

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Saúde Oral e Cheques-dentista
numa Instituição Particular de Solidariedade Social
Portuguesa**

Francisco Camilo Martins

Orientadores:

Prof. Doutora Alda Reis Tavares
Prof. Doutor Henrique Soares Luís

Dissertação
Mestrado Integrado em Medicina Dentária
2020

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Saúde Oral e Cheques-dentista
numa Instituição Particular de Solidariedade Social
Portuguesa**

Francisco Camilo Martins

Orientadores:

Prof. Doutora Alda Reis Tavares
Prof. Doutor Henrique Soares Luís

Dissertação
Mestrado Integrado em Medicina Dentária
2020

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
SIGLAS.....	vii
INTRODUÇÃO.....	1
Políticas de Saúde.....	1
Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.....	2
Cheques-dentista.....	3
Instituições Particulares de Solidariedade Social.....	6
Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.....	8
METODOLOGIA.....	9
RESULTADOS.....	11
Dados Sociodemográficos.....	11
Índices CPO-D e cpo-d.....	12
Indivíduos livres de cárie.....	15
Utilização de cheques-dentista.....	17
Continuação de tratamentos.....	17
DISCUSSÃO.....	18
Dados Sociodemográficos.....	18
Índices CPO-D e cpo-d.....	18
Indivíduos livres de cáries.....	19
Utilização de cheques-dentista.....	20
Continuação de tratamentos.....	20
Limitações do estudo.....	20
CONCLUSÕES.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	22
APÊNDICES.....	26
Apêndice 1: Proposta de estudo na FNSBS.....	27
Apêndice 2: Ficha de preenchimento.....	28

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sumária dos projetos associados ao cheque-dentista.....	4
Tabela 2: Número de participantes por idades e distribuição por grupos (percentagem).....	11
Tabela 3: Número de participantes por sexo e distribuição por grupos (percentagem).....	12
Tabela 4: Valores de índice CPO-D e cpo-d por grupos (média por grupo).....	12
Tabela 5: Valores de índices CPO-D e cpo-d por coortes.....	14
Tabela 6: Proporção de indivíduos livres de cárie por idade e grupo (percentagem).....	15

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Prevalência de cárie na dentição definitiva por grupo e idade nos indivíduos não livres de cárie (média).....	16
Gráfico 2: Prevalência de cárie na dentição decídua por grupo e idade nos indivíduos não livres de cárie (média).....	16

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Funcionamento do PNPSO em crianças com cárie em dentes permanentes.....	5
---	---

AGRADECIMENTOS

Redigir a presente tese de Mestrado integrado em Medicina Dentária é o culminar de um desafiante e empolgante percurso académico que tive o privilégio de percorrer. Foi um desafio a que me propus superar e que se mostrou desde cedo tão motivante como árduo. Apesar de ter sido um processo que se reverte em benefício próprio, este caminho não foi feito sozinho. Como tal gostaria de agradecer a todos a quem quero dedicar este trabalho.

Aos Professores Doutores Alda Reis Tavares e Henrique Soares Luís pela orientação, interesse demonstrado no estudo, apoio e disponibilidade. Agradeço a amizade, a dedicação a este projeto, e ao facto de estimularem o meu interesse no conhecimento e na vida académica.

À Direção Executiva da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso pela acessibilidade, interesse e simpatia durante todo o processo de recolha de dados.

Aos meus colegas de curso e profissão, pelo companheirismo, altruísmo e amizade durante todo o nosso percurso académico.

Aos meus amigos de vida que todos os dias me fazem feliz e que acreditam no meu percurso e no meu valor tanto pessoal como profissional.

À minha namorada por todo o seu amor, carinho e apoio durante todos estes anos. Foi sem dúvida mais fácil quando estavas presente.

À minha família. Aos meus pais, por todo o amor que me transmitiram e por toda a resiliência que me foram demonstrando ao longo dos anos. Sem vocês não estaria aqui. Aos meus irmãos, que me fizeram acreditar desde sempre que a vida é para ser vivida em grupo, vocês serão sempre o meu orgulho.

Ao meu avô Henrique, que sempre acreditou em mim. Ofereceu-me todo o seu apoio e amor durante os tempos mais difíceis. Espero que estejas orgulhoso de mim...

RESUMO

Introdução: Com vista a colmatar falhas existentes na equidade de acesso à saúde oral, o PNPSO consubstanciou um alargamento das prestações através da criação do modelo de cheque-dentista destinados nomeadamente às crianças e jovens do ensino público ou IPSS. Estas instituições têm vindo a assumir um papel cada vez mais importante na organização da sociedade pela sua resposta adequada a necessidades concretas, principalmente em populações com carência financeira.

Objetivos: Avaliar o estado de saúde oral dos pacientes da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso na utilização dos cheques-dentista, assim como a prevalência de dentes cariados, perdidos e obturados, e o número de cheques-dentista emitidos e utilizados.

Métodos: Os dados foram recolhidos dos processos clínicos dos 154 pacientes que frequentaram a IPSS entre os anos 2014-2018. Os pacientes foram distribuídos em três grupos: pacientes seguidos na FNSBS (**utentes**), que deixaram de ser seguidos pelo tempo mínimo de 2 anos (**readmitidos**), e que nunca frequentaram as consultas da FNSBS (**não utentes**). Foram considerados os índices cpo-d e CPO-D, idade, sexo, e número de cheques-dentista utilizados/número de consultas necessárias por paciente.

Resultados: O grupo **utentes** apresentou os valores de CPO-D e cpo-d mais baixos (1,34 e 2,14) e a menor prevalência de cárie na dentição decídua e permanente (0,54 e 0,52). O grupo **utentes** apresentou a maior percentagem de crianças livres de cárie (64,9%) e necessitou de menos consultas por cheque-dentista para concluir tratamentos.

Conclusão: Os pacientes seguidos pela fundação apresentam melhores condições de saúde oral. A vigilância constante e prevista no programa de saúde da fundação tem benefícios na saúde oral dos pacientes, e a existência de Instituições Particulares de Solidariedade Social assume uma importância na qualidade de vida dos cidadãos.

Palavras-chave: Saúde oral, Cheques dentista, PNPSO, IPSS

ABSTRACT

Introduction: To fill existing gaps in the equity of access to oral health, the NPPOH embodied an expansion of benefits through the creation of the dental voucher model aimed particularly at children and infants in public schools or PISS. These institutions have been assuming an increasingly important role in the organization of society due to their adequate response to concrete needs, mainly in populations with financial needs.

Purpose: To assess the oral health status of patients from the Nossa Senhora do Bom Sucesso Foundation (PISS) when using dental vouchers, based on the prevalence of decayed, missing and filled teeth, and the number of vouchers issued and used.

Methods: Data were collected from the clinical files of the 154 patients who attended an PSSI between the years 2014-2018. Patients were divided into three groups: patients followed at the FNSBS (users), who were not followed for a minimum of 2 years (readmitted), and who never attended FNSBS consultations (non-users). The indexes cpo-d and CPO-D, age, gender, and number of dental vouchers used / number of consultations needed per patient.

Results: The users presented the lowest CPO-D and cpo-d values (1.34 and 2.14) and the lowest mean prevalence of primary and permanent decayed teeth (0.54 and 0.52). The users had the highest percentage of children free of caries (64.9%) and required fewer consultations per voucher to complete the procedures.

Conclusion: The patients followed by the FNSBS have better oral health conditions. The constant vigilance provided in the foundation's health program has benefits for patients' oral health, and the existence of Private Social Solidarity Institutions reveals an importance in the citizens' quality of life.

Keywords: Oral health, Dental vouchers, NPPOH, PSSI.

SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS - Administração Central dos Sistemas de Saúde
ARS - Associação Regional de Saúde
CPO-D - Dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
cpo-d - Dentes decíduos cariados, perdidos e obturados
CSI - Complemento Solidário do Idoso
DGS - Direção-Geral de Saúde
ENPDO - Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais
FNSBS - Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
LVT - Lisboa e Vale do Tejo
OMD - Ordem dos Médicos Dentistas
OM - Ordem dos Médicos
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNPSO - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
USP- Unidade de Saúde Pública
ULS - Unidade Local de Saúde
SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SISO - Sistema de Informação de Saúde Oral
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
SS - Segurança Social

INTRODUÇÃO

Para a presente dissertação apresenta-se a introdução ao tema de estudo com a respetiva fundamentação teórica que sustenta a investigação por parte do autor. Neste apresentam-se breves revisões às políticas de saúde, ao programa nacional de promoção de saúde oral, ao modelo contratual por cheques-dentista, e às instituições particulares de solidariedade social, com especial relevância na instituição de estudo.

Políticas de Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), organismo internacional fundado em 1948, que tem por objetivo promover o acesso à saúde de qualidade a todos os povos do mundo, a saúde oral é essencial para a saúde geral e qualidade de vida do indivíduo, e consiste num estado livre de cárie dentária, doenças periodontais, perda de dentes, dor orofacial, e outras doenças e distúrbios que limitem a capacidade funcional e mastigatória, acompanhados pelo bem estar psicossocial⁽¹⁾.

De um ponto de vista histórico, a promoção de saúde mundial começou a ser considerada em 1978 com a Declaração de Alma-Ata⁽²⁾, onde se propôs a criação de cuidados de saúde primários que abrangessem toda a comunidade, permitindo serviços de promoção, prevenção e reabilitação de problemas de saúde, conforme as necessidades da mesma.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde teve lugar no Canadá (Novembro de 1986), com a participação de trinta e cinco países, onde foi então aprovada a Carta de Ottawa⁽³⁾, que continha orientações no sentido de atingir novas metas de Saúde Pública a nível mundial. Esta Conferência foi uma primeira resposta às crescentes expectativas para a saúde, tendo por base os progressos conseguidos decorrentes da Declaração de Alma-Ata e da OMS. A Carta defende que a população deve estar envolvida em ações direcionadas à obtenção de saúde, de forma a promover o *empowerment* da população na aquisição de hábitos saudáveis, e conta com cinco estratégias fundamentais: implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde; reforço na ação comunitária; e desenvolvimento de habilidades pessoais⁽³⁾.

A melhoria da saúde oral é, em muitos países, uma das conquistas mais importantes da sociedade, e, ao longo das últimas décadas, registaram-se grandes avanços na prevenção, tratamento e diagnóstico de patologias orais⁽⁴⁾. No entanto, pela sua elevada prevalência⁽⁴⁾, as doenças orais continuam a ser um dos principais problemas de saúde da população. Persistem fortes assimetrias socioeconómicas que refletem disparidades entre países e regiões. Além do impacto que têm na qualidade de vida e futuro dos mesmos, têm forte impacto económico tanto individualmente, como para os sistemas de saúde⁽⁵⁾.

Heidmann defende que “(...) para que a estratégia de política pública tenha coerência e efetivação prática para a promoção à saúde, não pode ser pensada como uma iniciativa exclusiva do Estado. Deve ser elaborada com os diversos segmentos da sociedade, envolvendo a sociedade civil, os setores públicos e privados. A participação da sociedade neste processo implica a luta pela saúde com diminuição das iniquidades existentes no acesso a bens e serviços(...)” ^(6 p.356)

Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

Em Portugal, os primeiros avanços surgiram em 1986, com a criação do Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar. Este projeto, realizado por equipas de saúde escolar dos respetivos centros de saúde juntamente com os educadores, tinha como objetivo a redução da incidência e prevalência de cárie dentária no ensino básico e pré-escolar. Contudo, em 1988 constatou-se que a existência de outros programas que abrangessem a população em geral seriam benéficos, criando-se assim projetos de saúde tanto materna como infantil⁽⁷⁾.

No ano de 1999, o programa que tinha sido desenvolvido inicialmente, passou a ser designado Programa de Promoção de Saúde Oral em Crianças e Adolescentes. Esta reformulação, elaborada juntamente com a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), tinha como população-alvo crianças e jovens, e as atividades eram centradas na promoção de saúde tanto para os alunos, como para os pais e professores: administração de flúor, rastreios orais, aplicação de selantes e encaminhamento para o médico dentista eram alguns dos procedimentos incluídos⁽⁷⁾. O mesmo programa, executado por higienistas orais, ou médicos dentistas na ausência dos anteriores, pretendia estabelecer uma relação entre o setor público e o privado, no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde oral preventivos, dando assim resposta às necessidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS)⁽⁷⁾.

Até ao ano de 2005, em Portugal, com base no Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada, a prevalência de cárie apresentava gravidade moderada na população infantojuvenil, registando um índice de dentes cariados, perdidos ou obturados (Índice CPO-D) de 2,95 em crianças com 12 anos de idade, e estando apenas 33% das crianças com 6 anos de idade livres de cárie⁽⁸⁾.

Reconhecendo a magnitude do problema relacionado à cárie dentária e à necessidade de medidas de prevenção primárias e secundárias, a Direção-Geral de Saúde (DGS), em parceria com a OMS, Ordem dos Médicos (OM) e das Faculdades de Medicina Dentária portuguesas, reestruturou o programa anterior, surgindo assim, em 2005, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO)⁽⁹⁾, que alia a promoção de saúde à prestação de cuidados orais tendo por base a intervenção comunitária. Para o efeito, foi preconizado que as atividades do PNPSO estejam incluídas em programas de saúde materna, infantil e juvenil, e escolar; e que sejam desenvolvidas nos centros de saúde e em todos os estabelecimentos de educação pré-escolar e de ensino básico, público, privado ou dependentes de estruturas oficiais da Segurança Social.

Em Portugal, a procura de cuidados de saúde oral é condicionada pela organização do SNS e por questões socioeconómicas, o que produz uma desigualdade no acesso aos cuidados de saúde oral⁽¹⁰⁾.

Cheques-dentista

Com vista a colmatar falhas existentes na equidade de acesso à saúde oral, o PNPSO consubstanciou um alargamento dos cuidados de saúde oral, até então apenas abrangidas pelo SNS, através da contratualização com o setor privado, com a criação do modelo de cheque-dentista, iniciado em 2008⁽¹¹⁾. Este novo modelo é baseado em contratos de adesão realizados pela DGS a uma rede de prestadores que, no ato da contratualização apresentam a sua cédula profissional e uma declaração de compromisso de honra garantindo a qualidade dos serviços a prestar. O financiamento do PNPSO é assegurado por verbas do Ministério da Saúde, disponibilizadas pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) às ARS⁽¹²⁾.

Os utentes beneficiários têm liberdade de escolha do prestador do serviço, de entre os médicos aderentes, que constam numa lista nacional, disponível nas Unidades Funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), e no sítio www.saudeoral.min-saude.pt⁽¹³⁾. Atualmente, e após sucessivos alargamentos das populações abrangidas pelo programa, na Tabela 1 estão descritos os grupos de utentes beneficiários do projeto de saúde oral⁽¹¹⁾:

Tabela 1: Caracterização sumária dos projetos associados ao cheque-dentista. Fonte: DGS, 2016⁽¹⁴⁾

Projeto Saúde Oral	População-alvo	Máximo de cheques dentista/utente	Data de entrada em vigor
Grávidas (SOG)	Grávidas seguidas no SNS (por referenciação do médico de família)	3/gravidez	27-02-2008
Pessoas Idosas (SOPI)	Idosos beneficiários do complemento solidário (por referenciação do médico de família)	2/ano	27-02-2008
Saúde Infantil (SOSI)	Crianças com idade inferior ou igual a 6 anos (por referenciação do médico de família, em situações agudas)	1/ano (teto máximo de 20.000 crianças/ano)	09-01-2009
Crianças e Jovens (SOCJ)	Crianças e Jovens 7, 10 e 13 anos, que frequentam escolas públicas ou IPSS	2 (7 e 10 anos) 3 (13 anos)	09-01-2009
	Crianças e jovens com necessidades especiais portadoras de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21, entre outras, que não tenham ainda sido abrangidos pelo PNPSO	Igual para crianças colaborantes; via CTH para os não colaborantes	01-03-2016
Crianças e Jovens idades intermédias (SOCJi)	Crianças de 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos (por referência do médico de família, em situações agudas)	1 por ano	20-04-2010
Crianças e Jovens 15 anos (SOCJ 16)	Jovens de 16 anos que completaram plano de tratamento aos 13 anos	1 por ano	01-08-2013
Crianças e Jovens 18 anos (SOCJ 18)	Jovens de 18 anos que completaram plano de tratamento aos 16 anos	1 por ano	01-03-2016
Utentes portadores de VIH/Sida	Fase 1: Utentes infetados pelo vírus VIH/Sida	6 por utente	27-10-2010
	Fase 2: Utentes infetados pelo vírus VIH/Sida já abrangidos pelo PNPSO e que não fazem tratamento há mais de 24 meses	2 cheque/2 em 2 anos	01-03-2016
Intervenção Precoce no Cancro Oral	Grupo de risco (rasteiro oportunista): homens fumadores, com idade igual ou superior a 40 anos e com hábitos alcoólicos e utentes com lesões da cavidade oral identificadas pelo próprio, pelo médico de família ou por estomatologista ou médico dentista	1 cheque diagnóstico e 1 cheque biópsia, 2 vezes por ano	01-03-2014

De acordo com o Decreto-Lei⁽¹⁵⁾, o valor de cada cheque-dentista foi fixado nos 35€. A emissão do segundo cheque-dentista e seguintes, consoante o grupo de utentes beneficiários em causa, depende da necessidade de proceder a futuras intervenções preventivas ou curativas, previstas e estabelecidas na primeira consulta pelo médico aderente no respetivo plano de tratamento devidamente fundamentado. Nas situações em que o médico aderente não verifique a necessidade de continuação do tratamento, os utentes não terão acesso aos cheques subsequentes, mesmo que se verifique uma necessidade clínica posterior⁽¹⁶⁾. Apenas poderão ter acesso a uma nova avaliação e plano de tratamento no ano seguinte, e apenas se ainda pertencerem a um grupo beneficiário do programa, sendo esta uma limitação do mesmo^(10,11).

O PNPSO, em saúde escolar, funciona com base numa lista de indivíduos resultante da triagem efetuada pelo higienista oral na escola. As respetivas crianças e jovens com dentes permanentes cariados serão referenciadas para consulta de medicina dentária, onde os assistentes administrativos da Unidade detentores de palavra-passe da plataforma Sistema Informação de Saúde Oral (SISO), emitem o primeiro cheque-dentista. Após a emissão dos cheques-dentista, referenciados por turma, o gestor local de saúde oral da Unidade fará a sua entrega na Escola. Através do professor/diretor de turma os cheques serão entregues aos respectivos encarregados de educação, acompanhados com todas as indicações sobre a forma de concretizar a primeira consulta de diagnóstico/início de tratamento no dentista⁽¹⁶⁾. Na Figura 1 encontra-se o funcionamento do PNPSO para o projeto SOGJ⁽¹⁶⁾:

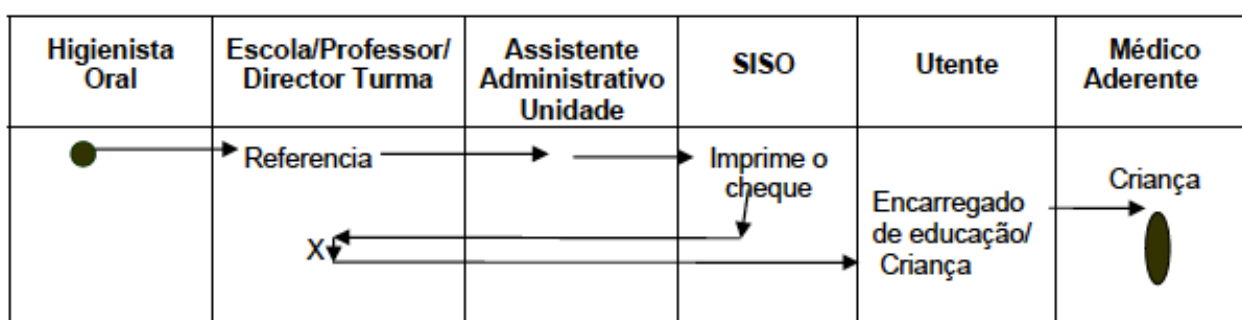


Figura 1: Funcionamento do PNPSO em crianças com cárie em dentes permanentes. Fonte: DGS 2009⁽¹⁶⁾

De acordo com Gauri e Vawda⁽¹⁷⁾, os cheques-oferta devem ser vistos como uma estratégia global que conduz a reformas estruturais, dado o potencial benefício que poderão ter nas metas da saúde (equidade, satisfação e eficiência). O potencial efeito destes nos serviços/bens públicos é enorme,

principalmente na saúde, uma vez que o acesso aos cuidados está condicionado por motivos sócio-económicos⁽¹⁸⁾.

Apesar de este ser um procedimento disponível em Portugal desde 2008, a utilização de cheques-oferta é já uma política pública largamente utilizada noutros países em alimentos, habitação e saúde; e apesar dos aspetos positivos descritos, continua a apresentar algumas limitações tanto no número de utilizadores como na determinação da população abrangida pelo programa^(10,11).

Para avaliação e exposição de resultados deste programa, a DGS divulga de tempos a tempos um relatório com apresentação dos resultados. O mais recente estudo publicado, o III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais⁽¹⁹⁾, na região de Lisboa e Vale do Tejo⁽²⁰⁾, apresentou valores CPO-D de 2,03 e um cpo-d de 1,41 aos 6 anos, enquanto que as crianças com 12 anos apresentaram um CPO-D de 1,69. As crianças apresentaram uma média de 0,56 dentes permanentes cariados e de 2,84 em dentes decíduos aos 6 anos de idade. Aos 12 anos cada criança tem, em média, 3,29 dentes cariados.

Para além disso, e de acordo com os dados da DGS, 33,8% dos beneficiários do cheque-dentista não usufruíram deste vale no passado ano de 2019⁽²¹⁾. Segundo os dados do “Barómetro de Saúde Oral 2019”⁽²²⁾, 43,4% dos menores de 6 anos não utilizam cheques-dentista, assim como 21,9% das crianças dos 7-9 anos, 22,3% das crianças dos 10-12 anos, e 33,0% das crianças entre os 13-15 anos não utilizaram o cheque-dentista no ano de 2019. Em todas as coortes cerca de 10% não conhece o modelo.

Num estudo que aferiu os principais motivos e fatores para a não utilização dos cheques-dentista⁽²³⁾, concluiu-se que o médico dentista particular não ser aderente é um dos principais fatores. Nesse mesmo estudo, cerca de 1/3 não utilizou cheques-dentista nem foi seguido por dentista particular.

Instituições Particulares de Solidariedade Social

As instituições particulares de solidariedade social são as pessoas coletivas, sem finalidade lucrativa, constituídas exclusivamente por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de justiça e de solidariedade, contribuindo para a efetivação

dos direitos sociais dos cidadãos, desde que não sejam administradas pelo Estado ou por outro organismo público⁽²⁴⁾.

A dependência financeira das IPSS em relação ao Estado é incontornável⁽²⁵⁾, verificando-se uma fraca capacidade para a produção de receitas próprias, pois tratam-se de organizações sem fins lucrativos. Nesse sentido, a Segurança Social (SS) compromete-se com as IPSSs nos apoios financeiros calculados e previstos no acordo⁽²⁴⁾. Estas instituições têm vindo a assumir um papel cada vez mais importante na organização da sociedade pela sua resposta adequada a necessidades concretas, principalmente em populações com carência financeira⁽²⁶⁾, e compensam a incapacidade do Estado e do mercado para produzir bens e serviços, pois o primeiro não é capaz de responder eficazmente à procura dos serviços e o segundo não é capaz de produzir bens públicos⁽²⁵⁾.

Para Mendes, “O cumprimento da função das IPSS de redução dos valores a pagar pelos seus utentes pelos bens e serviços que lhes providenciam para níveis que ficam bem aquém dos respetivos custos e a forma como estas organizações obtêm recursos complementares para cobrirem os seus custos não pode deixar de ter grandes implicações na sua estrutura financeira e na rendibilidade dos seus recursos, nomeadamente, dos seus capitais próprios”^(27 p.33). Além disso, e de acordo com o mesmo autor⁽²⁷⁾, a percentagem de pagamentos dos utentes cobre apenas 30% dos rendimentos, ou seja, por cada euro pago pelos utentes, uma IPSS tem de conseguir angariar mais dois euros, mas, cada euro que uma IPSS recebe para o seu concelho é multiplicado por 4,218 na economia desse território, contribuindo assim de forma positiva para a economia. Uma percentagem considerável de instituições já não consegue pagar as contas com a sua atividade, e que, com a diminuição do financiamento público, a única opção será aumentar os valores cobrados aos utentes de forma a equilibrar as contas, contrariando a sua intenção base.

As IPSS permitem uma maior integração social, sustentam-se na cooperação e não na competição e permitem também uma maior participação, estimulando o sistema democrático⁽²⁸⁾. Estas têm proximidade às populações e promovem a inclusão e integração social, sendo então parte integrante e promotora do empreendedorismo social⁽²⁸⁾. Dessa forma, as mesmas contribuem para um crescimento inteligente, sustentável e de inclusão, dando primazia à dimensão humana e coesão social⁽²⁹⁾.

Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso

A Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso (FNSBS), localizada em Lisboa, e registada como IPSS na Direção-Geral da Segurança Social, foi selecionada como referência para o presente estudo pela sua antiguidade e experiência na área de saúde oral. A instituição assegura programas de saúde oral desde o ano de 1975⁽³⁰⁾, e tem vindo a crescer no número de utentes ao longo dos anos. O valor das consultas é determinado consoante os rendimentos dos utentes, sendo que uma grande expressão dos mesmos apresenta níveis sócio-económicos baixos. A fundação iniciou a sua adesão ao PNPSO, e consequentemente ao modelo de cheques-dentista, no ano de 2014.

No relatório de contas de 2019⁽³¹⁾ a instituição apresentou um crescimento de 52,3% na sua atividade com excelente avaliação dos seus serviços por parte dos utentes. No mesmo ano registou, pela primeira vez na sua história, o número de 6.000 utentes, residentes num total de 206 freguesias. Um dos fatores de seleção da FNSBS é ter uma população de crianças e jovens com idade inferior aos 18 anos. O programa de saúde oral da instituição inicia a vigilância semestral desde os três anos de idade e promove o acesso universal⁽³²⁾.

Para conhecer esta população e a prestação de serviços de uma Instituição Particular de Solidariedade Social, definiu-se como **objetivo** de estudo a avaliação do estado de saúde oral dos pacientes da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso na utilização dos cheques-dentista, que estão ao abrigo do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.

METODOLOGIA

O estudo proposto é do tipo observacional e transversal, de prevalência e descritivo. Para o efeito, o trabalho de investigação nas áreas de Odontopediatria e Saúde Pública teve como população os pacientes da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso ao abrigo do PNPSO. O estudo foi autorizado pela Direção da FNSBS, mediante a proposta de estudo referida (Apêndice 1).

A recolha de dados foi feita a partir de processos clínicos dos pacientes, elaborados pelos profissionais de saúde oral da FNSBS, que deram entrada acompanhados por cheque-dentista entre os anos de 2014-2018. O autor do estudo realizou a recolha de dados e utilizou uma ficha elaborada para o registo (Apêndice 2), salvaguardando o anonimato dos indivíduos. Os mesmos foram agrupados em três categorias: pacientes que já eram seguidos na FNSBS (utentes), pacientes que deixaram de ser seguidos na FNSBS pelo tempo mínimo de 2 anos e foram readmitidos (readmitidos), e pacientes que nunca frequentaram as consultas da FNSBS (não utentes).

O objetivo principal do estudo foi avaliar o estado de saúde oral dos pacientes da instituição na utilização dos cheques-dentista. Foram também definidos como objetivos específicos o cálculo da prevalência de dentes cariados, perdidos e obturados dos pacientes da FNSBS; determinação dos índices CPO-D e cpo-d, e observação do número de cheques dentista emitidos e do número de consultas necessárias, para os diferentes grupos de pacientes.

Nos processos clínicos teve-se em consideração a idade dos pacientes para estabelecer a coorte da faixa etária dos mesmos referente aos cheque-dentista emitidos pelo SNS, os índices cpo (dentes cariados, perdidos e obturados), que permitiram observar padrões de saúde oral das crianças aquando da utilização do referido cheque, e o número de cheques-dentista utilizados/número de consultas necessárias por paciente, de modo a aferir o seguimento prestado pela instituição.

Neste estudo foram definidas como variáveis independentes o sexo (masculino, feminino), a idade (Infantil, 7 anos, Intermédio 8-9 anos, 10 anos, Intermédio 11-12 anos, 13 anos, Intermédio 14-15 anos), e a frequência nas consultas (Utentes, Readmitidos, Não Utentes); e como variáveis dependentes a prevalência de dentes cariados (0-32); prevalência de dentes perdidos (0-32); prevalência de dentes obturados (0-32); o índice cpo-d (0-20); o índice CPO-D (0-32); o número de

cheques-dentista utilizados (0-3); e o número de consultas necessárias para aferir os recursos necessários para a conclusão dos tratamentos.

A análise estatística foi feita a partir do software IBM SPSS Statistics for Windows, versão 26 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA), programa esse que foi utilizado para a análise das variáveis de estudo para determinação dos resultados. Para a análise dos dados utilizou-se estatística descritiva para a caracterização das frequências de dados descritivos como a média, por exemplo. Para a inferência estatística dos dados utilizaram-se testes não paramétricos de amostras independentes - teste de Kruskal-Wallis (comparação entre 3 grupos) e teste de Mann-Whitney U (comparação entre 2 grupos). A utilização destes testes ocorreu após o estudo da normalidade dos dados recorrendo à estatística de Shapiro-Wilk. Toda a análise foi efetuada com um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Dados Sociodemográficos

A FNSBS apresenta uma população de 154 pacientes utilizadores de cheque-dentista e a amostra contou com a totalidade dos mesmos, o que significa uma taxa de participação de 100%. Dos 154 participantes: 77 já eram **utentes** da instituição, 15 foram **readmitidos** e 62 nunca foram seguidos na instituição anteriormente, **não utentes**. Na tabela 2 está representado o número de participantes por idade e distribuição por grupos:

Tabela 2: Número de participantes por idades e distribuição por grupos (percentagem).

Idades/Coortes	Distribuição por grupos			
	Utentes	Readmitidos	Não utentes	Total
Infantil	2	0	8	10 (6,5%)
7 anos	26	2	19	47 (30,5%)
Intermédio 8-9 anos	4	0	1	5 (3,3%)
10 anos	14	3	14	31 (20,1%)
Intermédio 11-12 anos	11	0	4	15 (9,7%)
13 anos	13	10	13	36 (23,4%)
Intermédio 14-15 anos	8	0	2	10 (6,5%)
Total	77 (50,0%)	15 (9,7%)	62 (40,3%)	154 (100%)

O número de participantes foi semelhante para os grupos dos **utentes** e **não utentes**, sendo os **readmitidos** uma percentagem reduzida da população de estudo. Relativamente às idades, o grupo de coorte com 7 anos foi o que registou maior número de participantes, seguido dos 10 e 13 anos. O grupo dos **readmitidos** só registou participantes no grupo de coorte.

O número de participantes por sexo e distribuição por grupos está representado na tabela 3:

Tabela 3: Número de participantes por sexo e distribuição por grupos (percentagem).

Sexo	Distribuição por grupos			
	Utentes	Readmitidos	Não utentes	Total
Masculino	48 (62,3%)	9 (60,0%)	33 (53,2%)	90 (58,4%)
Feminino	29 (37,7%)	6 (40,0%)	29 (46,8%)	64 (41,6%)
Total	77	15	62	154

Verificou-se um maior número de participantes do sexo masculino com distribuição semelhante pelos grupos.

Índices CPO-D e cpo-d

Na tabela 4 encontram-se discriminados os valores para cada parâmetro (total absoluto e média dos participantes) dos dois índices por grupos:

Tabela 4: Valores de índice CPO-D e cpo-d por grupos (média por grupo).

Índices	Distribuição por grupos			
	Utentes	Readmitidos	Não utentes	Total
Cariados	40 (0,52)	54 (3,60)	130 (2,32)	224
Perdidos	1 (0,01)	0	0	1
Obturados	62 (0,80)	14 (0,93)	13 (0,23)	89
CPO-D	1,34	4,53	2,55	2,12
cariados	32 (0,54)	6 (1,0)	160 (3,81)	198
perdidos	4 (0,08)	0	10 (0,24)	14
obturados	71 (1,42)	14 (2,33)	32 (0,76)	117
cpo-d	2,14	3,33	4,81	3,35

Relativamente ao **índice CPO-D** foi possível observar que a média de dentes cariados dos **utentes** (0,52) foi inferior comparativamente aos outros grupos, com uma diferença estatisticamente significativa entre os 3 grupos (teste de Kruskal-Wallis) com $p < 0,01$. Na comparação entre os grupos, observou-se que os **não utentes** são estatisticamente diferentes de forma significativa dos **utentes** ($p < 0,001$), do mesmo modo os **utentes** apresentam um valor desta componente estatisticamente diferente, de forma significativa, dos **readmitidos** ($p < 0,001$). Estes dados foram avaliados pelo teste de Mann-Whitney U após a correção de Bonferroni para o nível de significância. Para o parâmetro de dentes obturados, os valores foram semelhantes no grupo dos **utentes** (0,80) e **readmitidos** (0,93), mas superiores aos do grupo dos **não utentes** (0,23), com uma diferença estatisticamente significativa analisada pelo teste de Kruskal-Wallis ($p = 0,042$). Os **não utentes** são estatisticamente diferentes dos **utentes** ($p = 0,01$), pelo teste de Mann-Whitney U após a correção de Bonferroni para o nível de significância. Apenas o grupo **utentes** registou um dente perdido.

O menor valor de CPO-D foi registado nos **utentes** (1,34), seguido dos **não utentes** (2,55) e **readmitidos** (4,53). A diferença dos valores médios do CPO-D alcança significância estatística pelo teste de Kuskal-Wallis ($p = 0,001$). Com aplicação do teste de Mann-Whitney U após a correção de Bonferroni os **utentes** alcançam um valor estatisticamente diferente, de forma significativa, dos **readmitidos** ($p = 0,001$).

Em relação ao **índice cpo-d** foi possível verificar um contraste entre o número de dentes cariados dos **utentes** (0,54), dos **readmitidos** (1,0) e dos **não utentes** (3,81), uma diferença estatisticamente significativa entre os 3 grupos, pelo teste de Kruskal-Wallis ($p < 0,001$). Na comparação entre dois grupos, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os **não utentes** e **utentes** ($p < 0,001$), com recurso ao teste de Mann-Whitney U após a correção de Bonferroni para o nível de significância. O grupo de **readmitidos** não registou nenhum dente perdido, contrariamente ao grupo dos **utentes** e dos **não utentes**. Após aplicação do teste de Mann-Whitney U não se observou uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,081$). Quanto à média de dentes obturados também não se observou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,081$) avaliada pelo teste de Kruskal-Wallis.

O cálculo da média dos valores anteriores indicou um valor médio de cpo-d crescente nos **utentes** (2,14), **readmitidos** (3,33) e **não utentes** (4,81), respetivamente. Sendo os valores médios entre os

3 grupos estatisticamente diferentes, analisado pelo teste de Kruskal-Wallis ($p=0,001$). Os **não utentes** são diferentes, de forma estatisticamente significativa, para o valor médio do cpo-d, dos **utentes** ($p<0,001$); avaliado pelo teste de Mann-Whitney U após a correção de Bonferroni para o nível de significância.

O cálculo da média dos parâmetros indicou um valor de cpo-d menor nos **utentes** (2,14) do que nos outros grupos (**readmitidos** 3,33 e **não utentes** 4,31). A análise dos valores é estatisticamente significativa entre os grupos, pelo teste de Kruskal-Wallis ($p=0,001$). Os **não utentes** são diferentes do grupo **utentes**, de forma estatisticamente significativa, para o valor médio do cpo-d ($p<0,001$); avaliado pelo teste de Mann-Whitney U após a correção de Bonferroni para o nível de significância.

A distribuição dos valores dos índices CPO-D e cpo-d por grupos e por coortes é apresentada na tabela 5:

Tabela 5: Valores de índices CPO-D e cpo-d por coortes.

Coortes	Distribuição por grupos		
	Utentes	Readmitidos	Não utentes
	CPO-D cpo-d		
7 anos	0,92 2,38	2,00 3,00	2,76 7,35
10 anos	1,29 3,20	3,00 4,00	1,71 1,81
13 anos	2,23 0,00	5,5 2,00	4,00 1,50

O grupo dos **utentes** registou os menores valores de CPO-D e cpo-d para todas as coortes exceto no grupo das crianças com 10 anos, onde o valor para a dentição decídua foi inferior à do grupo dos **não utentes**. A análise dos valores do grupo dos **utentes** é estatisticamente significativa entre os grupos, pelo teste de Kruskal-Wallis ($p=0,001$).

Indivíduos livres de cáries

Dos 154 participantes 63 apresentaram-se sem qualquer cárie (41,6%), sendo que, desses, 50 pertencem ao grupo **utentes** (79,3%), 3 são **readmitidos** (4,8%), e 10 são do grupo **não utentes** (15,9%). O grupo de idades que apresentou melhor percentagem de indivíduos livres de cárie foi o grupo dos “Intermédio 11-12 anos”. Para todas as idades, o grupo **utentes** apresentou valores semelhantes ou superiores aos restantes grupos de pacientes, sendo que pelo menos metade dos indivíduos de cada grupo etário está livre de cáries. Na tabela 6 observa-se o número e percentagem de crianças livres de cárie de acordo com a sua coorte etária e distribuição por grupos:

Tabela 6: Proporção de indivíduos livres de cárie por idade e grupo (percentagem).

Coortes	Distribuição por grupos			
	Utentes	Readmitidos	Não utentes	Total
Infantil	1/2 (50%)	-	0/8 (0%)	1/10 (10,0%)
7 anos	18/26 (69,2%)	1/2 (50%)	1/19 (5,3%)	20/47 (42,6%)
Intermédio 8-9 anos	3/4 (75%)	-	0/1 (0%)	3/5 (60,0%)
10 anos	9/14 (64,3%)	0/3 (0%)	3/14 (21,4%)	12/28 (35,5%)
Intermédio 11-12 anos	8/11 (72,3%)	-	1/4 (25%)	9/15 (73,3%)
13 anos	7/13 (53,8%)	2/10 (20%)	4/13 (30,8%)	13/36 (30,6%)
Intermédio 14-15 anos	4/8 (50%)	-	1/2 (50%)	5/10 (50,0%)
Total	50/77 (64,9%)	3/15 (20,0%)	10/62 (16,4%)	63/154 (41,6%)

Em relação aos indivíduos que apresentaram cáries, de modo a avaliar a distribuição dos dentes cariados pelos grupos, calculou-se a prevalência da doença por cada grupo etário em relação à dentição decidua e permanente. Os valores estão apresentados abaixo, nos gráficos 1 e 2:

Gráfico 1: Prevalência de cárie na dentição permanente por grupo e idade nos indivíduos não livres de cárie(média).

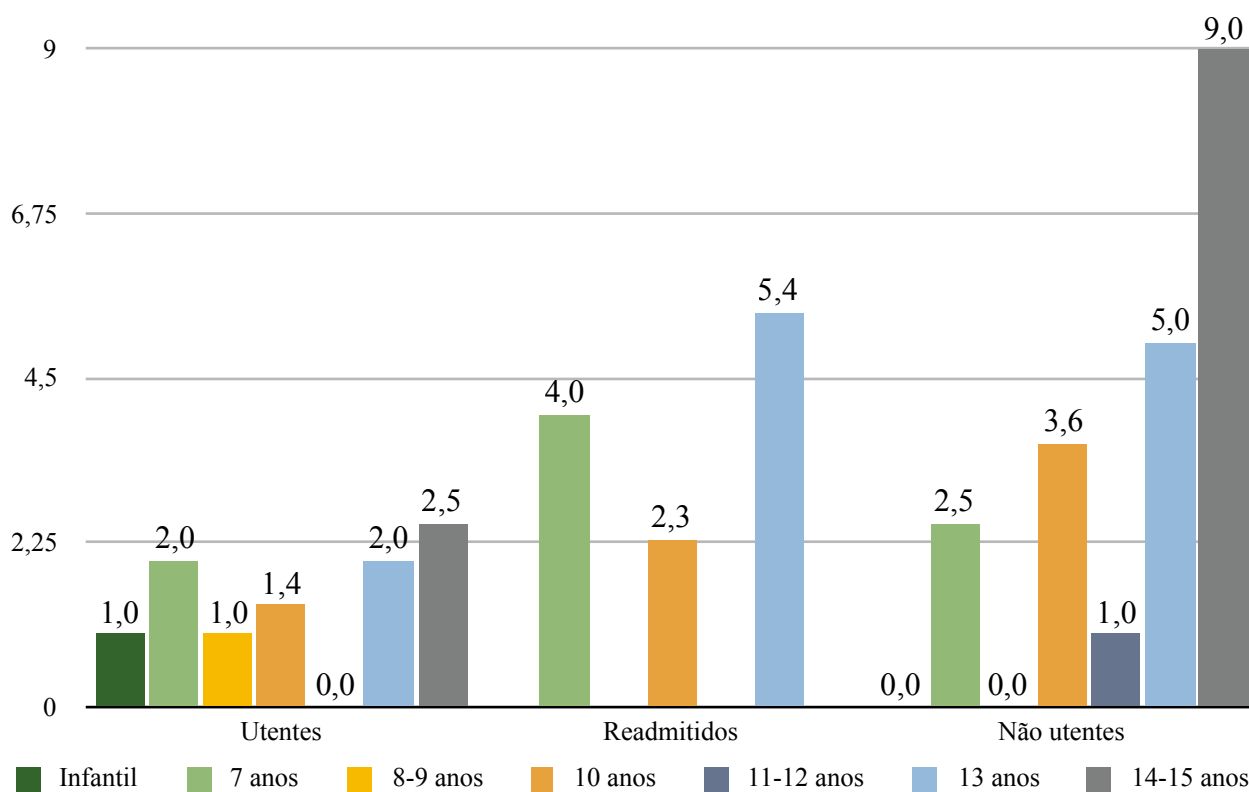
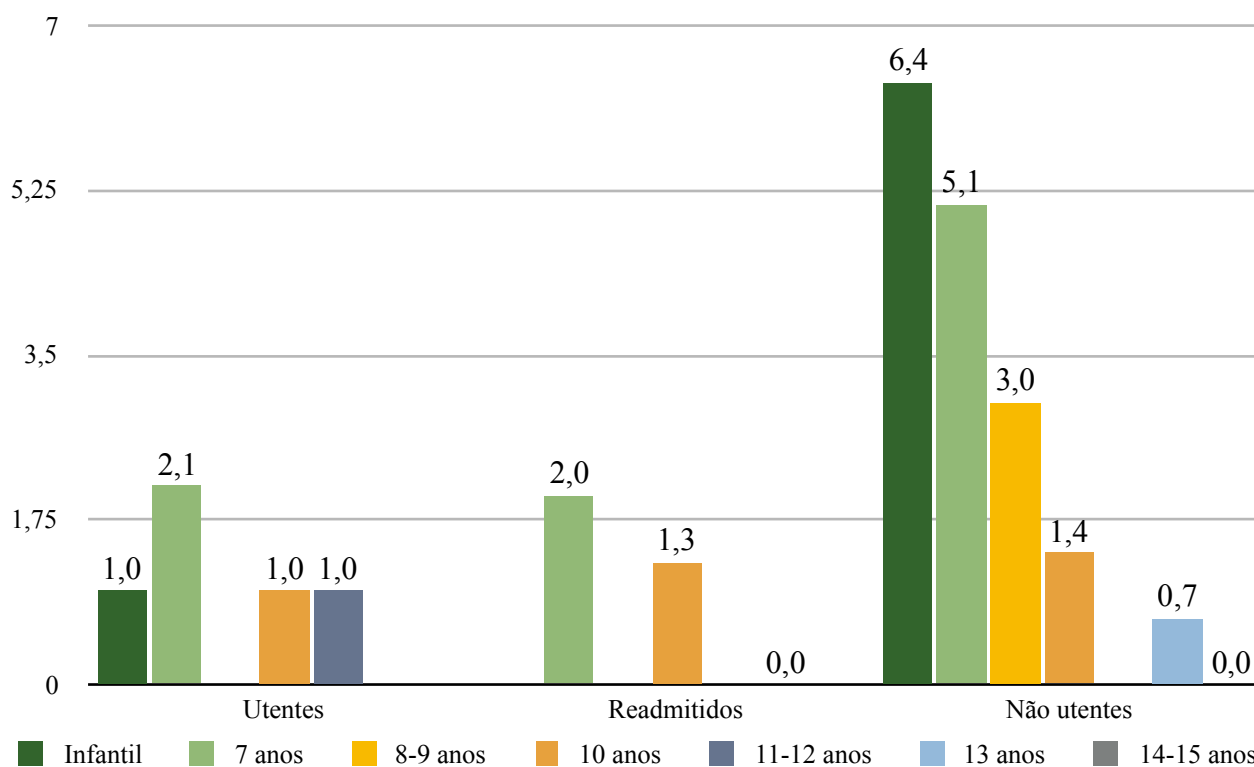


Gráfico 2: Prevalência de cárie na dentição decidua por grupo e idade nos indivíduos não livres de cárie (média).



Na dentição permanente, o grupo **readmitidos** registou o maior número de dentes permanentes cariados por participante na coorte dos 7 e 13 anos. O grupo **utentes** registou o maior número de dentes permanentes cariados nas idades infantis e 8-9 anos, e o grupo **não utentes** registou o maior número nas restantes, tendo registado o valor mais elevado da população total (9,0). Quanto aos dentes decíduos o mesmo grupo registou o maior número de dentes cariados por participante na idade infantil. O grupo **utentes** registou valores mais favoráveis em quase todas as idades.

Utilização de cheques-dentistas

Durante os anos de 2014-2018 foram emitidos 289 cheques-dentista. Para a realização dos tratamentos foram necessárias 413 consultas na FNSBS. A distribuição das consultas por grupos resultou em 169 consultas necessárias para os **utentes** e 244 para os **readmitidos/não utentes** (agregou-se os dois grupos uma vez que os primeiros foram considerados não seguidos pela Fundação nos últimos dois anos antes da utilização do cheque). Para os 77 indivíduos do grupo **utentes** foi necessária uma média de 2,22 consultas, e para os 77 participantes dos grupos **readmitidos/não utentes** uma média de 3,81 consultas. Os **utentes** precisam de menos consultas para terminar os tratamentos, apresentando esta uma significância estatística ($p < 0,001$).

Continuação de tratamentos

Dos 154 participantes do estudo, 16 pacientes abandonaram o programa antes de terminar os tratamentos dentários com o cheque-dentista, revertendo numa taxa de abandono de 10%. Dos indivíduos que desistiram, apenas um é pertencente ao grupo dos **utentes**. Uma percentagem de 93,8% dos desistentes pertence ao grupo dos **readmitidos/não utentes**. Para o mesmo número de participantes, 30 indivíduos concluíram os tratamentos mas não continuaram no programa de saúde oral da FNSBS. Mais de metade desses pacientes eram **readmitidos/não utentes** (n=21). Cerca de 20% dos pacientes da FNSBS foram exclusivos para a utilização dos cheques-dentista.

DISCUSSÃO

Dados sociodemográficos

O cheque-dentista é uma forma gratuita de acesso aos tratamentos preventivos e curativos em medicina dentária. No presente estudo foram avaliados 154 indivíduos, onde cerca de metade é acompanhado regularmente na fundação e outra metade não. Verificou-se um número ligeiramente superior de indivíduos do sexo masculino que do sexo feminino mas na mesma proporção ao longo da distribuição por grupos. Relativamente à idade dos participantes, os grupos de idades com maior número de participantes foram as coortes dos 7, 10 e 13 anos. Tal justifica-se por estas coortes pertencerem ao Programa de Saude Oral para Crianças e Jovens (SOCJ) que recebem o cheque-dentista na escola. Os outros grupos têm de recorrer ao médico de família para lhes ser emitido um cheque-dentista.

Índices CPO-D e cpo-d

O grupo dos **utentes** foram o grupo que apresentou menos dentes decíduos e permanentes cariados por participante (0,54 e 0,52 respetivamente), e menores valores tanto de CPO-D como de cpo-d (1,34 e 2,14 respetivamente). O grupo **readmitidos** foi o que registou maior número de dentes permanentes cariados por participante (3,60), mas maior número de dentes decíduos e permanentes obturados por participante (2,33 e 0,93 respetivamente). O grupo dos **não utentes** foi o grupo que apresentou menos dentes decíduos e permanentes obturados por participante (0,76 e 0,23 respetivamente), maior número de dentes decíduos cariados (3,81), assim como perdidos (0,24), e foi também o grupo que apresentou maior valor de cpo-d (4,81).

Neste estudo, os indivíduos do grupo **utentes** apresentaram um CPO-D de 0,92 e um cpo-d de 2,38 aos 7 anos, enquanto que os **não utentes** apresentaram um CPO-D de 2,76 e cpo-d de 7,35. Aos 13 anos, os **utentes** apresentam valores de CPO-D de 2,23 enquanto que os **não utentes** um valor de 4,00. Os valores apresentados são distintos do III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais (ENPDO)³⁹, na região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), o qual reporta um valor CPO-D de 2,03 e um cpo-d de 1,41 aos 6 anos, enquanto que as crianças com 12 anos apresentaram um CPO-D de 1,69.

Os valores elevados de cpo-d aos 7 anos e CPO-D aos 13 anos nos grupo **utentes** da FNSBS justificam-se pelo elevado número de dentes obturados. No que se refere à prevalência de cáries, aos 7 anos, os **utentes** apresentaram uma média de dentes cariados de 0,62 na dentição permanente e de 0,77 na dentição decídua. As crianças do ENPDO-Relatório³⁸ (LVT), para um nível de $C_1+C_3+C_5$, apresentaram uma média de 0,56 dentes permanentes cariados (0,45+0,06+0,05) e de 2,84 em dentes decíduos (0,93+0,62+1,29). As médias nacional e da FNSBS foram semelhantes para a dentição permanente, no entanto a média de dentes cariados na dentição decídua foi francamente inferior para o grupo **utentes** da FNSBS. De acordo com o Barómetro da OMS 2019²³, 43,4% dos menores de seis anos não utilizou o cheque-dentista e 11,3% não conhece o mesmo. Em adição, 67,7% dos menores de seis anos nunca visitaram o médico dentista. Tal poderá explicar o valor elevado de dentes decíduos cariados existente na população nacional.

Aos 12 anos, para um valor de $C_1+C_3+C_5$, os dados relativos aos participantes do ENPDO-Relatório³⁸ (LVT) apresentaram uma média de prevalência de cárie na dentição definitiva no valor de 3,29 (2,28+0,67+0,34). Na FNSBS, os indivíduos do grupo **utentes** apresentaram uma média de prevalência de cárie dentária definitiva no valor de 2,00 aos 13 anos, inferior ao valor observado para a média nacional.

Nota: O III ENPDO utiliza o critério ICDAS II para o diagnóstico de lesão de cárie. Os valores C_1 , C_3 e C_5 correspondem a valores de severidade da doença. Em relação aos valores de prevalência de cárie optou-se por fazer uma comparação do presente estudo aos valores $C_1+C_3+C_5$ apresentados no estudo nacional uma vez que não foi possível distribuir a gravidade de cárie existente nos pacientes da FNSBS, apenas constava a presença ou ausência de cárie nos processos clínicos.

Indivíduos livres de cárie

O grupo **utentes** apresentou a maior percentagem de indivíduos livres de cárie com 69,2% aos 7 anos de idade e 53,8% aos 13 anos, existindo uma variação entre 50-75%, em que em todas as coortes pelo menos metade dos **utentes** está livre de cáries. Estes valores foram inferiores aos reportados no ENPDO³⁹ onde 43,2% está livre aos 7 anos, e 41% aos 12 anos para um índice de gravidade C_3 . A razão para os valores mais baixos no grupo **utentes** poderá dever-se à vigilância vigilância ativa e continuidade dos tratamentos prestados pela FNSBS.

Utilização de cheques-dentista

Durante o período de 2014-2018, a FNSBS emitiu 289 cheques-dentista, tendo sido utilizados 273, o que corresponde a um *ratio* de utilização 95%. Entre o número total de cheques emitidos e utilizados há um *ratio* de utilização de 99% no grupo **utentes**, um valor superior aos 76% no grupo **não utentes**. Os valores descritos para o grupo **utentes** são muito superiores aos do ENPDO³⁹ que registou um *ratio* de utilização de 74%. No presente estudo a maioria dos pacientes são seguidos ativamente pela instituição, o que explica a utilização quase total do número de cheques emitidos.

Com a adesão ao cheque-dentista, a FNSBS tem menos gastos de saúde com os seus **utentes** do que com os pacientes que não são seguidos regularmente, dado o menor número de consultas necessárias por cheque-dentista emitido para concluir os tratamentos.

Continuação de tratamentos

No grupo **não utentes** (n=62) permaneceram no programa de saúde oral da fundação 46 pacientes (74,2%). Tal poderá ser atribuído à necessidade de continuar tratamentos dentários que não são abrangidos pelo cheque-dentista no PNPSO.

Limitações do estudo

Apesar da recolha de dados ter abrangido os processos desde 2014 (ano em que se iniciou a parceria com os cheques-dentista) até ao ano de 2018, a situação atual de pandemia registada pela COVID-19 não permitiu a recolha de dados referentes ao ano de 2019. Neste trabalho utilizou-se o ENPDO para análise dos resultados. Os dados do grupo dos 6 anos foram comparados com a coorte dos 7 anos do presente estudo e o grupo dos 12 anos foi comparado ao grupo 13 anos do presente estudo. Assumiu-se que os valores seriam correspondentes pela ausência de dados publicados e acessíveis. Em relação aos pacientes que abandonaram antes do fim dos tratamentos, não foi possível identificar a razão do abandono.

CONCLUSÕES

Os pacientes seguidos pela FNSBS apresentam melhores condições de saúde oral, reflexo da menor prevalência de cárie, maior número de dentes obturados, e menores valores CPO-D e cpo-d. Na FNSBS a acessibilidade à consulta de saúde oral sobrepõe-se aos níveis socioeconômicos dos pacientes, não sendo este um fator de saúde para os mesmos. A vigilância constante e prevista no programa de saúde da fundação tem benefícios na saúde oral dos pacientes, e a existência de Instituições Particulares de Solidariedade Social assume uma importância na qualidade de vida dos cidadãos.

BIBLIOGRAFIA

1. Petersen P. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization: Geneva; 2003. [acesso em 31 mar 2020] Disponível em: https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf?ua=1
2. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. WHO Chron. 1978 Nov;32(11):428-30.
3. Ottawa charter for health promotion. Can J Public Health. 1986;77(6):425-30.
4. Patel R. The State of Oral Health in Europe. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe; 2012 [acesso em 02 abr 2020]. Disponível em: <http://www.oralhealthplatform.eu/our-work/the-state-of-oral-health-in-europe/>
5. Gonçalves FS. Prevalência, incidência e impacto das doenças orais na qualidade de vida em Portugal e Grécia 2005/2016 [dissertação de mestrado na internet]. Instituto Universitário Egas Moniz; 2018 [acesso em 02 abr 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/25190>
6. Heidmann IT, Almeida MC de,Boehs AE, Wosny A de M, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto & Contexto Enfermagem [internet]. 2006 [acesso em 04 abr 2020];15(2):352-358. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>.
7. Direcção-Geral de Saúde. *Circular Normativa n.º 6/DSE* de 20/05/99 [internet]. Lisboa: DGS; 1999 [acesso em 10 abr 2020]. Disponível em: https://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/writer_file/document/223/SOr_doc1.pdf.
8. Direcção-Geral de Saúde. Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada [internet]. Lisboa: DGS; 2000 [acesso em 10 abr 2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/estudos-nacionais-de-prevalencia-das-doencas-orais.aspx>

9. Direcção-Geral de Saúde. *Circular Normativa* n.º 1/DSE. [internet]. Lisboa: DGS; 2005 [acesso em 10 abr 2020]. Disponível Em: https://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/writer_file/document/223/SOr_doc1.pdf.
10. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso, Concorrência E Qualidade No Programa Nacional De Promoção De Saúde Oral [internet]. Porto, ERS; 2014 [acesso em 10 abr 2020]. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1051/Estudo_PNPSO__21_08_2014.pdf
11. Lourenço A, Barros P. Cuidados De Saúde Oral – Universalização [internet]. Lisboa: Nova Healthcare Initiative Research; 2016. [acesso em 10 abr 2020]. Disponível em: <https://novaresearch.unl.pt/en/publications/cuidados-de-saude-oraluniversalizacao>.
12. Direcção Geral De Saúde. Programa Nacional De Promoção De Saúde Oral – Auditoria 2019 [internet]. Lisboa; 2020 [acesso em 11 abr 2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2019-em-audicao-publoica-ate-1-de-agostode-2019-pdf.aspx>
13. Direcção-Geral De Saúde [internet]. *Circular Normativa N° 01/DSPPS/DCVAE*. Programa Nacional De Promoção Da Saúde Oral. Lisboa; 2009. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normasecirculares-normativas/circular-normativa-n-02dsppsdcvae-de-09012009.aspx>
14. Direcção-Geral de Saúde [internet]. *Circular Normativa n° 003/2016 de 01/03/2016* [acesso em 11 abr 2020]. Disponível em: <http://www.aenfermagemasleis.pt/2016/03/02/norma-dgs-cheque-dentista-alargado-aos-jovens-de-18-anos/Ministério da Saúde - Despacho n.o 7402/2013>. Disponível em: <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/despacho-7402-2013.pdf>
15. Ministério da Saúde- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho n.º 7402/2013 de 07/06/2013 [acesso em 11 abr 2020]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/2947076/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%207402%2F2013+de+7+de+junho+>.
16. Direcção-Geral de Saúde [internet]. *Circular Normativa N° 02/DSPPS/DCVAE* de 18/01/2005 [acesso em 22 abr 2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/?cr=13506>

17. Gauri V, Vawda A. Vouchers for Basic Education in Developing Countries: A Principal Agent Perspective. [internet] Washington: World Bank Publications; 2003. [acesso em 22 abr 2020]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/23722721_Vouchers_for_Basic_Education_in_Developing_Countries_A_Principal-Agent_Perspective/link/0deec5208510f1a960000000/download.
18. Rolo SM. Satisfação profissional dos médicos dentistas na utilização do cheque-dentista: um estudo exploratório no concelho de Lisboa [dissertação de mestrado na internet]. Lisboa:UNL-Escola Nacional de Saúde Pública, 2014 [acesso em 23 abr 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/14522>
19. Direção-Geral de Saúde. III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais [internet]. Lisboa: XXIV Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas; 2015 [acesso em 26 abr 2020]. Disponível em: <http://www.saudeoral.pt/wp-content/uploads/sites/6/2015/11/i021962.pdf>.
20. Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos: Relatório, Apresentação de resultados [internet]; 2015 [acesso em 29 abr 2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iii-estudonacional-de-prevalencia-das-doencas-orais-pdf.aspx>
21. Ordem dos Médicos Dentistas [internet]. Um terço dos beneficiários não usou o cheque-dentista em 2019. [acesso em 29 abr 2020]. Disponível em <https://www.ond.pt/2020/01/cheque-dentista-utilizados/>
22. Ordem dos Médicos Dentistas. Barómetro de Saúde Oral 2019, 5ª edição [internet]. Portugal; 2019 [acesso em 10 mai 2020]. Disponível em <https://www.ond.pt/observatorio/barometro/barometro2019/>
23. Filipe R. Saúde Oral: fatores de não adesão aos cheques-dentista: um estudo de caso-controlo. [dissertação de mestrado em linha]. Lisboa: UNL-Escola Nacional De Saúde Pública, 2018 [acesso em 10 mai 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/54959>.
24. Segurança Social. Instituições Particulares de Solidariedade Social [internet]. [Atualizado em 07/12/2016; em acesso em 10 mai 2020]. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/instituicoes-particulares-de-solidariedade-social-registo>

25. Correia JA. Os sistemas de financiamento das IPSS e a sua relação com o Estado Providência em Portugal [Tese de doutoramento na internet]. Lisboa: ISCTE-IUL, 2013. [acesso em 13 mai 2020] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/7659>.
26. Soares C, Fialho A, Chau F, Gageiro J, Pestana H. A Economia Social Como Fator De Inclusão Social [internet]. Lisboa; SERGA;2011 [acesso em 14 mai 2020]. Disponível em: <http://www.serga.pt/userfiles/files/Relatorio%20Final.pdf>.
27. Mendes A. Importância Económica e Social das IPSS em Portugal [internet]. Porto: Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social (CNIS); 2018 [acesso em 14 mai 2020]. Disponível em: <http://rotass.cnis.pt/wp-content/uploads/2019/01/Livro-Importancia-Economica-e-Social-das-IPSS-em-Portugal-PDF.pdf>.
28. Silva P. Empreendedorismo social, o papel das IPSS: estudo de caso [dissertação de mestrado na internet]. Porto:APENOR-IPP, 2013 [acesso em 14 mai 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.22/1977>.
29. Santos AF. Análise da viabilidade económico-financeira de uma IPSS: Fundação Nossa Senhora da Guia em Avelar [Relatório de Estágio na internet]. Coimbra: IPC-ISCAC, 2015 [acesso em 14 mai 2020]. Disponível em:<http://hdl.handle.net/10400.26/11457>.
30. Teles L. Etapas de Processo de Desenvolvimento da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso; 2ª ed; 2010.
31. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso. Relatório & Contas 2019 [internet]. Lisboa, Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso [acesso em 15 mai 2020]. Disponível em: http://fnsbs.pt/images/fnsbs_relatorio_contas_2019.pdf
32. Pereira C, Lourenço M, Hall A. A importância da vigilância regular e precoce na prevenção da cárie dentária. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso. Maxillaris: Ciência e Prática [internet]; 2019 [acesso em 15 mai 2020];Out:42-47. Disponível em: https://issuu.com/maxillaris/docs/pdf_oct_pt/42.

APÊNDICES

Apêndice 1: Proposta de estudo na FNSBS



Exmos Srs,

Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso

A presente proposta de investigação é elaborada no âmbito da tese final do curso de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, a realizar pelo aluno Francisco Camilo Martins (aluno do 5º ano do curso de Medicina Dentária - UL), sob a orientação da Prof Dr. Alda Tavares e Prof. Dr. Henrique Soares Luís.

O trabalho de investigação, na área de Odontopediatria, pretende ter como base os processos clínicos dos utentes de Programa de Saúde Oral da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso. A recolha de dados será realizada pelos clínicos e os dados serão utilizados apenas para fins estatísticos, salvaguardando o anonimato dos utentes da Fundação.

Nos processos clínicos teremos em conta: a idade dos utentes para podermos estabelecer a coorte das crianças referentes aos cheque-dentista emitidos pelo Serviço Nacional de Saúde; os índices CPO, que nos permite observar padrões de saúde oral das crianças aquando da sua entrada e possíveis melhorias com os tratamentos propostos; e o número de cheques-dentista utilizados pelas mesmas de modo a observarmos o seguimento contínuo prestado pela instituição e consequente melhoria do estado de saúde das crianças.

Os dados recolhidos serão então utilizados para os itens abaixo indicados:

- Conhecer o nº de utentes da instituição;
- Conhecer o nº de utentes que deu entrada na fundação com ou sem cheques-dentista;
- Conhecer o nº de crianças que continuou a ser seguida pela fundação: com ou sem cheque-dentista;
- Comparar índices CPO das crianças pacientes na fundação.

Desde já agradeço a atenção e coloco-me inteiramente ao dispor para qualquer esclarecimento que entendam necessário face à proposta apresentada.

Com os melhores cumprimentos,

Francisco Camilo Martins

Apêndice 2: Ficha de preenchimento



Ficha individual de Saúde Oral

Coorte: _____

Processo nº	
Data	
Sexo	
Ano de início	

Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (OMS, 2013)

C O D I G O	ESTADO DO DENTE	SINALIZAÇÃO	
		FORMA	CÓDIGO
•	SÃO	Sobre o DENTE	•
C	CARIADO	Fora do DENTE	C
X	PERDIDO	Sobre o DENTE	X
O	OBTURADO	Fora do DENTE	O
-	EXCLUÍDO	Sobre o DENTE	-

OBSERVAÇÕES

C: _____

P: _____

O: _____

CPO-D: _____

c: _____

p: _____

o: _____

cpo-d: _____

Ano da utilização	
Nº cheques emitidos	
Concluiu tratamento	Sim: _____ Não: _____
Continuou tratamento	Sim: _____ Não: _____