

**A MEDICINA DENTÁRIA EM PORTUGAL:
IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS FATORES QUE
CONDICIONAM OS PORTUGUESES NO ACESSO A CUIDADOS
DE SAÚDE ORAL**

Marta Carvalho Santos Baptista

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de
Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor Renato Jorge Lopes da Costa, Departamento de Marketing, Operações e Gestão
Geral

Coorientadora:

Doutora Carla Maria Nobre Balseiro Rodrigues, Faculdade de Medicina Dentária da
Universidade de Lisboa, Departamento de Higiene Oral

Setembro 2016

RESUMO

As doenças orais constituem um dos problemas principais de saúde da população no geral. Contudo, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, é possível reduzir-se custos económicos e obter-se ganhos em saúde consideravelmente relevantes. Portugal, comparativamente a outros países europeus, apresenta desigualdade no acesso a cuidados de saúde oral por parte da população. Dados recentes revelam que existe uma percentagem alta de portugueses que nunca marcam consulta de saúde oral ou fazem-no menos de uma vez por ano.

Sendo esta uma realidade a nível nacional pretende-se, com este estudo, analisar quais os fatores que estão na base de um não acesso regular dos portugueses aos cuidados de saúde oral. Da mesma forma, pretende-se avaliar o estado de saúde oral da população em estudo e averiguar eventuais diferenças entre duas populações de regiões geográficas distintas, Caldas da Rainha e Leiria, bem como analisar a importância de um alargamento da especialidade de medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

De forma a analisar os objetivos acima mencionados foi aplicado um inquérito a pacientes que recorreram a clínicas dentárias e um rastreio de saúde oral observacional.

Dos 186 inquiridos, 79% recorrem com regularidade ao dentista/higienista oral. Dos 39 indivíduos que não recorrem com regularidade ao dentista, 31% referiu como entrave o fator económico. Mais de metade da população inquirida (55%) referiu escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia. O valor de Índice de CPO da população de Caldas da Rainha foi de 0.39 e de Leiria 0.54. Foi ainda relevante verificar que 98% da população inquirida defende que é necessário uma presença maior da medicina dentária no SNS.

A associação dos resultados obtidos sugere que sejam definidas estratégias mais alargadas de promoção de saúde oral junto da população adulta.

Palavras-chave: saúde oral, acesso a tratamentos orais, fatores condicionantes, população adulta

ABSTRACT

Oral health diseases are one of the major health problems of the population in general. However if properly prevented and treated it is possible to reduce the economic costs associated to it and obtain health gains considerably relevant. Compared to other European countries in Portugal the population has inequality in access to oral health care. Recent data shows that there is a high percentage of Portuguese people who never mark an oral health consultation or do it less than once a year.

By knowing this national reality this study intend to analyze which factors are the basis of a non-regular access of Portuguese to oral health care, it is also intended to assess the oral health status of the population under study and check for possible differences between two populations of different geographical regions, Caldas da Rainha e Leiria, and to analyze the importance of extending the specialty of dentistry in the Nacional Health Service.

In order to analyze the objectives mentioned above it was administered a survey to patients who resorted to dental clinics and an observational oral health screening.

With a total of 186 respondents it was possible to understand that 79% go to the dentist/ dental hygienist regularly. Of the 39 people who don't usually use these services 31% reported that the economic factor is impeditive to access these services. More than half of the population surveyed (55%) reported brushing their teeth at least twice a day. The value of the DMFT of the population from Caldas da Rainha was 0.39 and 0.54 correspondent to the population from Leiria. It was still relevant verifying that 98% of the population inquired believes that it is required an enlarged presence of dentistry in the Portuguese Nacional Health Services.

The association of these results suggests that wider strategies about promotion of oral health should be defined for the adult population.

Key-words: oral health, access to oral treatments, conditioning factors, adult population

AGRADECIMENTOS

Este trabalho de investigação é também um bocadinho vosso, obrigada:

Ao meu orientador da tese, Professor Doutor Renato Costa por toda a disponibilidade demonstrada, pelas críticas e sugestões relevantes, e pelo seu rigor e contribuições indispensáveis à elaboração desta investigação

À minha coorientadora, Doutora Carla Rodrigues, minha antiga Professora de Licenciatura que aceitou este desafio demonstrando sempre uma enorme acessibilidade e espírito de ajuda que foram muito importantes para concretizar este desafio.

A todos os meus amigos, mas especialmente à Pipa, Mónica, Ju e Inês que me deram força e me ajudaram a construir este projeto e cuja amizade verdadeira me torna numa pessoa melhor.

Também à Mariana Bárbara, pela sua ajuda preciosa na realização da recolha de dados junto dos seus pacientes. Ao Dr. Cassis Clay e a toda equipa da clínica dentária OralPlan pelo companheirismo, amizade e entreaajuda nos dias de trabalho.

Ao meu amor, Alexandre: o meu coração fez de ti a casa que sempre quis ter. És o meu sol, a minha fonte de inspiração a querer fazer sempre mais e melhor, és o meu exemplo de força e determinação. Obrigada pelo teu amor, bondade, generosidade, incentivo e apoio incondicional nesta caminhada.

À minha família incrível, aos meus pais Cristina e Rogério e às minhas irmãs Mariana e Margarida. Obrigada pelo exemplo. São o meu porto de abrigo, a razão da minha força, a luz que me guia e cuja presença constante na minha vida faz de mim capaz de enfrentar desafios como este.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – Revisão de Literatura	16
1.1 Conceito e Fatores Condicionantes da Saúde Oral	16
1.1.1 O Conceito de Cuidados de Saúde	16
1.1.2 O Conceito de Cuidados de Saúde Oral	17
1.1.3 A Saúde Oral como fator-chave de bem-estar físico, psíquico e social	19
1.1.4 Impacto da condição de saúde oral na qualidade de vida	20
1.1.5 Fatores condicionantes no acesso a cuidados de saúde oral	23
1.1.5.1 Fator Idade	25
1.1.5.2 Fator Género	25
1.1.5.3 Fator Distribuição Geográfica	26
1.1.5.4 Fator Literacia	26
1.1.5.5 Fator Económico	27
1.1.5.6 Fator Seguro de Saúde	29
1.2 Os Modelos Português, Francês e Norueguês de Saúde Oral	30
1.2.1 Saúde Oral em Portugal	30
1.2.2 Saúde Oral: Noruega e França	34
CAPÍTULO II - Metodologia	37
2.1 Modelo de investigação	37
2.2 Modelo de análise	38
2.2.1. Campo empírico	38
2.2.2. Amostra não probabilística	39
2.2.3 Métodos de recolha de informação quantitativa	39
2.2.3.1 Questionário	40
2.2.3.2 Rastreios de Saúde Oral: Índice CPO.	41
CAPÍTULO III: Apresentação de Resultados	42
3.1 Diferenças ao nível do acesso e regularidade de acesso aos cuidados de saúde oral entre as populações de Caldas da Rainha e Leiria	45
3.2 Motivos pelos quais os portugueses não recorrem com regularidade ao médico dentista ou higienista oral	48
3.3 Severidade da condição de saúde oral das populações de Caldas da Rainha e Leiria....	50
3.4 A base de desigualdades da condição de saúde oral das populações em estudo	52

3.5 Necessidade de existência de um serviço público alargado de medicina dentária.....	54
3.6 Relação entre condições socioeconómicas desfavorecidas e/ou graus de literacia baixos face à necessidade de requerer um serviço público de medicina dentária.....	56
CAPÍTULO IV: Discussão de Resultados.....	58
4.1 Diferenças ao nível do acesso e regularidade de acesso aos cuidados de saúde oral entre as populações de Caldas da Rainha e Leiria.....	58
4.2 Motivos pelos quais os portugueses não recorrem com regularidade ao médico dentista ou higienista oral	59
4.3 Severidade da condição de saúde oral das populações de Caldas da Rainha e Leiria....	62
4.4 A base de desigualdades da condição de saúde oral das populações em estudo	63
4.5 Necessidade de existência de um serviço público alargado de medicina dentária.....	64
4.6 Relação entre condições socioeconómicas desfavorecidas e/ou graus de literacia baixos face à necessidade de requerer um serviço público de medicina dentária.....	65
CAPÍTULO V: Conclusão.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	74
ANEXO I – Consentimento Informado.....	75
ANEXO II – Questionário.....	76

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Classificação do Índice CPO – população adulta	33
Quadro 2: Classificação do Índice CPO – população infantil.....	33
Quadro 3: Distribuição das questões presentes no questionário aplicado.....	40
Quadro 4: Distribuição geográfica das 186 observações da amostra dos questionários aplicados	42
Quadro 5: Distribuição do género das 186 observações da amostra dos questionários aplicados	42
Quadro 6: Distribuição de intervalos de idade das 186 observações da amostra dos questionários aplicados.....	43
Quadro 7: Distribuição do grau de escolaridade das 186 observações da amostra dos questionários aplicados	43
Quadro 8: Caracterização da situação de empregabilidade das 186 observações da amostra dos questionários aplicados	45
Quadro 9: Relação entre a não frequência regular aos cuidados de saúde oral e os fatores desemprego, escolaridade e rendimento mensal	49
Quadro 10: Valores do Índice de CPO da população em estudo	51
Quadro 11: Relação entre a população com grau de escolaridade até à 4ª Classe e o estado de saúde oral e a frequência de escovagem.....	53
Quadro 12: Relação entre a amostra populacional que ganha menos ou 505€/mês com o acesso aos cuidados de saúde oral e o nível de saúde oral	54
Quadro 13: Posição dos 186 indivíduos da amostra dos questionários aplicados relativamente ao alargamento da medicina dentária no SNS.....	56
Quadro 14: Percentagem de pessoas que gostariam de ver alargada a área de medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo dos fatores determinantes da saúde	16
Figura 2: O modelo dos três domínios fundamentais da saúde oral.....	18
Figura 3: Modelo refinado da saúde oral	21
Figura 4: Fatores condicionantes do acesso aos cuidados de saúde oral	25
Figura 5: O gradiente social na saúde	28
Figura 6: Prevalência da não utilização de cuidados de saúde oral por razões financeiras	28
Figura 7: Distribuição em percentagem das pessoas que frequentam regularmente o médico dentista ou higienista oral.....	46
Figura 8: Distribuição em percentagem da população que frequenta o dentista uma, duas ou mais vezes durante um ano.....	47
Figura 9: Distribuição dos motivos pelos quais a população recorreu a última vez a uma consulta médico-dentária.....	47
Figura 10: Distribuição do tempo despendido pela população para se deslocar ao consultório dentário que frequenta.....	48
Figura 11: Distribuição em percentagem da população que não vai regularmente ao dentista com os motivos associados	49
Figura 12: Autoavaliação dos pacientes acerca do seu estado de saúde oral	50
Figura 13: Frequência de escovagem da população.....	51
Figura 14: Valores do Índice de CPO da população em estudo.....	52
Figura 15: Qualificação dos preços praticados nas clínicas dentárias em estudo avaliada pela população em estudo	55

LISTA DE ABREVIACÕES

CPO – Cariados, Perdidos e Obturados

CPOD – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

DGS – Direção Geral de Saúde

FDI – Federação Dentária Internacional

OMD – Organização Mundial de Saúde

OMS – Ordem dos Médicos Dentistas

PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

SNS – Serviço Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

Relevância do trabalho

A realização desta tese de mestrado, que surgirá em forma de dissertação, emerge com o intuito de fomentar o interesse sobre a situação nacional no que concerne ao atual estado da medicina dentária em Portugal, estimulando uma reflexão sobre o que pode ser mudado em benefício da população portuguesa e da própria medicina dentária.

A saúde oral em geral e a cárie dentária em particular sempre foram entendidas em Portugal como fatores determinantes do estado de saúde geral da população. Pretende-se por isso com este estudo identificar as causas que interferem e influenciam a procura e o acesso a cuidados de saúde oral de modo a que a consciencialização dos mesmos permita contornar e ultrapassar aquilo que poderão ser considerados entraves.

O Problema da investigação

As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos problemas principais de saúde da população no geral. Contudo, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, é possível reduzir-se custos económicos e obter-se ganhos em saúde consideravelmente relevantes. Presentemente, a saúde oral não pode ser examinada como uma entidade independente da saúde geral, pelo que nenhum indivíduo pode ser considerado totalmente saudável enquanto apresentar evidências de doenças na sua cavidade oral. Segundo dados da Federação Dentária Internacional (FDI) de 2014, cerca de 90% da população mundial padece de algum tipo de doença oral durante a sua vida, desde cárie dentária, doença periodontal, perda dentária, até cancro oral, inclusive.

No estudo de Seirawan *et al.* (2012) pôde observar-se que as condições culturais e socioeconómicas têm influência nos hábitos de higiene oral que os indivíduos adotam e influenciam também a procura deste tipo de cuidados de saúde. Hoje, é considerado fundamental lidar com os principais fatores de risco e determinantes da saúde. Isto para que se consiga obter um ponto de partida para a redução eficaz do peso da doença e para a obtenção de ferramentas, indispensáveis à promoção da saúde da população em geral e conseqüentemente

à própria capacitação dos indivíduos para uma prevenção atempada e eficiente manutenção da sua saúde oral.

Em 2010, o Eurobarómetro apresentou um relatório (*Report - Oral Health*) no qual referiu que apenas 46% da população portuguesa vai anualmente a consultórios dentários. Dados mais recentes da Ordem dos Médicos Dentistas revelaram, através do Observatório da Saúde Oral, que em 2015, através de uma amostra significativa de inquéritos, 41,3% dos portugueses nunca marcaram consulta de saúde oral ou fizeram-no menos de uma vez por ano.

Mackenback *et al.* (2008), no seu estudo comparativo, concluiu que Portugal, comparativamente a outros países europeus, apresenta níveis elevados de desigualdade em função da educação, facto que também tem influência no acesso a cuidados de saúde oral. Comparativamente aos Estados membros da Comunidade Europeia mais desenvolvidos, Portugal confronta-se com elevados índices de cárie dentária e problemas periodontais¹ de que resulta uma percentagem significativa de pessoas edêntulas², sem presença de dentes naturais na cavidade oral. Todavia, apesar de não existirem dados concretos quanto à sua prevalência, não se deverá também negligenciar a questão do cancro oral na extensão preconizada pela Declaração de Creta de Prevenção do Cancro Oral (2005), pois supõe-se que apresenta valores preocupantes na nossa população.

Em Portugal os serviços de saúde oral são na sua generalidade de carácter particular, sendo limitadas as iniciativas levadas a cabo pelo governo no sentido de fomentar um maior interesse da população pelos cuidados de higiene oral. É reconhecido o esforço que tem vindo a ser desenvolvido, nos últimos anos pelo Ministério da Saúde, no sentido de começar a resolver a grave lacuna existente a nível da educação, da promoção e da prestação de cuidados de saúde oral à população no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este problema resultou de vários erros de estratégia na política de saúde que se foram acumulando e multiplicando nestas últimas décadas.

¹Periodontais: da palavra periodontite - doença inflamatória que deteriora os tecidos de suporte e sustentação dos dentes.

²Edêntulas: que não têm dentes.

Ao longo dos anos, a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) tem vindo a desenvolver um trabalho de sensibilização e alerta para a necessidade de criar um programa de saúde oral estruturado e integrado que dê resposta às necessidades básicas da população. Mesmo assim, neste momento os serviços de saúde públicos encontram-se com algum défice de recursos humanos e de infraestruturas incapazes de dar total resposta às graves necessidades preventivas e curativas existentes na população no âmbito da saúde oral.

É, portanto, pertinente perceber e avaliar de forma mais ampla o tipo de fatores que possam estar a condicionar o acesso regular da população portuguesa a consultas de saúde oral, resultando daqui as conclusões de pesquisa deste estudo. Não sendo no entanto representativo e não podendo por isso generalizar-se à população portuguesa, este estudo resultará de um estudo comparativo entre uma amostra de cidadãos de Caldas da Rainha e de Leiria.

Será que no caso português existe uma relação direta entre o aparecimento de doenças da cavidade oral e a falta de informação e de conhecimento sobre comportamentos de saúde? Estarão por outro lado os estados socioeconómicos desfavorecidos na base do acesso limitado das pessoas aos cuidados de saúde oral?

Objetivo da investigação

A questão principal desta investigação passa, por isso, por estudar e compreender os fatores que influenciam a população portuguesa a não procurar assiduamente cuidados de saúde oral. Ou seja, é fulcral compreender o estado atual da medicina dentária em Portugal, identificar quais os programas de saúde oral que já estão implementados neste sentido e, posteriormente, providenciar um conjunto de informação que permita alargar o serviço de medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde.

Desta forma, esta investigação pretende cumprir com os seguintes objetivos:

Objetivos	Questões de pesquisa
- Realizar um estudo comparativo entre uma clínica dentária das Caldas da Rainha e uma policlínica de Leiria para aferir eventuais desigualdades no acesso a cuidados de saúde oral entre diferentes regiões nacionais.	Existirão diferenças ao nível de acesso e regularidade de acesso a cuidados de saúde oral entre populações de diferentes cidades?
- Identificar os principais fatores que influenciam e condicionam o acesso da população portuguesa na procura de cuidados de saúde oral.	Por que motivos não recorrem os portugueses com regularidade ao médico dentista ou higienista oral?
- Caracterizar o estado de saúde oral da população em estudo.	Qual a severidade da condição de saúde oral das populações? Estará a diferença geográfica na base de eventuais desigualdades?
- Definir a importância de um plano de implementação de cuidados alargados de medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde com base nos resultados obtidos e no estudo de boas práticas existentes noutros modelos europeus mais desenvolvidos, nomeadamente em França e na Noruega.	Sentirá a população abordada a necessidade de ter um serviço público de medicina dentária? Haverá uma relação entre condições socioeconómicas desfavorecidas e/ou graus de literacia baixos na necessidade da população querer este serviço público?

Estrutura da Tese

A presente tese de mestrado divide-se em quatro capítulos.

No capítulo I é abordado o quadro conceptual do tema, fazendo menção a todos os conceitos relevantes de saúde oral e às interações relacionadas com este tema; aborda-se igualmente as barreiras da não adesão a cuidados de saúde oral. Faz-se também uma breve caracterização da situação portuguesa e mundial ao nível de modelos de saúde oral.

O capítulo II é o capítulo correspondente à Metodologia onde será explicado todo o processo de desenvolvimento da investigação do estudo tendo por base as questões de investigação e os métodos de recolha de dados.

Posteriormente, no capítulo III haverá a apresentação pormenorizada dos resultados obtidos da investigação.

De seguida o capítulo IV, Discussão de Resultados, é onde se expõe e discute os resultados obtidos à luz da literatura.

Por último, o capítulo V, onde se apresentam as conclusões do estudo em análise, com as limitações inerentes, implicações importantes para a prática clínica, experiência adquirida e sugestões para futuras investigações.

CAPÍTULO I – Revisão de Literatura

1.1 Conceito e Fatores Condicionantes da Saúde Oral

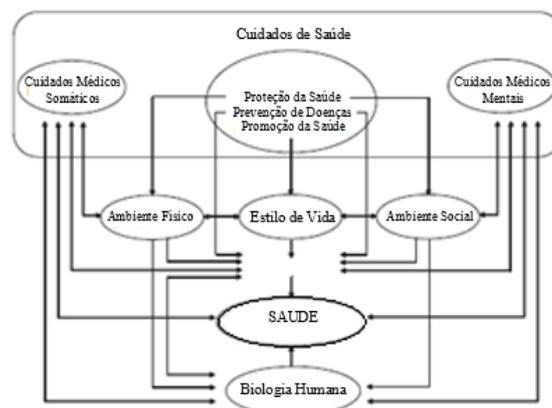
1.1.1 O Conceito de Cuidados de Saúde

A saúde constitui um dos objetos sociais mais importantes a nível mundial, requerendo uma ação efetiva dos setores sociais e económicos. De acordo com a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1948, este conceito é definido, até ao presente, como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença.

Por cuidados de saúde entende-se um funcionamento combinado de serviços de saúde pública e cuidados de saúde pessoais. Um sistema de saúde deve por isso, incluir todas as atividades e estruturas cujo propósito é influenciar, incentivar e educar para a adoção de cuidados e hábitos em prol da saúde (Arah *et al.*, 2006).

Um estado saudável é uma condição influenciada por vários fatores determinantes que estão interligados entre si, como ilustra a Figura 1, representando o modelo dos fatores determinantes da saúde. Este modelo surge no estudo realizado por Arah *et al.* (2006) através do qual se entende que o ambiente e o estilo de vida influenciam um estado de saúde tendo em consideração as circunstâncias físicas e sociais a que um indivíduo está sujeito, bem como o comportamento nutricional e educacional que adota. A biologia e a genética são também fatores condicionantes que determinam as funções do corpo humano e como estas reagem com outros determinantes.

Figura 1: Modelo dos fatores determinantes da saúde



Fonte: Arah *et al.* (2006)

Saliente-se que, de acordo com a Constituição da República Portuguesa, Artigo 64.º, 2005, todos os cidadãos portugueses têm direito à proteção da saúde e o dever de a promover e defender. Este direito deve ser usufruído através de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito. Compete, portanto, ao Estado disponibilizar a prestação de todo o tipo de cuidados de saúde, bem como, garantir o acesso a todos os cidadãos a cuidados de medicina preventiva, curativa e reabilitação, independentemente da sua particular condição económica.

1.1.2 O Conceito de Cuidados de Saúde Oral

Dentro do conceito global de saúde encontra-se a saúde oral que, segundo Seirawan *et al.* (2012), é decisiva na determinação do estado de saúde geral de cada indivíduo.

Reforçando o conceito da OMS (2012) por saúde oral entende-se estar livre de dor crónica ao nível da cavidade oral e de toda a face, estar livre de cancro oral e da garganta, de feridas orais, de defeitos congénitos como o lábio leporino³, não ter periodontite⁴, cáries dentárias nem perda de dentes e não ter presente outras doenças ou distúrbios que possam afetar a cavidade oral.

Numa perspetiva mais psicossocial, apresentada no estudo de Brodani & MacEntee (2014), a saúde oral está diretamente relacionada com o efeito e o impacto das atividades quotidianas dos indivíduos. De acordo com esta abordagem, a saúde oral é reconhecida como um conceito dinâmico de acordo com as perceções e experiências individuais, considerando as diferentes expectativas das pessoas bem como a instabilidade da saúde ao longo do tempo.

Embora, epidemiologicamente, nos países ocidentais, no qual Portugal se encontra inserido, se tenha vindo a constatar uma diminuição da prevalência de doenças orais, nomeadamente da cárie dentária, esta doença continua a ser uma das mais comuns em todo o mundo, pelo que continua a ser considerada um importante problema de saúde pública (Veiga *et al.*, 2015).

³Lábio leporino: ou fenda palatina é uma abertura na região do lábio ou palato, ocasionada pelo não fechamento dessas estruturas, que ocorre entre a quarta e a décima semana de gestação.

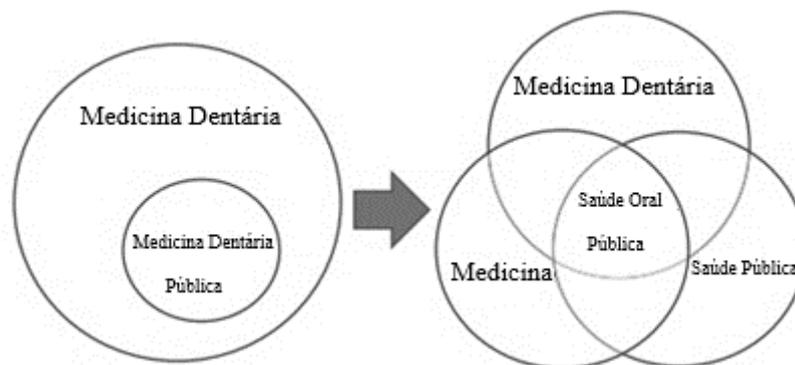
⁴Periodontite: ou doença periodontal é uma doença infecciosa, contagiosa, e cuja evolução sem tratamento pode levar à perda dos dentes. É caracterizada pela perda progressiva de suporte dos dentes.

Northridge *et al.* (2015) afirma que a interação complexa entre a saúde oral, a inflamação sistémica, e os resultados de saúde excluem explicações simples como as suas relações. No entanto, há um crescente reconhecimento pelos profissionais de saúde oral sobre a necessidade de avaliar a condição oral dos pacientes tendo em consideração que alterações deste estado de saúde podem criar problemas de saúde geral e agravar estados de doença já existentes.

O acesso a tratamentos médico-dentários é fulcral para melhorar a condição de saúde e diminuir as disparidades que existem entre populações. Compreender os processos de desenvolvimento de doenças orais e os seus padrões socioeconómicos é crucial para determinar os tempos ideais para intervenções com o objetivo de melhor limitar os encargos da saúde da população e reduzir as desigualdades socioeconómicas relativamente à saúde oral e a estados de saúde geral. As disparidades sociais de saúde e cuidados de saúde são particularmente evidentes na cavidade oral e nunca é demasiado cedo ou demasiado tarde na vida para intervir para melhorar a saúde e bem-estar.

A saúde oral pública deve ser analisada não como um subcampo da medicina dentária mas como uma interseção de três domínios: a medicina dentária, a medicina e a saúde pública, Figura 2.

Figura 2: O modelo dos três domínios fundamentais da saúde oral



Fonte: Northbridge *et al.* (2015)

1.1.3 A Saúde Oral como fator-chave de bem-estar físico, psíquico e social

De acordo com Brennan & Tensner (2015) e Guo *et al.* (2014), a saúde oral está inexoravelmente relacionada com a saúde geral na medida em que a saúde oral é um componente importante e integral da saúde geral. Atualmente, são cada vez mais as relações encontradas entre doenças da cavidade oral e de outras doenças sistémicas. Efetivamente esta é uma realidade expectável já que a cavidade oral não se encontra separada do restante organismo. Assim, partindo deste sofisma cada vez mais evidente, torna-se necessário encarar a problemática gerada pela existência de doenças orais altamente prevalentes, como a cárie dentária e a doença periodontal, e as suas repercussões na saúde geral do indivíduo.

São várias as repercussões que os problemas de saúde oral podem acarretar para a saúde geral, fazendo deslocar recursos que poderiam estar valorizados num programa de saúde oral. Outras vezes, as lesões malignas orais que acabam em tratamentos extremamente onerosos e de que resultam perda de vidas, poderiam ser evitadas se houvesse a possibilidade destas pessoas serem observadas periodicamente por profissionais de saúde oral. Os problemas psicológicos relacionados com a aparência da própria pessoa quando não possui dentes anteriores, interferindo com a sua autoestima e motivando a procura de apoio psiquiátrico e de medicação auxiliar, são outro fator a ter em conta (Guo *et al.*, 2014; Malecki *et al.*, 2015).

Existe uma associação evidente entre uma pobre saúde oral e doenças crónicas, tais como a diabetes, as doenças cardiovasculares e respiratórias. Muitas pessoas são portadoras crónicas de infeções na cavidade oral, limitando-se a sobrecarregar o serviço de urgência em caso de agudização, onde lhes é prescrita uma medicação antibiótica paliativa na maior parte dos casos. Para além de não resolver a patologia e acarretar custos significativos, esta inadequada prescrição de antibióticos, concorre significativamente para a emergência de estirpes resistentes e para a necessidade de recorrer a terapêuticas antibióticas cada vez mais complexas (Malecki *et al.*, 2015).

Por vezes estas infeções obrigam o indivíduo a recorrer à baixa, ou então resultam em dias de trabalho com subprodução. A dor provocada por uma agudização de uma infeção dentária crónica, ou por uma infeção aguda, mesmo com medicação adequada, pode limitar significativamente as capacidades do indivíduo, ao ponto de o incapacitar para o trabalho.

Também esta é uma situação comum e que acarreta custos significativos para empresas e Estado.

Brennan & Tensner (2015) demonstraram no seu estudo que, na população adulta, a autoavaliação na condição de saúde oral está relacionada com a autoavaliação na saúde geral. O estudo conclui que o impacto da saúde oral não só está relacionado com a autoavaliação da saúde oral mas interage também com o número de problemas de saúde em relação à autoavaliação da saúde geral. Isto suporta, portanto, a visão de saúde oral como sendo uma parte integrante da saúde geral e confirma também observações prévias da interação do impacto da saúde oral com problemas de saúde geral entre adultos.

A investigação baseada na evidência na promoção da saúde oral tem implicações importantes para os esforços de política e planeamento da saúde oral. A saúde oral deve ser vista como responsabilidade coletiva de todos os agentes comunitários de saúde (Sing, 2012).

1.1.4 Impacto da condição de saúde oral na qualidade de vida

A Organização Mundial de Saúde (1998) definiu o conceito de qualidade de vida como a perceção que cada indivíduo tem acerca da sua vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (McGrath & Bedi, 2004).

Um dos fatores que influencia a qualidade de vida é a saúde geral e, como tal, a componente de saúde oral tem também um forte impacto nesta dimensão (Marshall *et al.*, 2013).

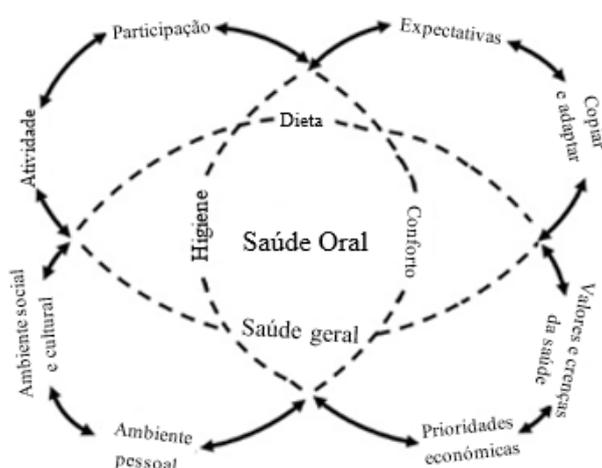
A saúde oral tem um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas quando por causa de doenças na cavidade oral ficam comprometidas funções primárias como a mastigação, a fala e o sorriso. A acrescer a estas constatações existe o facto de se saber que estas doenças são possíveis de se prevenirem e que os recursos necessários para realizar a prevenção são proporcionalmente mais baixos do que aqueles que resultam do custo do tratamento. As doenças orais acumulam os encargos pessoais, sociais e financeiros, contribuindo diretamente para um aumento dos custos ao nível dos cuidados de saúde oral (Seirawan *et al.*, 2012; Maida *et al.*, 2013).

O estudo realizado por Brodani & MacEntee (2014) conclui que nos últimos anos tem existido uma maior consciencialização acerca do impacto significativo que os problemas de saúde oral têm no bem-estar físico, social e psicológico dos indivíduos. Isto confluí, do ponto de vista clínico, numa abordagem com vista ao melhoramento da qualidade de vida como primeiro motivo do tratamento dentário.

Kuo *et al.* (2013) considera que as perceções dos pacientes em relação à qualidade de vida relacionada com a saúde oral estão cada vez mais reconhecidas como um importante resultado dos cuidados de saúde oral. É fundamental que exista uma perceção correta do estado de saúde oral por parte dos indivíduos pois isto é um fator fundamental que se associa à predisposição dos mesmos para adotarem corretos hábitos de higiene oral, procurarem serviços de saúde oral e acoplado a isto terem consciência da importância que uma condição positiva de saúde oral tem na sua qualidade de vida. Diferentes níveis de saúde oral proporcionam diferentes impactos na vida das pessoas.

Voltando ao estudo apresentado por Brodani & MacEntee (2014), afirma-se que apesar da multiplicidade de representações gráficas de diferentes modelos da saúde oral relacionada com a qualidade de vida, a investigação realizada nos últimos trinta anos conclui que existem dois modelos que se destacam, presentes no estudo anteriormente referido: o modelo de MacEntee: *Existencial model of oral health* (2006), a partir do qual se desenvolveu aquele que se intitulou como *Refined model of oral health* (2007) e que é atualmente o modelo mais aceite, Figura 3.

Figura 3: Modelo refinado da saúde oral



Fonte: Brodani & MacEntee, (2014).

Este é um modelo cujos componentes interagem dinamicamente numa agregação de quatro órbitas e elipses não-hierárquicas que representam as influências do ambiente pessoal e social, das atividades diárias, da adaptação e expectativas, das prioridades económicas, valores e crenças sobre a saúde oral, não esquecendo a influência da dieta, da saúde geral, da higiene e do conforto.

Estes indicadores permitem também qualificar, avaliar e mensurar o impacto da saúde oral nas atividades quotidianas de um indivíduo. Este modelo diferencia-se da maioria dos modelos até à data apresentados pois apresenta uma perspetiva mais psicossocial, afastando-se de uma visão simplesmente biomédica que limitativamente apenas considera as dimensões negativas da saúde oral na qualidade de vida como a dor, o desconforto, a limitação funcional e insatisfação ao nível da aparência (Brodani & MacEntee, 2014).

À luz de dois estudos realizados por Lee *et al.* (2013 e 2014) sabe-se que uma saúde oral deficitária afeta o sistema de saúde de qualquer indivíduo com consequências que podem comprometer seriamente a qualidade de vida do mesmo. No geral, as patologias orais potenciam o aparecimento de doenças crónicas e estão altamente relacionadas com níveis elevados de morbidade.

A saúde oral abrange não apenas os dentes, mas também toda a cavidade oral e as suas estruturas circundantes. Isso permite que um indivíduo saudável possa comer, falar e socializar sem doença ativa, desconforto ou constrangimento e contribui para o seu bem-estar geral. Consequentemente, alterações dentro da cavidade oral têm efeitos negativos que afetam o sistema físico e psíquico de um indivíduo (Norsa'adah *et al.*, 2013).

Numa ótica mais específica, no estudo realizado por Heather *et al.* (2014) sabe-se que a cárie dentária numa idade precoce, nomeadamente antes dos seis anos de idade, é a doença crónica mais comum entre crianças. Neste sentido, as crianças com um estado de saúde oral pobre têm uma maior tendência para experienciar dores de dentes, faltar à escola e terem um pior desempenho escolar (Jackson *et al.*, 2011).

Consequentemente, de acordo com o estudo realizado por Biordi *et al.* (2015), crianças com condições dentárias não tratadas têm uma saúde geral pobre, discurso disfuncional, crescimento

comprometido e uma performance escolar também comprometida. É estimado que 52 milhões de horas escolares são perdidas anualmente como resultado de problemas orais.

Seguindo esta linha de pensamento, dois estudos realizados em décadas diferentes por Gift *et al.* (1992) e Seirawan *et al.* (2012), reportam resultados semelhantes em termos do impacto da condição de saúde oral no desenvolvimento pessoal e académico. Ambos concluem que a presença de patologias na cavidade oral causa um impacto significativamente negativo na assiduidade das crianças à escola.

A alteração do estado de saúde oral também afeta faixas etárias mais avançadas. Tsakos *et al.* (2011) no seu estudo faz referência a cinco consequências que as alterações orais têm nas performances diárias da população adulta e que são as mais experienciadas pelos mesmos: dificuldade na mastigação, dificuldade em falar corretamente, desconforto ao sorrir, rir e mostrar os dentes, alterações emocionais e problemas em sentir-se confortável na companhia de membros da família ou amigos.

Estas consequências são também reportadas no estudo de Daly & Smith (2015) que evidencia uma redução substancial do nível de qualidade de vida de cada indivíduo que por variados motivos apresenta patologias na cavidade oral e que, por fatores económicos, sociais, educacionais ou outros, não procuram serviços da especialidade de medicina dentária.

Por último, Malecki *et al.* (2015) refere que muitos estudos baseados na população têm incluído rastreios de saúde oral objetivos, mas isto tem acontecido mais na população infantil do que na população adulta, considerando portanto a necessidade de rastrear a população adulta com o objetivo de recolher dados que permitam avaliar a relação entre a saúde oral e a qualidade de vida. E a partir daqui definir metas e objetivos que possam melhorar a saúde oral da população adulta em vista a uma melhor qualidade de vida.

1.1.5 Fatores condicionantes no acesso a cuidados de saúde oral

A equidade é um princípio ético que está em consonância com os princípios dos direitos humanos. A definição proposta de equidade na saúde suporta a operacionalização do direito ao mais alto nível de cuidados de saúde por parte de todos os cidadãos (Wamala *et al.*, 2006).

Em suma, a questão de acesso aos cuidados de saúde oral é indissociável da questão de equidade do sistema de saúde. É importante, contudo, que haja uma adequação técnica da prestação, mas o elemento mais importante na realização do direito de acesso aos cuidados de saúde será a questão de justiça distributiva no sistema (Macinko & Starfield, 2002).

O acesso a cuidados de saúde oral é um pilar fundamental das políticas de saúde. Ao nível mais básico, o acesso depende apenas da oferta de cuidados e da sua disponibilidade. Havendo oferta adequada, a população tem oportunidade de utilizar os serviços. Contudo, o acesso efetivo aos cuidados de saúde dependerá de eventuais barreiras à utilização apropriada dos mesmos e deve ser analisado à luz das necessidades em saúde e dos contextos económicos e culturais dos diferentes grupos da sociedade (Flood & Huagan, 2010; Tchicaya & Lorentz, 2014).

No geral, os cuidados de saúde são um determinante social fundamental da saúde. No ramo da medicina dentária, o acesso a cuidados de saúde oral é ainda mais significativo devido à sua eficácia em imediatamente aliviar a dor e restaurar a função quando se está perante uma infeção oral comum e também na sua capacidade para prevenir o aparecimento de problemas na cavidade oral com procedimentos relativamente simples (Braveman & Grushkin, 2003).

No entanto, não é novidade que existe desigualdade social ao nível da saúde oral. No estudo realizado por Watt & Sheiham (1999), sobre o estado de saúde oral da população do Reino Unido, já era relatado a existência de desigualdades nas condições de saúde oral, há cerca de duas décadas atrás, que passavam principalmente por diferenças nos padrões de consumo de açúcares, no uso de pastas fluoretadas, na educação sobre saúde oral e no acesso a tratamentos orais.

Os determinantes sociais dos quadros de saúde oral têm vindo a tender para diminuir o papel da oferta dos serviços de saúde, concentrando-se mais nas condições de vida e de trabalho, na distribuição financeira, do poder e da autonomia e nas consequências psicossociais de tais desigualdades (Locker *et al.*, 2011).

Atualmente, o panorama dos fatores condicionantes do acesso aos cuidados de saúde centra-se sobretudo nos fatores de idade, género, geográficos, de literacia e económicos e passa também pelo facto de se ter ou não seguro de saúde. Estes fatores serão descritos seguidamente, Figura 4.

Figura 4: Fatores condicionantes do acesso aos cuidados de saúde oral



Fonte: Elaboração da autora.

1.1.5.1 Fator Idade

Slack-Smith *et al.* (2010) em relação ao fator idade considera que a acessibilidade física aos serviços de medicina dentária no setor privado apresenta alguns problemas para pessoas mais velhas com alguma dificuldade de locomoção.

A acessibilidade e a assiduidade a cuidados de saúde oral é também condicionada pela idade, considerando que muitos dos indivíduos desta faixa etária estão dependentes de terceiros para se deslocarem (MacEntee *et al.*, 2014).

São múltiplas as alterações que ocorrem no sistema estomatognático com o envelhecimento. Muitos destes problemas na realidade são complicações de processos acumulados ao longo da vida, devido a uma higiene oral deficiente, pouco interesse relativamente à sua própria saúde oral, baixos rendimentos e difícil acesso aos serviços dentários (Atchison & Gift, 1997).

1.1.5.2 Fator Género

Relativamente a este fator específico não se encontram na literatura conclusões específicas e significativas acerca da diferença entre géneros no acesso a cuidados de saúde oral.

Tsakos *et al.* (2011) no seu estudo comparativo revelou não existir diferenças significativas na condição de saúde oral do género masculino e feminino, tendo participado no estudo mais de 6000 participantes.

Jones *et al.* (2013) verificou quanto ao género que, no geral, as mulheres revelaram ser mais propensas a relatar atrasos no acesso a serviços de saúde oral do que os homens.

1.1.5.3 Fator Distribuição Geográfica

A distribuição geográfica da população tem também influência no acesso a cuidados e serviços de saúde (Guarnizo-Herreño & Wehby, 2012). Existe uma maior alocação de médicos dentistas nas zonas mais populosas nomeadamente nas cidades, enquanto que as zonas rurais tendem a ficar mais desfavorecidas neste sentido (Wetterhall *et al.*, 2011).

Em Portugal, dados estatísticos da OMD (2014), apresentados no documento *Os números da Ordem – Estatísticas 2014*, revelam que os médicos dentistas e higienistas orais portugueses vivem e exercem a sua profissão principalmente nos Distritos de Lisboa e Porto, seguidos de Braga e Aveiro. É nestas regiões onde existe um menor *ratio* profissional de saúde oral/população. Por outro lado, nas regiões do Interior Centro e do Alentejo a relação profissional de saúde oral-população é muito maior, sendo que existem menos profissionais disponíveis.

1.1.5.4 Fator Literacia

Segundo o estudo de Guo *et al.* (2014) considera-se que existe uma relação entre a literacia e a literacia em saúde, considerando-se geralmente que os indivíduos com capacidades de literacia mais elevadas possuem uma maior probabilidade de apresentar capacidades maiores de literacia em saúde. Ao nível da saúde oral verifica-se que um baixo nível de literacia em saúde leva a uma maior incompreensão na comunicação de aspetos de saúde e, conseqüentemente, a uma má perceção e aplicação dos cuidados de saúde, o que tem influência no estado de saúde do indivíduo, conduzindo a um risco maior de aparecimento de problemas orais. O nível de literacia de cada indivíduo condiciona também a consciencialização pessoal para recorrer a cuidados de saúde oral, sendo que um nível mais baixo de literacia conduzirá a uma menor

procura deste tipo de cuidados. Este estudo demonstrou que níveis de escolaridade elevados estavam significativamente associados com um melhor nível de saúde oral.

1.1.5.5 Fator Económico

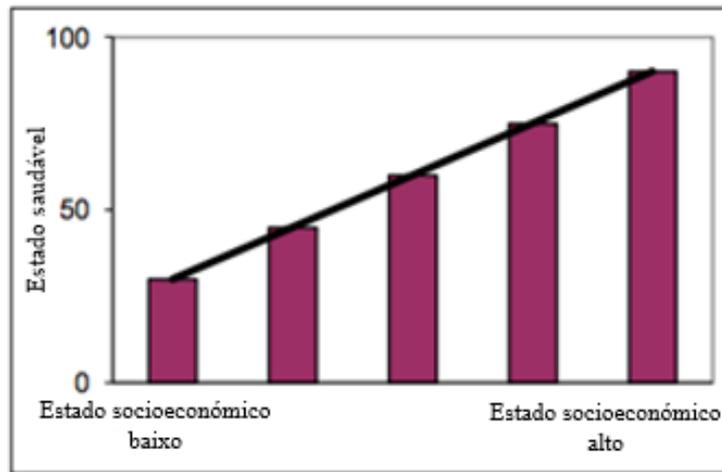
É sabido, através do estudo realizado por Slack-Smith *et al.* (2010), que embora os adultos reconheçam normalmente a importância da saúde oral para a sua qualidade de vida, muitos só visitam um médico dentista em resposta a uma situação de dor. Como a esperança média de vida tem vindo a aumentar e tem havido um aumento da presença de dentes naturais na cavidade oral, a necessidade e a procura de serviços dentários está e irá aumentar. Os adultos mais velhos têm um maior risco à cárie dentária, à doença periodontal e têm mais cáries ativas do que a população jovem, ainda assim muitos não conseguem obter atendimento médico-dentário necessário.

Neste mesmo estudo de Slack-Smith *et al.* (2010), a despesa dos serviços dentários foi levantada como uma barreira significativa para a obtenção de tratamentos na cavidade oral. O consenso entre os participantes deste mesmo estudo foi de que o custo dos serviços de saúde oral são elevados, particularmente quando comparados com outros serviços médicos, que são pagos através de taxas moderadoras ou fortemente subsidiados.

Esta barreira financeira já é descrita há algum tempo e em vários países. Wamala *et al.* (2006) no seu estudo realizado na Suécia, concluiu que o acesso a cuidados dentários explicou cerca de 60% do diferencial socioeconómico na saúde oral em indivíduos entre os 21 e os 84 anos de idade. Por outro lado, os fatores relacionados com o estilo de vida da população explicaram apenas 29% de diferencial no acesso a cuidados de saúde oral.

Citando Tsakos *et al.* (2011: 101) “a relação linear inversa entre a posição socioeconómica e a saúde está bem identificada”. A distribuição desigual da condição de saúde entre os estratos socioeconómicos tem vindo a ser observada tanto nos países industrializados como nos países em desenvolvimento. Na maioria dos casos, a associação entre a condição socioeconómica e a saúde é caracterizada por um padrão de graduação linear, como se pode observar na Figura 5, que sugere que pessoas com um nível socioeconómico mais baixo têm paralelamente níveis de saúde inferiores e morrem mais cedo do que aquelas que estão em melhor situação, uma característica conhecida como o gradiente social em saúde.

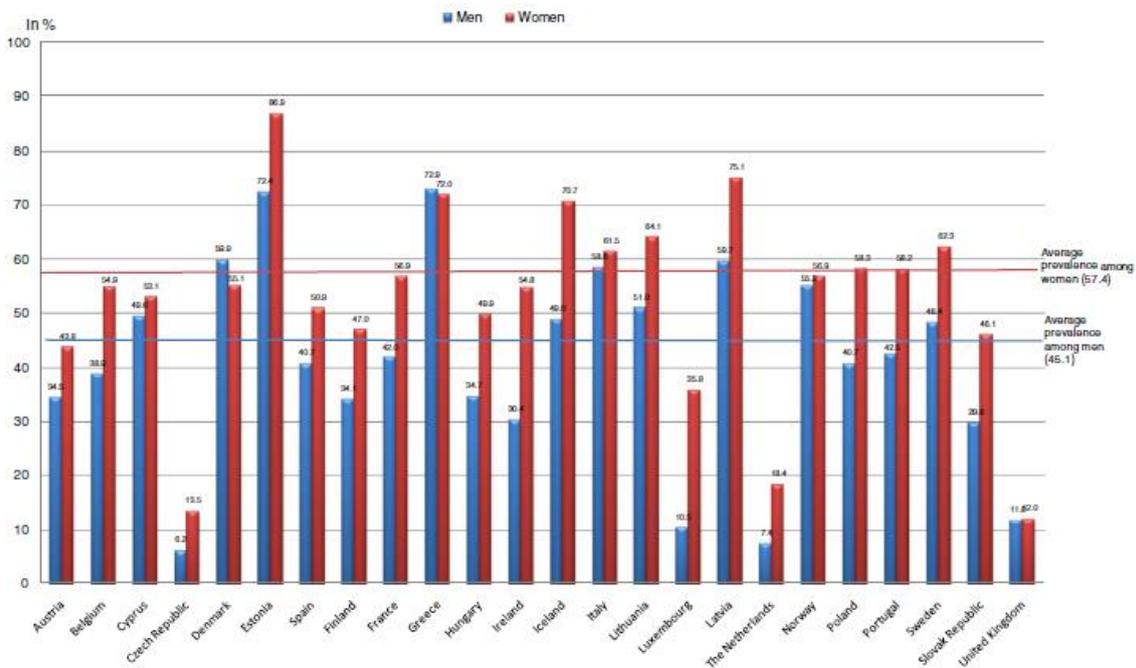
Figura 5: O gradiente social na saúde



Fonte: Tsakos *et al.* (2011)

A prevalência do não uso de serviços de saúde oral por questões financeiras é demonstrada no gráfico da Figura 6, relativo aos países europeus no ano de 2007. Neste gráfico observa-se que aproximadamente 59% das mulheres e 40% dos homens portugueses não acederam a serviços de medicina dentária por razões económicas, rejeitando por isso realizar o tratamento dentário que lhes havia sido proposto (Tchicaya & Lorentz, 2014).

Figura 6: Prevalência da não utilização de cuidados de saúde oral por razões financeiras



Fonte: Tchicaya & Lorentz (2014)

Conclusões do estudo de Jones *et al.* (2013) revelam que um dos fatores que mais condiciona as pessoas a acederem a cuidados de saúde deve-se ao facto de não conseguirem pagar pelos serviços e também pelo facto de não terem um seguro de saúde que cubra esta vertente. As clínicas dentárias não são cobertas muitas das vezes por seguros de saúde, e mesmo as pessoas com seguros têm que pagar uma parte considerável dos tratamentos. Este estudo revela que as disparidades raciais e étnicas não são relevantes no acesso a cuidados de saúde oral. No entanto, o mesmo não acontece em termos de cobertura de seguro dentário, estado de saúde e género. Relativamente aos pacientes que classificaram o seu estado de saúde como bom os mesmo relataram menos barreiras no acesso a cuidados de saúde oral, do que aqueles que relataram apenas um estado de saúde razoável ou pobre.

Hardgraves *et al.* (2014) aponta a situação financeira como uma barreira para aceder a cuidados de saúde oral. Este estudo mostra que os centros de saúde desempenham um papel importante na atenuação das disparidades raciais e étnicas enquanto portais de acesso a cuidados de saúde oral. Os serviços de saúde oferecidos pelos centros de saúde são componentes vitais da estratégia para a obtenção dos objetivos para a saúde oral, aumentando o acesso a preços acessíveis aos cuidados de saúde oral.

Conclusões dos estudos de Guo *et al.* (2014) e Malecki *et al.* (2015) reforçam o estudo anteriormente apresentado, referindo que os custos associados aos tratamentos de saúde oral são fatores primários para a não procura deste tipo de tratamentos e consequentemente formam barreiras para a obtenção de um estado saudável de saúde oral.

Dood *et al.* (2014) apresentou um facto curioso no seu estudo, revelando que os adolescentes referem que o *status* financeiro da família é uma condicionante na sua ida ou não ao médico dentista.

1.1.5.6 Fator Seguro de Saúde

Em termos de seguros, pessoas com seguros de saúde que abrangem a vertente da saúde oral apresentam menos barreiras no acesso de cuidados de saúde oral (Jones *et al.*, 2013).

Locker *et al.* (2011) afirma no seu estudo que o seguro médico-dentário privado reduziu, mas não removeu completamente as barreiras financeiras para aceder a cuidados de saúde oral.

1.2 Os Modelos Português, Francês e Norueguês de Saúde Oral

1.2.1 Saúde Oral em Portugal

Em Portugal a medicina dentária é assumida em larga escala pelo setor privado (Almeida *et al.*, 2003). Neste sentido, a prevalência de problemas orais acoplados com o custo elevado dos tratamentos dentários traduz-se num acesso mais dificultado a este tipo de serviços (Maida *et al.*, 2012).

Grande parte da população portuguesa, no geral, paga a percentagem total dos tratamentos dentários que realiza. Existem alguns acordos entre estes profissionais, e um ou vários subsistemas de saúde, onde as taxas geralmente são baixas e os pagamentos demorados. No sentido oposto deste procedimento, existe a possibilidade de um indivíduo com cobertura para um determinado seguro, se dirigir a um profissional, sem qualquer acordo com um subsistema, efetuar um pagamento direto, e posteriormente pedir o reembolso parcial dos cuidados adquiridos, ao sistema em que está inserido. Da mesma forma, verifica-se uma escassez de profissionais de saúde oral no setor público, pois a maioria dos Higienistas Orais e Médicos Dentistas trabalham no setor privado. O serviço privado de saúde oral, representado por cerca de 95% dos profissionais da área, recebe assim a maioria dos pacientes com e sem seguros públicos ou privados (Barros *et al.*, 2011).

De acordo com o *Manual of Dental Practices 2015* publicado pelo *Council of European Dentists* (2015) sabe-se que apenas as regiões autónomas dos Açores e da Madeira têm subsistemas de saúde oral a servir os utentes do Serviço Nacional de Saúde. Nos Açores existem cerca de 18 centros regionais de saúde no qual os médicos dentistas fazem parte do sistema público regional de saúde e na Madeira existe uma convenção entre o serviço regional de saúde e os prestadores de serviços privados, em que o sistema público reembolsa em parte o custo dos tratamentos realizados pelos utentes que recorrem a dentistas privados (Almeida *et al.*, 2003).

Segundo o documento realizado pela OMD em 2010, *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar* (PNS, 2010), sabe-se que foi a partir do ano de 2007 que se assistiu a um incremento da dotação orçamental para a saúde oral, que tem vindo a aumentar, sendo que em 2010 se cifrava em cerca de 30 milhões de euros, face aos cerca de 3,5 milhões de 2005.

Com a introdução, em 1999, do Programa de Promoção de Saúde Oral para Crianças e Adolescentes, algumas crianças passaram a ser contempladas com programas preventivos e tratamentos dentários nos dentes definitivos. Neste âmbito deu-se início à sensibilização para a educação em saúde oral nas escolas, enfatizando a importância da adoção de corretos hábitos de higiene oral e incentivando a visita regular ao médico dentista ou higienista oral. Ainda assim, neste Programa cerca de 45.000 crianças e adolescentes (de um universo de 1.600.000) tinham acesso a tratamentos dentários, situação que se manteve mesmo com a introdução do Programa em 2005.

No ano de 2005, entrou em vigor o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO, 2005). Iniciou-se aqui a prestação de cuidados médico-dentários, através da entrega do “cheque-dentista” prescrito pelo médico de família, com um número limitado de tratamentos para crianças com 7, 10, 13 e 16 anos através da contratualização com médicos dentistas do setor privado (Almeida *et al.*, 2003).

Em Maio de 2008, deu-se início a um alargamento do PNPSO (2008) incluindo estratégias preventivas e curativas para as grávidas acompanhadas no Sistema Nacional de Saúde e para os idosos beneficiários do complemento solidário, o qual foi denominado Programa do “Cheque-Dentista”.

Através do documento acima mencionado, realizado pela OMD, em 2010, intitulado *Plano Nacional de Saúde 2011-2016* sabe-se que com a Circular Normativa de 09 de Janeiro de 2009, o PNPSO, na sua vertente preventiva e curativa, foi alargado a todas as crianças de 7, 10 e 13 anos que frequentam as escolas públicas e Instituições Particulares de Solidariedade Social no âmbito da colocação gratuita de selantes de fissura nos dentes definitivos, sendo este tratamento realizado por higienistas orais nos Centros de Saúde. Com este alargamento, também as crianças de 5 anos têm direito a acesso ao médico dentista numa situação de urgência, ou quando é diagnosticada cárie dentária pelo médico de família.

Atualmente, no panorama português já vai havendo alguma resposta preventiva e curativa ao nível da saúde oral por parte dos profissionais que aderiram ao “cheque-dentista”, mas o trabalho de promoção de saúde oral e preventivo, que efetivamente deveria ser executado nas escolas, está pouco ativo. Do ponto de vista dos cuidados hospitalares, pouco ou nada tem

acontecido, nem existe qualquer programa que contextualize a integração de médicos dentistas e mais higienistas orais nos hospitais portugueses.

No presente ano de 2016, até aos 7 anos recebem um cheque por ano as crianças a quem o médico de família detete cáries com elevado grau de infeção em dentes de leite. Aos 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos podem receber “Cheque-Dentista” as crianças com dentes definitivos com cárie que tenham beneficiado do primeiro programa de saúde oral infantil. Aos 16 anos voltam a receber cheque dentista os jovens que tenham concluído o tratamento ao abrigo do mesmo programa de saúde oral aos 13 anos. Prevê-se ainda este ano um alargamento do cheque dentista aos jovens com 18 anos de idade que tenham sido beneficiários do programa de saúde oral. Estes cheques dentista são emitidos através dos Centros de Saúde e são utilizados nas clínicas privadas que tenham acordo com este programa.

Em Março do presente ano de 2016 foi também iniciado um projeto-piloto de integração de médicos dentistas nos cuidados de saúde primários em treze Centros de Saúde do país que já tivessem condições físicas próprias para o efeito, com o objetivo de facilitar o acesso dos utentes a cuidados de saúde oral.

Ainda que tenha vindo a existir um alargamento do programa e anexo a isto se tenha vindo a observar uma redução da prevalência de cárie dentária, especificamente, nas crianças portuguesas, o último estudo realizado em 2015, intitulado de *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís* revelou resultados altos no Índice de dentes cariados, perdidos e obturados [Direção Geral de Saúde (DGS), 2008].

Este Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (cpo para dentes decíduos/CPO para dentes definitivos) foi desenvolvido por Klein e Palmer (1937) e adotado pela OMS, Oral Health Surveys, 2013, e prevê a soma dos dentes cariados, perdidos e obturados divididos pelo número total de dentes presentes na boca de cada indivíduo. Os quadros 1 e 2 apresentam os valores e a severidade correspondente à população adulta e infantil, respetivamente.

Quadro 1: Classificação do Índice CPO – população adulta

Valor	Severidade
< 5.0	Muito baixo
5.0-8.9	Baixo
9.0-13.9	Moderado
>13.9	Alto

Fonte: Organização Mundial de Saúde – *Oral Health Surveys*

Quadro 2: Classificação do Índice CPO – população infantil

Valor	Severidade
0 – 1.1	Baixa
1.2 – 2.6	Moderada
2.7 – 4.4	Elevada
4.5 – 6.5	Muito elevada

Fonte: Organização Mundial de Saúde – *Oral Health Surveys*

Dados do *II Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*, DGS (2008), permitem-nos comparar resultados com o estudo de 2015. Em 2008 obteve-se um índice CPOD de 1,48 nos adolescentes de 12 anos e em 2015 um índice CPOD de 1,18 para a mesma idade. Em 2008 na população com 6 anos de idade obteve-se um índice cpod de 2,1 havendo uma melhoria dos resultados em 2015, sendo o cpod de 1,65. Como se pode verificar no Quadro 2, isto são valores de severidade moderada.

Ainda na continuidade do *II Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais*, DGS (2008), da análise dos resultados, verificou-se uma percentagem de 51% de crianças livres de cáries aos 6 anos de idade sendo que no último estudo realizado em 2015 este valor tinha melhorado 3%, ou seja, 54% de crianças com seis anos de idade livres de cáries em 2015. Sendo que a Organização Mundial de Saúde estabeleceu uma meta para o ano de 2020 na qual prevê obter 80% de crianças com 6 anos de idade livres de cárie dentária (Hobdell & Petersen, 2003).

O *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais* 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos, DGS (2015), apresentou pela primeira vez valores do Índice de CPOD relativos à população adulta:

11,64 entre os 35 e 44 anos de idade; 16,17 para população com 65 anos ou mais, sendo ambos os valores de severidade muito elevada (Quadro 1). Relativamente à não presença de cáries na cavidade oral, entre os 35 e 44 anos de idade obteve-se uma percentagem de 2,5% de pessoas livres de cárie e na população com 65 anos ou mais de 1,1%. Em relação à não presença de dentes na cavidade oral 0,6% da população entre os 35 e 44 anos de idade são edêntulas e 44,4% dos idosos com 65 anos ou mais também não têm dentes na cavidade oral (DGS, 2015).

Dados de 2015 da segunda edição do Barómetro de Saúde Oral, realizado pela Ordem dos Médicos Dentistas, revelam que a pouca regularidade de visitas ao médico dentista reside, principalmente, no facto dos portugueses pensarem que não têm necessidade (38,1%) ou na falta de recursos financeiros (37,3%). Observa-se também que não existe hábito de marcar consultas para a realização de *check-up* dentário, uma vez que 41,3% dos portugueses nunca marcam consulta para esse fim ou fazem-no menos de uma vez por ano. Por outro lado, 16,3% dos portugueses admitem que reduziram o número de visitas ao médico dentista, nos últimos 12 meses. Ainda poucos são os portugueses que recorreram ao SNS para tratamento de um problema relacionado com os dentes - 6,9% -, nos últimos 12 meses. Destes, 22,3% não viram o seu problema solucionado. Mais de metade (58,3%) dos menores dos agregados familiares portugueses com menos de seis anos nunca visitam o médico dentista. Os menores com idade entre os 7 e os 15 anos são os que mais utilizam o cheque dentista como modalidade de pagamento dos serviços de medicina dentária. Salienta-se, no entanto, que 59,5% dos portugueses com menores no agregado familiar desconhecem a existência do cheque dentista.

1.2.2 Saúde Oral: Noruega e França

Ao nível Europeu existem países cujas práticas de saúde estão mais desenvolvidas no que diz respeito ao *workforce* em serviços públicos na área da saúde oral. Dois países que têm modelos de saúde oral diferentes foram seleccionados pela autora com o intuito de compreender o que é feito no sentido melhorar a saúde oral da população: Noruega e França.

De acordo com o *Manual of Dental Practices 2015* publicado pelo *Council of European Dentists* desenvolvido por Kravitz *et al.* (2015), o Serviço de Saúde Pública da Noruega existe a nível de todo o país e é organizado e financiado pelos municípios através de um seguro nacional. Cerca de 30% dos médicos dentistas trabalham no sector público, os restantes trabalham no setor privado.

O serviço de saúde pública disponibiliza tratamento dentário desde os grupos considerados prioritários e em áreas geográficas com acessos mais limitados até à população adulta não prioritária. São quatro os grupos considerados prioritários, por ordem: todas as crianças até aos 19 anos, pessoas com incapacidades mentais, pessoas com doenças prolongadas e toxicodependentes e alcoólicos.

Dados ainda do estudo acima mencionado revelam que anualmente cerca de 60% a 76% da população norueguesa nos grupos prioritários recebe triagem e/ou tratamento e cerca de 10% dos grupos não prioritários (adultos) recebe o seu tratamento através do serviço público. Este serviço é gratuito para os grupos prioritários, exceto na colocação de aparelho ortodôntico. Os jovens entre os 19 e 20 anos têm que pagar 25% dos custos de tratamento. Relativamente à população adulta, na maioria dos casos, não há reembolso dos tratamentos orais.

Há também uma redução de custos para famílias com mais de um filho, no caso do tratamento ortodôntico. A nível de seguros privados, até 2013, não havia seguro dentário privado disponível na Noruega.

Ainda com base no documento acima referido, relativamente a França, sabe-se que o seguro de saúde público é obrigatório. À semelhança dos restantes serviços do seguro de saúde social obrigatório, os serviços de saúde oral podem ser, total ou parcialmente reembolsados, para cada indivíduo e seus dependentes. Para além do seguro obrigatório, existem seguros complementares [90% das pessoas usam-nos, seja de forma voluntária ou através do Seguro Universal de Doença *Couverture Maladie Universelle*, (CMU)], que podem auxiliar na cobertura das despesas de saúde oral, essencialmente tratamentos cirúrgicos, ortodônticos e protéticos. O CMU é um seguro complementar. Foi introduzido em 2000 para promover o acesso e prestação de cuidados a grupos mais vulneráveis da população. Neste caso, os médicos são pagos diretamente pela Caixa de Previdência Social e outros seguros complementares. Cerca de 98% dos médicos dentistas trabalham com este acordo e todas as pessoas que vivem legalmente em França têm direito a tratamentos dentários no âmbito deste acordo.

Relativamente à prestação de serviços de saúde oral em 2009 estes foram prestados sobretudo por profissionais em regime de prática privada (87%). Os 13% restantes são profissionais com funções em centros de saúde e hospitais, especializados em atendimento odontológico. Apenas 13% dos dentistas prestam serviços em regime público

As crianças com 6, 9, 12, 15 e 18 anos podem beneficiar ainda de um exame de prevenção coberto em 100% pelo seguro de saúde, sendo este obrigatório aos 6 e 12 anos de idade. A partir daí, se for necessário tratamento conservador e aplicação de selantes de fissura, estes são também totalmente cobertos pela Convenção.

No geral, para tratamentos dentários conservadores e cirurgias em consultório o médico praticante deve cobrar taxas de acordo com o estabelecido através da convenção e o paciente pode recuperar até 70% do valor de custo. Os pacientes pagam todas as taxas aos médicos dentistas na consulta e estes depois informam eletronicamente a segurança social para permitir o reembolso do paciente.

Cerca de 30% a 50% da despesa em cuidados de ambulatório em saúde oral, são cobertos pelo seguro de saúde voluntário, e o seguro de saúde obrigatório cobre um terço das despesas de saúde oral, com diferenças consideráveis, dependendo do tipo de atendimento: 40 % das despesas de atendimento odontológico conservador, e apenas 33 % dos cuidados de prótese e 10% de tratamento ortodôntico.

Em França, os seguros privados de saúde foram usados em cerca de 90%, no ano de 2013. Estes seguros, no que diz respeito aos cuidados conservadores e cirurgia cobrem a totalidade ou parte do valor não coberto pelo seguro obrigatório.

CAPÍTULO II - Metodologia

2.1 Modelo de investigação

A metodologia que foi utilizada no presente estudo teve como sustentação teórica uma criteriosa recolha de informação de elementos que permitiram estabelecer uma ligação sobre as diferentes abordagens que envolvem a especialidade da medicina dentária em Portugal.

Considerando que o objetivo do estudo é tentar compreender e analisar os fatores que influenciam o acesso da população selecionada a cuidados de saúde oral, torna-se primordial perceber qual a importância desta especialidade na sua qualidade de vida, o impacto negativo que tem a ausência dos cuidados de saúde oral, quais os fatores que condicionam o acesso a estes mesmos cuidados e qual o estado da saúde oral da população selecionada.

Desta forma, após a revisão de literatura, para complementar a base teórica deste estudo, utilizou-se um estudo empírico que inseriu sobretudo sobre um inquérito aplicado em mão a pacientes que recorreram a clínicas dentárias e um rastreio de saúde oral observacional. Neste sentido, aplicaram-se estes dois instrumentos de recolha de dados: questionários e, simultaneamente, rastreios de saúde oral observacionais. Foi escolhido este método visto que permite uma boa caracterização da amostra, sendo exequível para a recolha de informação relevante que não se consegue obter por outros métodos.

Após a autorização da Direção das duas clínicas selecionadas em dois estratos geográficos distintos, Caldas da Rainha e Leiria, foram aplicados os questionários e realizados os rastreios orais a pacientes que recorreram a estes serviços.

O inquérito teve como principal objetivo recolher o máximo de informações sobre a opinião dos pacientes relativamente a várias questões que se prendem com o acesso aos cuidados de saúde oral em clínicas privadas. Assim, e no que se refere ao inquérito sobre a forma de questionário, o método de análise utilizado foi baseado em técnicas muito frequentemente utilizadas em ciências sociais (Freitas, 2013).

2.2 Modelo de análise

2.2.1. Campo empírico

Para a concretização do presente estudo recorreu-se a um processo de natureza exploratória através de uma amostra por conveniência (Vilelas, 2009). Neste contexto, os critérios de verificação e demonstração do que se afirma em termos da investigação, quanto aos fins que o sustentam teve implícito um carácter exploratório com a obtenção de respostas pelos inquiridos.

A recolha de dados decorreu durante o período de Fevereiro de 2016 a Maio do mesmo ano. No início das consultas de higiene oral e de medicina dentária, após consentimento informado do doente (Anexo I), foram aplicados os questionários, sem que, durante o preenchimento dos mesmos, as profissionais clínicas estivessem presentes no consultório. De salientar que o único critério de exclusão da participação dos indivíduos abordados no estudo foi não residirem no concelho de Caldas da Rainha ou Leiria. Posteriormente à realização da consulta registavam-se os dados dos rastreios na mesma folha do questionário do paciente.

Os questionários foram aplicados por duas profissionais de saúde oral, Dra. Mariana Bárbara, médica dentista, numa policlínica de Leiria e a autora⁵, higienista oral, numa clínica dentária privada nas Caldas da Rainha. A autora⁶ determinou propositadamente a escolha de dois formatos distintos de clínicas dentárias, uma policlínica que trabalha maioritariamente com seguros de saúde e uma clínica dentária que não tem acordo com quaisquer seguros de saúde, com o objetivo de obter resultados mais rigorosos e concretos e de modo a compreender se existem diferenças na assiduidade e acesso tendo em consideração dois panoramas e locais geográficos distintos.

Com o propósito de reduzir vieses de respostas fornecidas pelos doentes abordados foi explicado o objetivo do questionário, reforçando o anonimato e a necessidade de resposta rigorosa às questões colocadas. Foi também estabelecido criteriosamente, entre as duas profissionais, o método de recolha de dados do rastreio oral.

^{5,6} Refere-se à autora da tese que exerce a profissão de Higienista Oral e que fez a recolha de dados para obtenção deste mesmo estudo.

2.2.2. Amostra não probabilística

A metodologia de investigação é uma disciplina proveniente da lógica e tem como objeto de estudo o método científico. Pode desta forma dizer-se que é um conjunto de práticas utilizadas e ratificadas pela comunidade científica, como válidas para a própria exposição e confirmação de uma teoria.

Neste sentido, e considerando o critério de classificação de pesquisa proposto por Vilelas (2009), existem duas formas das quais podemos classificar a metodologia utilizada, a conceção de documentos de investigação quanto a fins que remetem para a pesquisa aplicada e exploratória e aos meios que estão ligados ao estudo de campo e pesquisa bibliográfica.

No que se refere ao presente estudo este teve por base um carácter pragmático ou indutivo⁷ e foi conduzido a partir de uma amostra não probabilística por conveniência⁸, constituída de acordo com a disponibilidade e acessibilidade dos pacientes abordados (Sampieri, 2013).

2.2.3 Métodos de recolha de informação quantitativa

A recolha de dados é um procedimento lógico da investigação empírica, ao qual compete seleccionar técnicas de recolha e tratamento da informação adequadas, bem como controlar a sua utilização para fins específicos (Vilelas, 2009). As técnicas são por isso conjuntos de procedimentos bem definidos destinados a produzir certos resultados na recolha e tratamento da informação, requerida pela atividade de pesquisa (inquérito por questionário, entrevista, teste, documentos). A recolha de dados apoiou-se em informação disponível, utilizando a técnica de investigação de inquérito por questionário (aplicado à totalidade do universo de estudo) constituído maioritariamente por questões fechadas (Sampieri, 2013) e também se apoiou na análise dos resultados dos rastreios orais

⁷ Não se pretende chegar a conclusões verdadeiras a partir de premissas verdadeiras (método indutivo), mas somente pelo meio da indução mensurar um conjunto de fenómenos sociais em estudo a fim de se chegar um conjunto de probabilidades que permitam fazer comparações e descobrir relações existentes entre eles.

⁸ Este tipo de abordagem não é representativo da população. Ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. Neste caso, o processo amostra foi constituído por um conjunto de indivíduos aos quais lhes foi pedido que respondessem a um conjunto de questões de um questionário e que apenas alguns o fizeram. Ou seja, a amostra foi constituída pelos elementos que colaboraram, não podendo por isso ser representativa, pelos que os resultados deste estudo, terá de ser lido com algumas cautelas a fim de se poder generalizar à população em geral.

2.2.3.1 Questionário

O questionário aplicado contempla dezoito questões (Anexo II) e foi desenhado com base no Barómetro Nacional de Saúde Oral – 2015, realizado pela Ordem dos Médicos Dentistas. Através do mesmo recolheram-se dados que se dividem em cinco categorias: caracterização sociodemográfica, caracterização da assiduidade e acessibilidade a cuidados de saúde oral, autoavaliação do estado de saúde oral e caracterização dos hábitos de higiene oral, qualificação dos preços praticados nas clínicas dentárias e, por último, estratégias para evitar o não-acesso a cuidados de saúde oral (Quadro 3).

Quadro 3: Distribuição das questões presentes no questionário aplicado

Caracterização Sociodemográfica	Idade
	Género
	Local de residência
	Grau de escolaridade
	Situação Profissional
	Seguro de saúde
Caracterização da assiduidade e acessibilidade aos cuidados de saúde oral	Acesso a cuidados de saúde oral
	Assiduidade a cuidados de saúde oral
	Motivo pelo qual frequenta ou não as consultas
	Motivo da última consulta
	Tempo que demora a chegar à clínica dentária
Caracterização do estado de saúde oral	Autoavaliação do estado de saúde oral
	Hábitos de higiene oral
Qualificação dos preços praticados nas clínicas dentárias que fazem parte do estudo	
Estratégias relativas aos serviços/cuidados de saúde oral	Serviço de medicina dentária no SNS
	Que tratamentos abranger
	Que valor pagar

Fonte: Elaboração da autora

2.2.3.2 Rastreios de Saúde Oral: Índice CPO.

Simultaneamente a estes mesmos indivíduos que responderam aos questionários, foi realizada uma avaliação observacional da sua cavidade oral, identificando o número de dentes cariados, perdidos e obturados, identificando o seu nível de CPO. Este Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (cpo para dentes decíduos/CPO para dentes definitivos) foi desenvolvido por Klein e Palmer (1937) e adotado pela OMS. Os dados recolhidos a partir deste índice permitiram obter, de forma objetiva, resultados acerca do estado de saúde oral da amostra recolhida, avaliando a severidade do mesmo. No final da consulta, na mesma folha do questionário, eram assinalados os dentes cariados, perdidos por cárie e obturados, de cada paciente, sendo que no final era feita a soma do número destes dentes e posteriormente divididos pelo número total de dentes presentes na boca do paciente. Desta forma obteve-se a severidade do estado de saúde oral de cada paciente. O grau de severidade oscila entre muito baixa (<5), baixa (5.0-8.9), moderada (9.0-13.9) e elevada (>13.9).

Pretendeu-se assim, com estes dois métodos de avaliação quantitativos, cruzar informação e estudar as causas que interferem e influenciam a procura e o acesso a cuidados de saúde oral, de modo a que a consciencialização dos mesmos permita contornar e ultrapassar aquilo que poderão ser considerados entraves na procura pelos mesmos.

CAPÍTULO III: Apresentação de Resultados

Como já foi mencionado anteriormente, esta investigação teve por base um conjunto de fontes primárias a partir da aplicação de inquéritos sobre a forma de questionários com perguntas fechadas a 186 pacientes dos concelhos de Caldas da Rainha e Leiria (Quadro 4).

Quadro 4: Distribuição geográfica das 186 observações da amostra dos questionários aplicados

Concelho	n (%)
Caldas da Rainha	100 (54%)
Leiria	86 (46%)
Total	186 (100%)

Fonte: Elaboração da autora

A partir da análise descritiva dos dados, pode verificar-se que a amostra compreende 110 indivíduos do sexo feminino (59%) e 76 do sexo masculino (41%). Particularizando, no caso do concelho de Caldas da Rainha obteve-se uma amostra de 54 indivíduos do sexo feminino e 46 do sexo masculino. Relativamente a Leiria houve um total de 56 mulheres e 30 homens questionados e rastreados (Quadro 5).

Quadro 5: Distribuição do género das 186 observações da amostra dos questionários aplicados

Género	n (%): Total	n (%): Caldas da Rainha	Leiria n (%)
Feminino	110 (59%)	54 (49%)	56 (51%)
Masculino	76 (41%)	46 (61%)	30 (39%)
Total	186 (100%)	100 (100%)	86 (86%)

Fonte: Elaboração da autora

Ao nível da idade dos inquiridos, o intervalo de idades da amostra que mais se repete em termos de frequência absoluta/relativa (moda) é o de 41-50 anos no concelho de Caldas da Rainha e 20-30 anos no concelho de Leiria (Quadro 6).

Quadro 6: Distribuição de intervalos de idade das 186 observações da amostra dos questionários aplicados

Idade	n (%): Caldas da Rainha	n (%): Leiria
20-30 anos	21 (21%)	34 (40%)
31-40 anos	18 (18%)	20 (23%)
41-50 anos	23 (23%)	14 (16%)
51-60 anos	21 (21%)	10 (12%)
>60 anos	17 (17%)	8 (9%)
Total	100 (100%)	86 (100%)

Fonte: Elaboração da autora

Em termos de grau de escolaridade é observável uma predominância de indivíduos que concluíram o 12º ano de escolaridade em ambos os concelhos. Por ordem crescente, na amostra de indivíduos de Caldas da Rainha verifica-se um menor número de indivíduos com Mestrado/Doutoramento, seguem-se os indivíduos com a 4ª Classe, indivíduos com o 9º ano, Licenciatura e por fim, 12º ano. Relativamente aos inquiridos da clínica de Leiria por ordem crescente obteve-se um menor número de pessoas com Mestrado/Doutoramento, seguido de pessoas que frequentaram apenas a 4ª Classe, Licenciatura, 9º ano e em maior número pessoas com o 12º ano de escolaridade (Quadro 7).

Quadro 7: Distribuição do grau de escolaridade das 186 observações da amostra dos questionários aplicados

Grau de Escolaridade	n (%): Caldas da Rainha	n (%): Leiria
4ª Classe	17 (17%)	10 (12%)
9º Ano	20 (20%)	22 (25%)
12º Ano	30 (30%)	30 (35%)
Licenciatura	26 (26%)	20 (23%)
Mestrado/ Doutoramento	7 (7%)	4 (5%)
Total	100 (100%)	86 (100%)

Fonte: Elaboração da autora

A amostra, em termos de empregabilidade e rendimento mensal, caracteriza-se por, em ambos os concelhos, prevalecer o número de indivíduos empregados. Sendo que na amostra do concelho de Caldas da Rainha (37%) e Leiria (44%) o intervalo de rendimentos com maior percentagem é o de 506-800€. Relativamente aos indivíduos com salário superior a 5000€, 3% dos inquiridos em Caldas da Rainha auferem este valor contrastando com um número nulo em Leiria. A percentagem de indivíduos que ganham um salário entre 1001€-5000€ na amostra de Caldas da Rainha é de 18% enquanto que em Leiria este número é inferior, 10,5 %. Por outro lado a percentagem é maior na amostra de Leiria relativamente ao intervalo salarial entre 801€-1000€, que é cerca de 23%, comparando com 18% na amostra de Caldas da Rainha. O número de indivíduos que ganha menos de 505€ mensalmente ou o valor igual e o número de indivíduos sem rendimentos é maior no concelho de Caldas da Rainha, 21% e 12% respetivamente, do que no concelho de Leiria, 12% e 10,5%.

É de salientar que indivíduos que não estão empregados podem auferir de rendimento mensal como a reforma ou o fundo de desemprego.

No concelho de Caldas da Rainha a grande maioria dos indivíduos inquiridos não têm seguro de saúde dentário, cerca de 92% da amostra, sendo que o oposto acontece nos pacientes da policlínica do concelho de Leiria, onde se obtém uma percentagem de 53% de indivíduos com seguro de saúde dentário (Quadro 8).

Quadro 8: Caracterização da situação de empregabilidade das 186 observações da amostra dos questionários aplicados

Variáveis	n (%): Caldas da Rainha	n (%): Leiria
Emprego		
Sim	80 (80%)	61 (71%)
Não	20 (20%)	25 (29%)
Rendimento Mensal		
Sem rendimento	12 (12%)	9 (10,5%)
<505€	12 (21%)	10 (12%)
506-800€	37 (37%)	38 (44%)
801-1000€	18 (18%)	20 (23%)
1001-5000€	18 (18%)	9 (10,5%)
>5000€	3 (3%)	0
Seguro dentário		
Sim	8 (8%)	46 (53%)
Não	92 (92%)	40 (47%)
Total	100 (100%)	86 (86%)

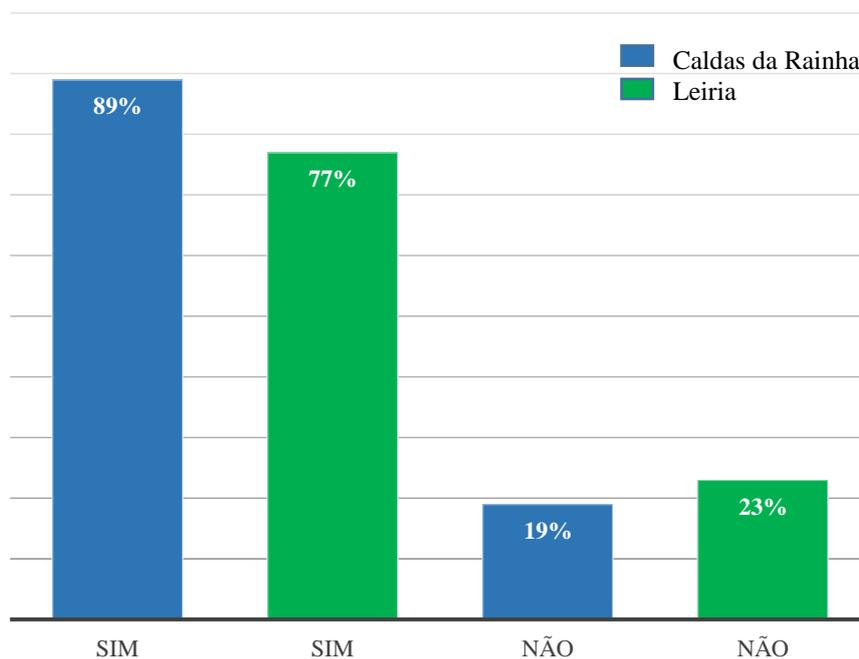
Fonte: Elaboração da autora

3.1 Diferenças ao nível do acesso e regularidade de acesso aos cuidados de saúde oral entre as populações de Caldas da Rainha e Leiria

Dedicou-se um espaço do questionário à aferição da assiduidade e acessibilidade dos indivíduos aos cuidados de saúde oral.

Quando questionados sobre se vão com que regularidade ao dentista, os indivíduos responderam maioritariamente que sim, sendo que se verifica uma maior regularidade por parte da população de Caldas da Rainha, 89%, do que da população leiriense, 77% (Figura 7).

Figura 7: Distribuição em percentagem das pessoas que frequentam regularmente o médico dentista ou higienista oral

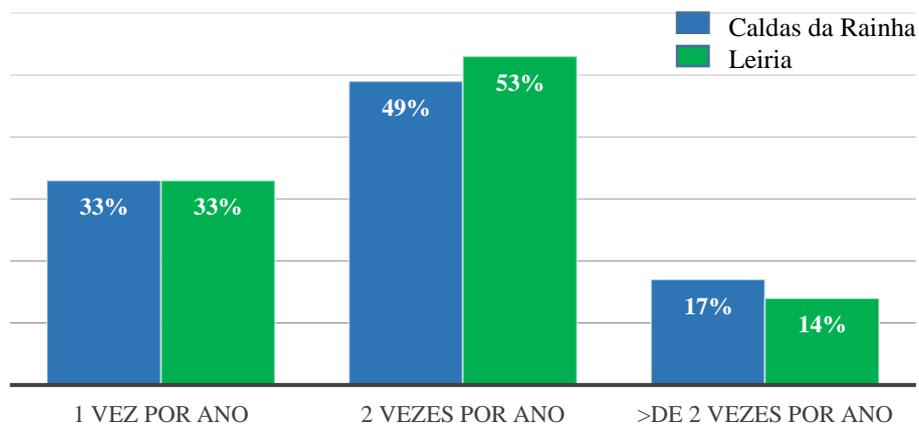


Fonte: Elaboração da autora

De acordo com as respostas “Sim” à questão “Frequenta regularmente o médico dentista ou higienista oral?” surgiu a necessidade de questionar os indivíduos acerca da frequência, inquirindo-os sobre a constância a que vão ao dentista, uma vez por ano, duas vezes por ano ou mais de duas vezes por ano.

Em ambos os concelhos verificou-se, na amostra utilizada, que a frequência mais comum na ida ao dentista é cerca de duas vezes por ano. Obteve-se a mesma percentagem (33%) em ambos os concelhos na resposta uma vez por ano. Na resposta mais frequente, duas vezes por ano, obteve-se um valor percentual maior no concelho de Leiria (53%) do que em Caldas da Rainha (49%). O mesmo não acontece na frequência superior a duas vezes por ano, em que o valor é maior na população de Caldas da Rainha (17%) do que Leiria (14%) (Figura 8).

Figura 8: Distribuição em percentagem da população que frequenta o dentista uma, duas ou mais vezes durante um ano

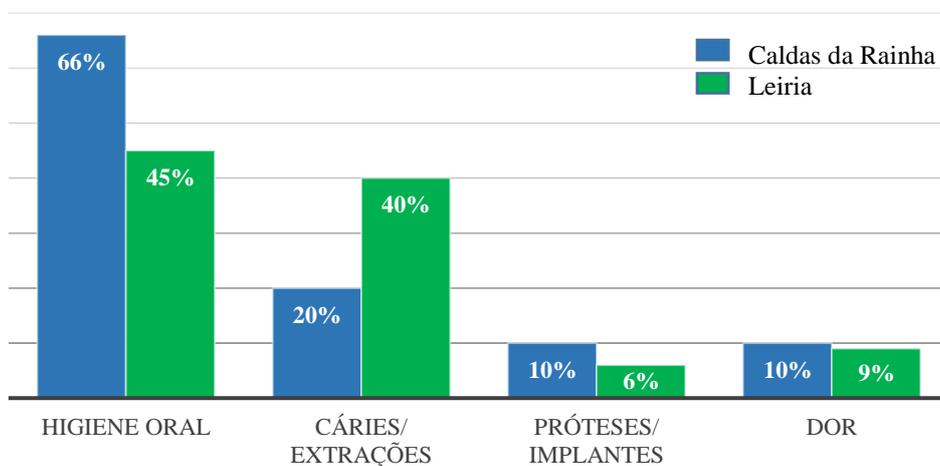


Fonte: Elaboração da autora

Considerou-se também importante questionar os indivíduos acerca do motivo da última consulta para perceber se só em caso de urgência é que recorrem aos serviços de saúde ou se mantêm uma rotina de controlo regular. Dos indivíduos inquiridos foi a consulta de higiene oral a mais realizada em ambas as clínicas, Caldas da Rainha (66%) e Leiria (45%).

Seguiu-se a consulta de tratamentos curativos, cáries e extrações, como a segunda mais realizada. O motivo de dor teve uma percentagem de 10% em Caldas da Rainha e 9% em Leiria (Figura 9).

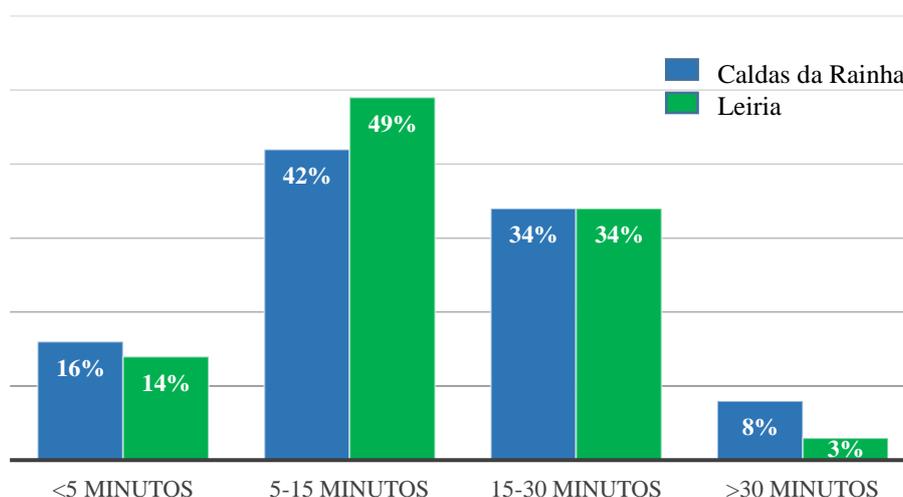
Figura 9: Distribuição dos motivos pelos quais a população recorreu a última vez a uma consulta médico-dentária



Fonte: Elaboração da autora

Os inquiridos foram também questionados acerca do tempo que demoram, desde sua casa ou local de trabalho, ao seu consultório dentário a fim de se verificar se este fator poderia ser condicionante no acesso a cuidados de saúde oral (Figura 10). Verificou-se que a maioria da população inquirida demora entre 5 a 15 minutos a chegar à sua clínica dentária, 42% Caldas da Rainha e 49% Leiria. Apenas 8%, Caldas da Rainha e 3%, Leiria, dos inquiridos demora mais de 30 minutos a deslocar-se ao dentista.

Figura 10: Distribuição do tempo despendido pela população para se deslocar ao consultório dentário que frequenta

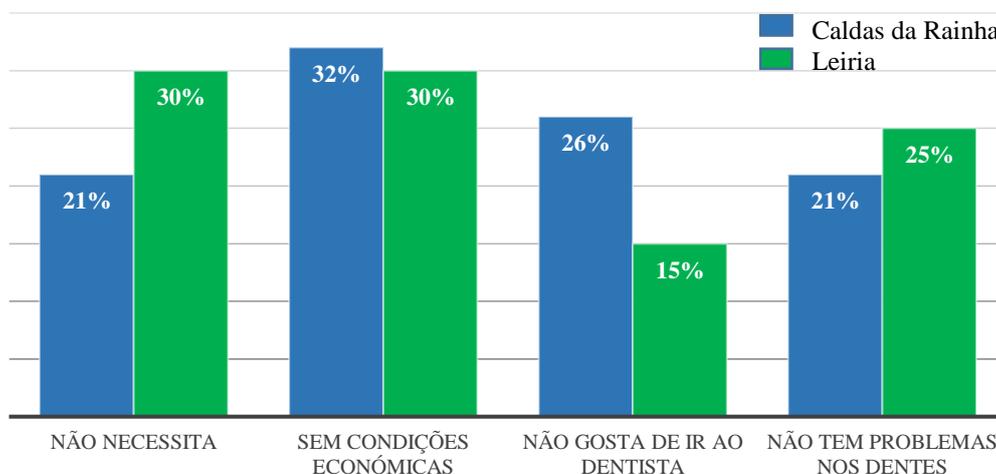


Fonte: Elaboração da autora

3.2 Motivos pelos quais os portugueses não recorrem com regularidade ao médico dentista ou higienista oral

Neste seguimento avaliaram-se os motivos pelos quais os indivíduos não vão ao dentista, de acordo com os que responderam que não frequentam o dentista regularmente (Figura 11). Para os indivíduos inquiridos em Caldas da Rainha são as condições económicas o principal entrave no acesso a cuidados de saúde oral, sendo que 32% da população inquirida referiu este fator. Relativamente a Leiria também as condições económicas são um entrave (30%) bem como o facto de os pacientes acharem que não necessitam de ir ao dentista com regularidade (30%).

Figura 11: Distribuição em percentagem da população que não vai regularmente ao dentista com os motivos associados



Fonte: Elaboração da autora

Através dos dados adquiridos, considerou-se relevante relacioná-los com as variáveis dos Quadros 7 e 8. Desta forma, dos 20 pacientes da amostra de Leiria que não visitam regularmente o médico dentista 30% estão desempregados, 10% têm apenas a 4ª classe e 15% ganham menos de 505€/mês. Relativamente à amostra de Caldas da Rainha, dos 19 indivíduos que não frequentam com regularidade o dentista, 21% estão desempregados e têm apenas a 4ª classe e 26% ganham menos de 505€/mês. (Quadro 9).

Quadro 9: Relação entre a não frequência regular aos cuidados de saúde oral e os fatores desemprego, escolaridade e rendimento mensal

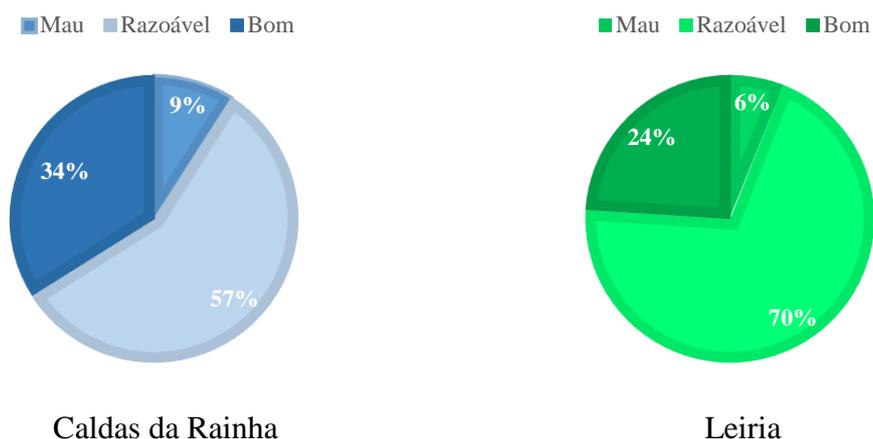
Variáveis	População que não frequenta regularmente o médico dentista ou higienista oral	
	Caldas da Rainha	Leiria
	19 Pessoas	20 Pessoas
Desemprego	21%	30%
4º Classe	21%	10%
≤505€/mês	26%	15%
Não visita por razões económicas	32%	30%

Fonte: Elaboração da autora

3.3 Severidade da condição de saúde oral das populações de Caldas da Rainha e Leiria

Relativamente à autoavaliação do estado de saúde oral, a população inquirida de Caldas da Rainha considerou, maioritariamente, o seu estado de saúde oral razoável, cerca de 57%, bem como a população inquirida de Leiria, 70% (Figura 12).

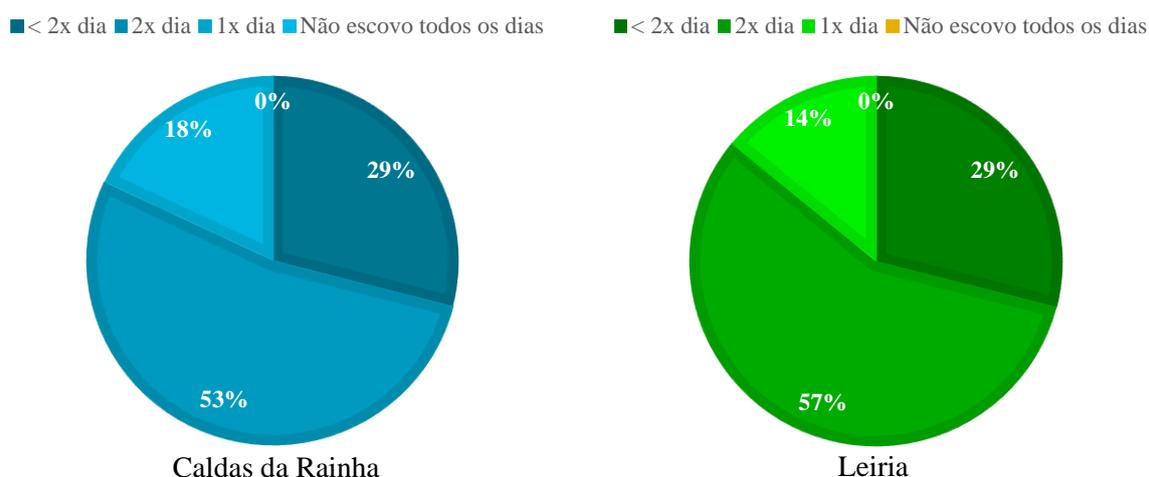
Figura 12: Autoavaliação dos pacientes acerca do seu estado de saúde oral



Fonte: Elaboração da autora

No seguimento da questão anterior surgiu um fator crucial para a manutenção de uma correta saúde oral, a frequência de escovagem. Os indivíduos foram portanto, inquiridos acerca da sua frequência de escovagem diária. Nas amostras de ambos os concelhos verificou-se que mais de metade dos indivíduos escova os dentes duas vezes por dia. E em ambos se verificou também que ninguém deixa de escovar os dentes pelo menos uma vez por dia (Figura 13).

Figura 13: Frequência de escovagem da população



Fonte: Elaboração da autora

Quanto à avaliação do estado de saúde oral dos indivíduos inquiridos e posteriormente rastreados, verifica-se um Índice de CPO de 0.39 no concelho de Caldas da Rainha e 0.54 no concelho de Leiria. É também observável que o maior valor de CPO pertence à população masculina do concelho de Leiria. (Quadro 10 e Figura 14).

Quadro 10: Valores do Índice de CPO da população em estudo

Concelho	CPO	Género	CPO
Caldas da Rainha	0.39	Feminino	0.38
		Masculino	0.40
Leiria	0.54	Feminino	0.49
		Masculino	0.60

Fonte: Elaboração da autora

Figura 14: Valores do Índice de CPO da população em estudo



Fonte: Elaboração da autora

3.4 A base de desigualdades da condição de saúde oral das populações em estudo

Após a obtenção dos valores do índice CPO surgiu a necessidade de relacionar este dado com o grau de escolaridade e a frequência de escovagem. Partindo do pressuposto que graus de escolaridade/ níveis de literacia mais baixos estarão associados a um menor conhecimento acerca de comportamentos de saúde, realizou-se uma correlação entre estes fatores.

Percebe-se através do Quadro 11 que a amostra de indivíduos referentes à 4ª Classe escova maioritariamente os dentes duas vezes por dia o que é um fator positivo. O Índice CPO obtido nesta amostra foi de 0.58 (Caldas da Rainha) e 0.89 (Leiria). Verifica-se em Leiria um índice mais alto comparando com os valores do Quadro 10 mas que ainda assim se mantém no grau de severidade muito baixo.

Quadro 11: Relação entre a população com grau de escolaridade até à 4ª Classe e o estado de saúde oral e a frequência de escovagem

Variáveis	População com o grau de escolaridade: 4ª Classe	
	Caldas da Rainha	Leiria
	17 Pessoas	10 Pessoas
Escovagem mais de 2x por dia escovagem	29%	20%
Escovagem 2x por dia	53%	70%
Escovagem 1x por dia	18%	10%
Índice CPO	0.58	0.89

Fonte: Elaboração da autora

Verificou-se também relevante perceber se realmente estão os estados socioeconómicos mais desfavorecidos na base do acesso limitado das pessoas aos cuidados de saúde oral e na base de um estado negativo de saúde oral. Tendo como base a população que ganha menos ou 505€/mês de Caldas da Rainha e Leiria percebeu-se que cerca de 42% e 30% destes indivíduos, Caldas da Rainha e Leiria respetivamente, não visitam com regularidade o dentista, sendo que 33% e 20% (Caldas da Rainha e Leiria) não o fazem por motivos económicos. Esta amostra populacional revelou por maioria escovar o dentes duas vezes por dia e obteve um valor de Índice de CPO na base do 0.46 o que revela ser um resultado positivo tendo em conta os valores de CPO da população geral (Quadro 12).

Quadro 12: Relação entre a amostra populacional que ganha menos ou 505€/mês com o acesso aos cuidados de saúde oral e o nível de saúde oral

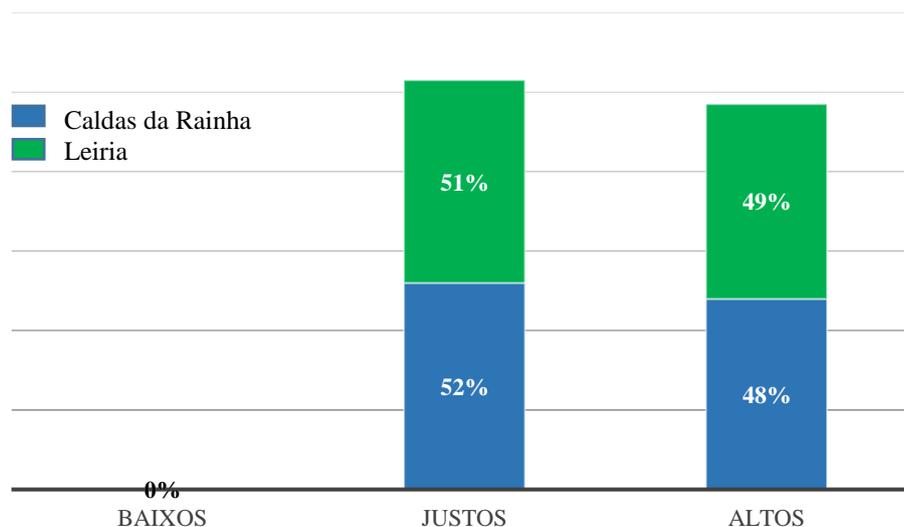
Variáveis	População que ganha menos ou 505€/mês	
	Caldas da Rainha	Leiria
	12	10
Não visitam com regularidade o dentista	42%	30%
Não visitam com regularidade o dentista por motivos económicos	33%	20%
Escovam >2x por dia	17%	20%
Escovam 2x por dia	50%	80%
Escovam 1x por dia	33%	0
CPO	0.46	0.47

Fonte: Elaboração da autora

3.5 Necessidade de existência de um serviço público alargado de medicina dentária

No que diz respeito à satisfação dos indivíduos com os preços praticados nas clínicas dentárias a que recorrem, no concelho de Caldas da Rainha 52% dos indivíduos acham os preços justos, enquanto que 48% acha os preços altos. A população inquirida pertencente ao concelho de Leiria considera justos os preços em 46% dos indivíduos e 44% considera os preços altos (Figura 15).

Figura 15: Qualificação dos preços praticados nas clínicas dentárias em estudo avaliada pela população em estudo



Fonte: Elaboração da autora

Em termos de avaliação da necessidade de alargamento da oferta de tratamentos ao nível da medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde a Tabela apresenta os resultados. Verifica-se que a esmagadora maioria dos indivíduos inquiridos concordam com um alargamento do serviço de medicina dentária no SNS, visto que 99% e 98% da amostra de Caldas da Rainha e Leiria, respetivamente, responderam sim a esta questão.

Em relação aos tratamentos abrangidos neste possível alargamento, 58% da amostra de Caldas da Rainha e 61% de Leiria concordam que deveriam estar presentes todos os tratamentos, preventivos, curativos e reabilitação protética removível e fixa no serviço público.

Neste seguimento, o preço que a maioria destes indivíduos estaria disposta a pagar por uma consulta de medicina dentária seria uma taxa moderadora de acordo com os rendimentos como é possível verificar no Quadro 13.

Quadro 13: Posição dos 186 indivíduos da amostra dos questionários aplicados relativamente ao alargamento da medicina dentária no SNS

Variáveis	n (%): Caldas da Rainha	n (%): Leiria
Alargamento do serviço de medicina dentária no SNS		
Sim	99 (99%)	84 (98%)
Não	1 (1%)	2 (2%)
Quais os tratamentos abrangidos		
Preventivos	28 (28%)	21 (25%)
Curativos	12 (12%)	12 (14%)
Reabilitação removível e fixa	2 (2%)	0
Todos	58 (58%)	51 (61%)
Preço de uma consulta de medicina dentária no SNS		
Taxa moderadora de acordo com rendimentos	55 (55%)	53 (62%)
20-40€	44 (44%)	33 (38%)
41€ ou >	1 (1%)	0

Fonte: Elaboração da autora

3.6 Relação entre condições socioeconómicas desfavorecidas e/ou graus de literacia baixos face à necessidade de requerer um serviço público de medicina dentária

A partir dos resultados acima obtidos torna-se relevante perceber se existe uma relação entre estados socioeconómicos mais desfavorecidos com a necessidade de querer um serviço alargado de medicina dentária no SNS. Procedeu-se portanto à relação entre as variáveis nível de escolaridade e rendimento mensal com a pergunta “Considera que a população portuguesa necessita de um serviço alargado de medicina dentária no SNS?” (Quadro 14).

Quadro 14: Percentagem de pessoas que gostariam de ver alargada a área de medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde

Variáveis	Caldas da Rainha	Leiria
Mestrado e/ou 1001€-5000€ mês ou >5000€/mês	28 Pessoas	10 Pessoas
	100%	100%
4ª Classe e/ou ≤ 505€/mês	22 Pessoas	18 Pessoas
	100%	94%

Fonte: Elaboração da autora

CAPÍTULO IV: Discussão de Resultados

4.1 Diferenças ao nível do acesso e regularidade de acesso aos cuidados de saúde oral entre as populações de Caldas da Rainha e Leiria

O primeiro objetivo proposto foi então o de realizar um estudo comparativo entre uma clínica dentária das Caldas da Rainha e uma policlínica de Leiria para aferir eventuais desigualdades no acesso a cuidados de saúde oral entre diferentes cidades. Desta forma surge uma questão fundamental: existirão diferenças ao nível de acesso e regularidade de acesso aos cuidados de saúde oral entre populações de diferentes cidades?

De acordo com os resultados obtidos, é possível verificar que a percentagem de pessoas que vão regularmente ao dentista é superior na população de Caldas da Rainha (89%) do que em Leiria (77%).

A partir deste ponto pode concluir-se que os seguros de saúde, no caso da amostra avaliada, não fazem com que os indivíduos recorram com mais frequência a clínicas dentárias, tendo como modelo de comparação a clínica de Leiria, que trabalha maioritariamente com seguros de saúde, e a clínica de Caldas da Rainha, que não trabalha com qualquer seguro. Isto pode explicar-se tendo em conta que a maioria dos seguros de saúde dentários não cobrem ou não reembolsam a totalidade ou a maioria do valor dos procedimentos realizados, o que faz com que os indivíduos não vejam isso como uma motivação extra para aumentarem a regularidade nos acessos ao dentista. Estas conclusões vão de encontro àquilo que foi concluído por Locker *et al.* (2011) que afirma no seu estudo que o seguro médico-dentário privado reduziu, mas não removeu completamente as barreiras financeiras para aceder a cuidados de saúde oral.

Quando questionados, os pacientes que responderam afirmativamente à pergunta sobre se vão regularmente ao médico dentista ou higienista oral, a maioria respondeu que vai duas vezes por ano. Sendo que nestas visitas o tipo de consultas que mais frequentam são consultas de higiene oral e consultas de tratamento de cáries dentárias com uma percentagem de 66% e 20%, respetivamente, em Caldas da Rainha e 45% e 40% em Leiria.

Relativamente ao tempo que os indivíduos demoram a chegar de sua casa ou local de trabalho à sua clínica dentária em ambas as amostras, Caldas da Rainha e Leiria, a maioria da população

respondeu que demora entre 5 a 15 minutos. Este é um período de tempo relativamente curto o que faz com que não se considere portanto a distância como um entrave para recorrer a estes serviços.

Tratando-se Caldas da Rainha e Leiria de duas cidades da região Oeste da zona Centro do país, separadas por aproximadamente 60km de distância, não são verificáveis resultados muito díspares relativamente aos dados sociodemográficos recolhidos e, por conseguinte, não se verificam também diferenças consideráveis no que diz respeito à regularidade de acesso aos cuidados de saúde oral. Possivelmente, poderiam eventualmente notar-se diferenças ou mais diferenças caso se tratassem de zonas mais distantes e divergentes em termos de desenvolvimento socioeconómico e em termos citadino versus rural (Wetterhall *et al.*, 2011).

De um modo conclusivo para este primeiro ponto pode afirmar-se que no caso desta investigação não existem diferenças relevantes ao nível do acesso e regularidade de acesso a cuidados de saúde oral entre a amostra populacional de Caldas da Rainha e Leiria.

4.2 Motivos pelos quais os portugueses não recorrem com regularidade ao médico dentista ou higienista oral

O segundo objetivo deste estudo passa por identificar os principais fatores que influenciam e condicionam o acesso da população portuguesa na procura de cuidados de saúde oral e a partir daqui perceber quais são as principais razões que estão na base do não acesso regular a este tipo de cuidados. Para isto foi necessário proceder à recolha de dados sociodemográficos da população a fim de ser possível obter uma caracterização objetiva da mesma.

De acordo com os resultados obtidos da amostra verifica-se que as idades mais frequentes das pessoas inquiridas e rastreadas oscilam entre os 20 e os 50 anos, tendo sido verificado também que nos 186 indivíduos inquiridos, a idade superior a 60 anos foi a menos verificada. Esta informação vai de encontro àquilo que é suportado na literatura visto que a acessibilidade e a assiduidade a cuidados de saúde oral é condicionada pela idade, considerando que muitos dos indivíduos de faixas etárias mais avançadas estão dependentes de terceiros para se deslocarem (MacEntee *et al.*, 2014). Na amostra de 186 verificou-se isso mesmo, uma menor presença de pessoas com mais de 60 anos nas consultas.

Relativamente ao género é observável que em ambos os concelhos, Caldas da Rainha e Leiria, houve uma percentagem maior de indivíduos do género feminino questionados e rastreados. Ainda que, como foi referido, este paradigma não esteja até agora totalmente estabelecido na literatura, a informação recolhida através dos resultados não vai de encontro ao estudo de Jones et al. (2013) que verificou que quanto ao género, no geral, as mulheres revelaram ser mais propensas a relatar atrasos no acesso a serviços de saúde oral do que os homens.

Através dos resultados sociodemográficos obtidos observa-se também que na amostra estudada há uma percentagem superior de pessoas que estudaram até ao 12º ano, os graus de escolaridade seguidamente mais verificados foram a licenciatura e o 9º ano. Ora, conclui-se portanto que é extremamente importante investir na educação para que cada vez mais haja uma consciencialização alargada a toda a população acerca da importância dos cuidados de saúde oral. Relacionando esta informação com o facto da população inquirida entre 75% a 90% aceder regularmente a cuidados de saúde oral verifica-se desta forma que o nível literário tem influência neste parâmetro. Esta informação vai de encontro ao descrito na literatura que revela que o nível de literacia de cada indivíduo condiciona também a consciencialização pessoal para recorrer a cuidados de saúde oral. Neste sentido, um baixo nível de literacia em saúde leva a uma maior incompreensão na comunicação de aspetos de saúde e, conseqüentemente, a uma má perceção e aplicação dos cuidados de saúde, o que tem influência no estado de saúde do indivíduo, conduzindo a um risco maior de aparecimento de problemas orais (Guo *et al.*, 2015).

Como referido anteriormente, verifica-se positivamente que em ambas as amostras populacionais, Caldas da Rainha e Leiria, é visível uma maior percentagem de indivíduos que recorrem regularmente ao dentista do que aqueles que não vão com frequência. Note-se, contudo, que estes questionários foram realizados em clínicas dentárias e não aleatoriamente noutra local, o que pressupõe este resultado à partida. Não obstante, a partir deste indicador torna-se relevante perceber então quais as causas que motivam o não acesso regular cuidados de saúde oral na amostra populacional que referiu não recorrer com regularidade ao dentista.

Desta forma foi necessário caracterizar o estado socioeconómico da população em estudo. Verifica-se na amostra populacional de Caldas da Rainha uma percentagem de 80% de pessoas empregadas; 37% de indivíduos ganham um salário entre 506€ a 800€ e a segunda percentagem mais verificada é de 21% de indivíduos que ganham o salário mínimo ou menos. Em Leiria

71% dos indivíduos estão empregados, 44% ganham mensalmente entre 506€ a 800€ e 23%, a segunda percentagem maior, ganha entre 801€ a 1000€.

De um modo geral nos 20% da população que respondeu não ir regularmente ao dentista, em ambos os concelhos, o fator mais respondido como causa principal foi o fator económico. A mesma conclusão se verificou no estudo de Wamala *et al.* (2006) que ao estudar uma população entre os 21 e 84 anos de idade concluiu que 60% da barreira de acesso a cuidados de saúde oral se centra nas diferenças socioeconómicas. Dados de 2007 presentes no estudo de Tchicaya & Lorentz (2014) revelam que aproximadamente 59% das mulheres e 40% dos homens portugueses não acederam a serviços de medicina dentária por razões económicas, rejeitando por isso realizar o tratamento dentário que lhes havia sido proposto. Na presente investigação esta percentagem ronda os 30%, em ambos os concelhos, de indivíduos cuja barreira económica se torna impeditiva para acederem com regularidade a cuidados de saúde oral.

Na relação entre os indivíduos que não vão regularmente ao dentista e a influência do seu estado socioeconómico verifica-se que em 19 pessoas da amostra de Caldas da Rainha cerca de 26% ganha $\leq 505\text{€}/\text{mês}$ e em 20 pessoas da amostra de Leiria 30% estão desempregadas. Ora, a partir destes dados confirma-se mais uma vez a importância e a influência que o fator económico tem no acesso a tratamentos médico-dentários. Tal como está confirmado na literatura por Slack-Smith *et al.* (2010), a despesa dos serviços dentários é levantada como uma barreira significativa para a obtenção de tratamentos na cavidade oral.

Ainda referente a este mesmo estudo de Slack-Smith *et al.* (2010), o consenso entre os participantes foi de que o custo dos serviços de saúde oral são elevados, particularmente quando comparados com outros serviços médicos, que são pagos através de taxas moderadoras ou fortemente subsidiados. Relativamente à investigação que foi feita, quando questionados os 186 indivíduos acerca dos valores praticados nas clínicas a que recorrem, ainda que a percentagem seja pouco superior a 50%, a maioria considerou desta forma os preços justos pelos tratamentos que realizam. É de salientar também que a média salarial da população inquirida em ambos os concelhos é de 506€-800€, valor médio acima do salário mínimo. Isto poderá querer dizer que as pessoas percebem que a área da medicina dentária envolve tratamentos e materiais dispendiosos e por isto consideram que o valor que pagam é justo.

A segunda resposta mais frequente à pergunta “Por que motivo não frequenta com regularidade o dentista” na amostra populacional de Leiria foi a de os indivíduos considerarem que não necessitam de ir ao dentista com regularidade. Em Caldas da Rainha o segundo fator mais respondido foi o “não gosto de ir ao dentista”. Entra-se aqui num campo em que se torna fundamental abordar a vertente de literacia uma vez que nos dias que correm é fundamental as pessoas terem consciência da importância que a saúde oral tem na sua saúde geral e também perceberem que com a evolução médica e tecnológica os procedimentos clínicos realizados diminuem consideravelmente as situações de dor e desconforto no dentista.

Concluindo esta questão de investigação, através dos resultados obtidos destaca-se então como fator principal o fator económico que engloba a situação de empregabilidade e o valor ganho mensalmente que se traduzem no poder de compra de cada indivíduo. Note-se que este fator é também bastante influenciado pela literacia em saúde que faz com que cada indivíduo estabeleça como prioridade ou não a importância de aceder com regularidade a cuidados de saúde oral. Torna-se de facto importante monitorizar estes fatores condicionantes para que se possa delinear um programa a longo prazo com o intuito de se continuar a promover a saúde oral junto da população, fazendo com que haja uma integração cultural da importância da saúde oral e cada vez mais sejam minimizadas as barreiras económicas.

4.3 Severidade da condição de saúde oral das populações de Caldas da Rainha e Leiria

O terceiro objetivo proposto passa por caracterizar o estado de saúde oral da população em estudo. Desta forma pretende perceber-se qual a severidade da condição de saúde oral das populações e se estará a diferença geográfica na base de eventuais desigualdades. Para este fim foram realizados rastreios de saúde oral observacionais da população inquirida.

Os resultados obtidos em ambas as populações demonstraram um grau de severidade considerado muito baixo, CPO de 0.39 na amostra de Caldas da Rainha e 0.54 na amostra de Leiria. Interpretando estes resultados à luz do Índice CPO da população adulta (OMS – *Oral Health Surveys*), em 186 pessoas, conclui-se que este resultado é positivo tendo em conta que se coloca no grau mais baixo da severidade deste índice. Pode, contudo, concluir-se que tendo em conta que a amostra foi selecionada em clínicas dentárias pressupõe-se, à priori, que estes pacientes tenham um maior controlo, a longo prazo ou mesmo que pontualmente, do seu estado de saúde oral e que portanto terão menos problemas ativos ao nível da cavidade oral.

Verifica-se, desta forma, que não existem diferenças expressivas relativamente aos valores dos índices das amostras selecionadas, não existindo portanto uma diferença com qualquer relação ao fator geográfico.

Relacionando os valores do Índice CPO com a autoavaliação do estado de saúde oral de cada indivíduo e com os seus hábitos de higiene oral, confirma-se também o porquê de um valor de índice positivo. Ora na amostra selecionada de ambos os concelhos confirma-se que a população considera maioritariamente que tem um estado de saúde oral razoável. Quanto aos hábitos de higiene oral verifica-se que mais de 50% da população inquirida escova os dentes duas vezes por dia e que ninguém, em 186 pessoas, referiu nunca não escovar os dentes pelo menos uma vez por dia. Estes dados são de facto cruciais para a obtenção de um bom estado de saúde oral, acoplados a uma procura regular dos tratamentos dentários.

4.4 A base de desigualdades da condição de saúde oral das populações em estudo

A partir dos resultados obtidos surgiu a necessidade de perceber se na amostra em estudo existe uma relação direta entre o aparecimento de doenças da cavidade oral e a falta de informação e de conhecimento sobre comportamentos de saúde, relacionado assim o fator literacia com o estado de saúde oral.

Verificou-se assim que das 17 pessoas de Caldas da Rainha e 10 pessoas de Leiria que estudaram até à quarta classe, mais de metade escova os dentes duas vezes por dia e não há ninguém que não escove pelo menos uma vez por dia.

Relativamente aos valores de CPO obtidos nesta população específica estes são superiores aos valores gerais, 0.58 e 0.89, Caldas da Rainha e Leiria, respetivamente. Estes dados indicam que ainda que os valores de CPO sejam superiores aos gerais estes continuam no grau de severidade muito baixo, o que é um dado positivo.

Confirma-se, no entanto, que neste caso poderá haver uma relação com o aumento dos problemas de saúde oral associado a graus de escolaridade e níveis de literacia mais baixos. Contudo seriam necessários estudos mais aprofundados e com uma amostra populacional maior para realmente concluir esta premissa.

4.5 Necessidade de existência de um serviço público alargado de medicina dentária

O quinto objetivo passa por definir a importância de um plano de implementação de cuidados alargados de medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde com base nos resultados obtidos e no estudo de boas práticas existentes noutros modelos europeus mais desenvolvidos, nomeadamente em França e na Noruega. Surge com este objetivo uma questão imperativa que passa por perceber se a população abordada sente necessidade de ter um serviço público de medicina dentária.

Através dos resultados obtidos verifica-se, na questão que foi feita aos indivíduos acerca da sua opinião relativamente à presença de um serviço alargado de medicina dentária no SNS, que a esmagadora maioria dos inquiridos é a favor deste serviço público. Obteve-se um resultado expressivo de 99% e 98% na amostra de Caldas da Rainha e Leiria, respetivamente. Neste sentido, das 186 pessoas abordadas ainda que mais de 70% recorram com regularidade ao dentista, quase 100% das mesmas concordam que deveria existir um alargamento do serviço nacional de saúde ao nível da medicina dentária para servir as necessidades da população portuguesa.

Levanta-se então a questão de definir a importância de um plano de implementação de cuidados alargados de medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde com base nos resultados obtidos e nos modelos europeus selecionados.

De acordo com o *Manual of Dental Practices 2015* publicado pelo *Council of European Dentists* desenvolvido por Kravitz, Bullock & Cowpe (2015), observando aquilo que atualmente é feito na Noruega todas as crianças até aos 19 anos têm direito a tratamentos dentários gratuitos. Desta forma promove-se e motiva-se para a importância da saúde oral, e também se previnem os problemas de saúde oral nesta faixa etária precoce para que na idade adulta haja uma menor propensão para o aparecimento de problemas de saúde oral.

Numa outra perspetiva, no caso do modelo francês, o seguro de saúde é obrigatório, fazendo com que a população pague este seguro de acordo com os rendimentos e depois seja reembolsado quando realiza tratamentos dentários, podendo realizá-los no serviço público ou privado. No caso das crianças, existem idades específicas para serem monitorizadas, como em Portugal, e caso necessitem de tratamento este é totalmente coberto pela convenção.

Observando estes dois modelos é visível o investimento que é feito para que as crianças sejam abrangidas no seu todo para tratamentos e promoção da saúde oral. Este é um ponto fulcral para a educação em saúde oral. O investimento em idades precoces é fundamental para que haja uma prevenção personalizada de cuidados de saúde oral, criando no futuro adultos responsáveis e conscientes sobre a importância de um estado oral saudável e minimizando o aparecimento de problemas orais ao longo do tempo.

Portugal tem vindo faseadamente a desenvolver um programa cada vez mais alargado, tentando abranger o maior número de crianças. Existem Centros de Saúde equipados com recursos físicos e humanos que trabalham a prevenção em saúde oral e que têm vindo a obter ao longo dos anos resultados cada vez mais positivos ao nível da saúde oral infantil. No presente ano de 2016 está a desenvolver-se um projeto piloto com médicos dentistas para se juntarem aos higienistas orais nos Centros de Saúde de modo a fazer com que seja possível também realizar tratamentos curativos e não apenas preventivos.

Contudo, é elementar estabelecer políticas de investimento que promovam uma facilidade no acesso a tratamentos de saúde oral à população atualmente adulta e idosa que nas suas idades infantis não tiveram acesso a este tipo de cuidados e educação. A saúde oral deve ser vista como parte integrante da saúde geral e é importante que cada vez mais haja consciência acerca dos problemas que uma má condição de saúde oral pode acarretar para a saúde oral.

4.6 Relação entre condições socioeconómicas desfavorecidas e/ou graus de literacia baixos face à necessidade de requerer um serviço público de medicina dentária

Analisando a amostra em termos sociodemográficos percebe-se que na população de Caldas da Rainha 30% das pessoas inquiridas têm o 12º ano de escolaridade e 26% têm licenciatura, e em Leiria 35% das pessoas inquiridas têm o 12º ano de escolaridade. Conclui-se assim que estamos perante um conjunto de pessoas com um grau de escolaridade médio-alto.

Em relação ao fator salarial na amostra de Caldas da Rainha cerca de 37% ganham entre 506€ a 800€ e o mesmo acontece em 44% da amostra de Leiria. Através destes dados pode concluir-se que estamos perante um nível salarial médio-baixo.

À resposta de querer um alargamento do serviço público de saúde oral mais de metade da população inquirida respondeu que gostariam de ver introduzidos todo o tipo de tratamentos ao custo de uma taxa moderadora associada ao nível de rendimentos.

Fazendo uma análise mais detalhada dos resultados percebe-se que a necessidade que população inquirida sente em ter um alargamento da área da medicina dentária no SNS é equivalente em estados socioeconómicos favorecidos e desfavorecidos. Isto porque quando questionados, indivíduos com a 4^a classe ou com Mestrado/Doutoramento e indivíduos que ganham o salário mínimo ou que ganham 5000€, uma percentagem de quase 100% respondeu afirmativamente a esta questão.

CAPÍTULO V: Conclusão

Considerações gerais

A saúde oral é uma condição extremamente importante para a saúde geral de cada indivíduo. No entanto, nos dias de hoje as doenças orais ainda constituem um dos principais problemas de saúde, pelo que a maioria dos indivíduos sofre de algum tipo de doença oral ao longo da sua vida.

Portugal, comparativamente a outros países europeus, apresenta desigualdades em função da educação, facto que influencia expressivamente o acesso dos portugueses a cuidados de saúde oral (Mackenback *et al.* 2008). Neste estudo ficou reforçada a ideia de que graus de escolaridade de nível médio-alto, como é o caso de grande parte da amostra populacional questionada que tem o 12º ano ou licenciatura, contribuem para uma melhor literacia em saúde oral, condicionando positivamente a regularidade no acesso a cuidados de saúde oral.

O enquadramento teórico deste estudo explicou que as condições culturais e socioeconómicas têm influência nos hábitos de higiene oral que os indivíduos adotam e influenciam também a procura deste tipo de cuidados de saúde (Seirawan *et al.*, 2012). Desta forma, os custos associados aos tratamentos de saúde oral são fatores primários para a não procura deste tipo de tratamentos e consequentemente formam barreiras para a obtenção de um estado oral saudável (Guo *et al.*, 2014; Malecki *et al.* 2015).

Em Portugal os serviços de saúde oral são na sua generalidade de carácter particular. Através da investigação realizada percebe-se que a maioria dos inquiridos recorre com regularidade a serviços de saúde oral. No entanto, este estudo vai de encontro à literatura quando abordados os fatores que condicionam o acesso a estes serviços, percebendo-se que o fator económico é apontado como o principal condicionante para o não acesso regular aos cuidados de saúde oral.

Neste estudo ficou também reforçada a importância de um alargamento do serviço de medicina dentária no SNS, sendo que a grande maioria da população, independentemente da sua condição socioeconómica, considera que a população portuguesa no geral beneficiaria e melhoraria a sua condição de saúde oral e geral caso houvesse uma maior oferta de cuidados e tratamentos de saúde oral no serviço público.

Experiência adquirida

Chegado o final deste estudo uma das particularidades no interesse do mesmo é a sua origem em termos académicos e o interesse pessoal e profissional que o tema desperta. Uma das mais-valias que se retira deste estudo é a aquisição do conhecimento em torno de um tema que tem uma grande importância para o bem-estar da população portuguesa no geral.

Não existe literatura muito abrangente sobre a saúde oral em termos da população portuguesa adulta, sendo que este estudo permitiu à autora obter um maior conhecimento sobre um tema ainda não muito explorado e que está diretamente relacionado com a sua área profissional.

Limitações do estudo

Consta-se a existência de algumas limitações, que poderão ter tido influência nas conclusões retiradas. Assim, na avaliação da procura regular por cuidados de saúde oral, tendo em conta que a amostra foi por conveniência não se poderá fazer uma generalização dos resultados para a população em geral, apesar da razoável dimensão da amostra, 186 indivíduos.

A totalidade dos questionários foi preenchida em clínicas dentárias às quais os indivíduos entrevistados recorrem, o que pode ter influenciado a veracidade das respostas dadas, pela eventual omissão da realidade acerca dos hábitos de higiene oral, bem como a opinião acerca dos preços praticados, por exemplo.

Embora existam outros estudos sobre a matéria, poucos se focam na população adulta portuguesa o que faz com que não se poderão tirar ilações de forma tão coerente para o desenvolvimento de medidas práticas. No entanto, apesar das limitações considera-se que o presente estudo tenha contribuído para o conhecimento da situação da população acerca da acessibilidade a cuidados de saúde oral.

Sugestões para futuras investigações

Este estudo poderá ser um contributo para o conhecimento da regularidade no acesso a cuidados de saúde oral de uma população específica de duas cidades distintas, mas sugere-se a aplicação

do mesmo método de recolha de dados em meio rural e assim comparar a regularidade de acesso e traçar um cenário de assiduidade e acessibilidade a nível nacional.

Seria também importante estudar e analisar a viabilidade de programas mais desenvolvidos capazes de fazer uma prestação total de cuidados de saúde oral em centros de saúde, onde já existe a presença de recursos humanos e físicos relativos à área de Higiene Oral. Isto seria uma forma de melhorar e promover a saúde oral, utilizando recursos já existentes.

Isto significa que seria importante avaliar e estudar mais aprofundadamente a necessidade de maiores investimentos no setor público para suprir as necessidades da população e caminhar em direção a melhores resultados no estado de saúde oral da população portuguesa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, C., Peterson, P., André S. & Toscano, S. (2003). “Changing oral health status of 6 and 12-year-old schoolchildren in Portugal”. *Community Dental Health*. 20: 211-216.

Arah, O., Western, G., Hurst, J. & Klazinga, N. (2006). “A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicator Project”. *International Journal of Quality in Health Care*. 5-13.

Atchison, K.A. & Gift, H.C. (1997). “Perceived Oral Health in a diverse sample”. *Advances in Dental Research*. 11(2):272-280.

Barros, P., Machado, S. & Simões, J. (2011). “Portugal: Health system review. Health Systems in Transition”. European Observatory on Health Systems and Policies. 13(4):1-117.

Biordi, D., Heitzer, M., Mundy, E., DiMarco, M., Thacker, S., Taylor, E., Huff, M., Marino, D. & Fitzgerald, K. (2015). “Improving Access and Provision of Preventive Oral Health Care for Very Young, Poor, and Low-Income Children through a New Interdisciplinary Partnership”. *American Journal of Public Health*. 105(2):e23-9.

Braveman, P. & Grushkin, S. (2003). “Defining equity in health”. *Journal of Epidemiol Community Health*. 57:254–258.

Brennan, D. & Tensner, D. (2015). “Oral health impacts on self-rated general and oral health in a cross-sectional study of working age adults”. *Community Dentistry an Oral Epidemiology*. 43:282-288.

Brodani, M. & MacEntee. (2014). "Thirty years of portraying oral health through models: what have we accomplished in oral-health-related quality of research?" *Quality of Life Research*. 23:1087-1096.

Daly, B. & Smith, K. (2015) “Promoting good dental health in older people: roll of the community nurse”. *British Journal of Community Nursing*. 20(9):431-436.

Dodd, V., Logan, H., Brown, C., Calderon, A. & Catalanotto, F. (2014) “Perceptions of oral health, preventive care, and care-seeking behaviors among rural adolescents”. *Journal of School Health*. 84(12):802-809.

Freitas, C. C. (2013). “Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Académico”. 2ª Edição. Brasil: Universidade FEEVALE.

Flood, C. & Huagan, A. (2010). “Is Canada odd? A comparison of Europe and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care”. *Health Economics, Policy and Law*. 5(3):319-41.

Gift, H., Reisine, S. & Larach, D. (1992). “The social impact of dental problems and visits”. *American Journal of Public Health*. 82(12): 1663-1668.

Guarnizo-Herreño, C. & Wehby, G. (2012). “Explaining racial/ethnic disparities in children’s dental health: a decomposition analysis”. *American Journal of Public Health*. 102(5): 859-866.

- Guo, Y., Logan, H., Dodd, V., Muller, K., Marks, J. & Riley, J. (2014). "Health Literacy: A pathway to better oral health". *American Journal of Public Health*. 104:e85-e91.
- Hardgraves, V., Mitchell, T., Hanson, C. & Simmer-Beck, M. (2014). "A Quality Analysis of Oral Health Care Needs in Arkansas Nursing Facilities: The Professional Role of the Dental Hygienist". *Journal of Dental Hygiene*. 88(6):353-363.
- Heather, B., Rozier, R., Preisser, J., Stearns, S. & Lee, J. (2014). "Effects of early dental office visits on dental caries experience". *American Journal of Public Health*. 104(10): 1979-1985.
- Hobdel, M. & Petersen, P. (2003). "Global Goals for oral health 2020". *International Dental Journal*. 53(5): 285-88.
- Jackson, S., Vann, W., Kotch, J., Pahel, B. & Lee, J. (2011). "Impact of poor oral health on children's school attendance and performance". *American Journal of Public Health*. 101(10):1900-1906.
- Jones, E., Shi, L., Hayashi, AS., Sharma, R., Daly, C. & Ngo-Metzger, Q. (2013). "Access to Oral Health Care: The Role of Federally Qualified Health Centers in Addressing Disparities and Expanding Access". *American Journal of Public Health*. 103(3):488-493.
- Kravitz, A., Bullock, A. & Cowpe, J. (2015). *Manual of Dental Practice 2015: France; Norway; Portugal*. The revised EU Manual was commissioned by The Council of European Dentists. Cardiff University, Wales, United Kingdom.
- Kuo, H., Kuo Y., Lee, I., W, J. & Yang, Y. (2013). "The association of responsiveness in oral and general health-related quality of life with patient's satisfaction of new complete dentures". *Quality of Life Research*. 22:1665-1674.
- Lee, K., Wu, B. & Plassman, B. (2013). "Cognitive Function and Oral Health-Related Quality of Life in Older Adults". *Journal of the American Geriatrics Society*. 61(9):1602-1607.
- Lee, P., McGrath, C., Kong, A. & Lam, T. (2014). "Self-reported oral health and quality of life: a latent growth curve analysis". *International Journal of Behavioral Medicine*. 21(2):358-363.
- Locker, D., Maggiri, J. & Quiñonez, C. (2011) "Income, dental insurance coverage, and financial barriers to dental care among Canadian adults". *Journal of Public Health Dentistry*. 71(4):327-334.
- MacEntee, M., Wong, S., Smith, A., Beattie, B., Brodani, M. Bryant, S., Graf, P. & Soheilipour, S. (2014). "Oral healthcare challenges for older Punjabi-speaking immigrants". *Canadian Journal on Aging*. 33(2): 196-207.
- Macinko, J. & Starfield, B. (2002) "Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001". *International Journal for Equity in Health*. 1:1.
- Mackenbach, P., Stirbu, I., Roskam, A., Schaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A. (2008). "Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries". *The New England Journal of Medicine*. 358: 2468-81.

Maida, C., Marcus M., Spolsky, V., Wang, Y. & Liu H. (2013). "Socio-behavioral predictors of self-reported oral health-related quality of life". *Quality of Life Research*. 22:559-566.

Malecki, K., Wisk, L., Walsh, M., McWilliams, C., Eggers, S. & Olson, M. (2015) "Oral Health equity and unmet dental care needs in a population-based sample: findings from the Survey of the Health of Wisconsin". *American Journal of Public Health*. 105(3):S466-474.

Marshall, S., Cheng, B., Northridge, M., Kunzel, C., Huang, C. & Lamster, I. (2013) "Integrating oral and general health screening at senior centers of minority elders". *American Journal of Public Health*. 103(6):1022-1025.

McGrath, C. & Bedi, R. (2004). "A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life". *Quality of Life Research*. 13:813-818.

Norsa'adah, B., Bibi-Saerah, A. & Khairol-Reza, M. (2013). "Knowledge and Practise Regarding Oral Health of Adults at a Rural Village in Kelantan". *International Medical Journal*. 20(6):656-660.

Northridge, M., Yu, C., Chakraborty, B., Port Greenblatt, A., Mark, J., Golembeski, C., Cheng, B., Kunzel, C., Metcalf, S., Marshall, S. & Lamster, I. (2015) "A community-based oral public health approach to promote health equity." *American Journal of Public Health*. 105(3):459-465.

Oral Health Surveys. 2013. World Health Organization 5:74.

Robert, S. & Booske, B. (2011). "US Opinions on Health Determinants and Social Policy as Health Policy". *American Journal of Public Health*. 101(9):1655-1663.

Sampieri, R. C. (2013). "Metodologia de Pesquisa". 5ª Edição. São Paulo: McGraw-Hill/Penso.

Seirawan, H., Faust S. & Mulligan, R. (2012). "The Impact of Oral Health on the Academic Performance of Disadvantaged Children". *American Journal of Public Health*. 102: 1729-1734.

Sing, S. (2012). "Evidence in Oral Health Promotion - Implications for Oral Health Planning". *American Journal of Public Health*. 102(9):15-18.

Slack-Smith, L., Lange, A., Paley, G., O'Grady, M., French, D. & Short, L. (2010). "Oral health and access to dental care: a qualitative investigation among older people in the community". *Gerodontology*. 27(2):104-113.

Tchicaya, A. & Lorentz, N. (2014). "Socioeconomic inequalities in the non-use dental care in Europe". *International Journal for Equity in Health*. 13: 7.

Tsakos, G., Demakakos, P., Breeze, E. & Watt, R. (2011). "Social gradients in oral health in older adults: Findings from the English longitudinal survey of aging". *American Journal of Public Health*. 101: 1892-9.

Wamala, S., Merlo, J. & Bostrom, G. (2006). “Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005”. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 60(12):1027-1033.

Watt, R. & Sheiham, A. (1999) “Inequalities in oral health: a review of evidence and recommendations for action”. *British Dental Journal*. 187(1):6-12.

Wetterhall, S., Burrus, B., Shugars, D. & Bader, J. (2011). “Cultural Context in the effort to improve oral health among Alaska native people: the dental health aid therapist model”. *American Journal of Public Health*. 101: 10.

Vilelas, J. (2009). “Investigação: o processo de construção do conhecimento”. Lisboa: Sílabo.
Veiga, N., Pereira, C., Amaral, O., Chaves, C., Nelas, P. & Ferreira, M. (2015). “Oral health education among Portuguese adolescents”. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 171: 995-1002.

Outras fontes de informação relevantes:

- Sítio da Organização Mundial de Saúde
http://www.who.int/topics/oral_health/en/

- Sítio da Direção Geral de Saúde:

“ II Estudo Nacional da Prevalência de Doenças Orais”, Lisboa, Direção Geral da Saúde, Julho de 2008.

“III Estudo Nacional da Prevalência de Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos”, Lisboa, Direção Geral da Saúde, Novembro de 2015

- Sítio da Ordem dos Médicos Dentistas:

“Barómetro Nacional de Saúde Oral -2015”

“Manual of Dental Practices 2015” – Council of European Dentists

“Os Número da Ordem – Estatísticas 2014”

“Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Estratégia de saúde oral em Portugal: um conceito de transversalidade que urge implementar” - 2010

“Special Eurobarometer 330: Report – Oral Health, 2010”

ANEXOS

ANEXO I – Consentimento Informado

Estudo: Identificação dos principais fatores que condicionam os portugueses no acesso a cuidados de saúde oral

Está a ser convidado(a) a participar num estudo sobre o acesso dos portugueses a cuidados de saúde oral e quais os fatores que condicionam este acesso.

A sua participação é voluntária, o que significa que pode escolher se quer ou não quer participar. Se escolher não participar, não perderá qualquer benefício ou direito. Antes de tomar a sua decisão será informado acerca do objetivo do estudo. A sua participação é também absolutamente confidencial o que significa que todos os dados recolhidos são estritamente confidenciais, segundo o estabelecido na Lei 67/98 de proteção de dados de carácter pessoal. Não será divulgada ou cedida qualquer informação que permita a sua identificação. Só serão registados dados anónimos.

Nestas circunstâncias, decide livremente aceitar participar neste projeto de investigação, tal como lhe foi apresentado pelo investigador.

Eu, _____ (nome completo), li a informação que me entregaram. Compreendi a explicações que me forneceram e tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas. Nestas condições autorizo a participação no estudo “Identificação dos principais fatores que condicionam o acesso dos portugueses a cuidados de saúde oral”.

Data ___/___/___

Assinatura do(a) participante

Assinatura do investigador responsável

(Marta Baptista)

ANEXO II – Questionário

Este questionário surge no âmbito da Tese de Mestrado: “**A Medicina Dentária em Portugal: Identificação dos principais fatores que condicionam o acesso dos portugueses a cuidados de saúde oral**”. Todos os dados contidos neste questionário serão salvaguardados de qualquer tipo de identificação pessoal, sendo ele anónimo. Agradeço, desde já, a sua participação e o seu contributo para este estudo.

QUESTIONÁRIO

Selecione apenas uma opção em cada alínea

1. Idade

20-30 anos de idade	31-40 anos de idade	41-50 anos de idade	51-60 anos de idade	+de 60 anos de idade
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------

2. Género

Feminino	Masculino
----------	-----------

3. Local de Residência (Concelho): _____

4. Grau de Escolaridade

4ª Classe	Até ao 9º Ano	Até ao 12º Ano	Licenciatura	Mestrado/Doutoramento
-----------	---------------	----------------	--------------	-----------------------

5. Está neste momento empregado?

Sim	Não
-----	-----

6. Qual o seu rendimento mensal?

- de 500€	500€ - 800€	801€ - 1000€	1001€-5000€	+ de 5000€
-----------	-------------	--------------	-------------	------------

7. Tem algum seguro de saúde dentário?

Sim	Não
-----	-----

8. Frequenta regularmente o médico dentista ou higienista oral?

Sim	Não
-----	-----

Identificação dos principais fatores que condicionam os portugueses no acesso a cuidados de saúde oral

9. Se respondeu sim à questão anterior, com que regularidade frequente?

Pelo menos 1 vez por ano	Pelo menos 2 vezes por ano	Mais de 2 vezes por ano
--------------------------	----------------------------	-------------------------

10. Se respondeu não na pergunta 7, qual o motivo?

Não necessito	Não tenho condições económicas para tal	Não tenho dores nem problemas com os meus dentes
---------------	---	--

11. Qual a razão pela qual visitou o seu profissional de saúde oral na sua última visita?

Consulta de rotina: higiene oral	Tratamento de cáries	Colocação de próteses ou implantes	Dor
-------------------------------------	----------------------	------------------------------------	-----

12. Qual o tempo que demora, de sua casa ou local de trabalho, a deslocar-se ao seu consultório dentário?

Menos de 5 min	Entre a 5 a 15 min	Entre 15 a 30 min	Mais de 30 min
----------------	--------------------	-------------------	----------------

13. Como considera o seu estado de saúde oral?

Mau	Razoável	Bom
-----	----------	-----

14. Com que regularidade escova os seus dentes?

Mais que 2 vezes por dia	2 vezes por dia	1 vez por dia	Não escovo os dentes todos os dias
--------------------------	-----------------	---------------	------------------------------------

15. O que acha dos preços praticados em clínicas dentárias privadas a que recorre?

Baixos	Justos	Altos
--------	--------	-------

16. Considera que a população portuguesa necessita de um serviço alargado de medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde?

Sim	Não
-----	-----

17. Se respondeu sim à questão anterior, que tipo de tratamentos deveriam ser abrangidos?

Preventivos: destartarização; aplicação de selantes e flúor.	Curativos de 1ª linha: tratamento de cáries; extrações.	Reabilitação oral: prótese removível e fixa	Todos
--	---	---	-------

18. Qual o preço que estaria disposto a pagar por uma consulta de medicina dentária num Centro de Saúde?

Taxa Moderadora	Entre 20€ a 40€	50€ ou mais
-----------------	-----------------	-------------

Identificação dos principais fatores que condicionam os portugueses no acesso a cuidados de saúde oral

Rastreio Oral:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Código:

C – Cariado

O – Obturado

P – Perdido