco acompanhado do consumo de álcool, atuam de uma forma sinérgica, amplificando os seus efeitos nocivos, nomeadamente no desenvolvimento do cancro oral. Indivíduos que consumam ambos, tem maior probabilidade de desenvolver este tipo de cancro. <sup>(44,50)</sup>

O álcool tem um efeito nocivo no sistema nervoso central. Sendo que o seu consumo excessivo origina dependência, tornando-se um fator de risco para o cancro oral, faríngeo e esofágico, doenças cardiovasculares, cirrose hepática e trauma da cabeça envolvendo a cavidade oral. A acrescentar às consequências a nível da saúde, deve-se ressaltar que problemas sociais, violência doméstica, criminalidade e lesões traumáticas da cavidade oral. No que refere a relação de sinergia com outros fatores de risco, além do consumo do tabaco, a ingestão de açúcar e ácidos, podem originar cárie e erosão dentária, respetivamente. <sup>(1,5,25)</sup>

A higiene é o conjunto de práticas utilizadas para garantir a boa saúde e asseio. A ausência desta leva a condições inflamatórias da pele e outras infeções bacterianas. No contexto da higiene oral, esta tem principal enfoque no controlo do biofilme bacteriano que prolifera nas superfícies dentárias. Quando a placa bacteriana não é removida regularmente, pode desenvolver-se a doença cárie e/ou periodontal. Perante esta influência negativa, a sua ausência, torna a higiene um fator de risco evidente para a saúde oral e geral. <sup>(5,32)</sup>

O Banco Mundial de Dados da OMS, expressou a análise cruzada do estado da saúde oral com a saúde geral (doenças crónicas) e fatores de risco comuns realizada a nível mundial. Segundo este, as informações obtidas a partir desta, permitirão a integração da promoção da saúde oral e prevenção integrada de doenças crónicas nos programas de saúde nacionais e comunitários. <sup>(49)</sup>

## **2.4 Impacto da Saúde Oral na qualidade de vida do individuo**

Em 1988, Locker desenvolveu um modelo teórico de avaliação da saúde oral, com base na classificação internacional de danos, limitações e incapacidade da OMS. Segundo este autor, as doenças orais ou traumas na cavidade oral provocam danos que podem desencadear um desconforto, dor e/ou limitação funcional. Estas consequências podem

levar a uma limitação física, psicológica e/ou social e que por sua vez irá originar uma incapacidade.<sup>(51)</sup>

Um exemplo do efeito a nível da dimensão funcional é o facto da doença oral e craniofacial ter um efeito pejorativo na capacidade de comer e na escolha de alimentos, influenciando assim a prática de uma dieta variada.<sup>(32,46)</sup>

A população idosa é a que mais evidência o impacto da saúde oral na qualidade de vida. Estudos realizados observaram que um dos motivos da desnutrição observada nesta população, foi devido a problemas na alimentação e deglutição. A saúde oral ganha uma importância significativa nesta relação de causa-efeito devido ao elevado grau de prevalência dos problemas de saúde oral nesta população, independentemente do nível de gravidade do distúrbio oral.<sup>(48,52)</sup> No estudo realizado por *Melo et al.*, 70,3% da população com mais de 65 anos portuguesa, apresentou ausência de dentes permanentes. Esta ausência influenciou a escolha de alimentos moles e de fácil mastigação em detrimento de outros com maior percentagem de fibras e nutrientes. Desta forma a saúde global do idoso, e a sua qualidade de vida é afetado negativamente, uma vez que estes hábitos podem levar a perda de peso e conseqüente déficit nutricional.<sup>(52,53)</sup>

Na dimensão social e psicológica, estudos relatam a relação entre as doenças orais e doenças mentais. Sendo que daí advém uma menor qualidade de vida, oriunda do desejo de evitar o contacto social devido à aparência, e o isolamento pessoal causado pelo efeito da dor ou desconforto. Indivíduos com uma condição oral deficitária, por exemplo ausência de peças dentárias, têm tendência a evitar sorrir, falar, entre outras expressões não verbais que exponham a sua cavidade oral. A fissura labial palatina, problemas oclusais, cancro oral e faríngeo, devido às suas conseqüências na aparência facial, alimentação, comunicação, constituição do aparelho estomatognático e paladar, também foram apresentadas como exemplos do impacto da saúde oral a nível social e psicológico.<sup>(38)</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a “qualidade de vida é uma percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.<sup>(54)</sup>

Perante esta definição podemos considerar que o bem-estar do indivíduo é posto em causa quando a sua qualidade de vida sofre um impacto negativo. No contexto da saúde oral este poderá ser através de uma experiência dolorosa, oriunda das doenças orais. Como

consequência destas, poderá ocorrer um comprometimento na alimentação e mastigação, bem como a aparência social e a dificuldade em comunicar devido à falta de peças dentárias. Por conseguinte, as atividades do quotidiano diário deste serão prejudicadas, nomeadamente no emprego, na escola e em casa. <sup>(39)</sup>

### 3. Saúde oral em Portugal

#### 3.1 Prevalência das doenças orais em Portugal

Como já fora referido, a monitorização dos principais indicadores de saúde oral é essencial para adequar e aumentar a eficácia dos programas de saúde oral. Tendo este fundamento como base, foram realizados desde 2000, três estudos acerca da prevalência das doenças orais, em 2000, 2005/6 e 2012/14. <sup>(7,55)</sup>

Entre 2013-2014 decorreu o *III Estudo da prevalência das doenças orais*, realizado pela DGS em conjunto com a OMD, referido como sendo o de maior abrangência no que alude aos diferentes grupos populacionais. Além das idades, compreendidas entre os 6-15 anos de idade, foram também avaliados indivíduos com 18 anos, entre os 35-44 anos e os 65-74 anos de idade. <sup>(55)</sup>

No estudo supracitado, como amostra representativa da população portuguesa, avaliaram-se 6315 indivíduos, incluindo Portugal continental e as regiões autónomas dos Açores e da Madeira. Perante os objetivos propostos por este, obteve-se as seguintes conclusões:

1. A prevalência da cárie dentária aos 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos, vai aumentando à medida que se sobe no grupo etário, como se pode observar na tabela x. Salientando que meta da OMS para 2020 para crianças com 6 anos é de 59% livre de cárie e índice de cpod de 1,35. Podemos afirmar que estamos próximos de atingi-lo. Uma vez que a cerca de 54,8% das crianças de 6 anos apresentaram-se livres de cárie e o índice de "c5pod" foi de 1,65. Aqui podemos observar os resultados dos diversos programas de promoção da saúde oral em crianças e jovens, comparando estes valores com os do ano 2000 cujo o resultado foi de 33%, e um índice de "c5pod" de 3,56, em 2006, 51% estava livre de cárie e apresentaram um índice de "c5pod" de 2,1. Aos 12 anos, o índice de "c5pod" era de 2,95, no ano 2000, de 1,48, em 2006, e de 1,18 em 2013. <sup>(55)</sup>

Relativamente aos resultados do índice de cpod, podemos constatar que os indivíduos compreendidos entre os 35 – 74 anos são os que apresentam um maior índice oriundo de um maior número de peças dentárias cariadas, perdidas e obturadas. <sup>(55)</sup> *(Tabela 1 e 2, Anexos)*

2. A prevalência das doenças periodontais aos 12, 18, 35-44 e 65-74 anos, segundo o índice periodontal comunitário observou-se um decréscimo de indivíduos saudáveis no que refere aos grupos populacionais representativos de indivíduos adultos. Nestas idades, o ICP deve ser avaliado em três categorias: saudável, hemorragia gengival e cálculo. Assim sendo, a prevalência das doenças em questão nos grupos de 12 e 18 anos não foi observada, e dos 35-44 anos e 65-74 anos de 19,7% e 25,4 % respetivamente. Quanto à gravidade da doença periodontal, o grupo etário dos 65-74 anos de um total de 1309 indivíduos, foi o que apresentou dados mais relevantes, em que 963 indivíduos apresentaram perda de inserção. <sup>(55)</sup> *(Tabela 3 e 4, Anexos)*
3. O grupo etário dos 12 anos é o recomendado pela OMS, a avaliação da fluorose dentária através do Índice de Dean. Da análise dos resultados verificou-se que, a maior parte das crianças com 12 anos de idade, não apresentavam alterações significativas dos seus dentes devido a flúor em excesso. Sendo que de um total de 1309 crianças, apenas 308, o correspondente a 27,4% apresentou alterações dentárias. *(Tabela 5, Anexos)* No estudo realizado em 2008, para o mesmo grupo etário, 75,7% de 837 crianças, cerca de 634 não apresentaram alterações significativas dos seus dentes devido a flúor em excesso. <sup>(55)</sup>
4. O cálculo da prevalência de lesões da mucosa da cavidade oral, foi realizado com base em exame macroscópico aos grupos etários dos 35-44 e 65-74 anos a nível nacional. O grupo etário dos 65-74 anos de idades, apresentou maior percentagem de indivíduos com lesões da mucosa. De um universo de 1309 indivíduos, cerca de 156 apresentaram lesões orais. De destacar que as ulcerações foram as lesões com maior evidência em ambos os grupos. *(Tabela 6, Anexos)* <sup>(55)</sup>
5. Comparando a prevalência das doenças orais entre Portugal continental e as regiões autónomas da Madeira e dos Açores mediante as faixas etárias e a doença pode observar-se que:

- no que refere à doença cárie, para os 6 anos, a região da Madeira foi a que expressou menor percentagem de indivíduos sem experiência cárie, cerca de 53,8% e a que expressou maior índice de cpod, 1,74. Já no grupo dos 12 e 18 anos, evidenciou-se pela negativa o conjunto das cinco regiões do continente, apresentando uma maior prevalência da doença em questão, com apenas 56,46 % de indivíduos saudáveis e um índice de cpod, cerca de 1,06, e 34,11% livres de cárie e 2,51 como índice de cpod, respetivamente. Já na população adulta, a ilha da Madeira foi a que apresentou maior percentagem de população com doença cárie, apenas 1,09 % dos indivíduos sem doença cárie e um índice de cpod de 12,03, para o grupo dos 35-44 anos; e todos os indivíduos avaliados apresentaram a condição de cárie e um índice de cpod de 18,79 para o grupo 65-74. <sup>(55)</sup>

- Quanto à doença periodontal, aos 18 anos a região da Madeira apresentou menor percentagem de população saudável, já nos grupos 35-44 e 65-74 anos o o conjunto das 5 regiões do continente, apresentaram igual a menor percentagem de indivíduos saudáveis, cerca de 38,08% e 27,48% respetivamente. <sup>(55)</sup>

- A fluorose apenas foi avaliado no grupo de 12 anos, segundo as diretrizes da OMS, do grupo avaliado foi a que apresentou maior % de indivíduos sem expressão de nenhuma alteração da estrutura dentária característica da fluorose. <sup>(55)</sup>

Apesar deste estudo ser o mais abrangente a nível de grupos etários alvo, é de ressaltar algumas questões que são essenciais para a caracterização da saúde oral da população portuguesa:

- A amostra obtida corresponde a 0,06 % da população portuguesa, considerando os dados publicados pela da DGS em 2013, o número da população portuguesa residente era de 10 427 301. Analisando igualmente por grupos etários, podemos constatar que a amostra também é muito reduzida. Segundo informação obtida através da DGEEC para o ano letivo de 2013/2014 o número de "Alunos matriculados/inscritos em atividades de educação e formação", ensino público e privado, era de aos 6 anos 91 810, aos 12 anos de 102 131 e aos 18 anos de 82422. Tendo estes valores presentes, podemos aferir que foram objeto de estudo no III ENPDO cerca de 1,42% de crianças com 6 anos, 1,28% com 12 anos e 1,32% com 18 anos. <sup>(7,55)</sup>

- A inclusão do cancro oral num próximo estudo. O cancro oral e da faringe é o 7º tipo com maior taxa de incidência, 15,2, (1602/100 000 Hab), tendo o sexo masculino evidenciado uma maior taxa de incidência, (21,0) comparativamente ao sexo feminino. <sup>(4,3)</sup>

Utilizando como critério a frequência e relevância nos programas em curso na direção do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNDO), foram selecionadas as dez patologias mais frequentes. Nesta seleção, cancro oral foi uma das patologias escolhidas dada a especificidade do seu tratamento. O PNDO encontra-se a trabalhar em conjunto com o PNPSO no âmbito da organização do PIPCO, no entanto, ainda não existem estudos que expressem alguma alteração na produção hospitalar. Entre 2009 e 2013, demonstram um decréscimo de internamentos relativamente às neoplasias malignas do lábio, bocal, local NCOP ou não especificado e orofaringe. Contrariamente observou-se um aumento nas neoplasias malignas da língua, gengiva, pavimento da boca e laringe. <sup>(56)</sup>

Em Portugal, no período de 2014/15 foram emitidos 6 171 cheques diagnóstico, dos quais foram utilizados 2 059, e emitidos 1 004 cheques biópsia, e utilizados 723. Como resultado das biópsias, em 2014 foram totalizados 14 e em 2015, 21 resultados positivos. Por sua vez, como resultados potencialmente malignos, em 2014 registaram-se 25 e em 2015 49 casos. Perante estes dados pode-se verificar um aumento tanto de neoplasias como de lesões pré-malignas. <sup>(56)</sup>

- A OMS preconiza a realização de estudos nacionais de 5 em 5 anos, no entanto os estudos públicos não corroboram essa recomendação. Em Portugal, a DGS realizou em 2000 e 2005/6 o estudo da prevalência das doenças orais às crianças de 6, 12 e 15 anos de idade, e em 2013/14 em colaboração com a OMD aos grupos etários de 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos <sup>(7,13,55)</sup> Por outro lado, o PNPSO tem como diretriz, a sua avaliação com uma periodicidade anual, com base nos seguintes indicadores : <sup>(8)</sup>

- Percentagem de crianças em programa aos 3, 6, 12 e 15 anos;
- Percentagem de crianças em programa no Jardim de infância e no 1º, 2º e 3º ciclo;
- Percentagem de crianças com necessidades de tratamentos dentários, encaminhadas e tratadas;
- Percentagem de crianças de alto risco de cárie;



- Percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos;
- Índice de CPOD aos 6 anos;
- Índice de CPOD aos 12 anos

De salientar que este é o primeiro estudo de prevalência de doenças orais em Portugal, que abrange a população adulta. E como tal, não existe termo comparativos de estudos anteriores que possam demonstrar a evolução e ação do PNPSO. <sup>(55)</sup>

### 3.2 Equidade e acesso a cuidados de saúde oral em Portugal

Entende-se equidade em saúde como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação, no estado de saúde de grupos populacionais oriundos de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos. Este princípio expressa-se pela igualdade que o indivíduo detém para atingir o seu potencial de saúde. Este está dependente dos determinantes sociais, uma vez que estes são responsáveis pelas desigualdades em saúde. Os objetivos de equidade do SNS português estão integrados nas bases em que assenta: universal (destinado a todos os cidadãos, sem discriminação), geral (prevenção, tratamento e reabilitação) e tendencialmente gratuito (financiado pelo Estado e com escasso recurso ao pagamento direto dos utentes). O artigo 4º explicita que “o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social”. O acesso aos cuidados de saúde, como determinante de saúde, reduz as desigualdades. Este é fruto a relação entre várias dimensões (procura adequada de serviços, disponibilidade, proximidade, custos diretos, custos indiretos, qualidade e aceitação). <sup>(57)</sup>

Em Portugal, a procura em cuidados de saúde oral é condicionada pela organização ao nível do SNS e por questões socioeconómicas, nomeadamente o custo dos tratamentos. O que produz uma desigualdade evidente no acesso aos cuidados de saúde oral. <sup>(14)</sup>

Segundo os resultados apresentados pelo III Estudo Nacional de prevalência das doenças orais de 2013/14, todos os grupos etários de 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos de idade, apresentaram maior percentagem de indivíduos que já tinha consultado o médico dentista menos de 1 ano. <sup>(55)</sup>

Contudo no estudo apresentado por *Melo et al*, em 2016, de uma amostra representativa da população com idade superior a 15 anos, 47,4% da população não visitou o dentista há mais de um ano. <sup>(53)</sup>

No III ENPDO, apresentaram como principais motivos para não serem consultados pelo médico dentista: no grupo etário 35-44 anos, 46,6% o custo das consultas, 35,2% prioridade reduzida, fatores relacionados com o dentista 45,5%; os indivíduos entre os 65-74, apresentaram 28,4% custo da consulta, 56,0% prioridade reduzida, 62,6% fatores relacionados com o utente. Relativamente à mesma questão, a amostra de *Melo et al*, identificou as questões financeiras (36,7%) e a perceção de que a ida ao dentista não é necessária (33,3%) como principais motivos para não serem consultados pelos médicos dentistas. <sup>(53,55)</sup>

Para 2,8 milhões de pessoas com 15 ou mais anos (31,6%) a consulta de medicina dentária mais recente tinha ocorrido há menos de 6 meses do momento da entrevista, e entre 6 a 12 meses para 1,5 milhões da população em análise. A higienização da boca (22,8%), a existência de dores ou outra situação de urgência (17,2%), a visita anual (13,3%) e a extração de um dente (13,3%) foram os principais motivos para a consulta mais recente. Mais de 1/5 da população com 65 ou mais anos referiu que a última consulta com um dentista foi motivada pela necessidade de extração de um dente e cerca de 17% precisou de fazer uma prótese dentária. <sup>(58)</sup>

Em Portugal, existem quatro classes de profissionais: Médico Estomatologista, Médico dentista, Odontologista e Higienista Oral. No ano de 2012, o Council of European Dentists (2015), apurou um total de 9097 profissionais de saúde oral no ativo, 650 Médicos Estomatologistas, 7779 Médicos Dentistas, 668 Odontologistas e 520 higienistas orais. O rácio de Médicos Estomatologistas/Médicos Dentistas/Odontologistas no ativo em relação à população é de 1153 habitantes por cada profissional, em 2012, um dos valores mais baixos da Europa, sendo que com rácios inferiores apenas estão os países: Noruega, Dinamarca, Chipre, Bulgária, Lituânia e Liechtenstein. Já o rácio de Médicos Dentistas no ativo face à população é de 1348, para o mesmo ano, o que já coloca Portugal a meio da tabela em relação aos restantes países da Europa. <sup>(6,59)</sup>

### 3.3 SNS

O SNS fornece cuidados de saúde oral de duas maneiras, a nível hospitalar e nos cuidados de saúde primários através do PNPSO. No que concerne ao cuidado hospitalar, os cuidados são prestados nos Serviços de Estomatologia e incluem Consultas Externas, Consultas Internas e Serviço de Urgência. Numa primeira fase o utente é referenciado, para uma consulta inicial, na qual é submetido a uma triagem e posteriormente encaminhado para a especialidade de estomatologia indicada. Por sua vez, a consulta interna, destina-se a utentes internados, oriundos de outros serviços ou de outras instituições de saúde que não possuam a valência. Sendo que os serviços de cuidados de saúde oral ao domicílio não estão previstos no SNS. <sup>(60,61)</sup>

Ao nível dos cuidados secundários e terciários, em 2016 existiam 149 médicos especialistas em estomatologia dos quais 38 eram internos nesta especialidade. Por outro lado, segundo os dados da OMD para o mesmo ano, a encontravam-se 9388 médicos dentistas ativos. <sup>(59,61)</sup>

Em 2014, foram realizadas 294 185 consultas externas nos hospitais Portugueses, incluindo regiões autónomas, de Estomatologia, das quais 229 284 no sector público, 3 126 no não público e 61 775 no sector privado. No mesmo ano, foram igualmente realizadas 211 060 consultas externas nos hospitais Portugueses, incluindo regiões autónomas, de Medicina Dentária, das quais 3 139 no sector público, 20 430 no não público e 187 491 no sector privado. <sup>(62)</sup>

Em 2015, houve uma diminuição, sendo realizadas 225 026 consultas no total das cinco regiões, o que fez uma taxa de 22,40 consultas por cada 1000 habitantes. <sup>(61)</sup>

Dados recentes do Barómetro Nacional de Saúde Oral 2015 revelaram, que nos 12 meses anteriores ao inquérito, 22,3% dos residuais 6,9% dos portugueses que recorreram ao SNS para tratamento de algum problema oral, sentiram que o problema não foi solucionado.

<sup>(59,63)</sup>

### 3.4 Privado

A ERS apresentou em abril de 2014, os dados resultantes do registo obrigatório de prestadores de cuidados de saúde oral, que constam no SRER (sistema de registo de estabelecimentos regulados). A oferta nacional de serviços de saúde oral é de cerca de

4 668 entidades com e sem fins lucrativos, as quais são detentoras de 5 641 estabelecimentos. <sup>(64)</sup>

### 3.5 PNPSO

Como havia sido referido o início do ponto 4, os cuidados de saúde oral no sector de cuidados primários são realizados através do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO). Este tem como objetivo promover e prevenir a saúde oral, articulando-se com programas de saúde escolar, saúde infantil e juvenil, saúde materna e vigilância da saúde do idoso. Com vista a colmatar as falhas do SNS, este programa procede à contratualização de serviços no sector primário mediante a atribuição de um cheque dentista. Este cheque, é atribuído a utentes beneficiários do SNS, designadamente: mulheres grávidas em vigilância pré-natal no SNS; pessoas idosas beneficiários do Complemento Solidário de Idosos (CSI) utentes do SNS; crianças de 7, 10 e 13 anos que frequentam ensino público e IPSS; crianças de idades intermédias às citadas anteriormente (8,9,11,12,14 e 15 anos); crianças com idade inferior a 7 anos; utentes portadores de VIH/SIDA; e utentes com suspeita de lesão de cancro oral. <sup>(9-12,14,64)</sup>

Desde o início da sua implementação, o PNPSO sofreu várias alterações no âmbito do alargamento dos utentes beneficiários. De 2010, início da emissão do cheque dentista, até 2015, o número de utentes beneficiados pelo PNPSO foi de 2 209 764, no mesmo período foram emitidos 3 291 727 cheques dentistas. Dos quais em 2015 foram utilizados 415 017, o correspondente a 76%. <sup>(64)</sup>

Apesar do aumento de utentes abrangidos pelo PNPSO, a ERS, após uma avaliação ao PNPSO em 2014, questionou o direito de universalidade e equidade no acesso ao programa devido a duas aspetos:

- não serem abrangidos determinados indivíduos que pertenceriam aos grupos de beneficiários se estes fossem definidos em sentido lato (crianças e jovens, grávidas, idosos, utentes com VIH/SIDA), concretamente as crianças e jovens de determinadas coortes e a frequentarem escolas privadas, os idosos não beneficiários de complemento solidário e as grávidas não seguidas no SNS; <sup>(14)</sup>

- a discriminação positiva subjacente ao benefício atribuído aos idosos com complemento solidário não segue a mesma lógica nem para o grupo das grávidas, nem para o grupo de crianças e jovens que frequentam escolas públicas ou instituições

particulares de solidariedade social, que não necessitam de preencher qualquer tipo de requisito em termos condição económica para beneficiar de cheque dentista. <sup>(14)</sup>

Contudo apesar destas considerações, tanto a ERS como a DGS, consideram que a implementação do PNOSO e o alargamento dos utentes beneficiários, repercutiram-se na melhoria da saúde oral dos portugueses, como comprovam os dados relativos a saúde oral da população portuguesa, anteriormente apresentados. <sup>(14,64)</sup>

#### **4. Saúde oral além de um direito, uma necessidade**

##### **4.1 Cuidados de saúde em Portugal**

###### **4.1.1 Primários**

Através da rede de cuidados de saúde primário é possível acompanhar o indivíduo desde o primeiro estágio de vida, através do acompanhamento das grávidas. <sup>(8,65)</sup>

A grávida é acompanhada ao longo do período de gestação. Aproveitando esse acompanhamento e conseqüente contacto próximo com a utente, é essencial implementar medidas de promoção, prevenção e tratamento a nível da saúde oral. De forma a reduzir o impacto das doenças orais tanto nas gestantes como nos seus filhos. Cumprindo o disposto o PNPSO para o grupo das grávidas e das crianças dos 0-3 anos. <sup>(8)</sup>

No grupo de crianças e adolescentes, através de articulação com as equipas de saúde escolar, na qual estaria um médico dentista integrado, realizar avaliações anuais do estado de saúde dos alunos. Com o intuito de à posteriori identifica-los para serem beneficiários do “cheque dentista” e terem acesso aos cuidados necessários. Por outro lado, esta ligação estratégica permitirá um processo de promoção e prevenção mais eficaz, na medida em que as atividades são direcionadas mediante as necessidades exposta pelos grupos alvo. <sup>(8,13,15)</sup>

Os adultos por sua vez, através das consultas de medicina geral familiar poderão ser referenciados para o médico dentista, para uma consulta de avaliação da cavidade oral, tendo em vista o diagnóstico de cancro oral ou lesões pré-malignas. <sup>(65,66)</sup>

À luz do que foi proposto para o grupo de crianças e jovens, uma estreita relação com os centros de dia e acolhimento, será uma mais valia no acompanhamento do âmbito da saúde oral dos idosos com mais de 65 anos. Aqui será essencial, que além das medidas de promoção, prevenção e tratamento, seja feita uma formação e atualização continua dos profissionais que acompanham diariamente esta população. <sup>(9,65)</sup>

No que refere aos grupos de prioritários do SNS, designadamente os portadores de HIV/SIDA, será uma mais valia a articulação com a equipas de saúde e de ação social que trabalham diariamente com eles, de modo a que os objetivos propostos pelo PNPSO sejam cumpridos de forma mais abrangente e eficaz. <sup>(10,13,65)</sup>

De ressaltar que estas propostas foram realizadas com base na leitura de toda a bibliografia e metas da OMS. Como tal, carecem de um estudo inicial das necessidades de cada unidade de cuidados de saúde primários, bem como deve ter como bases o acesso equitativo e livre de discriminações socioeconómicas. Uma vez que estes são dos fatores que atualmente mais prejudicam o acesso aos cuidados de saúde oral em Portugal. <sup>(57,67)</sup>

#### **4.1.2 Continuados**

A rede de cuidados continuados tem como responsabilidade os cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência. Visando a recuperação global, promoção da autonomia e melhora da funcionalidade da pessoa dependente. <sup>(57)</sup>

Em 2015, foram assistidos na RCC 50.243 utentes (48.299 em 2014). Ressalvando o impacto da saúde oral exposto nos pontos anteriores, é evidente que os cuidados médico-dentários deverão ser integrados nesta rede. A integração do médico dentista nos cuidados continuados terá um contributo vantajoso na recuperação dos utentes hospitalizados nestes cuidados. Assim como deverá existir uma formação dos prestadores de cuidados de saúde que acompanham os utentes durante o seu internamento. <sup>(64)</sup>

#### **4.1.3 Hospitalar**

A incorporação dos médicos dentistas nas equipas multidisciplinares dos cuidados de saúde hospitalares, é uma mais valia para o bem-estar e dignidade do paciente, contribuindo para a prevenção de infeções, redução do tempo de internamento e complicações na saúde em geral. <sup>(13,68)</sup>

Os utentes que utilizam estes cuidados carecem de um acompanhamento constante, dada a fragilidade do seu estado de saúde. É comum em pacientes internados, que a higiene oral seja negligenciada, uma vez que a principal preocupação é o motivo levou ao internamento. Neste contexto a atividade do médico dentista deverá dar especial atenção a cuidados médico dentários curativos, seguindo-se a promoção e prevenção da saúde oral.

<sup>(68)</sup>

#### 4.1.4 Paliativos

Os cuidados paliativos visam a promoção do bem-estar e da qualidade de vida do indivíduo em internamento ou no domicílio. Devido a uma doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva. Estes visam a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais.<sup>(57)</sup>

Relembrando, mais uma vez o exposto no decorrer deste trabalho, surge a associação entre a saúde oral e a doença crónica, das quais advém, alterações da cavidade oral como a mucosite ou a xerostomia, responsáveis por provocar dor, infeções, alteração da nutrição ou da comunicação, influenciando de forma significativa o bem-estar das pessoas, conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida.<sup>(69)</sup>

Com base nestes factos o médico dentista deverá ser integrado nesta rede de cuidados, de forma a promover os cuidados necessários a cada utente de acordo com as suas necessidades. Além das medidas curativas, deverá ser implementado um programa estratégico de promoção e prevenção da saúde oral em pacientes dos cuidados paliativos. De forma a reforçar este programa, deverá ser dada uma formação dos profissionais de saúde que prestam os cuidados diários aos utentes desta rede.<sup>(70)</sup>

## Conclusão

Em suma, podemos concluir que a integração do médico dentista no sistema nacional de saúde português é uma necessidade da população portuguesa. Uma vez que:

1. A saúde oral deficitária tem repercussões negativas no estado global de saúde do indivíduo. Em sentido inverso as doenças crónicas apresentam manifestações orais com efeitos prejudiciais na saúde oral. Esta por sua vez, tem um impacto na qualidade de vida do indivíduo, provocando incapacidades das quais podem advir consequências negativas a nível físico, psicológico e social;

2. Em Portugal, os cuidados de saúde oral são uma necessidade não satisfeita. Além desta carência, foi observada uma ausência de equidade no acesso aos cuidados, nomeadamente devido à distribuição desigual dos profissionais especializada e questões socioeconómicas;

3. A informação cedida por estudos epidemiológicos é reduzida, apenas foram realizados três estudo nacionais acerca da prevalência das doenças orais. E apenas o III estudo abrangeu a população adulta e idosa. Por outro lado, apenas existe um relatório de avaliação do PNPSO, realizado um em 2014 pela ERS. Estes dois factos impossibilitam uma avaliação real do estado de saúde dos portugueses e da efetividade dos PNPSO;

4. Dado o reduzido número de estudos realizados, é essencial que sejam realizados antes da implementação de qualquer medida, tendo em vista a criação de programas de saúde efetivos, equitativos e eficazes

5. Por fim podemos aferir que a integração dos médicos dentistas no SNS, permitirá a elaboração de medidas no âmbito da promoção, prevenção e prestação de cuidados de saúde oral na rede de cuidados de saúde do Sistema Nacional de Saúde. Esta integração contribuirá para o cumprimento dos objetivos do PNS- extensão 2020.

No entanto é de ressaltar que é necessário, com base no documento *“Global goals for oral health 2020”*, a definição das metas para a saúde oral da população portuguesa para o ano de 2020.



## Bibliografia

1. Poul Erik Petersen. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31(Suppl.1):3–24.
2. Poul Erik Petersen, Denis Bourgeois, Hiroshi Ogawa, Saskia Estupinan-Day, Charlotte Ndiaye. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization.* 2005;(83):661–9.
3. Poul Erik Petersen. World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. *International Dental Journal.* 2008;58(3):115–21.
4. D. Locker, M. Clarke, B. Payne. Self-perceived Oral Health Status, Psychological Well-being, and Life Satisfaction in an Older Adult Population. *Journal of Dental Research.* 1 de Abril de 2000;(79):970–5.
5. Aubrey Sheiham, Richard Geddie Watt. The Common Risk Factor Approach: a rational basis for UK promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000;(28):399–406.
6. Reena Patel. The State of Oral Health in Europe: Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. *Better oral health - European Plataforma;* 2012.
7. Ministério da Saúde. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Direcção-Geral da Saúde; 2008.
8. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Direcção-Geral da Saúde; 2005.
9. Ministério da Saúde. Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Grávidas e Idosos beneficiários do complemento solidário. Direcção-Geral da Saúde; 2008.
10. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Pessoas com infecção por HIV/SIDA. Direcção - Geral da Saúde; 2010.
11. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Alargamento a crianças e jovens de 8, 11 e 14 anos - Saúde Oral Crianças e Jovens Idades Intermédias : Revogação da CN nº4, de 10 de Março de 2010. Direcção - Geral da Saúde; 2010.

12. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral : Crianças e Jovens da rede pública e IPSS da coorte dos 15 anos completos. Direcção - Geral da Saúde; 2013.
13. Ordem dos Médicos Dentistas. Plano Nacional de Saúde 2011-2015: Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar. 2010.
14. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. 2014.
15. Martin Hobdell, Poul Erik Petersen, John Clarkson, Newell Johnson. Global goals for oral health 2020. FDI/World Dental Press. 2003;(53)285–8.
16. Isabel Loureiro, Natércia Miranda. Promover a Saúde : dos fundamentos à ação. 2ª ed. revista e atualizada. Coimbra: Edições Almedina,S. A.; 2016. 404 p.
17. Declaração de Alma-Ata. Em Alma-Ata; 1978.
18. Assembleia da República. Constituição da República Portuguesa - VII Revisão Constitucional. 2005.
19. A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Em Ottawa, Canadá; 1986.
20. FDI World Dental Federation. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. Journal of Public Health Dentistry; 2017.
21. Emili Cuenca Sala, Pilar Baca García. Odontología preventiva y comunitaria - Principios, métodos y aplicaciones. 4.ª. Elsevier Masson; 2013. 284 p.
22. Mark Exworthy. Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. Health Policy and Planning. 2008;23:318–27.
23. Richard G. Watt. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bulletin of the World Health Organization. Setembro de 2005;83(9):711–8.
24. Poul Erik Petersen. Priorities for research for oral health in the 21st Century - the approach of the WHO Global Health Programme. Community Dent Health. 2005;(22):71–4.
25. Department of health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. U.S.Public Health Service;
26. Paul Erik Petersen, Hiroshi Ueda. Oral health in ageing societies: integration of oral health and general health. Geneva: World Health Organization; 2006.

27. Otto L.T. Lam, Wen Zhang, Lakshman P. Samaranayake, Leonard S.W. Li, Colman McGrath. A systematic review of the effectiveness of oral health promotion activities among patients with cardiovascular disease. *Int J Cardiol.* 2011;(151):261–7.
28. Peter B. Lockhart, Ann F. Bolger, Panos N. Papapanou, Olusegun Osinbowale, Maurizio Trevisan, Matthew E. Levison, et al. Periodontal Disease and Atherosclerotic Vascular Disease: Does the Evidence Support an Independent Association?: a scientific statement from the American Heart Association. *Am Heart Assoc J.* 2012;(125):2520–44.
29. Amir Azarpazhooh, James L. Leake. Systematic Review of the Association Between Respiratory Diseases and Oral Health. *J Periodontol.* Setembro de 2006;77(9):1465–82.
30. Nikhil Sharma, H. Shamsuddin. Association Between Respiratory Disease in Hospitalized Patients and Periodontal Disease: A Cross-Sectional Study. *J Periodontol.* Agosto de 2011;82(8):1155–60.
31. Jaya Sarin, Ramesh Balasubramaniam, Amy M. Corcoran, Joel M. Laudendach, Eric T. Stoopler. Reducing the Risk of Aspiration Pneumonia among Elderly Patients in Long-Term Care Facilities through Oral Health Interventions. *J Am Med Dir Assoc.* 2008;(9):128–35.
32. Douglas B. Berkey, Frank A. Scannapieco. Medical considerations relating to the oral health of older adults. *Spec Care Dent Assoc Wiley Period.* 2013;33(4):164–76.
33. M. Soell, M. Hassan, A. Miliauskaite, Y. Haikel, D. Selimovic. The oral cavity of elderly patients in diabetes. *Diabetes Metab.* 2007;(33):S10–8.
34. Renata S. Leite, Nicole M. Marlow, Jyotika K. Fernandes. Oral Health and Type 2 Diabetes. *Am J Med Sci.* Abril de 2013;345(4):271–3.
35. Daniel Kandelman, Poul Erik Petersen, Hiroshi Ueda. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dent Assoc Wiley Period Inc.* 2008;6(28):224–36.
36. Jeffrey S. Chang, Hung-I Lo, Tung-Yiu Wong, Cheng-Chih Huang, Wei-Ting Lee, Shang-Yin Wu, et al. Investigating the association between oral hygiene and neck cancer. *Oral Oncol.* 2013;(49):1010–7.
37. Bing Liu, Michael R. Dion, M. Marianne Jurasic, Gretchen Gibson, Judith A. Jones. Xerostomia and salivary hypofunction in vulnerable elders: prevalence and etiology. *Oral Med.* Julho de 2012;114(1):52–60.

38. R. Patel, A. Gamboa. Prevalence of oral diseases and oral-health-related quality of life in people with severe mental illness undertaking community-based psychiatric care. *Br Dent J.* 2012;213(E16).
39. Young Sun Kim, Han-Na Kim, Jung-Ha Lee, Se-Yeon Kim, Eun-Joo Jun, Jin-Bom Kim. Association of stress, depression, and suicidal ideation with subjective oral health status and oral functions in Korean adults aged 35 years or more. *BMC Oral Health.* 2017;(17:101).
40. F M Fabian, F K Kahabuka, P E Petersen, F M Shubi, N Jurgensen. Oral manifestations among people living with HIV/AIDS in Tanzania. *Int Dent J.* 2009;59(4):187–91.
41. Maeve M. Coogan, Jonh Greenspan, & Stephen J. Challacombe. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull World Health Organ.* Setembro de 2005;83(9):700–6.
42. SA Liberali, EA Coates, AD Freeman, RM Logan, L Jamieson, G Mejia. Oral conditions and their social impact among HIV dental patients, 18 years on. *Aust Dent J.* 2013;58:18–25.
43. Direção de Serviços de Informação e Análise. *A Saúde dos Portugueses 2016.* Direção Geral de Saúde; 2016.
44. Paul Erik Petersen. Challenges to improvement of oral health in the 21st century-the approach of th WHO Global Oral Health Programme. *International Dental Journal.* 2004;54(6):329–43.
45. Richard G. Watt, Aubrey Sheiham. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012;
46. World Health Organization. *Diet, nutrition and the prevetion of crhonic diseases.* Geneva; 2003. (WHO Technical Report Series). Report No.: 916.
47. Paula J. Moynihan. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. *Bulletin od world health organization.* 2005;9(83):694–9.
48. Poul Erik Petersen, Tatsuo Yamamoto. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;(33):81–92.
49. Poul Erik Petersen, Denis Bourgeois, Douglas Bratthall, Hiroshi Ogawa. Oral health information systems - towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization.* Setembro de 2005;83(9):686–93.

50. World Health Organization. WHO monograph on tobacco cessation and oral health integration. 2017.
51. P Finbarr Allen. Assessment of oral health related quality of life. Health Qual Life Outcomes. 8 de Setembro de 2003;1(40).
52. Nandita Kshetrimayum, Chava Venkata Konda Reddy, Sunitha Siddhana, Maurya Manjunath, Sushma Rudraswamy, Sibyl Sulavai. Oral health-related quality of life and nutritional status of institutionalized elderly population aged 60 years and above in Mysore City, India. Gerodontology Soc John Wiley Sons AS. 2012;
53. Paulo Melo, Sandra Marques, Orlando Monteiro Silva. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. International Dental Journal. 2016;
54. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of life assessment (QHOQOL): Position paper from the World Health Organization. SocSci Med. 1995;41(10).
55. Direção de Geral de Saúde. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos - Relatório, Apresentação de resultados. 2015.
56. Direção de Serviços de Informação e Análise. Portugal Doenças Oncológicas em números – 2014. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2014 Nov.
57. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 : 3.2 Eixo Estratégico - Equidade Acesso aos Cuidados de Saúde.
58. Instituto Nacional de Estatística - Statistic Portugal. Estatística em Saúde Estudo Nacional 2014. ed. 2016. Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2014.
59. Ordem dos Médicos Dentistas. Os números da Ordem 2017. Porto; 2017.
60. Anthony S Kravitz, Allison Bullock, Jon Cowpe. Manual of Dental Practice 2015. 5.1. Cardiff University, Wales, United Kingdom: The Council of European Dentists; 2015.
61. Ministério da Saúde. Rede de Referência Hospitalar - Estomatologia. 2016 Dezembro.
62. Instituto Nacional de Estatística - Statistic Portugal. Inquérito Nacional de Saúde 2014. 2016.ª ed. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2016.
63. Ordem dos Médicos Dentistas. Barómetro Nacional de Saúde Oral 2015. 2015.
64. Ministério da Saúde. Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas - 2015. 2016 Jul.
65. Luís Silva Miguel, Armando Brito de Sá. Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Ministério da Saúde; 2010.

66. Direção de Geral de Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral : Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral. 2014.
67. Direção de Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020. 2015.
68. Emmanuel Terezakis, Ian Needleman, Navdeep Kumar, David Moles, Elisa Agudo. The impact of hospitalization on oral health: a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2011;38:628–36.
69. Mary S. Haumschild, Ryan J. Hausmschild. The importance of oral health in long-term care. *J Am Med Dir Assoc*. 2009;10:667–71.
70. Petter Wilberg, Marianne J., Hjermstad, Stig Ottesse. Oral health is an important issue in end-of-life cancer care. *Support Care Cancer*. 2012;20:3115–22.

## Anexos

Idade (anos)	sem experiência de cárie	Nº de indivíduos sem experiência cárie	n
6 anos	54,80%	796	1326
12 anos	53,00%	784	1309
18 anos	32,40%	384	1075
35-44 anos	3,00%	38	1296
65-74 anos	1,90%	15	1309

Tabela 1 – Resumo dos resultados obtidos no III Estudo Nacional de Prevalência das doenças relativamente à experiência da doença cárie.

Idade (anos)	n	"c5pod" ou "C5POD"	"c5" ou "C5"	"p" ou "P"	"o" ou "O"
6	1326	1,62	1,37	0,03	0,22
12	1309	1,18	0,37	0,06	0,74
18	1075	2,51	0,75	0,23	1,53
35-44	1296	10,30	1,46	3,98	4,86
65-74	1309	15,11	1,57	11,44	2,1

Tabela 2 – Resumo dos resultados obtidos no III Estudo Nacional de Prevalência das doenças relativamente ao cpod.

n		1309	1075	1296	1309
Idade (anos)		12 anos	18 anos	35-44 anos	65-74 anos
ICP/Condição	0 / Saudável	51,7%	41,8%	37,4%	29,5%
	1/ Hemorragia	47,8%	57,8%	42,1%	29,3%
	2/ Cálculo			8,9%	10,1%
	3/ Bolsa 4-5mm			8,8%	12,3%
	4/ Bolsa 6+mm			2,0%	3,0%
	x / dente excluído			0,8%	11,8%
	9/ não registado	0,40%	0,1%	0,1%	4,0%

Tabela 3 – Resumo dos resultados obtidos no III Estudo Nacional de Prevalência das doenças relativamente à prevalência da doença periodontal.

n		1296		1309	
Idade (anos)		35-44 anos %/nº indivíduos		65-74 anos %/nº de indivíduos	
Índice de perda de inserção	Qualquer perda de inserção	68,0 %	947	73,1 %	963
	1	26,1 %	441	11,4 %	229
	2	28,1 %	343	28,5 %	380
	3	13,8 %	163	33,2 %	354

12 anos , n= 1309			Valores 2008 , n= 837	
Fluorose	%	nº indivíduos	%	Nº indivíduos

Tabela 4 – Resumo dos resultados obtidos no III Estudo Nacional de Prevalência das doenças relativamente à gravidade da doença periodontal.

3 - muito leve	9,8%	116	4,2%	35
4 - leve	4,0%	52	3,0%	25
5 - moderado	2,2%	26	1,3%	11
6 - intenso	0,2%	2	0,1%	1
x - não se aplica	1,1%	12	1,5%	13

Tabela 5 – Resumo dos resultados obtidos no III Estudo Nacional de Prevalência das doenças relativamente prevalência de fluorose.

	35- 44 anos / n=1296		65-74 /n= 1309	
	%	nº indivíduos	%	nº indivíduos
Lesões orais	5,9%	72	14,1%	156
Eritroplasia	0,4%	8	0,7%	17
Leucoplasia	0,5%	7	1,2%	13
Líquen plano	0,9%	11	1,4%	16
Ulceração	3,1%	35	6,5%	63
Outra / Não tem a certeza	1,3%	19	5,5%	64

Tabela 6 – Resumo dos resultados obtidos no III Estudo Nacional de Prevalência das doenças relativamente cálculo da prevalência de lesões da mucosa da cavidade oral



# Avaliação das atividades realizadas

Escola: EB1/11 de Belo

Professor: Ana Dupree

Nº de alunos: 20

## Atividades desenvolvidas

1. Como classifica a conformidade das atividades realizadas com os objetivos propostos?

Adequado

2. Como avalia o feedback demonstrado pelos alunos durante a realização das atividades propostas?

Aderiram com gosto e entusiasmo

3. Na sua opinião, em que medida o guia foi vantajoso na consolidação das boas práticas de higiene oral?

Permitiu orientar/confirmar informações sobre atitudes/práticas.

4. Com a utilização deste guia deu origem a realização de mais alguma atividade? Se sim, qual?

Sim (para não se enquadrar no programa agendado de intervenções; ser detalhado no 2º ano)

5. Sugestões e comentários:

Fig.1 - Avaliação das atividades por parte dos professores titulares

# Avaliação das atividades realizadas

Escola: J.I. Boavista/Beira

Professor: Ângela Robles

Nº de alunos: 22

## Atividades desenvolvidas

1. Como classifica a conformidade das atividades realizadas com os objetivos propostos?

PENSO QUE FORAM MUITO BEM CONSEGUIDAS, ATINGINDO AS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS NA ÁREA DA HIGIENE ORAL COM AS NOSSAS CRIANÇAS.

2. Como avalia o feedback demonstrado pelos alunos durante a realização das atividades propostas?

OS ALUNOS MOSTRARAM-SE MUITO MOTIVADOS E INTERESSADOS EM PARTICIPAR NAS ATIVIDADES PROPOSTAS.

3. Na sua opinião, em que medida o guia foi vantajoso na consolidação das boas práticas de higiene oral?

SERÁ COMO GUIA INFORMATIVO PARA OS PAIS E DOCENTES NA CONSOLIDAÇÃO DOS OBJETIVOS QUE SÃO NECESSÁRIOS ATINGIR NA ÁREA DA HIGIENE ORAL.

4. Com a utilização deste guia deu origem a realização de mais alguma atividade? Se sim, qual?

PROPONHO NOVAS ATIVIDADES CONSIDERANDO A IMPORTÂNCIA DA HIGIENE ORAL ~~CONCILIADA~~ CONCILIADA E/ OU UMA BOA ALIMENTAÇÃO - JOGOS, CANÇÕES, HISTÓRIAS

5. Sugestões e comentários:

(...) QUE PASSAM SENDO INIZADAS

NÃO DESEJAMOS. APENAS CONTINUAR A

DINAMIZAR ESTAS INICIATIVAS PELA ESCOLA/JI(U) PL/

PL RELEMBRAN ESTA TEMÁTICA.

IMPORTÂNCIA DA HIGIENE ORAL.

Fig.2 -Avaliação das atividades por parte dos professores titulares

# Avaliação das atividades realizadas

Escola: J.J. Talhó - Gondalães  
Professor: Ana Maria Santos

Nº de alunos: 20

## Atividades desenvolvidas

1. Como classifica a conformidade das atividades realizadas com os objetivos propostos?

As atividades estavam em conformidade com os objetivos propostos

2. Como avalia o feedback demonstrado pelos alunos durante a realização das atividades propostas?

Os meninos estavam muito interessados e envolvidos, graças à motivação feita pelas estafetas.

3. Na sua opinião, em que medida o guia <sup>seu</sup> foi vantajoso na consolidação das boas práticas de higiene oral?

O guia já se encontra muito estruturado, com vários pontos de trabalho e é diverso e muito útil.

4. Com a utilização deste guia deu origem a realização de mais alguma atividade? Se sim, qual?

Apenas nos foi proposto de outras atividades porque ficou muito a fazer de trabalho difícil (esta foi de ano e colónia balnear) mas será usado no próximo ano.

5. Sugestões e comentários:

As estafetas estão de parabéns pelo interesse dado a estas atividades e por toda a preparação de material para as mesmas

## **Capítulo II - Relatório das atividades práticas dos estágios supervisionados**

### **1. Introdução**

No âmbito do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, foi elaborado o presente Relatório final de Estágio, referente ao ano letivo 2016/2017.

Neste capítulo será apresentado o relatório da componente prática de estágio. Através do qual será traduzida a concretização do caminho realizado ao longo dos diferentes contextos de estágio, dividido em três componentes, estágio de clínica geral dentária, estágio hospitalar e o estágio de saúde oral e comunitária.

A apresentação deste relatório visa apresentar a reflexão do percurso de formação efetuado, os objetivos subjacentes, as atividades realizadas e as competências desenvolvidas e/ou adquiridas no decorrer do estágio supramencionado, decorrido no período de setembro de 2016 a junho de 2017.

### **2. Relatório de atividade por unidade curricular**

#### **2.1 Estágio de Clínica Geral Dentária**

O estágio de clínica geral dentária, realizou-se no período 12 de setembro de 2016 a 16 de Junho de 2017, com uma duração semanal de 5 h (das 19h às 24h de quarta-feira), perfazendo um total de 120h.

Este teve lugar na Clínica Universitária Dr. Filinto Baptista, sob a regência da Professora Doutora Filomena Salazar. No que refere à supervisão do referido estágio, a mesma foi assegurada pelo Mestre João Baptista, pelo Mestre Luís Santos e pela Mestre Sónia Machado.

No âmbito do presente estágio foi possível aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso. Pelo que permitiu uma consolidação dos referidos conhecimentos teóricos inerentes à profissão de Médico Dentista. O facto de o mesmo ter como característica a não subdivisão por especialidades permitiu, um acompanhamento desde o processo de triagem até à conclusão do plano de tratamento dos pacientes observados. Traduzindo-se numa experiência próxima da realidade prática da vida profissional futura.

Ao longo deste estágio, realizaram-se diversos atos clínicos, mediante os planos de tratamento definidos com base no diagnóstico realizado. Atos esses que serão

apresentados de seguida na *tabela 1*, nela estão expressos os atos realizados como operador e assistente.

Ato clínico	Operador	Assistente	Total
Triagens	2	1	3
Tartarectomias	4	6	9
Restaurações	10	12	21
Endodontias	6	2	9
Total	22	21	43

*Tabela 1 – Discriminação dos atos clínicos realizados no Estágio de Clínica Geral Dentária*

## 2.2 Estágio Hospitalar

O estágio de clínica geral dentária, realizou-se no período de 12 de setembro de 2016 a 16 de Junho de 2017, com uma duração semanal de 3 h30m (das 9h às 12h30 de quinta-feira), perfazendo um total de 120h.

Este teve lugar no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE, sob a regência do Dr. Fernando Figueira. No que refere à supervisão do referido estágio, a mesma foi assegurada pelo Mestre José Pedro Novais.

Neste estágio, foi possível realizar uma prática clínica num contexto multidisciplinar, uma vez que o local de estágio estava inserido num centro hospitalar com diferentes valências/ especialidades no âmbito da saúde. Perante este contexto, obtivemos um processo de aprendizagem no qual a experiência prática foi realizada num contexto de interligação dos conhecimentos apreendidos. Esta deveu-se ao facto de os pacientes, na sua grande maioria, apresentarem, além da necessidade de cuidados médico dentários, outras condições de saúde que careciam de atenção no ato da realização da histórica clínica. Este aspeto, permitiu adquirir uma experiência bastante enriquecedora do âmbito das competências no tratamento de pacientes medicamente comprometidos, portadores de patologias do foro psiquiátrico e portadores de síndromes congénitas. Ao longo do estágio em questão, consolidou-se a importância de ter em conta não só o estado geral de saúde do paciente, mas também a medicação, as suas repercussões a nível oral e sistémico, as possíveis interações com medicamentos prescritos ou administrados e dispositivos médicos utilizados pelo médico dentista.

No decorrer da atividade hospitalar, realizaram-se diferentes tratamentos médico dentários que serão apresentados de seguida na *tabela 2* mediante o tipo de tratamento.

Ato clínico	Operador	Assistente	Total
Restaurações	34	24	58
Selantes de Fissura	1	0	1
Exodontias	36	40	76
Endodontias	7	9	16
Pulpotomias	4	3	7
Tartarectomias	7	3	10
Remodelação óssea	1	1	2
Ajustes oclusais	0	3	3
Total	90	83	173

Tabela 2 – Discriminação dos atos clínicos realizados no Estágio Hospitalar.

### 2.3 Estágio de Saúde Oral Preventiva e Comunitária

Este estágio decorreu num total de 120 horas, tendo sido supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Rompante. Teve início no dia 12 de Setembro de 2016 e terminou a 16 de Junho de 2017, decorrendo à Sexta-Feira, entre as 09h00 e as 12h30.

Numa primeira fase, até Dezembro de 2016, teve lugar no Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), onde foi realizado o plano de atividades para os grupos alvo do PNPSO (grávidas, crianças 0-5, 6-7, 8-9, adolescentes, adultos séniores e HIV/SIDA), e respetivos materiais teóricos de apoio. Posteriormente, o trabalho foi realizado na Escola EB1 da Bela, JI de Gondalães e JI da Boavista, abrangendo um total de 127 alunos, tendo como base o Programa Nacional de Promoção e Saúde Oral. Foram realizadas diversas atividades tendo em vista a promoção da saúde oral e a implementação da escovagem dentária em contexto escolar (*Tabela 3*). Para além disto, foi ainda feito o levantamento epidemiológico dos grupos alvo mediante as diretrizes do *Oral Health Surveys – Basic Methods, 5th ed.*

Escola	Grupo alvo	Ação / Atividades
JI Bela JI Gondalães JI Boavista	3-5 anos de idade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. visualização do filme "O reino dos dentes";</li> <li>2. Sessão teatral "Dra. Dentista e o Minion Dentinho" Escovagem dentária;</li> <li>3. Avaliação das condições da escola para a implementação da escovagem dentária diária em contexto escolar;</li> <li>4. Implementação da higiene oral em contexto escolar. " Eu sei escovar os meus dentes!" (escovagem dos dentes individual supervisionada pela professora Titular.</li> </ol>
EB1 Bela	6-7 anos de idade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. visualização do filme "O reino dos dentes";</li> <li>2. Sessão de esclarecimento com maquetes em forma de boca e máscaras para aprende a realizar os movimentos de higiene</li> </ol>

		<p>corretamente;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Avaliação das condições da escola para a implementação da escovagem dentária diária em contexto escolar;</li> <li>4. Implementação da higiene oral em contexto escolar. " Eu sei escovar os meus dentes!" (escovagem dos dentes individual supervisionada pela professora Titular.</li> </ol>
EB1 Bela	7-8 anos de idade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sessão expositiva de promoção da saúde oral / visualização do filme " O reino dos dentes"</li> <li>1. Sessão expositiva de promoção da saúde oral</li> <li>2. Escovagem em maquete supervisionada</li> <li>3. Avaliação das condições da escola para a implementação da escovagem dentária diária em contexto escolar;</li> <li>4. Implementação da higiene oral em contexto escolar. " Eu sei escovar os meus dentes!" (escovagem dos dentes individual supervisionada pela professora Titular.</li> </ol>
EB1 Belo	9-10 anos de idade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sessão expositiva de promoção da saúde oral</li> <li>2. Escovagem em maquete supervisionada</li> <li>3. Avaliação das condições da escola para a implementação da escovagem dentária diária em contexto escolar;</li> <li>4. Implementação da higiene oral em contexto escolar. " Eu sei escovar os meus dentes!" (escovagem dos dentes individual supervisionada pela professora Titular.</li> </ol>

*Tabela 3– Descrição das atividades elaboradas ao longo do estágio de Saúde oral e preventiva e comunitária*

Com resultado o levantamento epidemiológico realizado nas 127 crianças, observamos que 43 crianças apresentavam doença cárie.

No que refere às atividades idealizadas para os alunos do jardim de infância, estas sofreram algumas alterações. Para tal, além do proposto, realizaram-se 24 máscaras e compraram-se 24 escovas de dentes. Optou-se por criar as máscaras, com o intuito de o processo de aprendizagem ser mais eficaz. Após a visualização do vídeo "A Reino dos Dentes", a exposição teatral "A Dra. Dentista e o Minion" a atividade com as máscaras produziu um maior efeito na consolidação da informação transmitida pelo vídeo.

Por fim entregaram-se aos professores titulares das turmas observadas 3 materiais em suporte digital, um calendário anua para registo da escovagem diária, um livro de atividades didáticas no âmbito da higiene e saúde oral, e um guia de promoção da saúde oral. Este último também foi entregue impresso, acompanhado da relação dos alunos, de cada turma, que expressaram necessidade de cuidados médico dentários. Além desta relação também foi entregue um questionário de avaliação das atividades concretizadas. Sendo que dos 6 docentes apenas 3 responderam ao questionário em tempo útil. (Fig. 1, 2 e 3 - Anexos)

### 3. Considerações finais das atividades de estágio

Considerando o trabalho realizado, as três componentes do estágio supervisionado, permitiram adquirir várias competências extra pré-clínico, que de uma forma geral enriqueceram a experiência em prática clínica.

Além do enriquecimento no âmbito da formação como médico dentista, pude aferir que a sua ação é preponderante:

1. Para um maior e melhor acesso da população aos cuidados de saúde oral;
2. No encaminhamento correto do paciente perante a suspeita de patologia sistêmica;
3. Na educação dos pacientes para a importância da saúde oral e das suas repercussões na sua saúde em geral;
4. Na aquisição de comportamentos preventivos.