

# PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

2021-2025



#### **FICHA TÉCNICA**

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.  
PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL 2021-2025.  
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2021.

#### **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, reabilitação protética

#### **EDITOR**

Direção-Geral da Saúde  
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa  
Tel.: 218 430 500  
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt  
www.dgs.pt

#### **AUTORES**

António Azul, Ana do Céu, Cristina Sousa Ferreira, Margarida Jordão  
Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral  
Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar  
Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

#### **IMPRESSÃO**

Soartes - Artes gráficas, Lda.

#### **TIRAGEM**

2.500 exemplares

ISBN: 978-972-675-297-4  
Depósito Legal: 490776/21  
Lisboa, maio, 2021

# ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. VISÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS</b>  | <b>9</b>  |
| <b>2. EIXOS ESTRATÉGICOS</b>   | <b>10</b> |
| 2.1. Prevenção das Doenças Orais   | 11        |
| 2.1.1. Promover a higiene oral ao longo da vida  | 11        |
| 2.1.2. Promover a aplicação de fluoretos   | 12        |
| 2.1.3. Promover a articulação com outros programas nacionais   | 13        |
| 2.1.4. Promover a intervenção preventiva nas crianças e jovens, em idades-chave                        | 15        |
| 2.2. Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação Oral   | 17        |
| 2.2.1. Promover o tratamento das doenças orais   | 17        |
| 2.2.2. Promover o diagnóstico precoce no cancro oral   | 19        |
| 2.2.3. Promover a reabilitação protética   | 20        |
| 2.3. Objetivos Operacionais  | 21        |
| 2.4. Estratégias de Intervenção  | 22        |
| 2.5. Monitorizar, Auditar, Avaliar e Promover a Formação Profissional, a Investigação e o Conhecimento | 24        |
| 2.5.1. Monitorizar e avaliar   | 24        |
| 2.5.2. Auditoria interna e suporte a queixas   | 24        |
| 2.5.3. Formação  | 24        |
| 2.5.4. Investigação e conhecimento   | 25        |
| <b>3. GOVERNAÇÃO</b>   | <b>26</b> |
| 3.1. Nacional  | 26        |
| 3.2. Regional e Local  | 26        |
| 3.3. Grupo Técnico Consultivo  | 27        |
| 3.4. Sistema de Informação   | 27        |
| 3.5. Financiamento   | 27        |
| <b>4. BIBLIOGRAFIA</b>   | <b>28</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Anexos</b>  | <b>33</b> |
| Anexo I – Evolução da política de saúde oral         | 34        |
| Anexo II – Dados epidemiológicos                     | 38        |
| Anexo III – Questionários de avaliação de satisfação | 46        |
| Anexo IV – Resumo dos diversos Projetos do PNPSO     | 48        |
| Anexo V – Indicadores de avaliação do PNPSO          | 51        |

## ÍNDICE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 01: Recomendações sobre a frequência da escovagem dos dentes, material utilizado, responsabilidade pela execução e dentífrico fluoretado (dosagem de fluoretos e quantidade) | 11 |
|---|----|

## ÍNDICE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 01: Eixos estratégicos do PNPSO  | 10 |
| Figura 02: Articulação do PNPSO com outros programas nacionais                            | 13 |
| Figura 03: Intervenção individualizada, dos 2 aos 18 anos                                 | 15 |
| Figura 04: Estratégia de intervenção dirigida às crianças com 4 anos                      | 16 |
| Figura 05: Estratégia de intervenção dirigida às crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos     | 16 |
| Figura 06: Estratégia de intervenção dirigida às crianças e jovens com idades específicas | 17 |
| Figura 07: Estratégia de intervenção dirigida a grupos específicos                        | 18 |
| Figura 08: Estratégia de intervenção dirigida aos utentes nas unidades de saúde do SNS    | 18 |
| Figura 09: Estratégia no âmbito do Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral          | 20 |
| Figura 10: Organização a nível nacional, regional e local do PNPSO                        | 26 |

## AGRADECIMENTOS

**Agradecemos os contributos enviados à versão do PNPSO 2020-2025, que esteve em audição pública durante 30 dias:**

Ana Beatriz Guerreiro, Ana Castro Mestre, Ana Catarina Borges Sequeira, Ana Cristina Pecante, Ana Ferreira Castro, Ana Isabel Viseu, Ana Luísa Costa, Ana Maria Cadete Martins, Ana Maria Capela Loureiro, Ana Raquel Garcia Barata, Ana Salomé Cordeiro, Ana Salomé Lidónio Matias, Anabela Salgado Serra, Andreia Santos, Ângela Rita de Jesus Isaque, António Carlos Silva, António Casa Nova, António Hall, António Manuel Cordeiro, Anuska Vistas, Carlos Manuel Orta Gomes, Célia Moreira, César Sacadura Mexia de Almeida, Cláudia Pereira, Cristina Farrajota, Diana Elvira Guerra Leitão, Dora Vaz, Fátima Duarte, Filipa Passos Sousa, Filipe Miguel dos Santos Cortesão, Filomena Branco, Gabriela Luís, Helena Natário, Henrique Botelho, Ilídia Maria Gamboa Soares, Inês Lourenço Cardoso, Joana Morais Ribeiro, Joana Vieira Almeida Costa, João Augusto Afonso de Fontes Pereira de Mello, Jorge Serafim Freitas, Jorge Sousa, José Monteiro Júnior, Leonardo Oliveira Martins, Leónia Marisa Brito Vicente, Mara Raiol Figueira, Maria Constantina Silva, Maria do Carmo Ferin Cunha, Maria Inês Santos Pampulha, Maria Jesús Rodriguez Blanco, Maria Soares Bueno, Mariana Dolores, Marina Sousa Pinto Soares, Mário Bernardo, Mário Durval, Mário Rui Araújo, Marisa Raquel de Almeida, Natália Branco, Nazaré Gonçalves, Orlando Monteiro da Silva, Patricia da Silva Pacheco, Patrícia dos Santos Vicente, Paulo Gonçalves, Paulo Melo, Pedro Gonçalo Flores Assis, Pedro Rodrigues Conceição, Ricardo Veiga, Rita Cunha Henriques Cardoso dos Reis, Rita Queirós, Rui Duarte Castro Moreira, Sara Cristina Cabral Pereira, Sara Palmares Fernandes, Sofia Barata, Sofia José Marques Pereira, Teresa Cardoso, Vanda Pinho, Zita Avó.



## 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 (PNPSO) 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.

O PNPSO 2021-2025 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, auditoria, avaliação e promoção da formação profissional, investigação e conhecimento**.

Pretende fundamentalmente promover a saúde oral ao longo da vida, com **eficiência, equidade e tendência para a universalidade**, melhorando o estado de saúde oral da população através da redução das doenças orais, as quais são altamente vulneráveis às medidas de prevenção.

Das intervenções dirigidas aos grupos populacionais, destacam-se as ações de formação e informação para as **grávidas e futuros pais, educadores e professores, crianças e jovens, técnicos, utentes institucionalizados**, entre outros. Quanto 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 4, 7, 10 e 13 anos**.

Das intervenções dirigidas aos indivíduos, 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, de medicina dentária e de estomatologia**, 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.

Têm acesso a **consultas de saúde oral** as crianças e jovens até aos 18 anos, as mulheres grávidas, os beneficiários do complemento solidário, os portadores de HIV/SIDA, os utentes com lesões suspeitas de cancro oral. Nas unidades de saúde do SNS que dispõem de estomatologista ou médico dentista, os utentes podem ter acesso a esse recurso.

Tendo como objetivos a equidade do acesso bem como a diminuição da prevalência das doenças orais o PNPSO 2021-2025 passa a incluir as **crianças e jovens partir dos 7 anos, que frequentam o ensino particular e cooperativo**. Dando cumprimento à medida constante no Programa do XXII Governo Constitucional referente ao alargamento da cobertura a todas as crianças entre os 2 e os 6 anos de idade, incluem-se as crianças da **coorte dos 4 anos**, as quais terão acesso a uma estratégia essencialmente preventiva, permitindo também o diagnóstico e o tratamento precoce, sempre que necessário.

## EXECUTIVE SUMMARY

Oral health indicators in Portugal, as measured by nationally and regionally representative oral disease prevalence studies, have been improving over the years, with greater expression in the last decade. Thus, the National Program for Oral Health Promotion (NPOHP) intends to continue the strategies that have been developed in the context of health promotion, prevention and early treatment of oral diseases. These integrative strategies, appropriate to the national reality and existing public services, have as their basic presupposition the efficiency of the interventions to be developed.

The NPOHP 2021-2025 is structured around two main strategic axes - **prevention** and **diagnosis** and **treatment of oral diseases**, complemented by a transversal axis oriented towards the **monitoring, auditing, evaluation and promotion of professional training, research and knowledge**.

It basically intends to promote oral health throughout life, with **efficiency, equity** and a **tendency towards universality**, improving the oral health status of the population through the reduction of oral diseases, which are highly vulnerable to prevention measures.

Among interventions aimed at population groups include training and information for **pregnant and future parents, educators and teachers, children and youth, technicians, institutionalized people** and others. For children and young people the **incentive to brush teeth with fluoride toothpaste at home and in the school environment** remains a priority, complemented by the **application in kindergarden fluoride varnishes**, with **mouthwash with fluoride solution in the 1st cycle** and the **application of fissure sealants at 4, 7, 10 and 13 years**.

Of the interventions directed at individuals, the importance of those carried out in the context of **low-risk pregnancy surveillance medical appointment** and **child and adolescent medical appointment** is important, providing opportunities to encourage good oral health practices and promote health. In **dental hygiene and dentistry appointment**, oral hygiene instruction and motivation are transversal to all interventions and complement the preventive and curative approaches that occur in all population groups.

**Oral health appointments** are available to children and young people up to 18 years of age, pregnant, beneficiaries of the solidarity supplement, people with HIV / AIDS, users with suspected oral cancer lesions. In health units in the NHS with dentist, users may also have access to this resource.

With the objectives of equity of access as well as the decrease in the prevalence of oral diseases, it includes **children and young people from 7 years old, who attend private and cooperative school education**. In compliance with the measure set out in the XXII Constitutional Government Program regarding the extension of dental check coverage to all children between 2 and 6 years old are included children from the **4-year-old cohort** who will have access to an essentially preventive strategy, also allowing early diagnosis and treatment, whenever necessary.

# 1. VISÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS

## VISÃO

Promover a saúde oral da população ao longo da vida.

## FINALIDADE

Melhorar o estado de saúde oral da população.

## OBJETIVOS GERAIS

- ! Reduzir as doenças orais da população;
- ! Promover a progressiva capacitação da população em matéria de literacia e promoção da saúde, prevenindo as doenças orais ao longo do percurso da vida;
- ! Aumentar e melhorar a capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS) às necessidades de saúde oral da população;
- ! Promover a universalidade e a equidade, dando prioridade aos grupos mais vulneráveis.

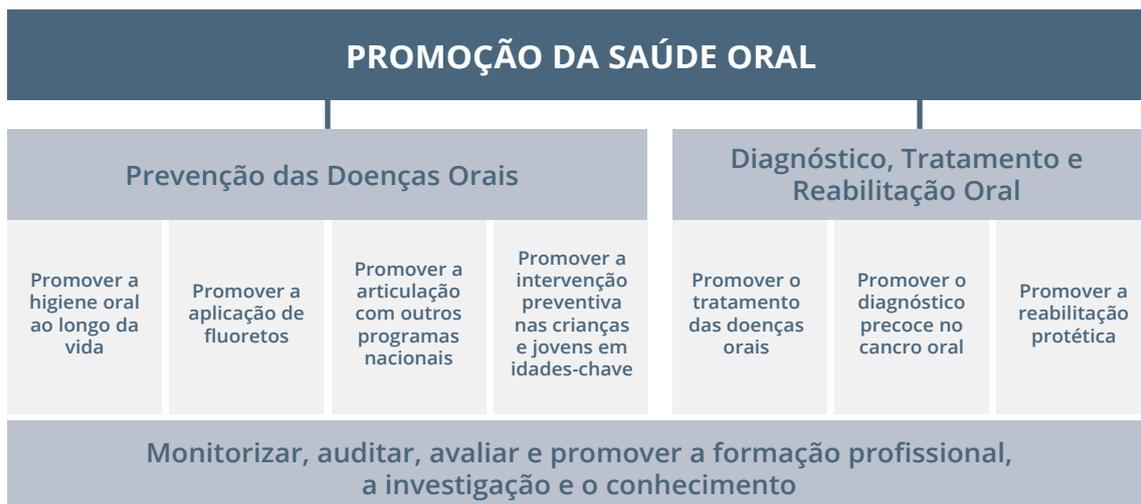
## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ! Promover o autocuidado em saúde oral nos vários grupos populacionais;
- ! Desenvolver ações de promoção da saúde oral e prevenção das doenças da cavidade oral, nos vários contextos, a nível individual e comunitário;
- ! Promover a equidade na prestação de cuidados de saúde oral, aumentando e melhorando a sua cobertura nos cuidados de saúde primários;
- ! Garantir o acesso, através de documento de referência para higiene oral ou cheque-dentista, a consultas de higiene oral, de medicina dentária ou de estomatologia, aos grupos de crianças e jovens até aos 18 anos, às grávidas, aos beneficiários do complemento solidário, aos utentes com VIH/SIDA e a outros grupos populacionais vulneráveis;
- ! Alargar o acesso a cheque-dentista a outros grupos vulneráveis;
- ! Desenvolver ações de formação de âmbito nacional, regional e local, de acordo com as necessidades identificadas;
- ! Construir parcerias com os municípios para o desenvolvimento de iniciativas e projetos promotores da saúde oral, em linha com os Planos Locais de Saúde;
- ! Partilhar boas práticas na área da saúde oral e divulgar as experiências e resultados que traduzam ganhos efetivos;
- ! Garantir um diagnóstico precoce e encaminhamento célere perante a presença de lesões orais suspeitas de malignidade ou potencialmente malignas;
- ! Monitorizar e avaliar as ações desenvolvidas utilizando indicadores de qualidade que traduzam ganhos em saúde;
- ! Desenvolver ações de auditoria interna e resposta a queixas de utentes e profissionais;
- ! Promover a implementação de sistema de informação adequado aos objetivos do Programa;
- ! Investir na informação e conhecimento dos profissionais de saúde sobre saúde oral, promovendo e incentivando a investigação.

## 2. 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 tratamento das doenças orais, complementado por um eixo transversal orientado para a monitorização, auditoria, avaliação e promoção da formação profissional, da investigação e do conhecimento.

Figura 01: Eixos estratégicos do PNPSO



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.

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 nos diversos contextos, 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.

## 2.1. 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 qual é influenciada pelas condições socioeconómicas, estilos de vida, fatores individuais, entre outros. 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 (1, 2, 3).

### 2.1.1. PROMOVER A HIGIENE ORAL AO LONGO DA VIDA

Durante a **gravidez**, devido a alterações hormonais próprias desse período, é frequente verificar-se o agravamento de problemas orais, devendo, por isso, ser dispensada especial atenção à higiene oral. Relativamente ao bebé é referida a importância da amamentação para o desenvolvimento da face e das arcadas dentárias e, conseqüentemente, das funções mastigatória e da oclusão (4, 5, 6).

A higiene oral deve ser iniciada **após o nascimento**, utilizando para tal gaze ou dedeira para higienização das mucosas. A escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado (1000-1500 ppm), principal medida de promoção da saúde oral e prevenção das doenças orais, deve ser efetuada com a dose adequada, a partir da erupção do primeiro dente decíduo, **pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas à noite, antes de deitar** (4, 5). A partir desta altura deve ser complementada com a utilização de fio ou fita dentária, escovilhões ou outro meio para a remoção da placa bacteriana interdentária. A escovagem dos dentes também deve ser realizada em ambiente escolar, no pré-escolar e no 1º ciclo com supervisão e nos outros ciclos de forma autónoma.

Nas **pessoas idosas** e nas **pessoas com patologias sistémicas** como, diabetes, insuficiência renal, entre outras, a xerostomia associada a polimedicação resulta também num agravamento de problemas orais devendo ser dispensada especial atenção à higiene oral e à higiene das próteses dentárias.

**Quadro 01:** Recomendações sobre a frequência da escovagem dos dentes, material utilizado, responsabilidade pela execução e dentífrico fluoretado (dosagem de fluoretos e quantidade)

| IDADE          | Frequência da escovagem dos dentes                    | Material utilizado na escovagem dos dentes                                  | Execução da escovagem dos dentes   | Dentífrico fluoretado   |
|----------------|---|---|--|---|
| 0-3 anos       | Pelo menos 2 x dia - uma obrigatória/ antes de deitar | Gaze, dedeira antes da erupção do 1º dente; escova macia de tamanho pequeno | Pais/cuidadores  | 1000-1500 ppm<br>quantidade idêntica ao tamanho de um bago de arroz crú |
| 3-6 anos       | Pelo menos 2 x dia - uma obrigatória/ antes de deitar | Escova macia de tamanho adequado à boca da criança                          | Pais/cuidadores e/ou criança sob supervisão, se já adquiriu destreza manual        | 1000-1500 ppm<br>quantidade idêntica ao tamanho de uma ervilha          |
| Mais de 6 anos | Pelo menos 2 x dia - uma obrigatória/ antes de deitar | Escova macia ou média, de tamanho adequado à boca da criança ou do jovem    | Pais/ cuidadores e/ou criança/jovem sob supervisão, se já adquiriu destreza manual | 1000-1500 ppm   |

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.

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 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, 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.

No âmbito do PNPSO e integrado no Projeto SOBE+ está prevista a distribuição de kits de higiene oral (dentífrico e escova), para a escovagem em ambiente escolar, aos alunos que frequentam o ensino pré-escolar e o 1º ciclo. Todas as instituições escolares da rede pública, privada e solidária que apresentem, em parceria com a unidade de saúde do SNS (equipas de saúde oral e/ou saúde escolar), um projeto de promoção da saúde oral que inclua a escovagem dos dentes realizada diariamente em ambiente escolar, poderão candidatar-se ao projeto **“Escovar na Escola”**. O formulário de candidatura está disponível no site do SOBE+, em <http://www.sobe.pt>, com o objetivo de potenciar a divulgação e utilização dos materiais lúdico-pedagógicos também disponibilizados neste site.

As atividades de promoção da saúde oral também devem ser dirigidas a outros grupos que frequentam ou residam em instituições, incluindo a formação dos responsáveis e prestadores de cuidados dessas instituições.

Em **contexto clínico**, a intervenção na área da **mudança de comportamentos para a higiene oral deverá ser sempre um dos componentes a abordar em todas as consultas de medicina dentária, de estomatologia e de higiene oral, ao longo da vida**. Deverá ser realizada de forma individualizada, promovendo a colaboração entre profissionais e utentes, para que exista uma intenção seguida de uma mudança e manutenção de comportamentos de higiene oral.

### 2.1.2. PROMOVER A APLICAÇÃO DE FLUORETOS

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 (7,8).

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 recomenda a **escovagem dos dentes** efetuada com **dentífrico fluoretado (1000-1500 ppm)**, **pelo menos duas vezes por dia**, sendo **uma delas** obrigatoriamente **à noite, antes**



O conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva pressupõe uma visão holística ao longo do ciclo de vida reprodutiva da pessoa. Durante a **gravidez** é recomendado abordar diversos temas, nas consultas de vigilância, 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 (6).

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. A equipa de saúde, constituída pelo médico e enfermeiro de família, verifica a erupção dentária e o estado de saúde oral da criança, transmite a informação adequada e incentiva a realização da 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 estomatologia ou de medicina dentária (5).

Um dos principais eixos estratégicos e áreas de intervenção em **saúde escolar** é a saúde oral (9). As equipas de saúde escolar contribuem para melhorar as competências dos profissionais de educação e dos pais/mães/cuidadores sobre higiene corporal e saúde oral. Também 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 implementação da escovagem dos dentes e do bochecho quinzenal com solução de fluoreto 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+ (16, 17).

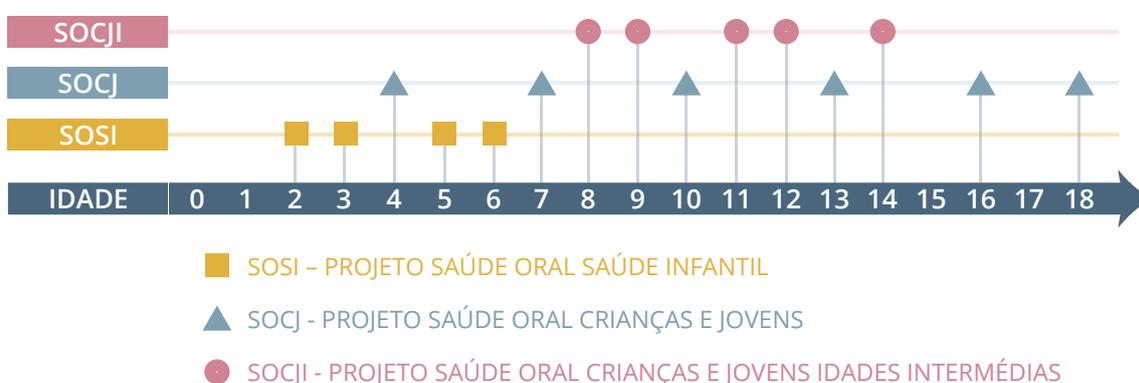
Fundamental também para a promoção da saúde oral da população idosa é a forte articulação com programas nacionais dirigidos a este grupo etário, em especial para aqueles que estão institucionalizados.

### 2.1.4. PROMOVER A INTERVENÇÃO PREVENTIVA NAS CRIANÇAS E JOVENS, EM IDADES-CHAVE

O PNPSO 2021-2025 prevê que a abordagem efetuada pelos profissionais de saúde oral no âmbito da intervenção individual a cada **criança ou jovem, dos 2 aos 18 anos**, integre a instrução e motivação para as práticas adequadas relacionadas com a **higiene oral** e com a **alimentação**, a realização de técnicas preventivas como a **aplicação de flúor** e a **aplicação de selantes de fissuras** e, sempre que necessário, a realização de **tratamentos dentários**.

A aplicação de selantes de fissuras nos molares decíduos e nos pré-molares e molares permanentes, logo que possível após a erupção, constitui uma medida de combate à cárie dentária altamente eficaz, confirmada por estudos científicos internacionais (18, 43).

Figura 03: Intervenção individualizada, dos 2 aos 18 anos

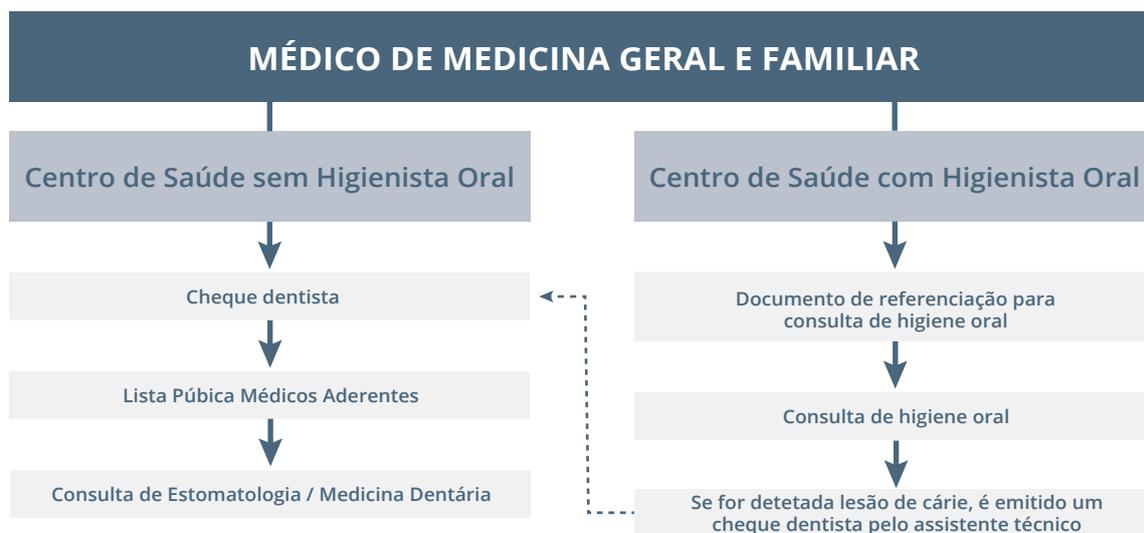


As **idades-chave** integradas no esquema de intervenção individualizada são: 4, 7, 10 e 13 anos. O objetivo principal da intervenção nestas idades é a prevenção das doenças orais sendo realizados intervenções curativas sempre que detetadas necessidades de tratamento.

A intervenção prevista entre os 2 e os 6 anos de idade incide na **coorte dos 4 anos**, em que o médico de família do SNS, para as **crianças que não apresentem lesões de cárie** em dentes decíduos, procede à emissão de uma referência para a consulta do higienista oral, no Centro de Saúde. Nessa consulta o profissional de saúde, para além do ensino e reforço das questões relacionadas com a higiene oral e alimentação, deverá proceder à aplicação de selantes de fissuras em molares decíduos e vernizes de flúor nas superfícies lisas. Às **crianças com lesões de cárie e nos locais onde não exista higienista oral**, será emitido um primeiro cheque-dentista para aplicação de selantes de fissuras em molares decíduos sãos, vernizes de flúor nas superfícies lisas e, se necessário, tratamento de um dente decíduo com cárie. Caso a criança apresente 2 ou mais dentes decíduos com lesões de cárie, poderá ser utilizado um segundo cheque-dentista.

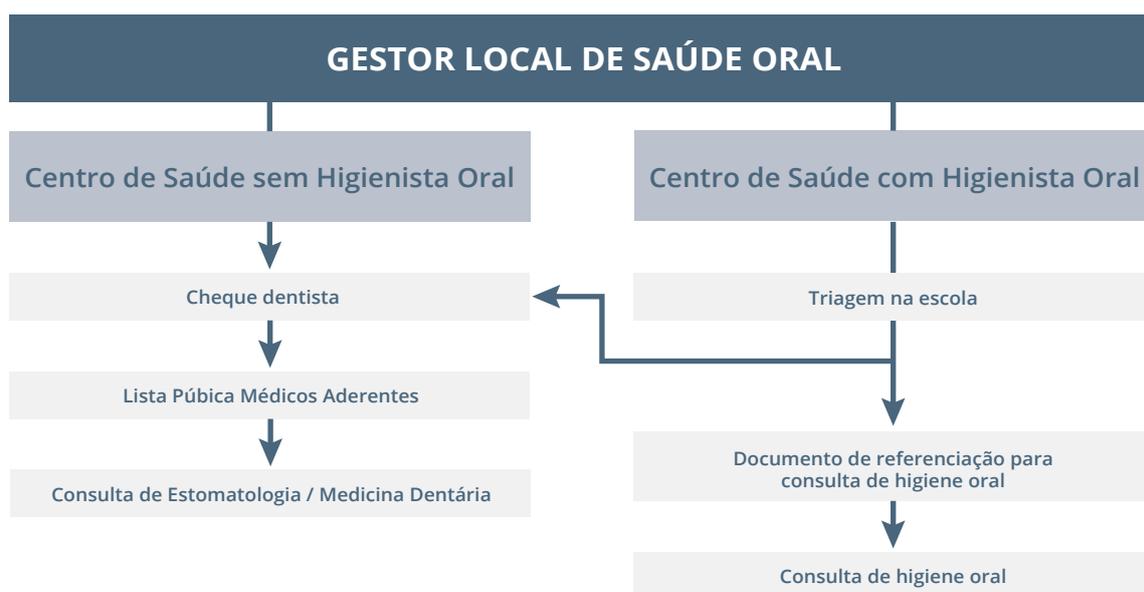
O desenvolvimento decorre de acordo com a seguinte estratégia:

Figura 04: Estratégia de intervenção dirigida às crianças com 4 anos



Nas **coortes de 7, 10 e 13 anos**, a escola identifica as crianças, organizando as listagens por ano de nascimento e turma. Nos Centros de Saúde com higienista oral é efetuada uma triagem aos alunos constantes nas listagens identificando os que estão livres de cárie, aos quais é emitida uma referência para higienista oral. Aos alunos com cárie em dentes permanentes é emitido um cheque-dentista. Nos Centros de Saúde sem higienista oral, os assistentes técnicos, a pedido dos gestores locais de saúde oral (higienista oral ou enfermeiro), 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. (19, 20, 21, 22, 23). O desenvolvimento decorre de acordo com a seguinte estratégia:

Figura 05: Estratégia de intervenção dirigida às crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos



Fonte: Norma nº 2/DSPPS/DCVAE de 09/01/2009

Após a utilização do cheque-dentista ou da referência para higienista oral, toda a informação registada no **Sistema de Informação da Saúde Oral (SISO)** é disponibilizada ao médico de família e ao utente.

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 (29, 30).

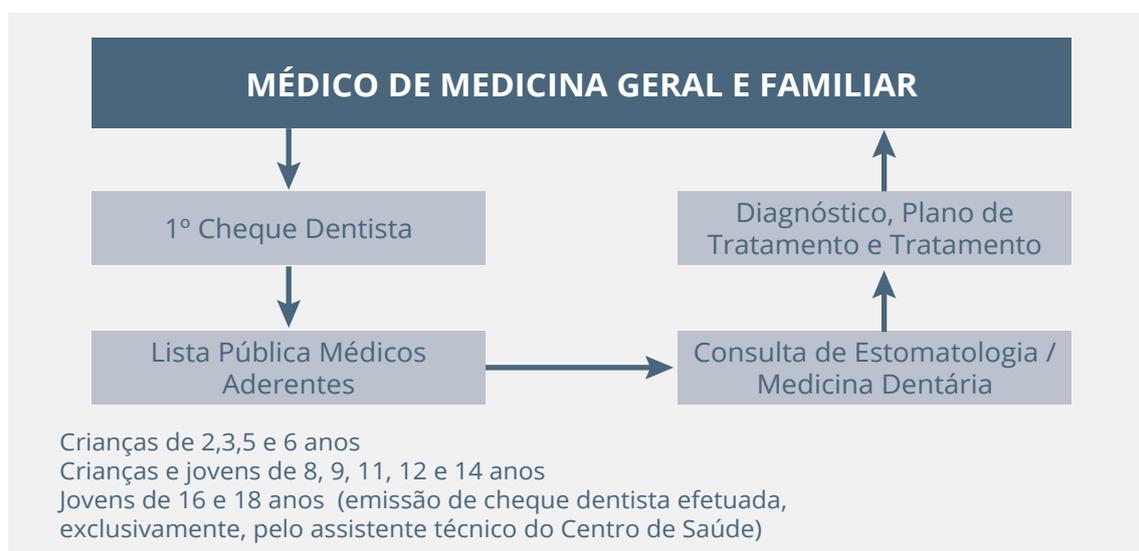
## 2.2. DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO ORAL

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 será o seu custo.

### 2.2.1. PROMOVER O TRATAMENTO DAS DOENÇAS ORAIS

O médico de família, às **crianças e jovens com lesões de cárie**, fora das idades-chave, procede à emissão de cheque-dentista às que têm **idade igual ou inferior a 6 anos** (2, 3, 5, e 6 anos) e **idades intermédias** (8, 9, 11, 12, e 14 anos). Os **jovens de 16 e de 18 anos** que cumpriram o plano de tratamento aos 13 anos têm acesso a um cheque-dentista, emitido pelo assistente técnico da unidade de saúde do SNS (20,25,26,29).

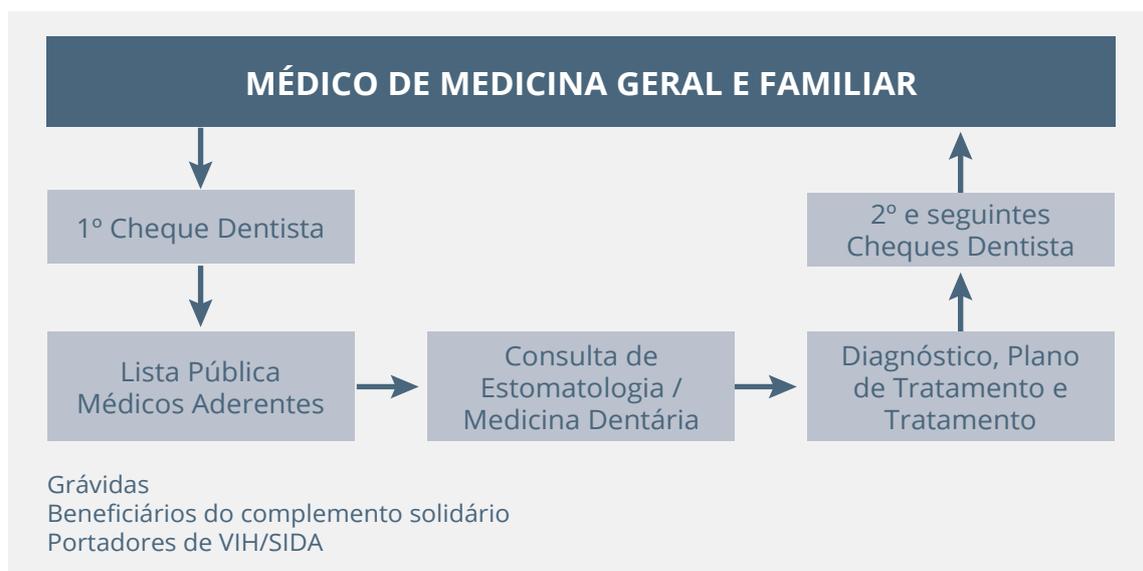
Figura 06: Estratégia de intervenção dirigida às crianças e jovens com idades específicas



Fonte: Norma nº2/DSPPS/DCVAE de 09/01/2009, Norma nº 8/DSPPS/DCVAE de 20/04/2010, Norma nº 13/2013 de 01/08, Norma nº 3/2016 de 01/03

As **mulheres grávidas**, os **beneficiários do complemento solidário** e os **portadores de VIH/SIDA** têm acesso a cheque-dentista, mediante referência efetuada pelo médico de família (27, 28).

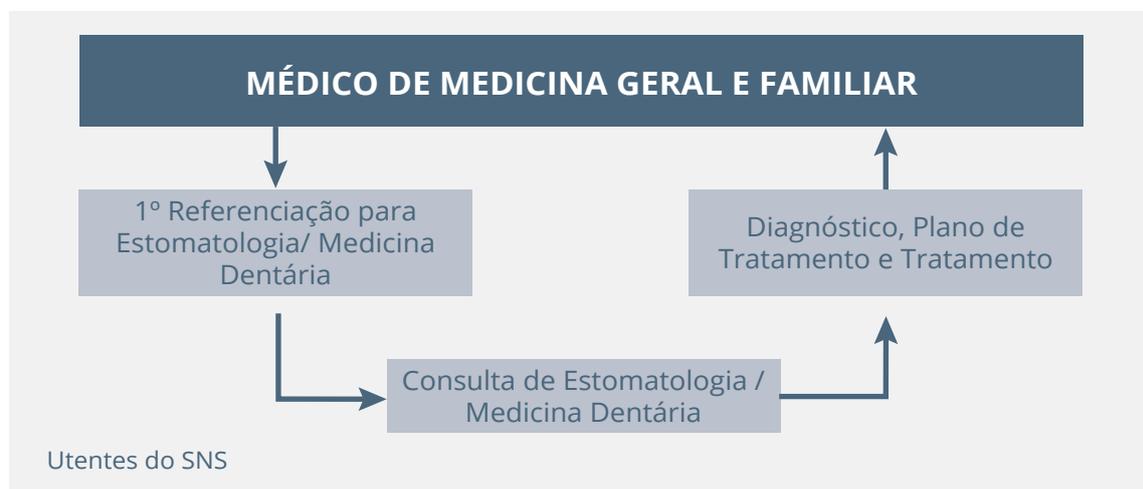
Figura 07: Estratégia de intervenção dirigida a grupos específicos



Fonte: Norma nº 7/DSPPS/DCVAE de 15/04/2008 e Norma nº 2 de 27/10/2010

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 para consultas de medicina dentária ou estomatologia, na unidade de saúde do SNS (24, 42).

Figura 08: Estratégia de intervenção dirigida aos utentes nas unidades de saúde do SNS



A partir da primeira referência emitida pelo médico de família, quando necessário, o utente poderá solicitar ao serviço administrativo do Centro de Saúde uma nova referência para acesso à consulta. 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.

O médico de família, o estomatologista ou o médico dentista da unidade de saúde do SNS podem garantir uma referência para os serviços hospitalares de estomatologia aos utentes que necessitam de cuidados mais diferenciados.

## 2.2.2. 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 (31, 32, 33).

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 com hábitos alcoólicos** (34, 35).

O PNPSO, no âmbito do Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPCO) (36, 37) desencadeia o processo a partir do médico de família, na sequência de duas situações possíveis:

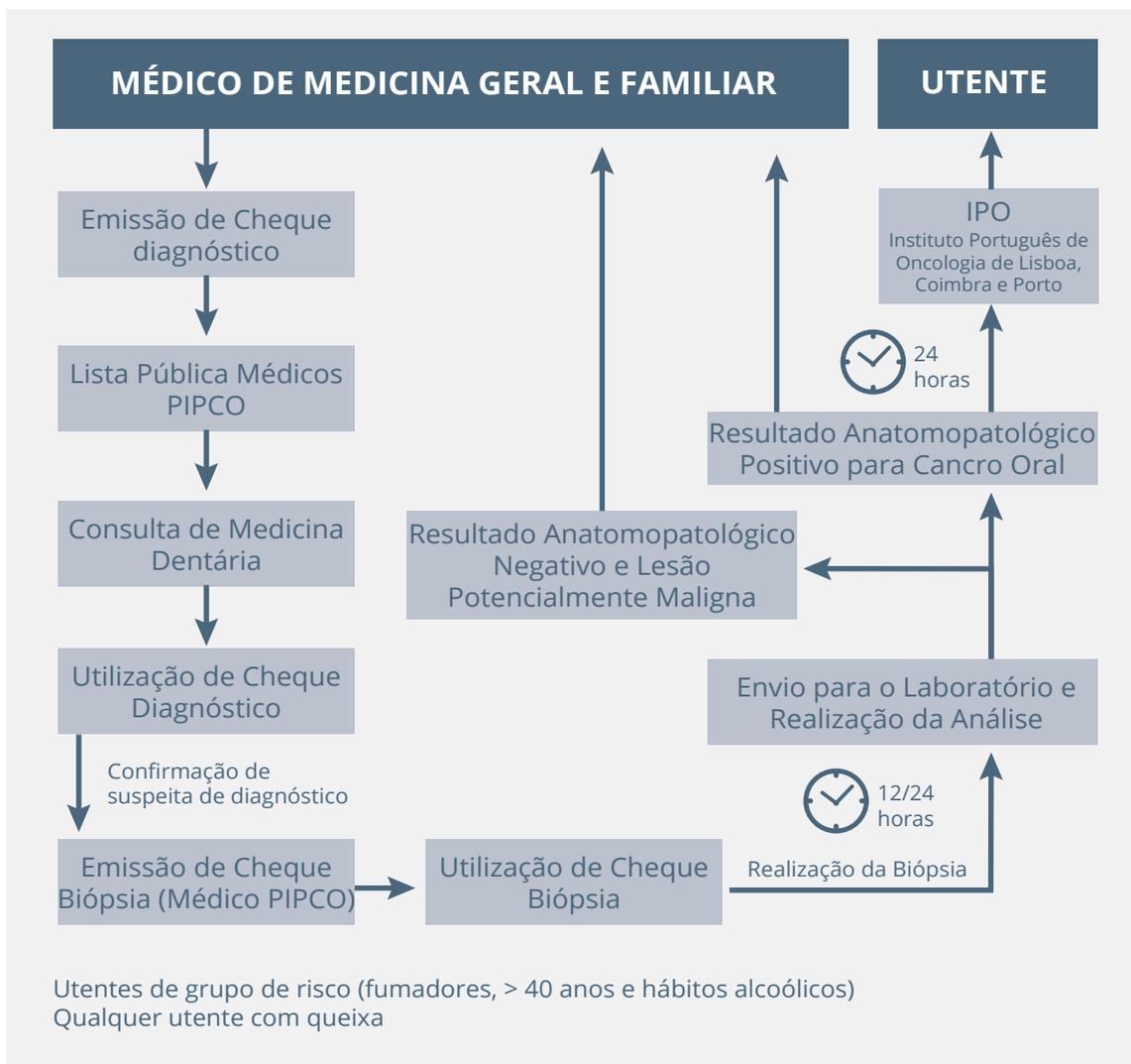
- | **Rastreio oportunista** de utentes de elevado risco, com periodicidade recomendada **de 2 em 2 anos**;
- | **Diagnóstico clínico** de lesões malignas ou potencialmente malignas, detetadas pelo utente ou por um profissional de saúde.

Os objetivos destes procedimentos são:

- | Aumentar a sobrevivência por cancro oral aos 5 anos após o diagnóstico, aumentando em 5 pontos percentuais o seu valor, tendo como referência a média europeia;
- | Utilizar a capacidade dos cuidados de saúde primários, no diagnóstico diferencial de lesões potencialmente malignas e malignas;
- | 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.

Na figura 8 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.

Figura 09: Estratégia no âmbito do Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral



Fonte: Norma nº 2/2014 de 25/02

### 2.2.3. PROMOVER A REABILITAÇÃO PROTÉTICA

Os **utentes beneficiários do Complemento Solidário**, através dos Benefícios Adicionais de Saúde (BAS) têm direito a uma **participação financeira de 75%** na despesa da aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis, **até 250 euros, de 3 em 3 anos** (38).

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 (39).

É importante fomentar a criação de bolsas locais de financiamento, em colaboração com as Autarquias, Instituições Particulares de Solidariedade Social, 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.

## 2.3. OBJETIVOS OPERACIONAIS

1. Aumentar o número de crianças de 6 anos livres de cárie;
2. Diminuir o índice de CPO aos 12 anos;
3. Aumentar o número de crianças com dentes selados aos 12 anos;
4. Aumentar o número de jovens sem lesões de cárie dentária aos 18 anos;
5. Aumentar a aplicação de vernizes de flúor, semestralmente, às crianças que frequentam o ensino pré-escolar;
6. Aumentar a taxa de utilização de referências (SOCSP / Cheque-dentista / Higienista Oral);
7. Aumentar o número de planos de tratamento concluídos (todas as necessidades de tratamento satisfeitas);
8. Monitorizar o estado de saúde oral da população residente em Portugal.
9. Aumentar o número de pessoas 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;
10. Aumentar o número de crianças e jovens a efetuar escovagem dos dentes em ambiente escolar;
11. Aumentar o número de materiais a disponibilizar às bibliotecas da Rede de Bibliotecas Escolares no âmbito do Projeto SOBE+;
12. Aumentar o número de jardins-de-infância e de escolas que realizam atividades de promoção da saúde oral junto da comunidade educativa no âmbito do projeto SOBE+;
13. Aumentar o número de concelhos com consultório de medicina dentária no Centro de Saúde;
14. Aumentar o número de utentes atendidos por estomatologistas e médicos dentistas nos Centros de Saúde;
15. Aumentar o número de dentes tratados pelos estomatologistas e médicos dentistas nos Centros de Saúde;
16. Promover o cumprimento do número de dias para a obtenção de resultado anatomopatológico após a realização da biópsia;
17. Aumentar a sobrevivência por cancro oral após o diagnóstico;
18. Verificar o grau de satisfação dos utentes no âmbito do PNPSO;
19. Promover o acesso à colocação de próteses dentárias para reabilitação oral, segundo prioridades a estabelecer.

## 2.4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

1. Promover a literacia em saúde, nomeadamente nas áreas da saúde oral e alimentação capacitando os cidadãos para as escolhas e práticas favorecedoras da saúde;
2. Promover e apoiar a educação para a saúde na escola envolvendo os professores e educadores, auxiliares, pais e alunos;
3. Reforçar, a nível local, a articulação com as instituições escolares de forma a promover a efetiva realização da escovagem dos dentes em ambiente escolar, sendo no pré-escolar e no 1º ciclo efetuada pelas crianças com supervisão e nos ciclos seguintes de forma autónoma.
4. Potenciar iniciativas promovidas por instituições públicas, solidárias ou privadas, alinhadas com as estratégias do PNPSO que tenham como objetivo a promoção da saúde oral;
5. 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;
6. Promover a utilização dos materiais educativos e alusivos à saúde oral, disponibilizados ao abrigo do Projeto SOBE+, às Bibliotecas da Rede de Bibliotecas Escolares;
7. Reforçar a elaboração anual de novos materiais a disponibilizar no âmbito do Projeto SOBE+ e 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;
8. Promover o ensino e a motivação para as boas práticas de higiene oral nas consultas de medicina dentária, estomatologia e higiene oral;
9. Promover a aplicação semestral de vernizes de flúor às crianças com idade inferior a 7 anos que frequentam o ensino pré-escolar. As situações que requerem tratamento dentário devem ser encaminhadas para medicina dentária ou estomatologia através da equipa de saúde familiar;
10. Promover o bochecho quinzenal com uma solução de fluoreto de sódio a 0,2% aos alunos do 1º ciclo do ensino básico ( $\geq 6$  anos);
11. Atribuir cheque-dentista ou referência para higienista oral às crianças das coortes de 4, 7, 10 e 13 anos;
12. Atribuir cheque-dentista, através de referência do médico de família, às crianças e jovens com lesões de cárie ativas, de 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, e 14 anos, às mulheres grávidas, aos beneficiários do complemento solidário e aos portadores de VIH/SIDA;
13. Atribuir cheque-dentista aos jovens de 16 e 18 anos, emitido pelo assistente técnico das unidades de saúde do SNS;
14. Assegurar, a nível local, a disponibilidade de espaço de trabalho devidamente equipado, para

- o exercício das funções do estomatologista, do médico dentista e do higienista oral;
15. Promover a formação contínua dos estomatologistas, dos médicos dentistas, dos higienistas orais e dos médicos de família, no âmbito do PNPSO;
  16. Definir critérios para referenciação para consultas de medicina dentária ou estomatologia nos cuidados de saúde primários;
  17. Fomentar a articulação, para a referenciação dos utentes, entre as equipas dos cuidados de saúde primários e hospitalares;
  18. Incentivar os médicos de família à realização de rastreio oportunista a toda a população de risco para o cancro oral no sentido de, precocemente, se detetar e encaminhar as lesões potencialmente malignas e malignas;
  19. Definir e propor indicadores de avaliação do PNPSO na contratualização das unidades funcionais, a nível nacional;
  20. 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;
  21. Monitorizar, auditar e avaliar a prestação de cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde oral envolvidos;
  22. Avaliar, anualmente, os resultados do inquérito de satisfação aos utentes da consulta de estomatologia, medicina dentária e higiene oral dos cuidados de saúde primários;
  23. Estabelecer articulação com o Ministério das Finanças de forma a reduzir o IVA aplicado aos produtos destinados à higiene oral (dentífricos, escovas de dentes, fio dentário e escovilhões).
  24. Viabilizar o envio dos documentos desmaterializados (cheque dentista e referenciação para consulta no Centro de Saúde) e dos respetivos alertas (via sms) aos utentes e aos encarregados de educação. Nos alertas deverá constar a informação acerca da emissão do documento e respetivo prazo de validade;
  25. Realizar estudos nacionais de prevalência das doenças orais, de 5 em 5 anos.

## **2.5. MONITORIZAR, AUDITAR, AVALIAR E PROMOVER A FORMAÇÃO PROFISSIONAL, A INVESTIGAÇÃO E O CONHECIMENTO**

### **2.5.1. MONITORIZAR E AVALIAR**

A monitorização e a avaliação do Programa são efetuadas através de indicadores de extração imediata, obtidos num módulo específico do SISO, anualmente ou sempre que se justifique. Esta avaliação anual não substitui os estudos quinquenais, de âmbito nacional, desenvolvidos pela DGS.

Adicionalmente deverá ser implementada a avaliação da satisfação dos utentes utilizadores das consultas de saúde oral nos cuidados de saúde primários, nomeadamente, nas consultas de higiene oral, de medicina dentária e de estomatologia, utilizando os modelos constantes no anexo III.

### **2.5.2. AUDITORIA INTERNA E SUPORTE A QUEIXAS**

O PNPSO define mecanismos de controlo, auditoria interna e de suporte de queixas 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 são 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 (40, 41).

Prevê-se ainda, um sistema de tratamento e avaliação de queixas sobre a atuação dos prestadores de cuidados de saúde oral.

### **2.5.3. 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. São 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 oral da população. As ações de formação poderão ser efetuadas aproveitando as novas tecnologias, como o eLearning. As parcerias 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) - Nau poderão também ser inseridos módulos formativos de modo a desenvolver formação gratuita e online.

#### **2.5.4. INVESTIGAÇÃO E CONHECIMENTO**

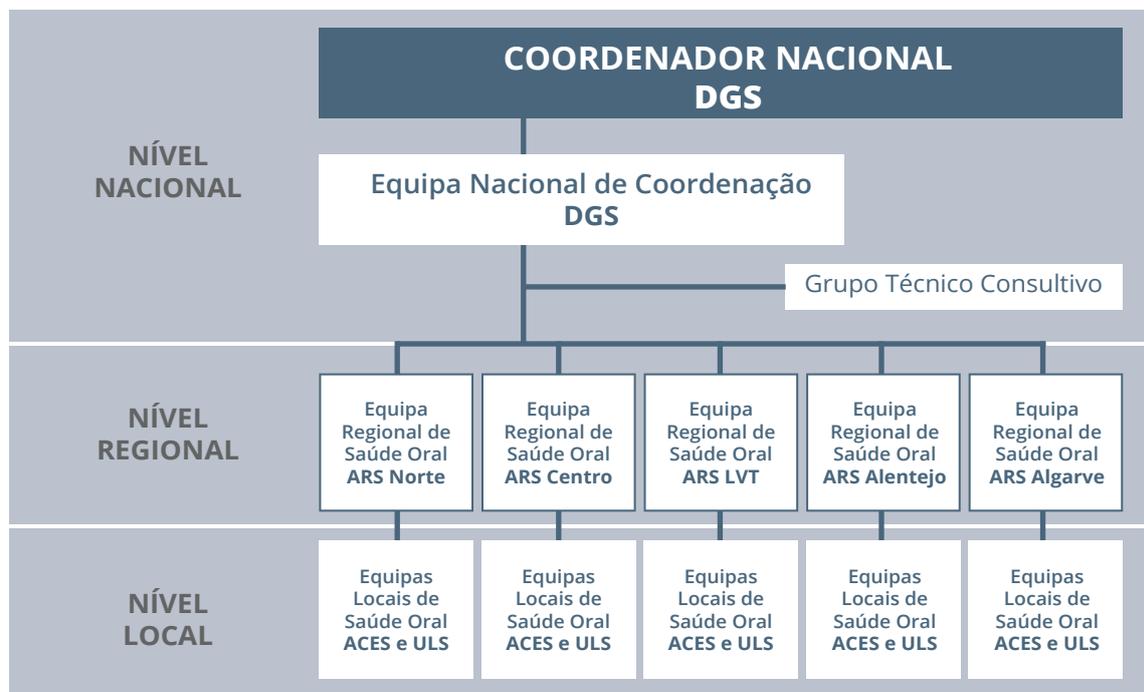
A DGS promove e incentiva a investigação de qualidade em Portugal. A instituição participa na investigação em saúde oral, assegurando e coordenando os recursos que sustentam essa atividade. Com a finalidade de se constituir como um centro de referência de informação e conhecimento sobre saúde oral, o 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.

Irá dar-se continuidade à realização de estudos nacionais, de 5 anos em 5 anos, aproximadamente, de forma a monitorizar o estado de saúde oral da população residente em Portugal. Integrando nesse trabalho parceiros internos e externos nomeadamente, as Administrações Regionais de Saúde, as Secretarias Regionais de Saúde das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores e, eventualmente, as Faculdades de Medicina Dentária, a Ordem dos Médicos Dentistas e a Ordem dos Médicos.

### 3. GOVERNAÇÃO

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

Figura 10: Organização a nível nacional, regional e local do PNPSO



#### 3.1. 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, monitorização, avaliação interna e atualização do PNPSO sempre que tal se entenda necessário.

#### 3.2. REGIONAL E LOCAL

O Coordenador Regional de Saúde Oral designado pelo Conselho Diretivo da ARS é apoiado por uma equipa técnica regional. Tem como funções a coordenação, implementação, acompanhamento, monitorização e avaliação interna 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.

### 3.3. GRUPO TÉCNICO CONSULTIVO

A constituir, por Despacho do Diretor-Geral da Saúde, integrando peritos de reconhecido mérito.

### 3.4. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

O PNPSO é apoiado pelo 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 Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), as ARS, os Institutos Portugueses de Oncologia de Lisboa, Coimbra e Porto (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.

### 3.5. FINANCIAMENTO

O financiamento do PNPSO é assegurado por verbas do Ministério da Saúde, disponibilizadas pela ACSS às ARS, numa lógica de programa vertical.

## 4. BIBLIOGRAFIA

1. Dewhirst F et al. The Human Oral Microbiome. *Journal of Bacteriology*. American Society for Microbiology. 2010 October; vol. 192 no. 19:5002-5017
2. Dradshaw DJ, Lynch RJM. Diet and Microbial aetiology of Dental caries: New Paradigms. *International Dental Journal*, 2013; 63:64-72.
3. Sheiham A, James WP. Diet and Dental Caries: The Pivotal Role of Free Sugars Reemphasized. *J. Dental Res*. 2015 oct, 94 (10):1341-7
4. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa nº 1/2005 de 18 janeiro de 2005. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-01dse-de-18012005.aspx>
5. Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
6. 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>
7. Marinho, VC, et al., Combinations of Topical Fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) Versus Single Topical Fluoride for Preventing Dental Caries in Children and Adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*.2004; (1): p. CD002781.
8. Marinho VC, et al., One Topical Fluoride (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.
9. 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>
10. Report of the Forum of fluoridation 2002. Government of Ireland 2002. [www.fluoridationforum.ie](http://www.fluoridationforum.ie)
11. Direção-Geral da Saúde. Aplicação de verniz de flúor (soluto de 50 mg/l) em saúde comunitária. Norma nº 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>
12. O'Neill, Anne, et al, Oral Health Assessment, Irlanda, 2012
13. Petersson LG, Twetman S, Pakhomov GN. (Fluoride varnish for community-based caries prevention in children. 1997. Geneva: World Health Organization.
14. Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents (Review.). *The Cochrane Collaboration*, (7). 2013. Disponível em: <http://www.cochranelibrary.com>

15. New York State Department of Health. Improving the oral health of young children - Fluoride varnish trainement materials and oral health information for child health care providers 2013.
16. Saúde Oral e Alimentação. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. SOBE. 2014 Disponível em: [www.sobe.pt](http://www.sobe.pt)
17. Cartaz Saúde Oral e Alimentação. Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. 2015. Disponível em: [www.alimentacaosaudavel.dgs.pt](http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt)
18. Wright JT, Crall JJ, Fontana M, Gillette EJ, Nový BB, Dhar V, Donly K, Hewlett ER, Quinonez RB, Chaffin J, Crespin M, Iafolla T, Siegal MD, Tampi MP. Evidence-based clinical practice guideline for the use of pit-and-fissure sealants. JADA. 2016;147 (8): 672–682.e12
19. Portaria n.º 301/2009, de 24 de março. Diário da República, 1.ª série - N.º 58 de 24 de março. Funcionamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/605504/details/maximized?drelid=130026/en>
20. R. Calado, CS. 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.
21. 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 n.º2, de 9 de janeiro de 2009. Disponível em: <https://www.dgs.pt/?cr=13506>
22. Direção-Geral da Saúde. Saúde Oral: Normalização de procedimentos para a emissão de cheques-dentista e documentos de referência para higienista oral. Circular Informativa n.º7, de 26 de março de 2009.
23. Disponível em: [https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Circ\\_Informativa\\_7.pdf](https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Circ_Informativa_7.pdf)
24. 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. Disponível em: [https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Circ\\_inf\\_triagem.pdf](https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Circ_inf_triagem.pdf)
25. Despacho n.º 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. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/74843527/details/maximized>
26. 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 n.º4, de 10 de março de 2010. Circular Normativa n.º8, de 20 de abril de 2010. Disponível em: [https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/C\\_Normativa\\_4\\_de\\_10\\_de\\_Mar\\_2010.pdf](https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/C_Normativa_4_de_10_de_Mar_2010.pdf) e [https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/CN\\_08\\_DSPPS\\_DCVAE.pdf](https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/CN_08_DSPPS_DCVAE.pdf)

27. 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. Disponível em: [https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Norma\\_n13\\_2013.pdf](https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Norma_n13_2013.pdf)
28. 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. Disponível em: [https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/C\\_Normativa\\_7\\_de\\_15\\_de\\_Abril.pdf](https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/C_Normativa_7_de_15_de_Abril.pdf)
29. Direção-Geral da Saúde. Alargamento a utentes infetados com o vírus VIH/SIDA. Norma nº2, de 27 de outubro de 2010. Disponível em: <https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Norma%20n%C3%82%C2%BA%20002%20de%2027%20de%20Outubro%20de%202010.pdf>
30. 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. Disponível em: <https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Norma%2018%20anos.docx.pdf>
31. 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. Disponível em: [https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Despacho%2016159\\_2010.pdf](https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Despacho%2016159_2010.pdf)
32. 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. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf)
33. Inquérito Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento em Saúde. Lisboa.1988.
34. Inquérito Nacional de Saúde. 1995-1996. Departamento de Estudos e Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa.1997.
35. Waal I. Potentially Malignant Disorders of the oral and Oropharyngeal Mucosa; Terminology, Classification and Present Concepts of Management. Oral Oncol. 2009; 45:317–323.
36. 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.
37. 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. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/2147402/details/maximized>
38. Direção-Geral da Saúde. Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral. Norma 2/2014 de 25 de fevereiro de 2014. Disponível em: <https://www.saudeoral.min-saude.pt/sisoPnpsoRepo/Norma%20PIPICO.pdf>

39. Decreto-Lei n.º 252/2007, DR n.º 128, Série I de 2007-07-05. Disponível em: [https://dre.pt/pesquisa/-/search/635801/details/maximized?print\\_preview=print-preview](https://dre.pt/pesquisa/-/search/635801/details/maximized?print_preview=print-preview)
40. Despacho n.º 15135/2016 de 23 de novembro de 2016. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/105371410/details/4/maximized?serie=II&drelid=105349946>
41. Portaria n.º 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. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/287444/details/maximized?drelid=133712>
42. Direção-Geral da Saúde. Auditorias Internas e seguimento Queixas. Norma 3/2013 de 15 de fevereiro de 2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/orientacao-n-0022017-de-20012017-pdf>
43. Despacho n.º 8861-A/2018 – Diário da República n.º 180/2018, I Suplemento, Série II de 18 de setembro. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/116432978/details/maximized>
44. Hong M. e col. Sealed primary molars are less likely to develop caries. JADA. 2019 Aug;150(8):641-648. doi: 10.1016/j.adaj.2019.04.011



## ANEXOS

## ANEXO I – EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE ORAL

A avaliação da situação de saúde oral a nível global efetuada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1,2,3</sup> 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<sup>4,5</sup> 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<sup>6,7</sup>.

Higienistas orais, médicos dentistas e médicos especialistas em estomatologia doravante designados por estomatologistas, embora em número reduzido, passaram a integrar as equipas

---

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.

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 um reduzido número de destinatários da sua ação.

No início do século foi possível definir o conceito de cuidados básicos de saúde oral no âmbito do PNPSO <sup>8</sup>, contemplando a integração de intervenções de promoção, prevenção primária e tratamento, dirigidas a crianças e jovens. 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, além do impacto da promoção da saúde oral, proporcionou um assinalável incremento na utilização de selantes de fissuras. Também 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 <sup>9</sup>.

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 secundários ministrados em consultórios privados, mediante acordos estabelecidos com os prestadores, suportados financeiramente pelo denominado “cheque-dentista” <sup>10,11,12,13</sup>.

A implementação e expansão do PNPSO com cheques-dentista aumentou significativamente 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 e de grande impacto, permite a livre escolha pelos utentes dos médicos dentistas e estomatologistas aderentes ao

8 Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa N.º 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. N.º 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 58 de 24 de março. 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 n.º 12889/2015. 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.

PNPSO e responde, em parte, à necessidade de aumentar o acesso a cuidados de saúde oral da população <sup>14</sup>.

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, 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 mais jovens, 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 <sup>15</sup>.

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 <sup>16</sup>.

Neste alinhamento e face à necessidade de atualizar o PNPSO foi elaborada uma nova versão a qual esteve em audição pública durante 30 dias, em julho de 2019. Foram recebidos contributos provenientes de profissionais de saúde e instituições que demonstraram o interesse e o empenho em contribuir para um PNPSO cada vez mais robusto e capaz de dar resposta às necessidades da população.

14 Simões J, Augusto GF, Céu A, Ferreira MC, Jordão M, Calado R, Fronteira. Ten years since the 2008 introduction of dental vouchers in the portuguese NHS. Health Policy 122 (2018):803-807

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.

O PNPSO 2021-2025 tendo como objetivos a equidade do acesso bem como a diminuição da prevalência das doenças orais passa a incluir as crianças e jovens partir dos 7 anos, que frequentam o ensino particular e cooperativo. Adicionalmente as crianças da coorte dos 4 anos terão acesso a uma estratégia essencialmente preventiva, permitindo também o diagnóstico e o tratamento precoce, sempre que necessário, dando cumprimento à medida constante no Programa do XXII Governo Constitucional referente ao alargamento da cobertura do cheque dentista a todas as crianças entre os 2 e os 6 anos de idade.

Desde 2008, foram referenciados através de cheque dentista para consulta de medicina dentária 3,246 milhões de utentes variando, anualmente, a taxa de utentes utilizadores entre os 66 e os 70%. A margem orçamental disponível, cerca de 30%, permite alargar o acesso às crianças e jovens que frequentam o ensino particular e cooperativo, pelo que este grupo foi integrado no programa atual.

## ANEXO II – 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 eficiência 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 <sup>17</sup>. 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 de um biofilme oral específico e do cálculo mantido e organizado supra e infragengival e do cálculo, ao longo do tempo, parecem ser os responsáveis pelo aumento da doença periodontal na população idosa <sup>18</sup>. O cancro oral e a fluorose 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 <sup>15, 19</sup>. 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, nos grupos etários dos 6, 12 e 15 anos, nos dois primeiros estudos, e dos 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos no último <sup>15, 20, 21, 22, 23</sup>.

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 abrangidos. Neste estudo transversal fizeram parte da amostra aleatória 6.315 indivíduos, garantindo a representatividade de todas as regiões de saúde do Continente e

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 Orais. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais-pdf.aspx>

23 L. Ottolenghi, Muller-Bola. L. Strohmenger, D. Bourgeois. Oral Health Indicators for Children and Adolescents. *European perspectives*. *European Journal of Paediatric Dentistry* 4/2007.

das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Os grupos etários dos 18, 35-44 e 65-74 anos foram pela primeira vez avaliados em estudos nacionais, pelo que não é possível a comparação dos resultados obtidos. No entanto, o grupo etário dos 18 anos apresenta alguma possibilidade de comparação com as avaliações efetuadas nos estudos anteriores aos jovens de 15 anos <sup>15,23</sup>.

A evolução dos resultados relativos à frequência da escovagem dos dentes dos 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. Os que menos escovam são as crianças com 6 anos e as pessoas dos grupos 65-74 anos. (tabela A).

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

| Grupo etário | Escova pelo menos 1 x / 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

Como se pode verificar na Tabela B, os indicadores utilizados para medir a prevalência das doenças orais têm vindo a melhorar desde o ano 2000 <sup>23</sup>:

- ! 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 (média dos dentes decíduos cariados, perdidos e obturados devido a cárie dentária) 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 (média dos dentes permanentes cariados, perdidos e obturados devido a cárie dentária) 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 <sup>15,21,22</sup>.

**Tabela B.** 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, apresentando Portugal o valor de 1,18<sup>24</sup>.

A observação do gráfico A, 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 A. Componentes do Índice CPOD nos diferentes grupos estudados



24 World Health Organization. Oral Health databases. Disponível em: <https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/>

Na tabela C, 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 65-74 anos a percentagem apurada foi de 14,4%<sup>15</sup>. A perda de dentes permanentes está associada a maus hábitos de higiene oral<sup>25</sup>, pelo que é fundamental que as práticas de higiene oral sejam estabelecidas logo após o nascimento.

**Tabela C.** 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 D). 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 sendo a média de selantes por indivíduo de 3,61.

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

| Idade | n    | Selantes em dentes permanentes |             | Selantes em 1ºs molares |             |
|-------|------|--------------------------------|-------------|-------------------------|-------------|
|       |      | % (σ)                          | Média (σ)   | % (σ)                   | Média (σ)   |
| 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

<sup>25</sup> Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. Int Dent J. 2017 Jun;67(3):139-147. doi: 10.1111/idj.12273.

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 E). 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 <sup>15</sup>.

**Tabela E.** 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

Quanto à perda de inserção do ligamento periodontal, aos 35-44 e aos 65-74 anos foram observados problemas classificados como moderados e graves em, respetivamente, 40 e 60% dos indivíduos observados <sup>15</sup>.

No estudo nacional 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 <sup>15,22, 26,27,28</sup>.

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

26 Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março. Diário da República, 1.ª série - N.º 58 de 24 de março. Funcionamento do Programa Nacional de promoção de Saúde Oral.

27 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.

28 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 n.º2, de 9 de janeiro de 2009.

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 <sup>15, 22</sup>.

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%) <sup>15, 27</sup>. 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 F).

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

| Grupo etário | Índice cpod / CPOD |        |         | Cariados | Perdidos | Obturados |
|--------------|--------------------|--------|---------|----------|----------|-----------|
|              | 2000               | 2006j  | 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 (CPOD inferior a 1,5) encontra-se já ultrapassado (1.18 em 2013) <sup>27</sup>. A média de dentes por tratar nesta população é extremamente baixa. 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. No que diz respeito à doença periodontal, 37,4% desta população apresenta um índice periodontal comunitário (IPC) igual a zero (gengivas saudáveis) <sup>15</sup>.

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 <sup>15</sup>.

No que respeita ao cancro da cavidade oral, a sobrevivência é proporcional ao estadio da doença, no momento do seu diagnóstico, ilustrada na seguinte tabela, adaptada de Ph. Rubin <sup>29,30,31</sup>.

**Tabela G** - 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.

29 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.

30 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.

31 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)

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. 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 <sup>31,32,33,34,35</sup>.

---

32 Arnaoutakis D et al. Recurrence Patterns and Management of Oral Cavity Premalignant Lesions. *Oral Oncol* 2013; 18: 1368.

33 Pinheiro PS, Tyczynski JE, Bray F, Amado J, Matos E, Miranda AC, Limbert E Cancer in Portugal. IARC Technical Publication nº 38, 2002, Lyon.

34 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>

35 Waal I. Potentially Malignant Disorders of the Oral and Oropharyngeal Mucosa; Terminology, Classification and Present Concepts of Management. *Oral Oncol*. 2009; 45:317-323.

# ANEXO III – QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO

## Questionário de Avaliação de Satisfação dos Utentes Utilizadores de Consultas de Higiene Oral, nos Centros de Saúde

Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

Assinale uma das opções, colocando uma X

| Sexo      |          |
|-----------|----------|
| Masculino | Feminino |
|           |          |

| Faixa etária |       |       |       |        |
|--------------|-------|-------|-------|--------|
| < 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/<br>não respondo |
|---|------------------|------------|------------------|-----------------|--------------------------|
| À facilidade em se deslocar para esta Unidade de Saúde                        |                  |            |                  |                 |                          |
| À pontualidade com que foi atendido pelo higienista oral                      |                  |            |                  |                 |                          |
| À qualidade global das instalações do consultório                             |                  |            |                  |                 |                          |
| À limpeza e higiene do consultório  |                  |            |                  |                 |                          |
| À simpatia e disponibilidade do higienista oral                               |                  |            |                  |                 |                          |
| Aos cuidados de saúde oral realizados pelo higienista oral                    |                  |            |                  |                 |                          |
| À informação sobre os cuidados prestados e os cuidados a ter, após a consulta |                  |            |                  |                 |                          |

|   |            |  |
|---|------------|--|
| <b>Foram-lhe realizadas todas as intervenções previstas nas consultas de higiene oral</b> | <b>Sim</b> |  |
|   | <b>Não</b> |  |
| Caso tenha respondido <b>não</b> na questão anterior, indique o motivo                    |            |  |
| <br><br><br><br><br>  |            |  |

| Sugestões para melhorar os cuidados prestados nos consultórios dos centros de saúde |
|---|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>  |

## Questionário de Avaliação de Satisfação dos Utentes Utilizadores de Consultas de Estomatologia / Medicina Dentária, nos Centros de Saúde

Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

Assinale uma das opções, colocando uma X

| Sexo      |          |
|-----------|----------|
| Masculino | Feminino |
|           |          |

| Faixa etária |       |       |       |        |
|--------------|-------|-------|-------|--------|
| < 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/<br>não respondo |
|---|------------------|------------|------------------|-----------------|--------------------------|
| À facilidade em se deslocar para esta Unidade de Saúde                                |                  |            |                  |                 |                          |
| À pontualidade com que foi atendido pelos serviços de estomatologia/medicina dentária |                  |            |                  |                 |                          |
| À qualidade global das instalações do consultório                                     |                  |            |                  |                 |                          |
| À limpeza e higiene do consultório  |                  |            |                  |                 |                          |
| À simpatia e disponibilidade do médico estomatologista / médico dentista              |                  |            |                  |                 |                          |
| À simpatia e disponibilidade do assistente dentário                                   |                  |            |                  |                 |                          |
| Aos cuidados de saúde oral realizados pelo médico estomatologista / médico dentista   |                  |            |                  |                 |                          |
| À informação sobre os cuidados prestados e os cuidados a ter, após a consulta         |                  |            |                  |                 |                          |

|  |     |  |
|--|-----|--|
| Foram-lhe realizadas todas as intervenções previstas nas consultas de higiene oral | Sim |  |
|  | Não |  |

Caso tenha respondido **não** na questão anterior, indique o motivo

Sugestões para melhorar os cuidados de saúde oral nos consultórios dos centros de saúde

## ANEXO IV – RESUMO DOS DIVERSOS PROJETOS DO PNPSO

| SOCSP — Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários    |  |
|---|--|
| Norma n.º 8/2016 de 13/10   Norma n.º 2/2017 de 15/02 |  |
| População Alvo  | Todos os utentes do ACES, sem restrição de patologia   |
| Tratamentos   | O estomatologista ou o médico dentista do Centro de Saúde efetua os tratamentos dentários necessários em termos clínicos. (Nota: Intervenções de natureza estética e reabilitação protética não estão incluídos) |
| Data limite de conclusão de tratamentos               | Até 12 meses após emissão da referenciação   |
| Emissão   | Médico de família (1ª referenciação) ou assistente técnico (referenciações seguintes)  |

| SOSI - Saúde Oral Saúde Infantil                  |   |
|---|---|
| Circular Normativa n.º2/DSPPS/DCVAE de 09/01/2009 |   |
| População Alvo                                    | Crianças de 2, 3, 5 e 6 anos, para tratamento de cárie em dentes decíduos, identificadas pelo médico de família |
| Tratamentos                                       | Consoante o diagnóstico realizado pelo médico aderente, visa o tratamento no mínimo de 2 dentes                 |
| Data limite de conclusão de tratamentos           | Três meses a partir da data de emissão  |
| Emissão   | Médico de família ou assistente técnico   |

| SOCJ4 - Saúde Oral Crianças e Jovens 4A |   |
|---|---|
| Norma a emitir                          |   |
| População Alvo                          | Crianças de 4 anos  |
| Tratamentos                             | Aplicação de selantes de fissuras nos dentes molares são, aplicação de verniz de flúor e tratamento de todas as cáries em dentes decíduos |
| Data limite de conclusão de tratamentos | A definir   |
| Emissão                                 | A definir   |

**SOCJ - Saúde Oral - Crianças e Jovens (7, 10 e 13 anos)**

Circular Normativa n.º2/DSPPS/DCVAE de 09/01/2009

|  |   |
|--|---|
| <b>População Alvo</b>                          | Crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos  |
| <b>Tratamentos</b>                             | Aplicação de selantes de fissuras nos dentes molares e pré-molares sãos e tratamento de todas as cáries em dentes permanentes |
| <b>Data limite de conclusão de tratamentos</b> | 31 de outubro   |
| <b>Emissão</b>                                 | Assistente técnico do Centro de Saúde da área da Escola   |

**SOCJI - Saúde Oral Crianças e Jovens - Idades intermédias**

Circular Normativa n.º 08/DSPPS/DCVAE de 20/04/ 2010

|  |   |
|--|---|
| <b>População Alvo</b>                          | Crianças e jovens com 8, 9, 11, 12 e 14 anos que tiveram acesso ao Projeto SOCJ da coorte anterior e que terminaram os respetivos planos de tratamento, mas que apresentam situações de cárie em dentes permanentes. Poderá ser emitido entre dia 1 de novembro e 31 de outubro do ano seguinte |
| <b>Tratamentos</b>                             | Até 2 dentes permanentes  |
| <b>Data limite de conclusão de tratamentos</b> | 31 de outubro   |
| <b>Emissão</b>                                 | Médico de família ou assistente técnico   |

**SOCJ16 e SOCJ 18 — Saúde Oral Jovens 16 e 18 anos**

Norma n.º 13/DSPPS/DCVAE de 20/08/2013, Norma n.º 03/2016 de 01/03

|  |  |
|--|--|
| <b>População Alvo</b>                          | Jovens que completem 16 anos no ano civil corrente e que utilizaram o cheque-dentista ou referência para higienista oral da coorte dos 13 anos e jovens que completem 18 anos no ano civil corrente e que utilizaram o cheque-dentista dos 16 anos. Poderão ser emitidos entre dia 1 de Janeiro e 31 de agosto de cada ano civil |
| <b>Tratamentos</b>                             | No final da intervenção, aos 16 anos, deverão estar tratados todos os dentes permanentes atingidos por cárie e protegidos com selantes de fissura os molares e pré-molares sãos. Aos 18 anos, no final da intervenção, deverão estar tratados todos os dentes permanentes atingidos por cárie                                    |
| <b>Data limite de conclusão de tratamentos</b> | 31 de outubro do ano que foi emitido   |
| <b>Emissão</b>                                 | Exclusivamente pelo assistente técnico   |

**SOG - Saúde Oral da Grávida**

Circular Normativa n.º 4/DSPPS/DCVAE de 27/02/2008

|  |  |
|--|--|
| <b>População Alvo</b>                          | Grávidas em vigilância pré-natal no Serviço Nacional de Saúde  |
| <b>Tratamentos</b>                             | Consoante o diagnóstico realizado pelo médico aderente, proporciona até 5 tratamentos curativos (num máximo de 3 cheques, sendo o primeiro atribuído no Centro de Saúde e os restantes pelo estomatologista ou médico dentista aderente, tendo em conta o plano de tratamento) |
| <b>Data limite de conclusão de tratamentos</b> | até 60 dias após a data prevista para o parto  |
| <b>Emissão</b>                                 | Médico de família ou assistente técnico  |

## SOPI - Saúde Oral Pessoa Idosa

Circular Informativa 04/DSPPS/DCVAE de 27/02/2008

|   |  |
|---|--|
| População Alvo                          | Utentes beneficiários do complemento solidário para idosos   |
| Tratamentos                             | Consoante o diagnóstico realizado pelo médico aderente, proporciona até 3 tratamentos curativos no máximo até 2 cheques, (Nota: As próteses dentárias não são comparticipadas por cheque-dentista) |
| Data limite de conclusão de tratamentos | Até 12 meses após emissão do 1º cheque   |
| Emissão                                 | Médico de família ou assistente técnico  |

## SOVIH - Saúde Oral Pessoas com infeção por VIH/SIDA

Norma n.º 02/2010 de 27/10 | Norma n.º 04/2016 de 01/03

|   |   |
|---|---|
| População Alvo                          | Doentes portadores VIH/SIDA em seguimento no SNS  |
| Tratamentos                             | 1ª referência: Consoante o diagnóstico realizado pelo médico aderente, proporciona o tratamento de 11 dentes (ou 9 dentes, no caso de incluir desvitalizações), num máximo de 6 cheques. No final da utilização do 3º cheque, se necessário, o estomatologista ou o médico dentista aderente deverá solicitar a continuação dos tratamentos ao médico de família, o qual deverá decidir sobre a sua continuidade. Em caso afirmativo validará o "2º lote VIH" no SCLínico; 2ª referência e seguintes: Consoante o diagnóstico realizado pelo médico aderente, proporciona o tratamento de 3 dentes, num máximo de 2 cheques emitidos, de 24 em 24 meses, contados a partir da emissão do ciclo anterior |
| Data limite de conclusão de tratamentos | 12 meses após a data de emissão   |
| Emissão                                 | Exclusivamente pelo médico de família   |

## PIPCO — Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral

Norma n.º 03/2014 de 25/02

|                            |  |
|----------------------------|--|
| População Alvo             | Utentes pertencentes ao grupo de risco: fumadores, com idade igual ou superior a 40 anos e com hábitos alcoólicos ou utentes com queixas de dor, lesões ou alterações de cor e da superfície da mucosa oral ou aumentos de volume não habituais de estruturas da cavidade oral   |
| Operacionalização          | O médico dentista, caso confirme a necessidade de efetuar a biópsia, utiliza o cheque biópsia. O laboratório de referência registará, no prazo de 4 dias, o resultado anatomopatológico. Os utentes com uma biópsia com resultado anatomopatológico de cancro oral serão contactados pelo IPO de referência, nas 24 horas após o registo do resultado pelo laboratório. Os utentes com resultado anatomopatológico de lesão potencialmente maligna são encaminhados pelo médico de família, via CTH, para o hospital de referência |
| Emissão cheque diagnóstico | Exclusivamente pelo médico de família  |

## ANEXO V – INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO PNPSO

| Objetivos Gerais                      | Objetivos Operacionais  | Indicadores   | V.R.*        | Metas 2025  |
|---------------------------------------|---|---|--------------|-------------|
| Reduzir as doenças orais da população | Aumentar número de crianças de 6 anos livres de cárie   | Percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos  | 54% (2015)   | 80%         |
|                                       | Diminuir o índice de CPO aos 12 anos  | Índice de CPO aos 12 anos   | 1,18 (2015)  | 1,15        |
|                                       | Aumentar número de crianças com dentes selados aos 12 anos  | Percentagem de crianças de 12 anos com pelo menos 1 dente selado  | 55,2% (2015) | 60%         |
|                                       |   | Percentagem de utilização de cheques-dentista e referênciação para HO aos 10 anos   | 60% (2018)   | 62%         |
|                                       | Aumentar o número de jovens sem lesões de cárie aos 18 anos   | Percentagem de jovens de 18 anos sem lesões de cárie  | 32,3% (2015) | 40%         |
|                                       | Aumentar a aplicação de vernizes de flúor, semestralmente, às crianças que frequentam o ensino pré-escolar  | Percentagem de crianças que frequentam o ensino pré-escolar, alvo de aplicação de vernizes de flúor, semestralmente   | n.d.         | 50%         |
|                                       | Aumentar a taxa de utilização de Referenciações SOCSP/cheque-dentista e referenciações para higienista oral | Percentagem de utilização das referenciações SOCSP (referenciações utilizadas/referenciações emitidas)  | 20% (2018)   | 60%         |
|                                       |   | Percentagem de utilização dos cheques-dentista (cheques utilizados/cheques emitidos) (VR 70%)   | 70% (2018)   | 72%         |
|                                       |   | Percentagem de utilização das referenciações HO (referenciações HO/referenciações HO emitida)   | 60% (2018)   | 62%         |
|                                       | 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                               | 52% (2018)   | 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       | 90% (2018)   | 92%         |
|                                       |   | Percentagem de planos tratamentos concluídos (planos de tratamento concluídos/ planos de tratamento concluídos+ planos de tratamento em curso) no âmbito da utilização de referênciação para HO | 90% (2018)   | 92%         |
|                                       | Monitorizar o estado de saúde oral da população residente em Portugal                                       | Realizar estudos nacionais de prevalência das doenças orais   | 1            | 5 em 5 anos |

continua 

| Objetivos Gerais   | Objetivos Operacionais  | Indicadores   | V.R.*           | Metas 2025    |
|--|---|---|-----------------|---------------|
| <b>Promover a progressiva capacitação da população em matéria de literacia e promoção da saúde e na prevenção da doença oral, ao longo do percurso de vida</b>                         | Aumentar o número de jovens de 18 anos 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 jovens de 18 anos que realizam a escovagem dos dentes, pelo menos 2 x/dia, sendo uma delas à noite antes de deitar e utilizam diariamente fio dentário                   | 6,4% (2015)     | 12%           |
|  | Aumentar número de crianças e jovens a efetuar escovagem dos dentes em ambiente escolar   | Percentagem de crianças de 6 anos que realizam escovagem 2 ou mais vezes por dia  | 53% (2015)      | 80%           |
|  |   | Percentagem de crianças e jovens a efetuar escovagem dos dentes em ambiente escolar (JI/1º ciclo)   | 20% (2015/2016) | 50%           |
|  |   | Número de ações de formação dirigidas a profissionais de saúde e de educação, a realizar pela equipa nacional, no sentido de operacionalizar as atividades do PNPSO em ambiente escolar | n.d.            | 5             |
|  | 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           | 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+   | 2000 (2018)     | 2200          |
| <b>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</b> | 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  | 111             | 278           |
|  | Aumentar o número de utentes atendidos por estomatologistas e médicos dentista nos Centros de Saúde   | Número de consultas por dia trabalhado (8H)   | 6               | 12            |
|  | Aumentar o número de dentes tratados pelos estomatologistas e médicos dentistas nos Centros de Saúde  | Percentagem de dentes tratados face ao número de dentes com necessidades de tratamento  | 55% (2017)      | 70%           |
|  | Promover o cumprimento do número de dias para obtenção de resultado anatomopatológico após realização de biópsia  | Número de dias entre a realização da biópsia no âmbito do PIPCO e a obtenção do resultado por parte do laboratório de referência  | <5 dias úteis   | <5 dias úteis |
|  | Aumentar a sobrevivência por cancro oral após o diagnóstico   | Percentagem de sobrevivência 5 anos após o diagnóstico  | 55% (2013)      | 60%           |
|  | Verificar o grau de satisfação dos utentes no âmbito do PNPSO   | Aplicar questionário de satisfação aos utentes que recorreram às consultas de medicina dentária, de estomatologia e de higiene oral, nos centros de saúde                               | n.d.            | 1/ano         |

\* Valor de referência



