

**João Pedro da Silva Castro Faria de Freitas**

**Utilização do “cheque-dentista” por parte de crianças de 10 e 13 anos no ano letivo  
2013/2014 em duas escolas no agrupamento de Vizela**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade Ciências da Saúde**

**Porto, 2015**



**João Pedro da Silva Castro Faria de Freitas**

**Utilização do “cheque-dentista” por parte de crianças de 10 e 13 anos no ano letivo  
2013/2014 em duas escolas no agrupamento de Vizela**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade Ciências da Saúde**

**Porto, 2015**

**João Pedro da Silva Castro Faria de Freitas**

**Utilização do “cheque-dentista” por parte de crianças de 10 e 13 no ano letivo  
2013/2014 em duas escolas no agrupamento de Vizela**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos  
requisitos para a obtenção do Grau  
de Mestre em Medicina Dentária.**

---

**(João Pedro Freitas)**

## RESUMO

**Introdução:** Uma grande parte de todas as consultas de medicina dentária realizadas em Portugal ocorre em prestadores de natureza privada, conseqüentemente a acessibilidade, principalmente entre os estatutos socioeconomicamente mais desfavorecido é dificultada.

As crianças e os jovens são um grupo especial da população que necessita de particular atenção e proteção por parte dos serviços governamentais, investir na sua saúde e no seu bem-estar garante ganhos de saúde ao longo das suas vidas.

Tendo isto em conta, foi criado o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO). Os objetivos principais deste programa consistem na redução da incidência de doenças orais, melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral. Desta forma são emitidos cheques-dentista para determinados grupos populacionais, sendo eles crianças e jovens com idade inferior a 16 anos, grávidas a ser seguidas no SNS, beneficiários do complemento solidário para idosos, portadores de Sida/VIH, e consultas no âmbito da prevenção do cancro oral.

**Participantes e Métodos:** Realizou-se um estudo observacional transversal onde a população em análise foi constituída pelos responsáveis dos alunos de 10 e 13 anos abrangidos pelo PNPSO que no ano letivo 2013/2014 frequentaram o Colégio de Vizela e o Instituto Silva Monteiro. A recolha de dados foi feita através de um inquérito realizado por escrito com questões relativas à utilização dos documentos no âmbito do PNPSO. Em ambas as situações esteve presente o consentimento informado e garantiu-se a total confidencialidade dos dados. Os dados recolhidos neste estudo foram submetidos a uma análise estatística recorrendo ao software IBM SPSS Statistics v22.

**Resultados:** Na população analisada quando questionados “O seu educando já tinha tido alguma consulta de medicina dentária?” 88,5% responderam “sim”, desses a maioria referiu que o médico dentista onde essas consultas foram realizadas estava incluído no programa (81,5%). Uma grande parte dos inquiridos referiu a escola como fator que lhes deu a conhecer o programa (sendo que 90,2% incluíram essa opção nas suas respostas). Quando questionados se fizeram tratamentos fora do programa 54,9% responderam que não. Em relação à utilização do(s) cheque(s)-dentista a que tiveram direito, 86,1% dos beneficiários referiu ter utilizado, desses, 67,6% mencionou a conclusão dos tratamentos com as consultas no âmbito do programa. Quando questionados o que os levou a escolher o consultório onde os tratamentos incluídos no PNPSO foram realizados, 57,9% do total de respostas foram para o “conhecimento prévio do médico dentista”. Na opinião de grande parte dos inquiridos (97,5%), o cheque-dentista é um incentivo para cuidados de saúde oral. No futuro, 99,2% dos beneficiários referiram que irão realizar os tratamentos a que tenham direito com o PNPSO.

**Conclusão:** Com este estudo foi possível observar que grande parte dos beneficiários analisados utilizou o(s) cheque(s)-dentista a que tiveram direito. É possível observar que a maioria dos utentes referiram ter beneficiado com o programa, e afirmam que este constitui um meio de promoção e prevenção de doenças orais futuras e um incentivo para os cuidados de saúde oral. O processo de divulgação do PNPSO foi na sua maioria realizado pelas escolas, em que ambas se revelaram competentes a dar a conhecer o programa aos beneficiários.

**Palavras-chave:** Saúde; Saúde Oral; Crianças; Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral; Cheque-dentista;

## **ABSTRACT**

**Introduction:** In Portugal the major part of professional dental care occurs on the private sector making the access difficult, especially among the part of the population with low socioeconomically status.

Children and young people are a special group of the population that needs particular attention and protection by government services, investments in their health and well-being ensures health gains throughout their lives.

In response to those problems, the National Program of Oral Health Promotion (PNPSO) was created. The main objective of this program consists in the decrease of oral disease incidence and also improving the knowledge and behavior about oral health and promoting equity in oral health care and services. So certain population groups are entitled to “dental checks” (vouchers), those groups are: children and teenagers under the age of 16, pregnant women, elderly people, patients with AIDS / HIV, and patients that need dental services related to oral cancer prevention.

**Participants and Methods:** A cross-sectional observational study where the population under review was represented by the guardians of students from 10 to 13 years old covered by PNPSO that in the academic year of 2013/2014 attended the College of Vizela and Silva Monteiro Institute. The data collection was done through a survey conducted in writing concerning the use of documents within the PNPSO. Total confidentiality was assured by an informed consent. The data collected in this study was submitted to statistical analysis using the IBM SPSS v22 software.

**Results:** In the study sample when asked "your son or daughter had already had some dental consultation?" 85.5% answered "yes", from that group, most mentioned that the dentist where the consultations were held was included in the program (88, 5%). A large proportion of respondents referred the school as the factor who gave them the knowledge about the program (90.2% included this option in their responses). When asked if they made treatments not included in the program, 54.9% said no. Regarding the use of the vouchers to which they were entitled, 86.1% of beneficiaries reported having used them, from those, 67.6% mentioned the conclusion of treatments with the services under the program. When asked what led them to choose the clinic where the treatments included in PNPSO were performed, 56.9% of the responses were for "prior knowledge of the dentist." In the view of most respondents (97.5%), the dentist-check is an incentive to oral health care. In the future, 99.2% of beneficiaries said they will perform the treatments they are entitled with the program.

**Conclusion:** In this study was observed that most of the analyzed beneficiaries used the vouchers to which they were entitled. The majority of users reported having benefited with the program, and claim that it is a means of promotion and prevention of oral diseases and a further incentive for oral health care. The PNPSO disclosure process was mostly conducted by schools, where both have proved competent in publicizing the program to the beneficiaries.

**Keywords:** Health; Oral Health; Children; National Program of Oral Health Promotion; Dentist-check;

### ***Agradecimentos:***

*À minha orientadora, Professora Helena Neves, Docente da Universidade Fernando Pessoa por toda a ajuda e disponibilidade na execução deste trabalho.*

*Aos Diretores das escolas que permitiram que fossem distribuídos os inquéritos para que este estudo pudesse ser realizado.*

*A todos os responsáveis dos alunos beneficiários, que de forma voluntária se propuseram a participar no meu estudo, e assim viabilizando este trabalho.*

*A todas as pessoas, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste projeto.*

*Agradecimento especial ao Professor José Frias Bulhosa, Docente da Universidade Fernando Pessoa por toda a ajuda, disponibilidade, colaboração e orientação na execução deste trabalho.*

## ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO .....	1
II.	DESENVOLVIMENTO.....	3
1.	Conceito de Saúde / Doença .....	3
2.	Conceito de Saúde Oral .....	4
3.	Saúde Oral em Portugal .....	6
4.	Aspetos que influenciam a Saúde Oral das Crianças e Adolescentes .....	7
i.	Cárie Dentária.....	8
ii.	Doença Periodontal.....	10
iii.	Anomalias da oclusão .....	11
iv.	Erosão Dentaria .....	11
5.	Aspetos socioeconómicos e sociodemográficos .....	12
6.	Cuidados Preventivos e de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes .....	13
i.	Higiene oral.....	14
a)	Escovagem/Fio dentário .....	15
b)	Fluor .....	15
ii.	Os selantes de fissuras .....	16
7.	Influência da Dieta na Saúde Oral das Crianças e Adolescentes .....	16
8.	Influência da Família na Saúde Oral das Crianças e Adolescentes.....	18
9.	Saúde oral nas escolas .....	18
10.	Programas de Saúde Oral em Portugal .....	20
i.	Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral .....	21
a)	Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes .....	23
b)	Dados relativos á utilização do cheque-dentista .....	26
11.	Objetivos .....	27
12.	Metodologia .....	27
i.	Tipologia do estudo .....	27
ii.	População e seleção da amostra .....	27
iii.	Acesso e recolha dos dados.....	28
iv.	Protocolo .....	28
v.	Procedimentos éticos tidos em consideração .....	29
vi.	Análise dos dados .....	29
13.	Resultados .....	30
i.	Resultados relativos à totalidade da população analisada.....	30
ii.	Resultados relativos aos beneficiários que deram utilidade ao cheque-dentista .....	32
14.	Discussão dos Resultados .....	34
i.	Discussão dos resultados relativos á totalidade da população analisada ....	34

ii.	Discussão dos resultados relativos aos beneficiários que deram utilidade ao cheque-dentista.....	37
iii.	Discussão dos resultados relativos aos beneficiários que não deram utilidade ao cheque-dentista.....	45
III.	CONCLUSÃO .....	48
IV.	BIBLIOGRAFIA.....	50

Anexo I – Inquérito administrado aos responsáveis dos beneficiários.

Anexo II – Autorização para colheita de dados por parte dos Diretores Pedagógicos.

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos beneficiários segundo as variáveis referentes á amostra total .....	31
Tabela 2 - Variáveis referentes á população da amostra que utilizou o cheque-dentista .....	33

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Primeira consulta de Medicina Dentária .....	34
Gráfico 2- Conhecimento dos beneficiários ao PNPSO .....	35
Gráfico 3- Escola como fator de conhecimento do PNPSO.....	36
Gráfico 4- Distribuição das respostas relativas aos “objetivos do PNPSO” .....	36
Gráfico 5- Utilização do cheque-dentista nas diferentes escolas e coortes.....	37
Gráfico 6 - Escolha das instalações/profissional onde se realizaram os tratamentos .....	38
Gráfico 7 - Conclusão dos tratamentos /Necessidade de tratamentos após a utilização dos cheques/ Tratamentos não incluídos no programa .....	40
Gráfico 8- Conclusão dos tratamentos com o cheque dentista, e a existência de tratamentos após a sua utilização.....	41
Gráfico 9- Existência de tratamentos após o cheque-dentista/ Realização de consultas fora do programa. (Aplicado aos utentes que concluíram os tratamentos com a utilização do cheque) .....	41
Gráfico 10 - Utes que não concluíram os tratamentos com a utilização do cheque-dentista e a realização desses tratamentos fora do programa. ....	42
Gráfico 11- Utes que referiram existir tratamentos após a utilização do cheque dentista, e a realização desses tratamentos fora do programa. ....	43
Gráfico 12 - Número de cheques-dentista por coorte .....	43
Gráfico 13 - Número de cheques e a conclusão dos tratamentos. ....	44
Gráfico 14 – Número de cheques e a existência de tratamentos após a sua utilização... ..	45
Gráfico 15- Número de cheques e a realização de tratamentos fora do programa .....	45

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ARS – Administração Regional de Saúde

B-on – Biblioteca do Conhecimento Online

CPOD – Índice do número de dentes cariados, perdidos e obturado.

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

OCDE – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde

PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal

SISO – Sistema de Informação para a Saúde Oral

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

## **I – Introdução**

As crianças são um grupo especial da população que necessita de particular atenção e proteção por parte dos serviços governamentais e da sociedade em geral. Este grupo está em constante desenvolvimento, tanto a nível físico e mental, como a nível de atitudes, conhecimentos fundamentais e valores (Navarro et all., 2011).

No decorrer do crescimento do indivíduo, principalmente na adolescência, acontece uma reorganização na forma de estar no mundo, reformula-se o auto-conceito através de reforços positivos de auto-imagem, sendo que a saúde oral desempenha um contributo importante nesse processo (Teixeira, 2012).

O Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) assume uma modularidade que permite a determinados grupos, particularmente vulneráveis à doença, aceder a cuidados básicos de saúde oral numa lógica de Saúde Pública (DGS, 2005).

A utilização dos habitualmente designados cheque-dentista (quando possível) são, juntamente com as medidas de promoção e prevenção organizadas pelas Unidades de Saúde Pública, estratégias de base para a prevenção e controlo das doenças orais nos grupos populacionais alvo. A sua distribuição e, principalmente, a eficácia da sua utilização são fatores que devem estar bem presentes na estratégia abrangida pelo PNPSO (DGS, 2011).

**Objetivo:** Os objetivos deste trabalho foram:

- Avaliar as determinantes associadas à utilização do cheque dentista.
- Avaliar a existência de fatores facilitadores ou de dificuldade na utilização do cheque por parte de crianças de 10 e 13 anos em duas escolas no Município de Vizela.

**Motivação:** A escolha do tema surgiu da vontade de querer analisar o grau de utilização do “cheque-dentista” e os motivos pelas quais crianças englobadas no Programa não utilizam o cheque a que têm direito. Analisar a opinião dos inquiridos em relação ao programa e as influências que este possa ter na saúde oral do seu educando. Outro motivo relaciona-se com o interesse em perceber se os serviços disponibilizados pelo SNS no âmbito do PNPSO, suportados pelos Portugueses estão a contribuir ou não para a melhoria da saúde oral dos adolescentes.

Ao longo da minha pesquisa pude constatar que este é um tema original e alvo de poucos estudos até a data, o que me motivou a prosseguir com este tema.

## **II – Desenvolvimento**

**Métodos utilizados:** Para este trabalho foi elaborada uma pesquisa bibliográfica utilizando motores de pesquisa na área da saúde, como a Biblioteca do Conhecimento Online, o Scielo, o Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal, PubMed, e o micro-site do PNPSO. O trabalho de campo foi realizado através de um inquérito que teve como população alvo os responsáveis dos alunos de 10 e 13 anos abrangidos pelo PNPSO que no ano letivo 2013/2014 frequentaram o Colégio de Vizela e o Instituto Silva Monteiro.

É ainda de referir que este inquérito foi criado com o único propósito de recolher dados para o desenvolvimento deste estudo.

**Limites:** Os limites temporais utilizados para a realização deste trabalho de campo foram estabelecidos entre o final de Março e o início de Junho de 2015.

### **II.1 – Conceito de Saúde / Doença**

Na Constituição da Organização Mundial de Saúde (1946) a definição de saúde é referida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2015).

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a saúde é reconhecida como um direito humano fundamental. (WHO, 2015).

O conceito de doença pode ser definido como processo patológico que de uma forma biológica e funcional afetam a integridade do corpo (Locker, 1997).

Estes conceitos foram a primeira articulação de uma diferença entre saúde e doença, que segundo Locker, são conceitos difíceis de definir pois referem-se a eventos complexos e multidimensionais, e têm significados que variam de acordo com o contexto vivido pelo indivíduo (Locker, 1997).

Críticos argumentam que a definição de saúde da OMS é vaga e irrealista, pois ao incluir palavras como “completo” fazem com que seja pouco provável que alguém seja saudável durante um período de tempo razoável. É também argumentado que um estado completo de bem-estar psicológico, social e mental pode estar mais relacionado com um estado de felicidade do que de saúde. Palavras que designam experienciam de vida distintas que podem estar, ou não, relacionadas (Üstün B., Jakob R., 2005).

“Saúde” e “Doença” são dimensões independentes da experiência humana. Doença não afeta necessariamente o estado de saúde, e um estado de saúde pobre não é necessariamente proveniente de uma condição patológica. Segundo este modelo doença é apenas um dos muitos fatores que afetam o estado de saúde de um indivíduo (Locker, 1997).

Este conceito de saúde contempla a unicidade de cada indivíduo, e dessa forma é definida pelas suas experiências, os grupos étnicos a que pertencem e as diferentes sociedades em que vivem. Daí não pode ser vista como uma situação estática, porque cada pessoa é única (Guedes, 2008).

A importância dos estilos de vida foi então assumida, como se pode constatar pelo *World Health Report 2002* – Redução dos riscos, promover uma vida saudável. Após a publicação deste relatório, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004) definiu igualmente a promoção de comportamentos saudáveis como um domínio prioritário de intervenção (Lopes, 2012).

## **II.2 – Conceito de Saúde Oral**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde oral define-se como “ausência de dor orofacial, cancro oral e faringe, ausência de lesões dos tecidos moles, malformações congénitas, doença periodontal, cárie dentária e outras patologias que afetam o complexo craniofacial.” (WHO, 2003).

Yewe-Dwyer (*cit. in* Locker, 1997) definiu saúde oral como situação em que a cavidade oral e estruturas associadas estão num estado em que a doença está controlada, futuras doenças inibidas, a oclusão é suficiente para mastigar, e a aparência é

socialmente aceitável. Em contraste, Dolan (*cit. in* Locker, 1997) definiu saúde oral como uma dentição confortável e funcional, que permita ao indivíduo desempenhar o papel que deseja na sociedade. Os dois conceitos diferem pelo facto de no primeiro caso o foco está na cavidade oral, enquanto o segundo dá mais importância ao indivíduo.

Locker (1997) refere, que a saúde oral está associada a aspetos físicos e subjetivos relacionados com a cavidade oral, aspetos que são influenciados por fatores sociais e culturais.

A evolução dos conceitos implica que quando se fala sobre Saúde Oral o foco não se localiza na cavidade oral em si, mas sim no indivíduo e no modo como as doenças ou alterações orais ameaçam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida (Pires, 2009).

“A maioria dos estudos revela que as doenças orais têm um elevado impacto económico nas sociedades mais desenvolvidas”. “A prevalência e recorrência dessas doenças na vida das pessoas constituem uma epidemia silenciosa.” (DGS, 2005).

“A saúde oral é parte integrante da saúde em geral.” (WHO, 2003).

A perda dentária é causada principalmente por duas patologias: a cárie dentária e a doença periodontal. Estas têm efeitos negativos na saúde oral e na saúde sistémica das pessoas. Os recursos necessários para se realizar a prevenção destas doenças são proporcionalmente mais baixos do que aqueles que resultam do custo do tratamento. As repercussões que os problemas de saúde oral podem acarretar para a saúde geral, fazem deslocar recursos que poderiam estar valorizados num programa de saúde oral (OMD, 2010).

“Cuidados de saúde oral apropriados diminuem mortalidade prematura.” (WHO, 2012).

Relações entre doenças da cavidade oral e outras doenças sistémicas são cada vez mais evidentes, pois partilham os mesmos fatores de risco. Assim, a promoção e prevenção da saúde oral deve estar integrada na promoção da saúde geral, uma vez que se pretendem eliminar, muitas vezes, os mesmos fatores de risco. Desta forma, um avanço na promoção da saúde oral será um avanço na promoção da saúde em geral (Petersen, 2005; Teixeira, 2012).

### **II.3 – Saúde Oral em Portugal**

A saúde oral tem sido, ao longo dos 35 anos de existência do SNS, uma das áreas onde a cobertura pública das necessidades em saúde menos se tem feito sentir. A partir de 1986 a única obrigação que o Estado, através da DGS, pretendeu assumir na área de Saúde Oral, foi a da prevenção nas escolas para crianças do ensino básico e pré-escolar. Mesmo assim, estas ações tiveram âmbito muito reduzido e um alcance discutível, desta forma, durante muitos anos não houve disponibilização de verbas para esta área, nem se criou qualquer comissão para avaliar o estado de Saúde Oral da população (OMD, 2010).

Estima-se que aproximadamente 50% da população portuguesa não acede a cuidados de Saúde Oral por motivos de ordem financeira. A prestação de cuidados preventivos no SNS tem sido assegurada pela frágil rede de Centros de Saúde, através dos higienistas orais e das equipas de saúde escolar que integram médicos de família e de saúde pública, enfermeiros, entre outros (Lopes, 2012).

O 4.º Inquérito Nacional de Saúde revelou que em 2005 perto de 91% de todas as consultas de medicina dentária a utentes do SNS ocorreram em prestadores de natureza privada (ERS, 2014). Este facto gera uma barreira na acessibilidade, principalmente entre os estatutos socioeconomicamente mais desfavorecidos (Gomes, 2014).

Em 2005, foi implementado o PNPSO previsto no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, tendo como objetivos a redução da incidência e da prevalência das doenças orais nas crianças e jovens, a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais. Foi então estabelecido que os cuidados dentários para crianças e jovens, não satisfeitos no SNS, seriam prestados através de contratualização (ERS, 2014; Firmino, 2014).

Segundo a OMD, em 2014 Portugal tinha cerca de 8543 médicos dentistas no ativo com uma razão de um médico dentista para cada 1236 habitantes (OMD, 2015).

A OMD afirma que embora existam médicos dentistas suficientes para dar resposta às necessidades da população, os meios disponíveis nos centros de saúde e hospitais não são suficientes para cobrir essas mesmas necessidades. Como tal, é importante reproduzir uma estratégia global de saúde oral. “O reconhecimento da importância da Medicina Dentária e a inclusão dos Médicos Dentistas no SNS são uma mais-valia para a saúde oral da população e uma medida que coloca Portugal ao nível dos países mais avançados do mundo.” (OMD, 2010).

Estudos revelam que em 1986, Portugal tinha uma percentagem de crianças e jovens sem cárie dentária aos 6 anos de 10%, enquanto aos 12 anos o índice de CPOD era de 3,97 (Gomes, 2014).

Em 2000, a percentagem de crianças sem cárie dentária era de 33% e o índice de CPOD aos 12 anos era de 2.95. Em 2005 a percentagem de crianças aos 6 anos livres de caries era de 51% (meta da OMS para 2000 era de 50%) enquanto o índice de CPOD aos 12 anos é de 1.48 (ultrapassando a meta da OMS para 2010 de 1,5) (DGS, 2008).

Mesmo assim, o relatório de 2008 da OCDE foi claro na identificação de Portugal como um dos países europeus em que houve proporcionalmente uma pior melhoria no estado de saúde oral da população. Uma das principais razões desta realidade reside no facto da equidade e acesso aos cuidados de saúde oral ainda estarem muito longe de atingir resultados aceitáveis, principalmente nos grupos vulneráveis, minoritários e desfavorecidos socioeconomicamente (OMD, 2010).

#### **II.4 – Aspetos que influenciam a Saúde Oral das Crianças e Adolescentes**

Uma boa saúde oral durante a infância e a adolescência assegura as capacidades funcionais para que as crianças possam comer, falar, e assim desenvolver uma atitude e autoestima positiva. Existem manifestações orais que podem causar problemas significativos, nomeadamente infeções da cavidade oral ou da face, dor de dentes, e consequentemente impossibilidade de singrar (WHO, 2012).

A Medicina Dentária para a criança pode resumir-se em: “Educar para manter sempre saúde oral em todos os grupos etários, pois as crianças de hoje serão os adultos saudáveis de amanhã” (Areias et all., 2009).

#### **II.4.1 – Cárie Dentária**

Considera-se que as crianças e adolescentes apresentam três tipos de dentição ao longo do seu desenvolvimento, a dentição decídua mista ou definitiva. A cárie dentária pode-se manifestar desde a erupção do primeiro dente. Depois de instalada, pela sua infecciosidade pode atravessar as três dentições, sendo transmitida dentro da cavidade oral de dente para dente, independentemente de ser dente decíduo ou definitivo (Melo et all., 2008).

A cárie dentária é um processo patológico, infeccioso de origem externa, e por isso contagiosa, que se caracteriza pelo amolecimento da estrutura dura do dente, evoluindo naturalmente para cavidade (Areias et all., 2009).

É uma doença de origem polimicrobiana e de caráter multifatorial. A cárie dentária inicia-se quando se verifica uma interação favorável entre os múltiplos fatores etiológicos, criando assim um desequilíbrio na cavidade oral que permite o desenvolvimento da doença. Os fatores etiológicos da cárie dentária podem ser agrupados em duas grandes categorias, os primários e os secundários (Melo et all., 2008).

Os três fatores etiológicos primários são: hospedeiro suscetível, microflora cariogénica (presente na placa bacteriana) e um substrato (hidratos de carbono resultante da dieta do indivíduo). A cárie dentária é resultado de um processo em que estes fatores necessitam de estar presentes e de interagir entre si, durante um determinado período de tempo (Teixeira, 2012; Melo et all., 2006).

Como fatores etiológicos secundários mais importantes para o desenvolvimento da cárie enumeram-se a presença de flúor, a higiene oral, o estado de saúde geral, a predisposição genética, fatores culturais e sociais, condição socioeconómica e acesso a cuidados preventivos. A saliva desempenha também um papel muito importante, uma

vez que tem ação de limpeza das superfícies dentárias e importante capacidade tampão e ação antibacteriana. Todas estas interações (dinâmicas e complexas) entre os fatores primários e secundários, resultam num aumento ou diminuição da resistência do hospedeiro, da cariogenicidade do substrato (dieta) e do potencial cariogénico da flora microbiana (Melo et al., 2008; Castro, 2012).

Estima-se que 60% a 90% das crianças escolarizadas, bem como a maioria dos adultos, sejam afetados por esta doença em países industrializados. (WHO, 2003).

Em Portugal a cárie é a doença oral mais frequente em todos os grupos etários e a principal causa de perda de peças dentárias. A respetiva prevalência varia entre 23-33 % de região para região. Um conjunto de variáveis está implicado, nomeadamente, a educação para a saúde, os hábitos alimentares e a ausência de programas de saúde oral. Essas variáveis devem ser consideradas nos cuidados de saúde à criança. As crianças com risco aumentado de problemas de saúde oral e dificuldades no acesso aos cuidados médicos pertencem a famílias pobres, minorias étnicas e sem seguros de saúde. Estes fatores colocam mais de 52% de crianças em risco de doença oral não tratada (Lopes, 2012; Areias et al., 2009).

A ausência de tratamento da lesão de cárie levará invariavelmente a um aumento do tamanho da lesão progredindo em direção à polpa do dente, resultando num aumento progressivo da inflamação pulpar que origina sintomatologia dolorosa (Lopes, 2012).

Quando a perda de peças dentárias ocorre em dentição decídua ou temporária, possibilita consequências durante o desenvolvimento e crescimento, alterações na cronologia de erupção, na função mastigatória, fonética e oclusal, levando a possíveis repercussões na estética facial, e assim podendo afetar psicologicamente a criança (Guedes, 2012).

A cárie dentária é responsável pela maior fatia de recursos humanos utilizados em medicina dentária. Os problemas de saúde e/ou as sequelas desta doença têm reflexos na saúde em geral e na qualidade de vida da criança, para além do absentismo escolar, pode ter custos socioeconómicos relevantes pelos tratamentos que pode originar (Amorim, 2009).

#### **II.4.2 – Doença Periodontal**

As doenças periodontais englobam um conjunto de infeções que afetam a estrutura de suporte dos dentes, nomeadamente a gengiva marginal e aderida, ligamento periodontal, cemento e osso alveolar. O que pode resultar na perda de tecidos de suporte das peças dentárias afetadas e eventualmente na perda destes dentes (Lourenço, 2013).

Pode ser de origem inflamatória, traumática, neoplásica, genética, metabólica ou consequência de um distúrbio de desenvolvimento. Contudo este termo utiliza-se sobretudo para designar patologias de origem inflamatória (Soares et al., 2009).

As doenças periodontais são, tradicionalmente, divididas em duas categorias principais: gengivites e periodontites. No caso de ser um processo reversível, não destrutivo e sem perda de tecidos de suporte designa-se por gengivite. Se a inflamação for acompanhada por reabsorção e destruição de tecidos de suporte, passando a uma fase irreversível, designa-se de periodontite (Vieira et al., 2010).

“A forma de doença periodontal mais predominante em crianças e adolescentes é a gengivite, estando presente em mais de metade das crianças e jovens.” (Soares et al., 2009).

A gengivite é uma condição inflamatória dos tecidos moles (gengiva) que envolvem os dentes e representa uma resposta inflamatória em decorrência da presença de biofilme aderido às superfícies dentárias, pode evoluir para periodontite, ou seja, originar perda óssea (Soares et al., 2009).

Enquanto a placa bacteriana é essencial para o desencadeamento da doença, a evolução e a extensão da mesma relacionam-se com a suscetibilidade do hospedeiro. O processo patogénico apresenta diferenças na extensão e gravidade no próprio indivíduo e entre indivíduos diferentes. As razões para isso são multifatoriais (Vieira et al., 2010).

De entre os fatores de risco, são de salientar o baixo nível socioeconómico, a raça, a má higiene oral, (que decorre de dependência das crianças em relação aos adultos para a assistência com a higiene oral de rotina), o recurso a determinados medicamentos e alterações sistémicas, (sendo as crianças com alterações sistémicas as que tem maior prevalência de doença periodontal) (Vieira et al., 2010).

A nível oral, são fatores de risco para o aparecimento de gengivite as anomalias de oclusão, as restaurações dentárias mal adaptadas, o uso de dispositivos ortodônticos, a respiração bucal e a própria erupção dentária, os quais favorecem a acumulação de placa bacteriana (Soares et all., 2009).

A inflamação que se inicia por reação á placa bacteriana é na maioria das crianças superficial, mas em alguns casos, pode evoluir para periodontite como consequência de desequilíbrios entre o hospedeiro e a flora bacteriana oral. “Uma vez que os tipos de periodontite agressiva são muito difíceis de controlar efetivamente, o diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais.” (Soares et all., 2009).

#### **II.4.3 – Anomalias da oclusão**

Considera se uma oclusão normal quando esta é estável, sã, e esteticamente atrativa, sendo que os dentes devem estar corretamente ordenados na arcada e em harmonia com todas as forças estáticas e dinâmicas que sobre eles atuam. São considerados distúrbios de oclusão a displasia óssea, ou qualquer outro defeito no funcionamento da mesma. Anomalias de oclusão podem resultar de fatores hereditários, traumatismo, agentes físicos, hábitos, doença, malnutrição, alergia respiratória, dieta mole, perda prematura de dentes decíduos, ausência de amamentação. Pode ser contínua ou intermitente e assim atuar em diferentes idades. O problema por vezes é estético, mas, pode também, interferir com a mastigação, fonética, aparecimento de cáries e problemas gengivais (Areias et all., 2009).

#### **II.4.4 – Erosão Dentária**

A erosão dentária é uma lesão que se caracteriza por uma perda progressiva de tecido duro, em consequência de um processo químico, sem ação bacteriana. Os fatores extrínsecos são a dieta, medicamentos e fatores relacionados com o meio ambiente Os fatores intrínsecos caracterizam-se por patologias sistémicas que podem originar regurgitação do suco gástrico ou diminuição do fluxo salivar (Sousa, 2014).

## **II.5 – Aspetos socioeconómicos e sociodemográficos**

Várias características socioeconómicas e sociodemográficas estão altamente relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde, e com a saúde em geral das crianças, nomeadamente: orçamento familiar, padrão social a que pertence, raça ou etnia, género, idade, localização geográfica, estrutura familiar, educação/profissão dos pais, historia familiar (Navarro et al., 2011).

As condições socioeconómicas das famílias interferem de uma forma ativa na qualidade dos hábitos alimentares e de saúde oral da criança/adolescente, por exemplo, o custo dos alimentos, o acesso a serviços essenciais, a qualidade e insegurança alimentar e fundamentalmente, os efeitos de persuasão do marketing. Indivíduos com menor grau de educação são mais fortemente influenciados pelas fortes campanhas de marketing atuais. Estes factos verificam-se, tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento (Sousa, 2014; Teixeira, 2012).

Dados epidemiológicos comprovam a variação da prevalência de cárie dentro de um país, grupo populacional, distrito ou mesmo dentro de um concelho, uma vez que esta doença é influenciada por desigualdades sociodemográficas. Sendo que o mesmo se verifica para doenças periodontais, cancro oral e edentulismo, pois o padrão de desenvolvimento de doenças orais reflete as diferenças em relação aos estilos de vida, fatores de risco e acesso a cuidados de saúde (Gomes, 2014; Kwan S., Petersen P. 2010).

Os grupos com piores condições económicas são aqueles onde existe um menor consumo de frutas e produtos hortícolas, onde existe um maior risco de comportamentos lesivos para a cavidade oral, como por exemplo o consumo de drogas, má higiene oral e dieta pobre. As crianças pertencentes a estes grupos, que consumam mais doces e bebidas açucaradas têm um risco significativamente maior de desenvolver cárie dentária, devido á falta de práticas de higiene oral e acesso a cuidados dentários (Guedes, 2012).

Estudos demonstram que crianças pertencentes a classes socioeconómicas mais elevadas têm maior probabilidade de aceder a cuidados de saúde oral e apresentam também melhor higiene oral, sendo que o grupo com melhores comportamentos é constituído por adolescentes do sexo feminino que vivam em meios urbanos. O grau elevado de instrução dos pais vem muitas vezes acompanhado por motivação e informação relativa a hábitos e condutas de saúde oral (Amorim, 2009; Pereira et al., 2013).

Em Portugal é possível confirmar que a prevalência e a gravidade da cárie dentária são maiores em crianças de estratos socioeconomicamente mais desfavorecidos e que habitam fora dos grandes centros urbanos (OMD, 2015).

A implementação de programas de cuidados orais primários e outros programas que visem melhorar a qualidade de vida das populações resulta, direta ou indiretamente, numa melhoria da saúde oral das crianças. Existem países industrializados que são exemplo disso mesmo, nomeadamente a Suécia, Finlândia, Austrália e Nova Zelândia, que conseguiram implementar programas orientados para prevenção e promoção de saúde oral (Teixeira, 2012; Navarro et al., 2011).

## **II.6 – Cuidados Preventivos e de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes**

Todos os homens mulheres e crianças devem estar em posição de escolher estilos de vida saudáveis. Por isso devem estar informados sobre os assuntos que influenciam a sua saúde: como o meio ambiente, água, alimentação, bons e maus hábitos. (WHO, 2015).

A infância e adolescência são fases importantes na vida de um indivíduo, pois para além de se desenrolam os anos formativos, é nesta altura que comportamentos e atitudes vitalícias podem ser formados em relação a saúde oral dos mesmos indivíduos. Um adolescente sociável, como boa autoestima, que tenha valores e princípios claros e acesso a informação relevante tem uma probabilidade maior de tomar decisões corretas acerca da sua saúde (WHO, 2003).

A prevenção deve ser vista como base para uma educação que proporcione as condições para um ótimo crescimento, desenvolvimento e funcionamento. A promoção da saúde, para além de envolver o incentivo à prática de comportamentos saudáveis, (e desencorajamento de comportamentos nocivos) deve também torna-los uma opção mais acessível, (o que implica um trabalho global por parte de uma comunidade, governo, entre outros) (Teixeira, 2012).

A prevenção das doenças orais não se limita exclusivamente a evitar as cáries, mas também, os problemas gengivais, musculares, faciais, fonéticos, ortodônticos e estéticos (Areias et al., 2009).

Existem estudos que revelam que uma das falhas sinalizadas pelos pacientes é a falta de informação transmitida relativa a saúde oral pelos médicos dentistas. Por isso é importante sublinhar que as consultas de odontopediatria devem ser realizadas pelo menos uma vez de 6 em 6 meses e têm como objetivo a promoção de saúde oral, prevenção das patologias mais frequentes, a transmissão de informação relativa á higiene oral e educação alimentar (Sousa, 2014).

O processo de prevenção deve ser feito em conjunto e com a colaboração da escola, família e serviços de saúde com o objetivo de melhorar a esperança e qualidade de vida das crianças (Areias et al., 2009).

### **II.6.1 – Higiene oral**

Uma boa higiene oral depende de vários fatores tais como: a escovagem diária, o uso de fio dentário, dentífricos fluoretados e as consultas regulares com o médico dentista (Sousa, 2014).

As crianças em idade escolar caracterizam-se pelo início da aceitação das suas responsabilidades, mesmo as de higiene oral, assim, programas de motivação e educação relativos a comportamentos e condutas saudáveis são de extrema importância. Esse tipo de programas facilitam a implementação de hábitos de escovagem diária, alimentação saudável, e de outros comportamentos com caráter preventivo, que depois de interiorizados permanecerão para o resto da vida (Vilela, 2014; Castro, 2009).

### **II.6.1.1 – Escovagem/Fio dentário**

A evidência científica é clara. A escovagem dos dentes com um dentífrico com flúor, executada, pelo menos, duas vezes por dia é eficaz na prevenção da cárie dentária. (DGS, 2009)

A escovagem consiste na melhor forma mecânica de remoção da placa bacteriana e de restos alimentares e é visto como sendo um dos mais importantes determinantes de saúde oral. É também o método mais adequado e mais frequentemente utilizado na higiene oral (Sousa, 2014). A escovagem deve ser feita nos 30 minutos seguintes às principais refeições (período de tempo necessário para que as bactérias comecem a elaborar secreções ácidas). Sabe-se que o momento mais importante para realizar a escovagem é ao deitar, pois durante o período de sono a produção de saliva é menor, o que consequentemente proporciona melhores condições para desenvolvimento bacteriano. Porém, quando associado o hábito de ventilação bucal torna-se ainda mais importante o seu controlo durante o período de descanso (Guedes, 2012).

A higienização dos espaços interdentários é imprescindível e deve começar a ser feita de forma autónoma por volta dos 9-10 anos, (idade em que o individuo ganha destreza para utilizar o fio ou fita dentária). A técnica deve ser claramente explicada e treinada (DGS, 2005).

É essencial de modo a prevenir as cáries nas faces interproximais e inibir o desenvolvimento de doenças periodontais. Deve ser utilizado uma vez ao dia, de preferência, antes de deitar (Figueiredo, 2014).

### **II.6.1.2 – Flúor**

O flúor tem comprovada importância na redução da prevalência e gravidade da cárie. O seu efeito pode ser tanto preventivo como terapêutico, predominantemente pela sua ação tópica, tanto nas crianças como nos adultos e faz-se através de três mecanismos diferentes, nomeadamente: Inibição do processo de desmineralização;

potenciação do processo de remineralização; inibição da ação da placa bacteriana (Areias et al., 2009).

### **II.6.2 – Selantes de fissuras**

Os selantes de fissuras são uma medida eficaz na prevenção da cárie nas regiões de fissuras e sulcos, zonas estas responsáveis pela localização de mais de 80% das cáries em todos os grupos etários. Portanto, para além de constituir uma técnica altamente eficaz na prevenção da cárie dentária, é uma técnica não invasiva, rápida, indolor e pouco dispendiosa. Apesar da maior atenção ser dirigida ao molar dos seis anos, não devemos esquecer que os dentes temporários também apresentam fissuras retentivas para alimentos, e que a verdadeira prevenção inicia-se na dentição temporária e não na definitiva. Por isso, aconselha-se o selamento dos dentes temporários (DGS, 2008; Figueiredo, 2014; Areias et al., 2009).

### **II.7 – Influência da Dieta na Saúde Oral das Crianças e Adolescentes**

Ao longo de toda a vida a integridade e longevidade dentária, óssea e da mucosa oral, bem como a resistência à infeção, estão dependentes da dieta. A mucosa oral é particularmente suscetível a alterações anatómicas e fisiológicas em resultado de carências ou excessos nutricionais (Guedes, 2012).

Os alimentos diferem na sua consistência e como tal têm diferentes níveis de retenção. Existe uma grande evidência de que a cárie dentária aumentou progressivamente à medida que os hábitos dietéticos deixaram de ser constituídos por alimentos naturais, duros e fibrosos, passando a uma alimentação cada vez mais elaborada, rica em hidratos de carbono fermentáveis especialmente a sacarose (Guedes, 2012).

A cárie depende da quantidade e tipo de açúcar, da frequência do seu consumo, do momento de ingestão (consumo durante as refeições é menos prejudicial, dado que, o

fluxo de saliva estimulada é maior) e da consistência dos alimentos (quanto mais adesivo for o alimento, maior o tempo que o organismo leva a eliminá-lo, levando assim a um aumento do tempo requerido para que o pH retome a sua neutralidade) (Lima, 2007; Sousa, 2014).

Os ácidos derivados da dieta são as causas mais citadas de erosão dentária. O mecanismo de desenvolvimento é influenciado pela frequência de consumo, tempo de exposição e pH. As crianças que têm por hábito um consumo diário de bebidas e/ou alimentos ácidos durante períodos consideráveis podem ter problemas funcionais a nível das glândulas salivares, e desenvolver lesões de erosão dentária (Figueiredo, 2014).

No período entre os 6 e os 12 anos, o consumo de alimentos é bastante influenciado pelo meio ambiente, essencialmente pelos colegas, e as horas de refeição tornam-se um símbolo social. O aconselhamento dietético é imprescindível para qualquer programa de prevenção e/ou promoção de saúde oral nas crianças, pois este é o melhor período para fomentar hábitos alimentares preventivos, através dos pais, membros da família e nas escolas, com medidas e atitudes que formem uma base para um padrão alimentar correto (Guedes, 2012).

O controlo da dieta está dependente da motivação e de múltiplos fatores sociais/familiares, sendo fundamental na prevenção da cárie dentária, uma vez que a dieta é um dos fatores de risco. Desta forma, se a ingestão de alimentos açucarados for pouco frequente é provável que a criança tenha um baixo risco de cárie dentária, no entanto se esta for frequente, particularmente entre as refeições, o risco vai ser elevado (Melo et al., 2008).

A dieta desempenha um papel relevante na prevenção de outras doenças orais, como por exemplo erosão dentária, defeitos de desenvolvimento, patologias da mucosa e doença periodontal. As crianças devem ser aconselhadas a aumentar o consumo de alimentos duros e fibrosos que possuem efeito de autolimpeza promovido pela mastigação energética que aumenta a produção de saliva (amido, pastilhas elásticas sem açúcar). Uma dieta saudável passa pela seleção de alimentos naturais, frutas, legumes, cereais e alimentos fibrosos, e dessa forma inibir vários fatores etiológicos para doenças que afetam a cavidade oral (Areias et al., 2009; Teixeira, 2012)

## **II.8 – Influência da Família na Saúde Oral das Crianças e Adolescentes**

É importante referir que a primeira escola da criança é a família, sendo que esta deve ter como objetivo a busca e prática do bem-estar físico, psicológico, social, afetivo e moral, constituindo também um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes às doenças orais (Teixeira, 2012).

Os membros da família pelo papel influente que têm na vida das crianças, são fundamentais na promoção e manutenção da saúde oral da mesma, transmitindo cuidados básicos e motivando sobre atitudes e conhecimentos que promovam uma menor incidência das doenças orais mais prevalentes (Castilho et al., 2013).

Hábito de escovagem e consumo frequente de açúcares por parte dos pais foram associadas com um aumento da prevalência de cárie nas crianças. Portanto os comportamentos dos pais podem ser assumidos como fatores de risco para a saúde oral dos seus filhos. Os responsáveis pela criança devem também perceber a necessidade de fornecer condições ideais para a implementação de bons hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis (Figueiredo, 2014).

## **II.9 – Saúde oral nas escolas**

“Promover a saúde na escola constitui uma forma privilegiada de promover a saúde da comunidade.” (Antunes e Mendes, 2005 *cit. in* Vilela, 2014).

Apesar dos pais ou outros responsáveis pela educação desempenharem o papel mais importante na saúde dos seus filhos, as crianças passam uma parte considerável do tempo na escola, como tal, os professores e o ambiente escolar no geral são igualmente importantes na educação e promoção de saúde oral das crianças (Castilho et al., 2013).

Durante a escolaridade obrigatória, as referências à descoberta do corpo, à saúde, à educação alimentar, à higiene oral e geral estão integradas no currículo e nos programas escolares do 1º ao 9º ano do ensino básico. As crianças e os jovens que consomem mais alimentos ricos em açúcar e gorduras, e nos intervalos optam

predominantemente por doces e bebidas açucaradas, têm susceptibilidade aumentada à cárie dentária. Assim, nos intervalos das aulas, a oferta deverá possibilitar escolhas saudáveis e económicas (DGS, 2008).

O contexto escolar é um meio promissor para a melhoria da literacia em educação alimentar e estilos de vida saudáveis. Nas escolas há formação direcionada para bons hábitos alimentares, começando pelos professores que já estão preparados com material didático para apresentar aos alunos a mais-valia de uma alimentação cuidada, fazendo com que estes adotem uma atitude crítica e seletiva na compra e no consumo dos produtos alimentares. Só conhecendo os direitos e deveres dos consumidores se podem alicerçar práticas saudáveis (DGS, 2005; DGS, 2015).

Estudos mostram que em países industrializados a prevalência de traumas dentários tem aumentado (16%-40%; 4-33% em crianças com 6 e 12 anos, respetivamente). Esses traumas estão relacionados com práticas desportivas, espaços escolares perigosos, atropelamentos, quedas e violência. Estas situações requerem tratamentos que têm que ser imediatos e podem ter custos elevados. As escolas devem se precaver destas situações, monitorizando a incidência de traumatismos, fornecendo opções seguras para o desporto e atividades lúdicas (WHO, 2003).

“A escovagem dos dentes no 1º ciclo é um ato fundamental na prevenção das doenças orais e deveria ser executada em todas as escolas nacionais.” (DGS, 2011).

Será de estimular a auto-responsabilização da criança pela sua higiene oral, de manhã e à noite. A higiene oral deve ser abordada no contexto da aquisição de comportamentos de higiene pessoal. As aprendizagens deverão relacionar os saberes com as vivências dentro e fora da escola. Deste modo, os conteúdos relativos à saúde oral e à higiene oral podem ser associados ao desenvolvimento de hábitos de higiene pessoal e de vida saudável (DGS, 2011; DGS, 2015).

A educação não pode passar apenas pelos jovens, é essencial que os programas englobem os pais ou outros responsáveis, porque desta forma permitem uma maior compreensão da necessidade de cuidados com a saúde oral (Kumar et al., 2014; Figueiredo, 2014).

Em 2011 a OMD afirmava que em Portugal as ações de promoção de saúde oral e de prevenção das doenças orais que devem ser realizadas nas escolas de crianças com idade pré-escolar e escolar, sofreram um decréscimo significativo. Estas ações, pelo papel importante que desempenham em todo o processo da estratégia a nível da saúde oral, são de enorme interesse e devem ser estruturadas para que se assegure uma continuidade (OMD, 2010).

## **II.10 – Programas de Saúde Oral em Portugal**

Em 1986 sob a orientação normativa da DGS, foi desenvolvido, em várias etapas, um programa básico de saúde oral em contexto escolar. Este programa era dirigido a todas as crianças do ensino pré-escolar e do primeiro e segundo ciclos do ensino básico, e levado a cabo a nível regional pelas equipas de saúde escolar dos centros de saúde, em conjunto com os professores e educadores. Tinha como objetivo a educação para a saúde oral, a administração de flúor e a aplicação de selantes de fissuras em dentes permanentes, com a finalidade de reduzir a incidência e prevalência da cárie dentária na população escolar. Paralelamente, em 1988, foram criados programas de educação para a saúde oral, dirigidos à população em geral, e o programa de saúde oral em saúde materna e infantil em 1989, destinados a crianças, adolescentes e grávidas (Castro, 2012; Grade, 2013).

O Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar foi revisto em 1999, tendo passado a designar-se Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes. A estratégia global do programa assentava na promoção da saúde e na prevenção primária e secundária da cárie dentária. A promoção da saúde e a prevenção da doença eram da responsabilidade das equipas de saúde escolar, maioritariamente contratadas para o efeito. Desta forma, em colaboração com a OMD, algumas crianças passaram a ser contempladas com programas preventivos e de tratamentos dentários nos dentes definitivos com cárie dentária. Mesmo assim, no máximo, neste programa apenas 45.000 de um universo de 1.600.000 crianças e adolescentes tinha acesso a tratamentos dentários, situação que se manteve mesmo com a introdução do PNPSO em 2005 (OMD, 2010).

Reconhecendo-se a necessidade de melhoria na saúde oral da população portuguesa, começou a ser pensado um modelo que garantisse o acesso aos cuidados de saúde oral pelos grupos populacionais mais vulneráveis. Neste contexto, em 2005, foi implementado o PNPSO previsto no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, tendo como objetivos a redução da incidência, aumento da prevenção das doenças orais nas crianças e jovens, a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção de equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais. Foi então estabelecido que os cuidados dentários não satisfeitos no SNS seriam prestados através de contratualização, sendo esta a primeira vez que os Médicos Dentistas tiveram oportunidade de colaborar ativamente num programa de Saúde Oral Público (OMD, 2010; ERS, 2014).

### **II.10.1 – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral**

No momento da sua criação, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral foi concebido para abranger como beneficiários, as crianças e jovens. Trata-se de um Programa de Saúde Pública Nacional focado nos problemas orais ou nas situações que tenham manifestações orais.

As orientações do PNPSO (DGS, 2005) assentavam em três estratégias principais:

- Promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar;
- Prevenção de doenças orais;
- Diagnóstico precoce e tratamento dentário.

Em termos estratégicos foi fundamental a resolução 60.17 sobre saúde oral, da Assembleia Mundial da Saúde da OMS, de Maio de 2007. Esta resolução sugere aos Estados-Membros a integração nas suas políticas de saúde de estratégias para a prevenção e o controlo das doenças orais, na mãe e na criança, alocando uma verba do Orçamento de Estado para este efeito (OMD, 2010).

Em 2008 de forma a assegurar uma prestação mais equitativa de cuidados de saúde oral, o programa foi alargando progressivamente até 80.000 crianças. O primeiro alargamento do PNPSO a outros grupos populacionais (considerados de particular vulnerabilidade) aconteceu também nesse ano, nomeadamente a grávidas a ser seguidas no SNS e a idosos abrangidos pelo Complemento Solidário do Idoso. Com este despacho é também introduzido o “cheque-dentista” como mecanismo para realizar o acesso destes grupos populacionais a consultas previstas no PNPSO (ERS, 2014).

“A partir de 2007 a “fatia orçamental” para a saúde oral tem vindo a aumentar, sendo em 2010 cerca de 30 milhões de euros, um aumento significativo em relação aos cerca de 3,5 milhões em 2005.” (OMD, 2010).

Ainda em 2008, a adesão dos prestadores ao PNPSO ficou mais facilitada, deixando de se fazer através dos concursos da ARS, para se fazer eletronicamente.

Em 2009, o programa foi alargado a todas as crianças de 7, 10 e 13 anos que frequentavam as escolas públicas. Neste 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 (DGS, 2009).

Em 2010, passaram a estar abrangidos os utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA

Em 2013, foi feito outro alargamento relativo ao valor e ao número de cheques-dentista a atribuir a cada grupo de beneficiários, mas também na definição dos grupos de crianças beneficiárias. Com estas alterações o PNPSO atribui, por ano letivo, ao grupo de jovens de 7 e 10 anos, até dois cheques-dentista e ao grupo de 13 anos até três cheques-dentista. Aos jovens em meio escolar da rede pública e instituições particulares de solidariedade social com 15 anos completos (16), que tenham sido utentes beneficiários do PNPSO e seguido o respetivo plano de tratamentos aos 13 anos de idade, tem direito a um cheque-dentista. Também as crianças dos 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos, com situações de cárie em dentes permanentes, que tenham sido beneficiários do PNPSO e seguido o plano de tratamentos, têm direito a um cheque-dentista.

Por referenciação do médico de família: as grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde podem ser atribuídos até três cheques-dentista por gravidez. Aos beneficiários do complemento solidário para idosos podem ser atribuídos até dois cheques-dentista, e aos utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA, podem ser atribuídos até seis cheques-dentista. Por outro lado, o benefício monetário deixou de se fazer por valor anual, e passou a fazer-se por valor de cheque-dentista, que se fixou nos 35 euros.

Em 2014, o PNPSO passou a admitir a emissão de cheques-dentista para a intervenção precoce no cancro oral.

O programa resultou num aumento da cobertura de cuidados de saúde por parte do SNS, e foi considerado em 2014 pela ERS como um importante fator de melhoria do estado de saúde oral da população. E embora se identifiquem algumas falhas no programa, nomeadamente o seu carácter não universal, a sua abrangência tem aumentado progressivamente, tendo em consideração os grupos populacionais mais fragilizados e a necessidade de prevenção das doenças orais de maior gravidade (ERS, 2014).

#### **II.10.1.1 – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes**

Os objetivos terapêuticos:

Crianças de 7 anos:

- 1º cheque: Aplicação de selantes de fissura ou tratamento de 2 dentes (primeiros molares).
- 2º cheque: Aplicação de selantes de fissura ou tratamento de 2 dentes (primeiros molares) e tratamento de todas as situações de doença em dentes permanentes.

Crianças de 10 anos:

- 1º cheque: Aplicação de selantes de fissura ou tratamento de 2 dentes (pré-molares).
- 2º cheque: Aplicação de selantes de fissura ou tratamento de 2 dentes (pré-molares) e tratamento de todas as situações de doença que afetem dentes permanentes.

Crianças de 13 anos:

- 1º cheque: Aplicação de selantes de fissura ou tratamento de 2 dentes (segundos molares).
- 2º cheque: Aplicação de selantes de fissura ou tratamento de 2 segundos molares e tratamento de todas as situações de doença em incisivos e caninos.
- 3º cheque: Tratamento de todas as situações de doença em dentes permanentes.

Para além dos objetivos terapêuticos, a instrução e motivação para a higiene oral é obrigatória no primeiro cheque-dentista e deve ser contínua durante todo o tratamento, tendo em vista assegurar a aquisição de hábitos de higiene oral adequados às suas necessidades. As crianças em idade escolar com 7, 10 ou 13 anos, deverão ter todos os seus dentes permanentes tratados e/ou protegidos, após cada ciclo de intervenções. (DGS, 2009)

Importa também realçar que numa situação 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. Só 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 programa (ERS, 2014).

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral tem as seguintes finalidades:

- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral;
- Diminuir a incidência de cárie dentária;
- Aumentar a percentagem de crianças livres de cárie;
- Criar uma base de dados nacional sobre saúde oral;
- Prestar especial atenção, numa perspetiva de promoção da equidade, à saúde oral das crianças e dos jovens com necessidades de saúde especiais, assim como dos grupos economicamente débeis e socialmente excluídos (DGS, 2005).

O circuito de informação e encaminhamento do cheque dentista é muito centrado na criança, sendo esta responsável por fazer chegar toda a informação aos encarregados de educação. Foram introduzidos alguns mecanismos na tentativa de melhorar a situação: Anexação ao cheque dentista de uma carta explicativa dos procedimentos de utilização, levantamento do cheque dentista na escola por parte dos pais e encarregados de educação, reuniões de esclarecimento para pais e encarregados de educação.

O gestor local de saúde oral deverá ter acesso à identificação das crianças a quem foram emitidos documentos que não foram utilizados, podendo contactar os encarregados de educação com a intenção de os sensibilizar para a importância da saúde oral e alertar sobre o prazo de validade dos documentos, uma vez que este poderá caducar (OMD, 2010).

Outro aspeto que pode levar à não utilização do cheque é o facto de nem todos os médicos dentistas terem aderido ao programa. Assim, a utilização do cheque dentista pode implicar a mudança de médico. Perante este facto, alguns pais preferem não usufruir do benefício proporcionado pelo SNS e continuar com o mesmo médico assistente (ERS, 2014).

### **II.10.1.2 – Dados relativos á utilização do cheque-dentista**

Desde o início do programa já foram realizados mais de 6,5 milhões de tratamentos em quase 1,9 milhões de utentes (OMD, 2014). Desde o início do programa já foram utilizados 2.378.363 de cheques para um total de 7.298.305 de tratamentos de medicina dentária. (OMD, 2015)

No período de 2008 a 2013 o número de cheques-dentista utilizados cresceu a nível nacional, na ordem dos 53% ao ano. O grupo de crianças e jovens apresentou-se como aquele ao qual são emitidos mais cheques-dentista (84% em 2013), seguido das grávidas, dos idosos, e por último, os utentes com VIH/SIDA. (ERS, 2014)

O maior grupo de utentes são as crianças e jovens escolarizados, com 7, 10 e 13 anos, existindo 123.026 beneficiados. (OMD, 2015)

Nesse grupo foi revelado um aumento da taxa de utilização de 2009 a 2012, atingindo os 96%. Em 2013 decresceu para 62%, este decréscimo explica se pelo facto da taxa de utilização não ter acompanhado o aumento do número de cheques-dentista emitidos (344.184 em 2012 para 527.800 em 2013) (ERS, 2014).

Em 2014 a taxa de utilização subiu para 74%, tendo sido utilizados 406.689 cheques-dentista. De salientar que 60% dos cheques-dentista foram usados em procedimentos preventivos, ou seja, na aplicação de selantes de fissuras. No total, foram tratadas 4.334.877 de cáries contra apenas 207.239 extrações de dentes. (OMD, 2015)

## **II.11 – Objetivos**

Com este estudo pretende-se analisar tanto os motivos que possam levar á não utilização dos cheques, como a opinião dos inquiridos em relação ao PNPSO, e as suas influências na saúde oral dos seus educandos. Também interessa perceber se os serviços disponibilizados pelo SNS no âmbito do PNPSO, suportados pelos Portugueses, estão a contribuir ou não para a melhoria da saúde oral dos adolescentes.

## **II.12 – Metodologia**

### **II.12.1 – Tipologia do estudo**

Este estudo observacional transversal foi elaborado através da aplicação de um questionário aos encarregados de educação de crianças de 10 e 13 anos com o principal objetivo de entender as determinantes associadas à utilização do cheque-dentista.

### **II.12.2 – População e seleção da amostra**

A população em estudo é constituída pelos responsáveis de crianças com 10 e 13 anos abrangidas pelo PNPSO que frequentaram o Colégio de Vizela e o Instituto Silva Monteiro. Foram incluídos neste estudo todos os responsáveis de crianças que tiveram direito a um ou mais cheques-dentista no ano letivo 2013/2014.

A amostra analisada foi de 122 crianças, em que 69 frequentaram o Instituto Silva Monteiro e 53 frequentaram o Colégio de Vizela. Dessas 122 crianças, 71 faziam parte da coorte dos 10 anos e 51 da coorte dos 13 anos.

### **II.12.3 – Acesso e recolha dos dados**

O acesso á recolha de dados foi conseguido através de uma autorização por escrito dos Diretores Pedagógicos das Instituições onde o estudo foi realizado. Nessa autorização constavam os objetivos do estudo, tanto como os instrumentos de recolha de dados e as respetivas considerações éticas.

A recolha de dados foi feita através de um inquérito por escrito, dirigido aos encarregados de educação dos alunos beneficiários do PNPSO. Esses inquéritos foram entregues aos responsáveis pela saúde escolar das duas Instituições em questão.

Os responsáveis pela saúde escolar distribuíram os inquéritos pelos alunos que correspondiam aos critérios de inclusão, que posteriormente os entregaram aos respetivos encarregados de educação.

### **II.12.4 – Protocolo**

O inquérito entregue aos participantes do estudo foi anexado com um consentimento informado, onde constava:

- Identificação do projeto de investigação;
- Objetivo do projeto de investigação;
- Metodologia (resumida) a utilizar;
- Voluntariedade da participação no projeto de investigação;
- Independência na resposta;
- Garantia de anonimato.

Desta forma foi incentivada o máximo de sinceridade nas respostas dadas.

### **II.12.5 – Procedimentos éticos tidos em consideração**

É importante realçar que este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.

Note-se que de forma a assegurar total anonimato e confidencialidade a página relativa ao consentimento informado foi separada do questionário antes da análise do mesmo e eliminados todos os documentos no final da pesquisa.

Os questionários foram codificados e tratados estatisticamente.

### **II.12.6 – Análise dos dados**

Os dados recolhidos neste estudo foram submetidos a uma análise estatística recorrendo ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 20).

Quando foi necessário estimar a relação entre duas variáveis foi aplicado o teste de Qui-quadrado de Pearson, à exceção de alguns casos onde foi utilizado o teste Exato de Fisher.

O coeficiente  $\chi^2$  (qui-quadrado) é um valor de dispersão para duas variáveis de escola nominal. O coeficiente informa em que medida é que os valores observados se desviam do valor esperado, caso as duas variáveis não estivessem correlacionadas. Quanto maior o qui-quadrado, mais significativa é a relação entre a variável dependente e a variável independente.

## **II.13 – Resultados**

Neste capítulo pretende-se demonstrar os resultados obtidos a partir de toda a informação recolhida através dos inquiridos. Numa primeira fase os resultados apresentados serão relativos à totalidade da população analisada. Posteriormente serão demonstrados os dados relativos aos beneficiários que utilizaram os documentos no âmbito do programa. Os dados estatísticos obtidos serão analisados, e de seguida apresentados recorrendo ao uso de tabelas.

### **II.13.1 – Resultados relativos à totalidade da amostra**

Quando questionados “utilizou o cheque-dentista a que tinha direito?”, uma grande maioria dos participantes respondeu de forma positiva (86,1%).

A maioria da amostra (88,5%) confirmou que o seu educando já tinha realizado alguma consulta de medicina dentária. Dentro desse grupo, quando questionados se sabiam se o seu médico dentista estava incluído no PNPSO, 81,5% deram uma resposta positiva.

Em relação ao conhecimento do cheque-dentista por parte dos inquiridos, podemos salientar que 90,2% incluíram a escola nas suas respostas, sendo que se contabilizarmos a totalidade das respostas (143) a escola ocupou 76,9% desse total.

A percentagem de utentes que realizou tratamentos que não estavam incluídos no PNPSO foi de 45,1%.

Quando questionados sobre o objetivo do cheque-dentista, uma grande maioria afirmou que tem como objetivo promover a prevenção de doenças orais futuras (83,6%), enquanto uma menor percentagem afirmou que apenas serve para tratar doenças orais pré-existentes (16,4%).

Quanto à pergunta “Acha que o cheque-dentista é um incentivo para os Cuidados na Saúde Oral?” apenas 3 participantes responderam de forma negativa, e somente um inquirido afirmou que não irá utilizar o cheque-dentista no futuro.

Utilização do “cheque-dentista” por parte de crianças de 10 e 13 anos no ano letivo 2013/2014 em duas escolas no agrupamento de Vizela

Tabela 1 – Distribuição dos beneficiários segundo as variáveis referentes á amostra total

		<b>Nn</b>	<b>%</b>		
<b>Idade</b>	<i>10</i>	71	58,2	N <sub>total</sub> =122	
	<i>13</i>	51	41,8		
<b>Utilizou o “cheque dentista” a que tinha direito?</b>	<i>Sim</i>	105	86,1		
	<i>Não</i>	17	13,9		
<b>O seu educando já tinha tido alguma consulta de Medicina Dentária?</b>	<i>Sim</i>	108	88,5		
	<i>Não</i>	14	11,5		
<b>Sabe se o seu Médico Dentista estava incluído no programa “cheque dentista”?</b>	<i>Sim</i>	88	81,5		N <sub>total</sub> =108
	<i>Não</i>	20	18,5		
<b>Como teve conhecimento do “cheque dentista”?</b>	<i>Médico de Família/Centro de Saúde</i>	13	9,1	N <sub>total</sub> =122	
	<i>Médico Dentista</i>	7	4,9		
	<i>Amigos / Família</i>	5	3,5		
	<i>Media</i>	8	5,6		
	<i>Escola</i>	110	76,9		
<b>Fez tratamentos que não estavam incluídos no “cheque dentista”?</b>	<i>Sim</i>	55	45,1	N <sub>total</sub> =122	
	<i>Não</i>	67	54,9		
<b>Qual acha ser o objetivo do “cheque dentista”?</b>	<i>Tem como objetivo promover a prevenção de doenças orais futuras</i>	102	83,6	N <sub>total</sub> =122	
	<i>Só serve para tratar doenças orais já existentes</i>	20	16,4		
<b>Acha que o “cheque dentista” é um incentivo para os Cuidados na Saúde Oral?</b>	<i>Sim</i>	119	97,5	N <sub>total</sub> =122	
	<i>Não</i>	3	2,5		
<b>No futuro irá utilizar o “cheque dentista” a que possa ter direito?</b>	<i>Sim</i>	121	99,2	N <sub>total</sub> =122	
	<i>Não</i>	1	0,8		

### **II.13.2 – Resultados relativos aos beneficiários que deram utilidade ao programa.**

Na tabela 2 estão apresentadas todas as variáveis aplicadas aos beneficiários que utilizaram os documentos a que tiveram direito no âmbito do programa.

Dos participantes que utilizaram o cheque-dentista a que tinham direito, apenas dois referiram que o acesso á consulta não foi fácil.

Em relação aos motivos que levaram á escolha do Médico Dentista ou do consultório onde foram realizados os tratamentos no âmbito do PNPSO, 57,9% da totalidade das respostas (107) corresponderam ao “conhecimento prévio do médico dentista”. (18,7% “sem razão em particular”, 15,0% “distancia/deslocação” e 8,4% “conselho de amigo ou familiar”).

Apenas um inquirido referiu não ter ficado satisfeito com as condições (hígio-sanitárias) do consultório/clínica. Embora tenha sido um participante diferente, o mesmo se verificou para a satisfação com os serviços prestados pelo médico dentista.

Quanto á pergunta “Sabe cheques-dentista teve direito?”, a maioria respondeu que teve direito a 2 cheques. (16,2%-1, 68,6%-2, 15,2%-3).

É de salientar que apenas 2 inquiridos referiram ter tido problemas após tratamentos realizados no âmbito do programa.

À pergunta “Os tratamentos que necessitava realizar ficaram concluídos com a utilização do(s) cheque(s)-dentista?”, 67.6% deram uma resposta positiva.

Dos beneficiários que utilizaram o cheque-dentista, 44.8% referiram ter realizado tratamentos que não estavam incluídos no PNPSO.

Após a utilização do(s) cheque(s)-dentista a que tiveram direito, 54,3% dos participantes referiu que ainda existiam tratamentos a realizar.

Em relação á questão “Acha que beneficiou de alguma forma com a utilização do cheque dentista?”, 92,4% dos utentes referiram ter encontrado benefícios com o PNPSO.

Tabela 2 - Variáveis referentes á população da amostra que utilizou o cheque-dentista

		<b>Nn</b>	<b>%</b>	N <sub>total</sub> =105
<b>O acesso ao Médico Dentista, incluído no “cheque dentista”, foi-lhe fácil?</b>	<i>Sim</i>	103	98,1	
	<i>Não</i>	2	1,9	
<b>O que o levou a escolher o Médico Dentista ou as instalações onde os tratamentos foram realizados?</b>	<i>Distância/Deslocação</i>	16	15,0	
	<i>Conhecimento prévio do Médico Dentista</i>	62	57,9	
	<i>Conselho de amigo ou familiar</i>	9	8,4	
	<i>Sem razão em particular</i>	20	18,7	
<b>Ficou satisfeito/a com as condições (Hígio-Sanitárias) do Consultório/Clinica?</b>	<i>Sim</i>	104	99,0	
	<i>Não</i>	1	1,0	
<b>Ficou satisfeito/a com os serviços prestados pelo Médico Dentista?</b>	<i>Sim</i>	104	99,0	
	<i>Não</i>	1	1,0	
<b>Os tratamentos que necessitava realizar ficaram concluídos com a utilização do(s) “cheque(s) dentista”?</b>	<i>Sim</i>	71	67,6	
	<i>Não</i>	34	32,4	
<b>Sabe quanto(s) “cheque(s) dentista” teve direito?</b>	<i>Um</i>	17	16,2	
	<i>Dois</i>	72	68,6	
	<i>Três</i>	16	15,2	
<b>Fez tratamentos que não estavam incluídos no cheque dentista?</b>	<i>Sim</i>	47	44,8	
	<i>Não</i>	58	55,2	
<b>Ocorreram problemas após os tratamentos realizados com o cheque dentista?</b>	<i>Sim</i>	2	1,9	
	<i>Não</i>	103	98,1	
<b>Existiram tratamentos a realizar após a utilização do “cheque dentista”?</b>	<i>Sim</i>	57	54,3	
	<i>Não</i>	48	45,7	
<b>Acha que beneficiou de alguma forma com a utilização do “cheque dentista”?</b>	<i>Sim</i>	97	92,4	
	<i>Não</i>	8	7,6	

## II.14 – Discussão dos Resultados

### II.14.1 – Discussão dos resultados relativos á totalidade da população analisada

Do total da amostra, 88,5% reportaram que o seu educando já tinha tido alguma consulta de medicina dentária, mais precisamente 90,1% na coorte dos 10 anos e 86,3% na coorte dos 13 anos, não havendo diferença estatística significativa. ( $p=0.509$ ,  $\chi^2=0.437$ ). (Gráfico 1)

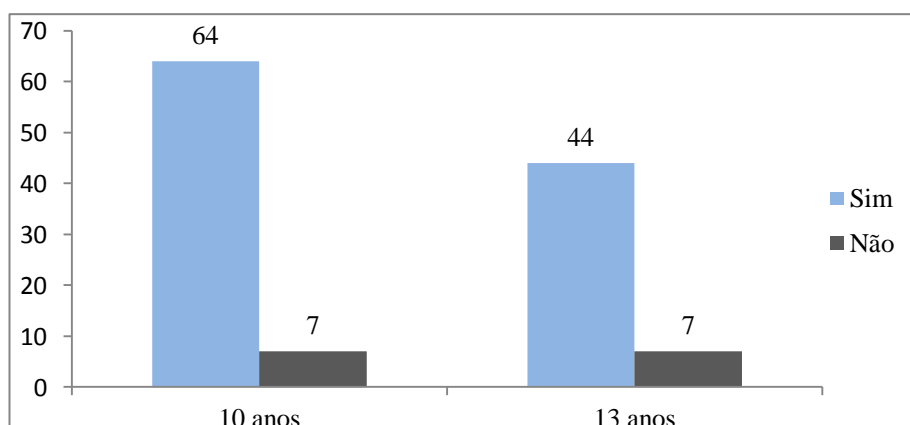


Gráfico 1 - Primeira consulta de Medicina Dentária.

Dos inquiridos que afirmaram que o seu educando já tinha tido alguma consulta de medicina dentária, uma grande maioria confirmou que o médico que lhes forneceu os serviços estava incluído no PNPSO (81,5%). É de salientar a importância desta percentagem, pois o facto de nem todos os médicos dentistas estarem incluídos no programa pode significar uma mudança de profissional, o que por sua vez pode levar à não utilização do cheque-dentista.

Quanto ao fator que lhes deu a conhecer o programa, de um total de 143 respostas, 76,9% foram para a “Escola”, sendo que a percentagem no Colégio de Vizela foi de 76,2% e no Instituto Silva Monteiro de 77,5%. (Gráfico 2)

Utilização do “cheque-dentista” por parte de crianças de 10 e 13 anos no ano letivo 2013/2014 em duas escolas no agrupamento de Vizela

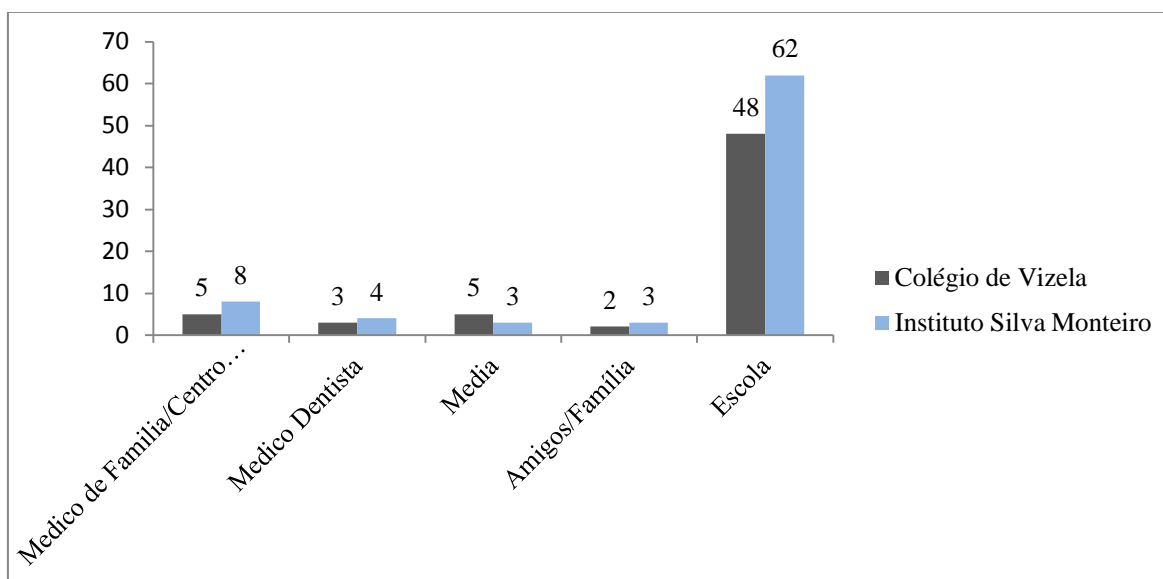


Gráfico 2- Conhecimento dos beneficiários ao PNPSO.

É importante referir que a informação relativa aos procedimentos de utilização e o encaminhamento do cheque-dentista podem influenciar a utilização do mesmo. Desta forma nas duas escolas alvo neste estudo, a partir do ano letivo 2013/2014 foram convocadas reuniões com os responsáveis dos alunos, para que a entrega do cheque fosse feita pessoalmente e em conjunto com explicações relativas aos procedimentos de utilização do mesmo, ficando o processo menos centrado nas crianças.

Do total de casos, 90,2% incluíram a escola como fator que lhes deu a conhecer o programa, sendo que no Colégio de Vizela essa percentagem foi de 90,6% e no Instituto Silva Monteiro de 89,9%, (gráfico 3) não existindo diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=0,017$ ,  $p=0,896$ ). Estas percentagens indicam que ambas as instituições tiveram o papel mais importante na divulgação do programa, demonstrando a relevância de incluir a escola no PNPSO, para que esta funcione como fator de promoção e prevenção na saúde oral das crianças.

Utilização do “cheque-dentista” por parte de crianças de 10 e 13 anos no ano letivo 2013/2014 em duas escolas no agrupamento de Vizela

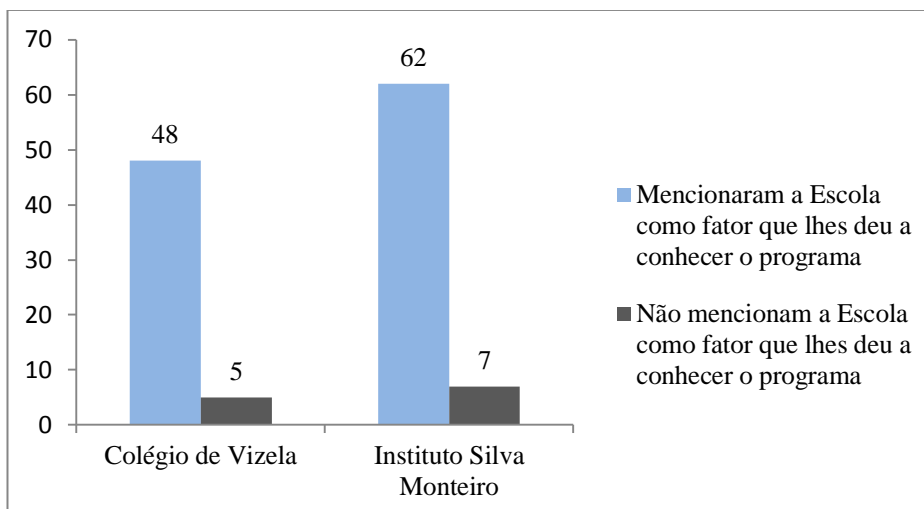


Gráfico 3 - Escola como fator de conhecimento do PNPSO.

Na perspetiva de 83,6% dos beneficiários, o cheque-dentista tem como objetivo promover a prevenção de doenças orais futuras, os restantes 16,4% vêm o programa apenas como uma forma de tratamento de doenças orais já existentes. (Gráfico 4)

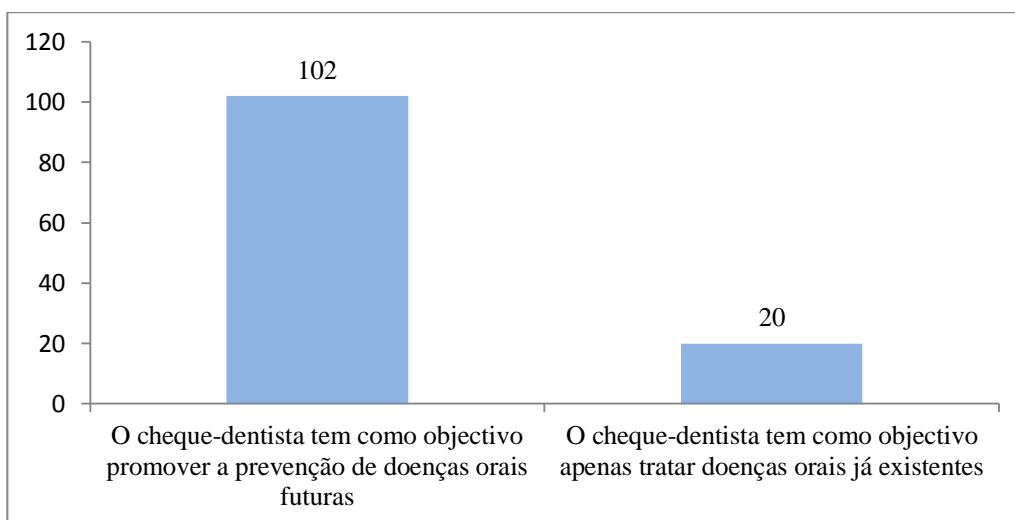


Gráfico 4 - Distribuição das respostas relativas aos “objetivos do PNPSO”.

De todos os beneficiários, apenas 3 não consideram o PNPSO um incentivo para cuidados de saúde oral, e apenas 1 afirmou que não utilizará o cheque a que possa ter direito no futuro. Estes números demonstram a importância do programa, e a perceção dos utentes desse mesmo facto.

#### II.14.2 – Discussão dos resultados relativos aos beneficiários que deram utilidade ao cheque-dentista.

Quanto aos cheques-dentista, 86,1% dos inquiridos confirmou a sua utilização, sendo que 3 reportaram só terem utilizado 1 dos 2 cheques a que tiveram direito. Dos quais 2 referiram falta de oportunidade, e o outro não especificou.

A percentagem de beneficiários que utilizou o cheque-dentista nas diferentes escolas foi de 86,8% no Colégio de Vizela e de 85,5% no Instituto Silva Monteiro, não havendo diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=0.041$ ,  $p= 0.839$ ). (Gráfico 5)

Em relação aos grupos etários a percentagem de utilização do cheque-dentista foi de 85,9% para a coorte dos 10 anos e 86,3% para a coorte dos 13 anos, não existindo diferenças estatísticas significativas. ( $\chi^2=0.03$ ,  $p=0.955$ ). (Gráfico 5)

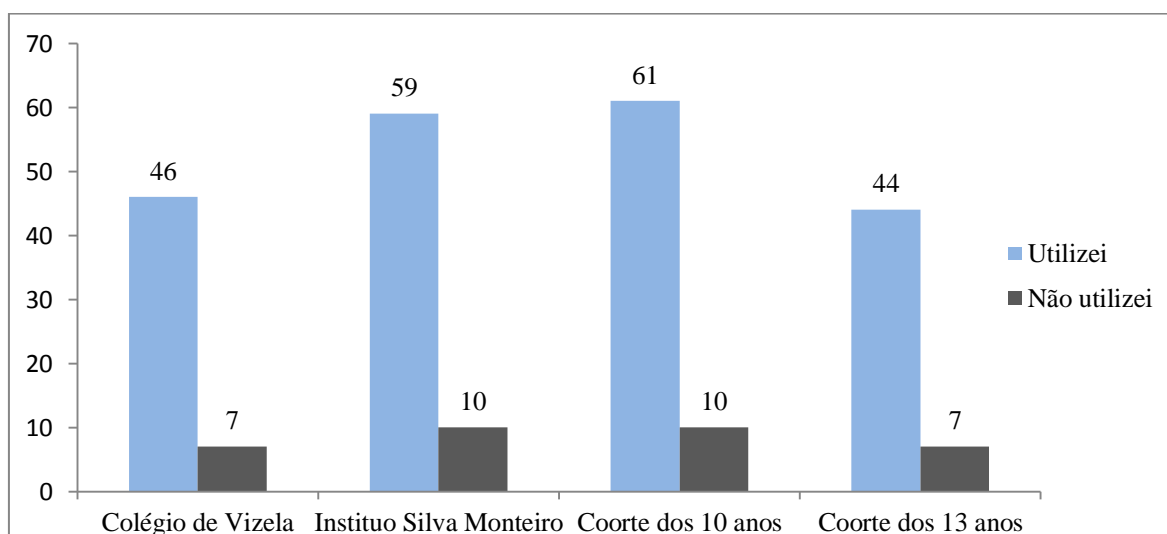


Gráfico 5 - Utilização do cheque-dentista nas diferentes escolas e coortes.

Em relação ao acesso ao médico dentista, apenas 2 utentes referiram ter tido dificuldades, sendo que um mencionou a mudança de profissional, e outro a distância. Ambos responderam de forma negativa á pergunta, “Sabe se o seu médico dentista estava incluído no programa?”.

Quando questionados o que os levou a escolher as instalações ou profissional onde os tratamentos foram realizados, a maioria das respostas (57,9%) foi para o “conhecimento prévio do médico dentista”. Mostrando mais uma vez que para o sucesso do PNPSO é importante a inclusão do médico dentista no programa, pois alguns pais preferem não usufruir do benefício proporcionado pelo SNS e continuar com o mesmo médico assistente. (Gráfico 6)

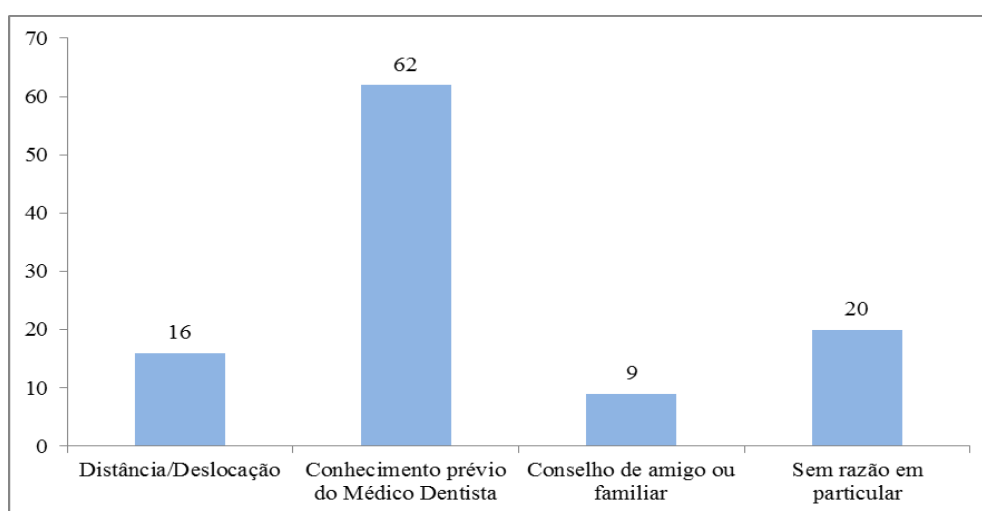


Gráfico 6 - Escolha das instalações/profissional onde se realizaram os tratamentos.

Pode-se salientar que apenas um beneficiário relatou insatisfação em relação às condições das instalações, e em relação á satisfação com os serviços prestados pelo médico dentista, apenas uma resposta negativa foi registada. O que significa que os profissionais aderentes prestaram bons serviços.

Quanto ao PNPSO ter resultado em algum benefício para o utente, a grande maioria reconheceu esse facto (92,4%).

Em relação a problemas após tratamentos realizados com o cheque-dentista, apenas 2 ocorrências afirmativas foram registadas. Um dos inquiridos relatou que a restauração “saltou”, embora o médico dentista incluído no programa lhe tenha dado assistência, o tratamento não foi gratuito. Outro utente respondeu que o seu educando teve dores no dente tratado, sendo que não foi assistido pelo médico dentista incluído no programa. Esse inquirido foi o único que respondeu de forma negativa em relação á satisfação pelos serviços prestados pelo médico aderente.

Uma percentagem de 32,4% dos beneficiários respondeu que os tratamentos que necessitavam realizar não ficaram concluídos com a utilização dos cheques dentista. (Gráfico 7)

Essa percentagem correspondeu a 34 utentes que justificaram a não conclusão dos tratamentos que necessitavam pelo facto do PNPSO não cobrir as intervenções necessárias, ou de várias formas afirmando que o programa não é suficiente:

- 6 utentes referiram que os tratamentos que faltaram realizar foram ortodônticos.
- 6 utentes mencionaram ter muitos tratamentos a realizar, nomeadamente restaurações devido a cáries dentárias.
- 5 utentes especificaram que não foram realizados tratamentos de dentes decíduos, dos quais 2 referiram extrações.
- 4 utentes mencionaram necessitar de ambos os tratamentos de ortodontia e de restaurações dentárias.
- 2 utentes mencionaram a continuação de tratamentos anteriores.
- Sem especificar, 11 utentes responderam que o cheque-dentista não era suficiente, ou não cobria todos os tratamentos necessários.

É possível que por exemplo no caso dos 6 utentes que mencionaram “muitas cáries”, e nos 11 que responderam “não é suficiente” fossem necessárias mais consultas no âmbito do PNPSO, mas é também de realçar que os tratamentos poderiam não estar incluídos no programa. Pode-se então salientar a existência de uma discrepância entre as necessidades sentidas de cuidados de saúde oral por parte dos utentes, e as necessidades

reais a serem alvo de resolução por parte dos médicos aderentes, tendo em conta as limitações inerentes ao programa.

Quanto ao facto de existirem tratamentos a realizar após as consultas no âmbito do programa, 54,3% dos beneficiários utilizadores confirmaram esse facto. (Gráfico 7)

Quando questionados se fizeram tratamentos que não estavam incluídos no programa, uma percentagem de 44,8% dos utentes deu uma resposta positiva. (Gráfico 7)

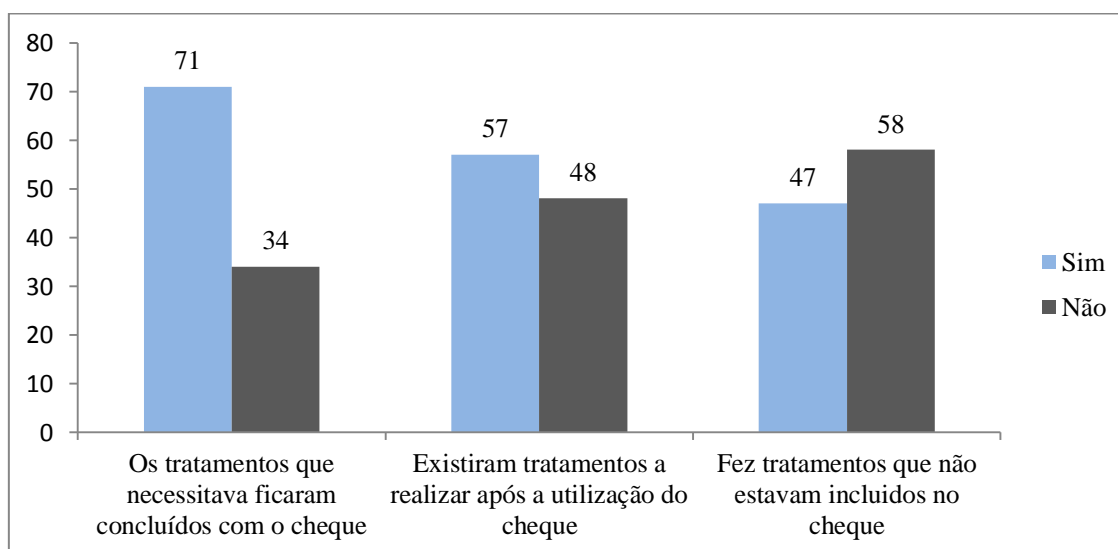


Gráfico 7 - Conclusão dos tratamentos / Necessidade de tratamentos após a utilização dos cheques/ Tratamentos não incluídos no programa.

Pode-se observar uma diferença na percentagem de utentes em que os tratamentos foram concluídos com a utilização do cheque-dentista (67,6%), e a percentagem de utentes que referiram não necessitar de tratamentos adicionais após a utilização do mesmo (45,7%). (Gráfico 7)

Esse contraste pode ser explicado pelo facto de 23 dos utentes que referiram a conclusão dos tratamentos com a utilização do cheque, também mencionarem existir tratamentos a realizar após as consultas no âmbito do programa. (gráfico 8) Esta situação pode acontecer quando a necessidade de tratamento ocorre depois da utilização dos cheques-dentista a que os utentes tiveram direito.

Outra razão dá-se pelo facto da utilização dos cheques-dentista estar orientada para a prestação de cuidados preventivos e curativos mediante diagnóstico prévio efetuado pelo médico dentista, e dessa forma se o médico aderente não verificar a necessidade de continuação do plano de tratamento, os utentes não terão acesso aos cheques subsequentes, mesmo que se verifique uma necessidade clínica posterior.

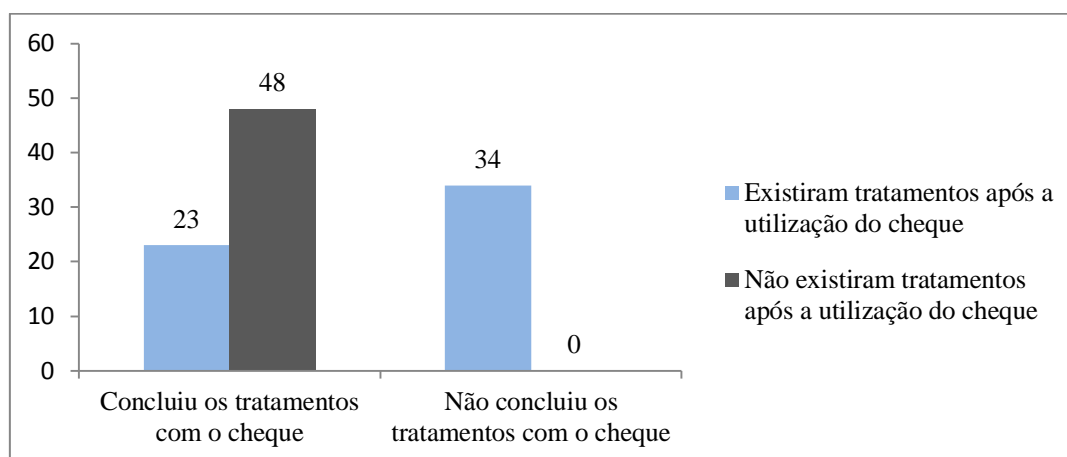


Gráfico 8 - Conclusão dos tratamentos com o cheque dentista, e a existência de tratamentos após a sua utilização.

No gráfico 9 observa-se que dos 71 utentes que afirmaram concluir os tratamentos no âmbito do programa, 49 mencionaram não ter realizado tratamentos fora do mesmo, dos quais 11 afirmaram necessitar de tratamentos posteriores á utilização do cheque, o que significa que esses tratamentos não foram realizados.

Por outro lado os restantes 38 para além de referiram não existir tratamentos necessários após a utilização dos cheques, mencionaram também não ter realizado qualquer tratamento dentário fora do programa. Isto significa que para este grupo, o PNPSO foi suficiente para cobrir todas as necessidades relativas a consultas de medicina dentária. (Gráfico 9)

Utilização do “cheque-dentista” por parte de crianças de 10 e 13 anos no ano letivo 2013/2014 em duas escolas no agrupamento de Vizela

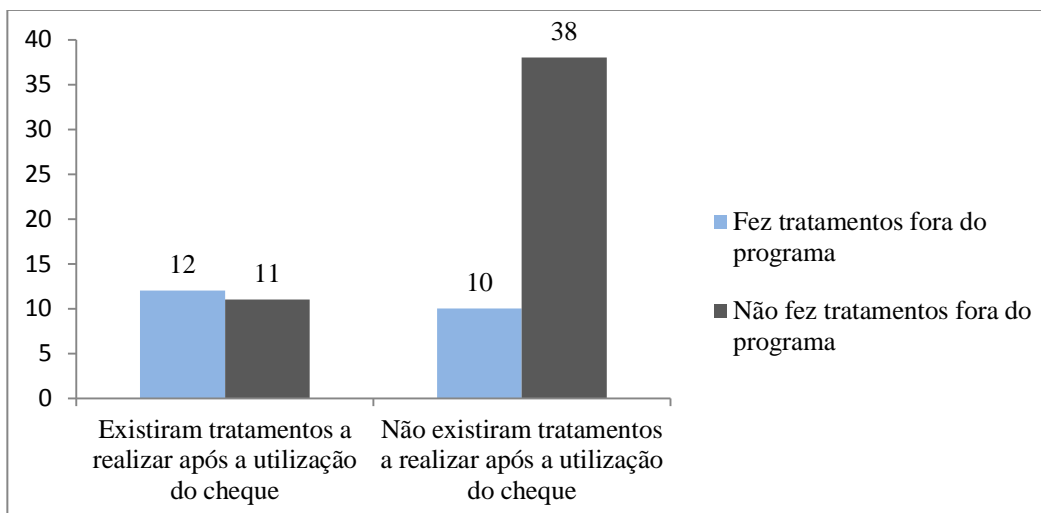


Gráfico 9 - Existência de tratamentos após o cheque-dentista/ Realização de consultas fora do programa (Aplicado aos utentes que concluíram os tratamentos com a utilização do cheque).

Dos 34 utentes que não concluíram os tratamentos com as consultas no âmbito do PNPSO, 25 referiram ter feito tratamentos fora do programa, enquanto os restantes 9 utentes não realizaram os tratamentos que necessitavam. (Gráfico 10)

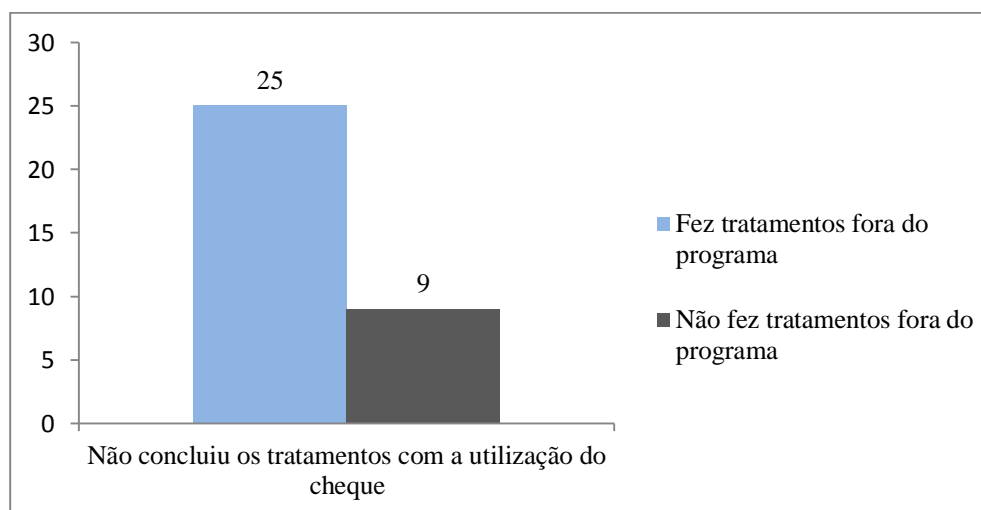


Gráfico 10 - Utentes que não concluíram os tratamentos com a utilização do cheque-dentista e a realização desses tratamentos fora do programa.

Utilização do “cheque-dentista” por parte de crianças de 10 e 13 anos no ano letivo 2013/2014 em duas escolas no agrupamento de Vizela

No gráfico 11, pode-se ver que dos 57 utentes que referiram existir tratamentos a realizar após a utilização do cheque, 35,1% afirmaram não ter feito os tratamentos que necessitavam. Este número demonstra a importância do PNPSO, na medida em que para 20 dos beneficiários utilizadores, a única oportunidade que tiveram para usufruir de consultas de medicina dentária foi através do cheque-dentista.

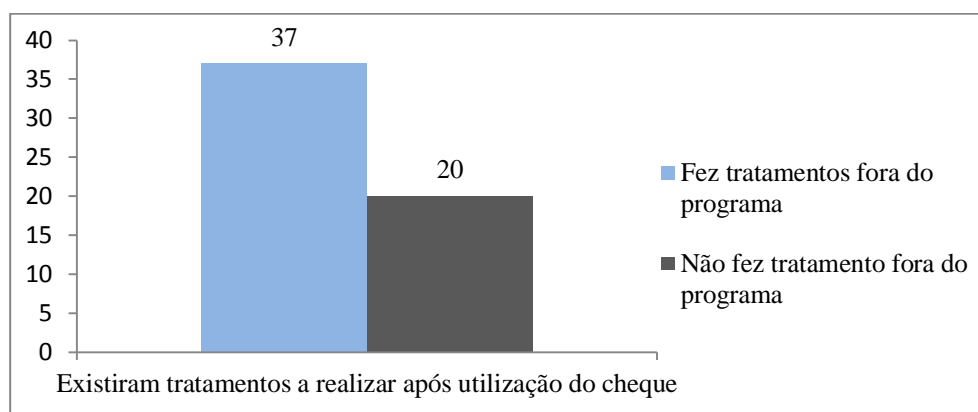


Gráfico 11 - Utentes que referiram existir tratamentos após a utilização do cheque dentista, e a realização desses tratamentos fora do programa.

Como podemos ver no gráfico 12, dos beneficiários utilizadores, 61 faziam parte da coorte dos 10 anos, dos quais 21,3% referiram ter usufruído de 1 cheque e 78,7% de 2 cheques-dentista. Enquanto na coorte dos 13 anos, dos 44 beneficiários utilizadores, 9,1% referiram ter direito a 1 cheque, 54,5% a 2 e 36,4% a 3 cheques-dentista.

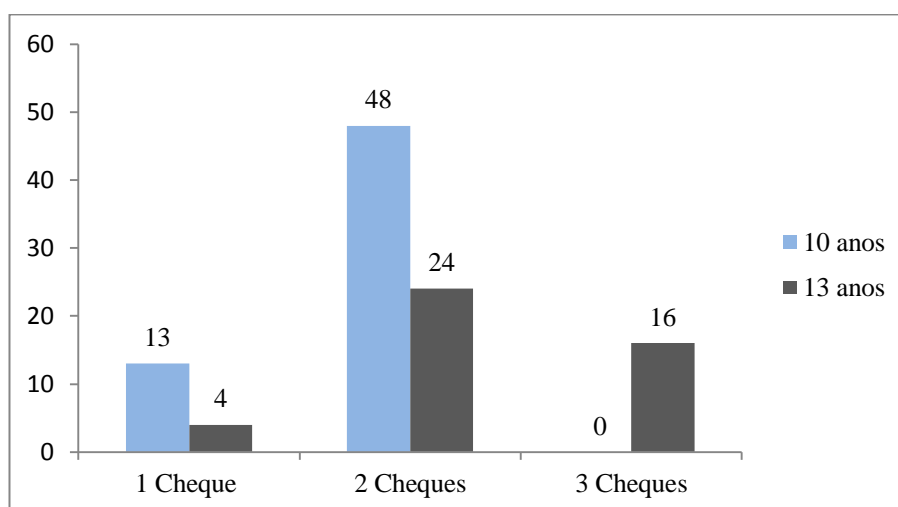


Gráfico 12 - Número de cheques-dentista por coorte.

Pode-se observar que para os utentes que afirmaram ter tido direito a 1 cheque, 58,8% disseram ter concluído os tratamentos que necessitavam, a percentagem para os que tiveram direito a 2 cheques foi de 68,1%, e para os que tiveram direito a 3 foi de 75,0%. Pode-se salientar que existe uma tendência para mais tratamentos concluídos quanto maior for o número de cheques-dentista a que os beneficiários tiveram direito. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=1,005$   $p=0.65$ ). (Gráfico 13)

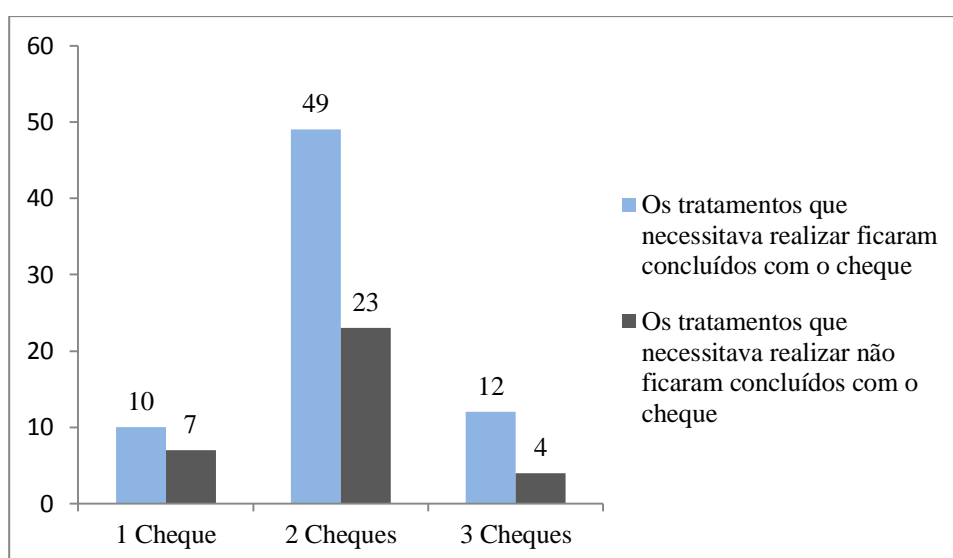


Gráfico 13 - Número de cheques e a conclusão dos tratamentos.

Dos beneficiários que tiveram direito a 1 cheque-dentista, 76,5% afirmaram ter existido tratamentos a realizar após a utilização do mesmo, enquanto dos que tiveram direito a 2 cheques a percentagem foi de 52,8%. Em comparação, a menor percentagem de tratamentos existentes após as consultas no âmbito do programa foi encontrada nos utentes que beneficiaram de 3 cheques (37,5%). (Gráfico 14)

Em proporção, quanto maior o número de cheques-dentista utilizados pelos beneficiários, menor é a percentagem de tratamentos a realizar após a utilização dos mesmos. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=5,254$   $p=0.072$ ). (Gráfico 14)

Utilização do “cheque-dentista” por parte de crianças de 10 e 13 anos no ano letivo 2013/2014 em duas escolas no agrupamento de Vizela

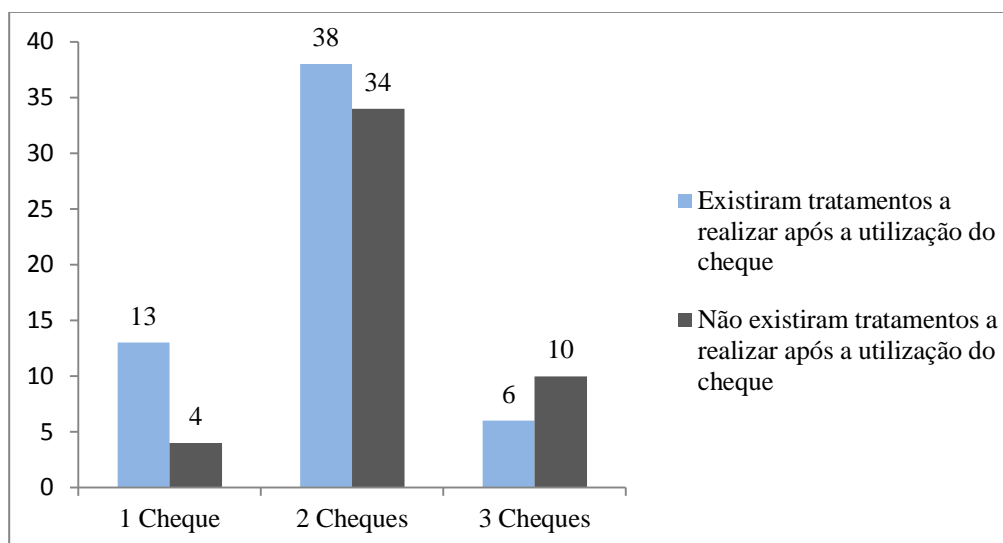


Gráfico 14 - Número de cheques e a existência de tratamentos após a sua utilização.

Dos utentes que afirmaram ter beneficiado de 1 cheque-dentista, 52,9% referiram não ter realizado tratamentos fora do programa, a percentagem para os que tiveram direito a 2 cheques foi de 54,2%, sendo que em comparação a maior percentagem foi encontrada nos utentes que tiveram direito a 3 cheques (62,5%). Não havendo diferenças estatísticas significativas ( $p=0.814$ ,  $\chi^2= 0.411$ ). (Gráfico 15)

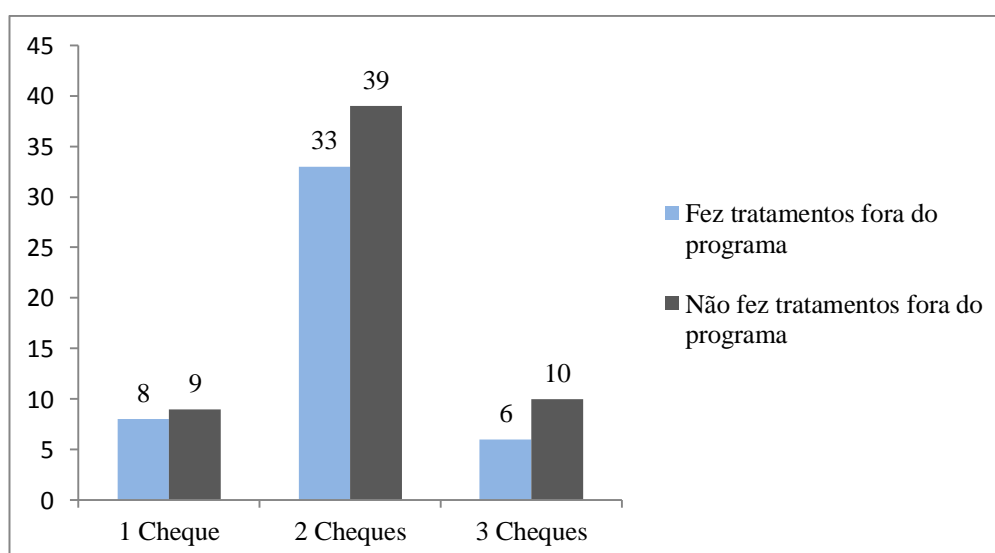


Gráfico 15- Número de cheques e a realização de tratamentos fora do programa.

### **II.14.3 – Discussão dos resultados relativos aos beneficiários que não deram utilidade ao cheque dentista**

É importante salientar os motivos pela qual 13,9% da população abrangida pelo PNPSO analisada neste estudo, não deu utilidade ao programa. Dessa forma, os motivos referidos pelos inquiridos para a não utilização dos cheques-dentista foram os seguintes:

- 5 responderam que não tiveram oportunidade.
- 5 referiram esquecimento/ não ter precisado, mencionando também que quando necessitaram já tinha passado a validade.
- 3 mencionaram não ter necessitado, sendo que um deles especificou dizendo que tinha seguro de saúde.
  - 3 respostas singulares foram dadas, sendo elas: “disseram-me que não dava para tratar dentes de leite”; “perdi-o”; “não recebi”. Um inquirido não preencheu esta resposta.

Os motivos para a não utilização encontram-se na sua maioria diretamente relacionados com os responsáveis das crianças. Os 16 inquiridos que justificaram a não utilização do cheque-dentista tinham conhecimento do programa, e sabiam que o seu educando era abrangido pelo mesmo. Ações de promoção de saúde oral que englobem os responsáveis podem permitir uma maior compreensão das necessidades dos seus educandos.

Uma das medidas suplementares para resolver esta situação poderá passar pela comunicação do gestor local de saúde oral com os responsáveis dos beneficiários (para o qual foram emitidos documentos não utilizados), com a intenção de os sensibilizar para a importância da saúde oral e alertar sobre o prazo de validade dos documentos, uma vez que este poderá caducar.

Na amostra relativa aos beneficiários que não utilizaram o cheque-dentista, 21,4% afirmaram que o seu educando nunca tinha tido uma consulta de medicina dentária, enquanto para aqueles que utilizaram o cheque-dentista a percentagem foi de 13,0%. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas ( $p=0.412$ ).

É de salientar que quando questionados se fizeram tratamentos fora do programa, 52,9% dos inquiridos que não utilizaram o cheque-dentista responderam de forma negativa. O que corresponde a um grupo de 9 crianças que não realizou qualquer tratamento dentário, dos quais 3 nunca tiveram uma consulta de medicina dentária.

Seria de esperar que este grupo recorresse a mais consultas fora do programa em relação ao grupo que utilizou os cheques-dentista, facto que não se verificou (55,2%). Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas. ( $\chi^2=0.031$   $p=0.860$ )

Em relação ao objetivo do PNPSO, dos beneficiários utilizadores, 15,2% responderam que apenas serve para tratar doenças orais pré-existentes, enquanto nos beneficiários que não utilizaram o cheque dentista a mesma resposta foi dada em 23,5% dos casos. Não foi encontrada uma diferença estatística significativa. ( $p=0.478$ )

Quanto às perguntas “No futuro irá utilizar o cheque dentista a que possa ter direito?” e “Acha que o cheque dentista é um incentivo para os cuidados de saúde oral?”, a totalidade da amostra correspondente aos beneficiários não utilizadores respondeu que “sim”.

### **III – Conclusão**

Investimentos em cuidados apropriados de saúde oral nas crianças e jovens levam a ganhos na saúde geral ao longo das suas vidas, desta forma a criação de programas que sejam ativos nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam são imprescindíveis. Foi neste contexto que surgiu o PNPSO, com o intuito de melhorar os conhecimentos/comportamentos sobre saúde oral e promover a equidade na prestação de cuidados e assim prevenir/tratar doenças orais.

Pela análise dos dados relativos ao estudo, foi possível verificar que a escola foi o meio mais eficaz na divulgação do programa, sendo que 90,2% dos utentes a referiram nas suas respostas. Desta forma, a escola pode ser considerada como um fator facilitador para a utilização do cheque-dentista.

Em relação ao que levou os utentes a escolher o profissional aderente ao PNPSO, pode se salientar que o conhecimento prévio do médico dentista representou a maioria das respostas (57,9%), podendo ser considerado um fator facilitador para a utilização do cheque-dentista.

No que diz respeito á utilização dos documentos no âmbito do PNPSO, 88,5% dos beneficiários referiu ter utilizado o cheque-dentista a que teve direito, desses, 99,0% afirmaram ficar satisfeitos com os cuidados prestados pelo médico dentista, e com as condições do consultório. Dentro deste grupo de beneficiários utilizadores, 98,1% revelaram não terem existido problemas após as consultas no âmbito do programa, 92,4 % referiu ter beneficiado com a utilização dos cheques-dentista e 97,1% afirmaram que estes são um incentivo para cuidados de saúde oral. Estes números mostram que os serviços prestados pelo PNPSO estão a ter um impacto positivo na saúde oral destes utentes.

Em relação à conclusão dos tratamentos, 67,6% dos utentes que deram uso aos documentos relativos ao PNPSO, referiram ter finalizado os tratamentos que necessitavam. Para os restantes, a inclusão de novos objetivos terapêuticos no programa seria bem-vinda, dado que os motivos para a não conclusão dos tratamentos necessários estão relacionados com procedimentos não abrangidos pelo PNPSO.

Foi possível observar que mesmo com a necessidade de tratamentos posteriores à utilização do cheque-dentista, 19,0% dos beneficiários utilizadores apenas realizaram os tratamentos que estavam incluídos no programa. Isto demonstra a importância do PNPSO e a sua influência na saúde oral destes utentes.

De acordo com a informação recolhida, os motivos para a não utilização do cheque-dentista encontram-se, na sua maioria, diretamente relacionados com os responsáveis das crianças, mostrando falta de prioridade em relação à prevenção de doenças orais e aos cuidados de saúde oral dos seus educandos. Isto demonstra a importância de ações de promoção de saúde que englobem os responsáveis, para desta forma permitir-lhes uma maior compreensão das necessidades dos seus educandos, e assim intervir com eficácia para aumentar os níveis de literacia da saúde e diminuir a incidência de doenças orais.

De acordo com os resultados observados, casos de insatisfação ou falhas na perceção dos benefícios em relação ao programa representaram uma minoria, sendo que uma grande parte dos utentes demonstrou aprovação e satisfação em relação ao PNPSO.

Na totalidade da amostra, à exceção de uma resposta, todos mencionaram que no futuro irão utilizar os cheques-dentista a que possam ter direito.

Desta forma é importante referir que para que haja uma melhoria na educação, promoção de saúde oral e prevenção de doenças, é essencial que ocorra um desenvolvimento dinâmico do PNPSO que acompanhe as necessidades dos beneficiários. O sucesso do programa deve ser acompanhado de uma evolução que tenha como objetivo a equidade na prestação de cuidados de saúde oral.

Pode-se salientar que uma maior representação da população analisada neste estudo seria uma mais-valia, sendo que dessa forma poderiam ser extraídos resultados mais significativos que pudessem melhorar a precisão das conclusões relativas às determinantes associadas à utilização do cheque-dentista.

### III – Bibliografia

Amorim, P. Cárie Dentária em Portugal. [Tese de Licenciatura]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2009.

Areias, C. *et alii.* (2009). Saúde oral em pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40 (3), pp.126-132.

Castilho, A. *et alii.* (2013). Influence of family environment on children’s oral health: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 89 (2), 116–123.

Castro, D. Vacina da Cárie Dentária. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2012.

Castro, E. Programa de Saúde Oral: Evolução, Instrumentos e Resultados. [Tese de Mestrado]. Braga: Universidade do Minho; 2012.

Castro, L. (2009). Saúde Comunitária- Análise Multidisciplinar da Condição oral de crianças em Idade Escolar: Perspectiva Clínica e Microbiológica. Tese de licenciatura, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, pp 1-62.

Direcção-Geral de Saúde. (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Direcção Geral de Saúde, Circular Normativa nº1/DSE, pp. 1-49.

Direcção-Geral de Saúde. (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e Termos de Referência para a Contratualização*. Direcção Geral de Saúde, Circular Normativa n.º 11/DSE, pp. 1-9.

Direcção-Geral de Saúde. (2008). *Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Oraís*, Lisboa. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Direcção Geral de Saúde pp. 1-124.

Direcção-Geral de Saúde. (2009). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: Normalização de procedimentos*. Direcção Geral de Saúde, Circular Normativa nº 02/DSPPS/DCVAE, pp. 1-20.

Direcção-Geral de Saúde. (2009). *Saúde Oral e Normalização de procedimentos para a emissão de cheques-dentista e documentos de referência para higienista oral*. Direcção Geral de Saúde, Circular Informativa nº 07/DSPPS/DCVAE, pp. 1-16.

Direcção-Geral de Saúde. (2011). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Plano B*. Direcção Geral de Saúde, Orientação nº7, pp. 1-83.

Direcção-Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Norma da Direcção Geral de Educação nº15, pp 1-110.

ERS. (2014). *Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral*. Porto, Entidade Reguladora da Saúde.

Figueiredo, J. Hábitos e conhecimentos de saúde oral dos alunos (5º ano ao 9º ano) e percepção dos mesmos por parte dos seus responsáveis. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2014.

Firmino, A. Comparação entre sistemas de saúde oral de 8 países da União Europeia e intervenções por estes desenvolvidas no seguimento das linhas de atuação definidas pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2020. [Tese de Mestrado]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2014.

Gomes, V. Microflora Oral e Risco de Doenças Oraís numa Amostra de Crianças Portuguesas. [Tese de Mestrado]. Viseu: Universidade Católica Portuguesa; 2014.

Gonçalves, J. Avaliação do risco de cárie dentária em crianças com 6 anos de idade no âmbito do programa nacional de promoção da saúde oral. [Tese de Mestrado]. Viseu: Universidade Católica Portuguesa; 2014.

Grade, M. A Satisfação das Grávidas e Médicos Dentista no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2013.

Guedes, A. Hábitos Alimentares e Saúde Oral das Crianças. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2012.

Kwan, S. *et alii.* (2005). *Health – promoting schools: an opportunity for oral health promotion.*, 83(9), pp.667-685.

Kumar, S., Kroon, J. e Lalloo, R. (2014). *A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children’s oral health related quality of life.* Gold Coast, Australia, Health and Quality of Life Outcomes.

Kwan, S., Petersen P. (2010). *Oral health: equity and social determinants.* Equity, social determinants and public health programmes - the case of oral health. Genebra. World Health Organization, pp. 159-177.

Lima, J. (2007). Cárie Dentária: um novo conceito, *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 12 (6), pp. 119-130.

Locker, D. (1997). *Concepts of oral health, disease and the quality of life.* Measuring oral health and quality of life. University of North Carolina, Department of Dental Ecology: Chapel Hill, pp. 11-23.

Lopes, P. Estilos de vida e prevenção primária na saúde oral em ambiente escolar. [Tese de Mestrado]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2012.

Lourenço, L. Hiperplasia gengival Medicamentosa em Odontopediatria. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2013.

Melo, P., Azevedo, A. e Henriques, M. (2008). Cárie dentária - a doença antes da cavidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 39 (6), pp. 253-259.

Melo, P., Domingues, J. e Teixeira, L. (2006). A importância do despiste precoce de cárie dentária. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22 (3), pp. 357-366.

Navarro, M., Modena, K. e Bresciani, E. (2012). *Social disparity and oral health.* São Paulo, Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 26 (1), pp. 17-24.

Ordem dos Médicos Dentistas. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar.* Porto, OMD.

Ordem dos Médicos Dentistas. (2015). *Os Números da Ordem 2015.* OMD.

Ordem dos Médicos Dentistas (2015). OMD saúda abertura do Governo para alargar cheque dentista até aos 18 anos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ond.pt/noticias/2015/03/cheque-dentista-alargamento/>>. [Consultado em 18/04/2015].

Pereira, C. *et alii.* (2013). Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Revista portuguesa de saúde pública*; 31(2): 158-165.

Petersen, P. (2003). *The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Genebra, World Health Organization.

Petersen, P. *et alii.* (2005). *The Global burden of oral diseases and risks to oral health*. Bulletin of the World Health Organization, 83(9) pp.661-669.

Pires, I. A influência da saúde oral na qualidade de vida. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto; 2009.

Rodrigues, C. Comportamentos, hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças: percepção dos pais/encarregados de educação [Tese de Mestrado]. Lisboa: Universidade Aberta; 2008.

Soares, D. *et alii.* (2009). Doenças da gengiva e periodonto em crianças e adolescentes. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40 (1), pp. 23-29.

Sousa, M. Saúde oral, hábitos alimentares, hábitos de sono e actividade física em crianças e adolescentes portugueses. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2014.

Teixeira, P. Comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes de áreas rurais e urbanas. [Tese de Mestrado]. Viseu: Universidade Católica; 2012.

Üstün B., Jakob R. (2005). Re-defining ‘Health’, 83(11). [Em linha]. Disponível em <[http://www.who.int/bulletin/bulletin\\_board/83/ustun11051/en/](http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/)> [Consultado em 07/04/2015].

Vieira, T., Péret, A., Filho, L. (2010) Alterações periodontais associadas às doenças sistêmicas em crianças e adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*; 28(2): pp.237-43.

Vilela, J. Comparação de Comportamentos de Saúde Oral em Crianças. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2014.

WHO (2012). Oral Health. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>>. [Consultado em 10/04/2015].

WHO (2015). Health. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>>. [Consultado em 05/04/2015].

WHO (2015). The Objectives of the WHO Global Oral Health Programme. [Em linha]. Disponível em <[http://www.who.int/oral\\_health/objectives/en/](http://www.who.int/oral_health/objectives/en/)>. [Consultado em 15/04/2015].

**Anexo I – Inquérito administrado aos responsáveis dos beneficiários.**

## **Estudo de Avaliação sobre:**

“A utilização do “cheque-dentista” por parte de crianças de 10 e 13 anos no ano letivo 2013/2014 em duas escolas no agrupamento de Vizela.”

Sou aluno da Universidade Fernando Pessoa no Porto, e neste momento encontro-me a realizar a minha Dissertação do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, orientado pela Professora de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária da FCS-UFP (Helena Neves).

O principal objetivo deste trabalho é avaliar as determinantes associadas à utilização do cheque-dentista, avaliar a existência de fatores facilitadores ou de dificuldade na utilização do cheque-dentista e recolher a opinião dos inquiridos sobre o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.

O seu contributo é muito importante para os objetivos deste trabalho, desde já agradeço a sua ajuda e participação.

Note-se que a sua participação no estudo é voluntária e não existem respostas certas ou erradas, apenas interessa a perceção das opiniões dos Encarregados de Educação de alunos que no passado ano letivo foram contemplados com cheque-dentista. Todos os dados serão tratados de forma confidencial e desde já agradeço total sinceridade nas respostas.

Esta página será separada dos inquéritos antes da respetiva análise para garantir total confidencialidade.

Este questionário destina-se aos responsáveis dos alunos que no ano 2013/2014 tiveram direito ao cheque-dentista.

Assinatura do responsável do aluno, a declarar que leu e percebeu a explicação e aceita participar no estudo:

---

Encarregado de educação de \_\_\_\_\_

Para qualquer informação complementar relacionada com este inquérito o responsável do mesmo é: João Pedro Freitas. Endereço e contacto da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde: Rua Carlos da Maia, 296 | 4200-150 Porto. 225074630

O questionário é constituído por 15 questões. E todas elas são dirigidas à utilização do cheque dentista por parte do seu educando.

A participação no estudo é voluntária e toda informação fornecida é confidencial.

Agradeço a disponibilidade e colaboração neste estudo.

Ano de nascimento do aluno: \_\_\_\_\_

1- Utilizou o cheque-dentista a que tinha direito?

a) Sim

b) Não

Se não, porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2- O seu educando já tinha tido alguma consulta de Medicina Dentária?

a) Sim

b) Não

Se sim, sabe se o seu médico dentista estava incluído no programa cheque-dentista?

a) Sim

b) Não

3- Como teve conhecimento do cheque-dentista?

a) Médico Família/Centro de Saúde

b) Médico Dentista

c) Amigo/Família

d) Media

e) Escola

f) Outros: \_\_\_\_\_

4- O acesso ao Médico Dentista, incluído no cheque-dentista, foi-lhe fácil?

a) Sim

b) Não

Se não,

Porquê? \_\_\_\_\_

5- O que o levou a escolher o Médico Dentista ou as instalações onde os tratamentos foram realizados?

a) Distância /Deslocação

b) Conhecimento prévio do médico dentista

c) Conselho de amigo ou familiar

d) Sem razão em particular

6- Ficou satisfeito/a com as condições (Higieno-Sanitárias) do Consultório/Clínica?

a) Sim

b) Não

Ficou satisfeito/a com os serviços prestados pelo médico dentista/médico estomatologista?

a) Sim

b) Não

7- Os tratamentos que necessitava realizar ficaram concluídos com a utilização do(s) cheque(s) dentista?

a) Sim

b) Não

Se Não, Porquê? \_\_\_\_\_

8- Sabe quanto(s) cheque(s)-dentista teve direito?

a) Um

b) Dois

c) Três

9- Fez tratamentos que não estavam incluídos no cheque-dentista?

a) Sim

b) Não

10- Ocorreram problemas após os tratamentos realizados com o cheque-dentista?

a) Sim

b) Não

Se Sim, qual/quais?

---

E o Médico Dentista deu-lhe assistência nesses tratamentos?

a) Sim

b) Não

Esses tratamentos foram gratuitos?

a) Sim

b) Não

11- Existiram tratamentos a realizar após a utilização do cheque-dentista?

a) Sim

b) Não

12- Acha que o cheque dentista tem como objetivo promover a prevenção de doenças orais futuras? Ou acha que o cheque-dentista só serve para tratar doenças orais já existentes?

a) Tem como objetivo promover a prevenção de doenças orais futuras

b) Só serve para tratar doenças orais já existentes

13- Acha que o cheque-dentista é um incentivo para os Cuidados na Saúde Oral?

a) Sim

b) Não

14- Acha que beneficiou de alguma forma com a utilização do cheque-dentista?

a) Sim

b) Não

15- No futuro irá utilizar o cheque-dentista a que possa ter direito?

a) Sim

b) Não

**Anexo II – Autorização para colheita de dados por parte dos Diretores  
Pedagógicos.**

## **Autorização para colheita de dados por parte dos Diretores Pedagógicos**

O meu nome é João Pedro da Silva Castro Faria de Freitas, sou aluno da Universidade Fernando Pessoa no Porto, e neste momento encontro-me a realizar a minha Dissertação do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, cujo tema é “A utilização do “cheque dentista” por parte de crianças de 10 e 13 anos no ano letivo 2013/2014 em duas escolas do agrupamento de Vizela”, orientado pela Professora de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária da FCS-UEP (Helena Neves).

Venho por este meio, solicitar a Vossa Exa. a autorização para realizar no Instituto Silva Monteiro/Colégio de Vizela o estudo de investigação acima mencionado, de acordo com os objetivos do estudo e instrumentos de colheita de dados.

**Objetivos do estudo:** avaliar as determinantes associadas à utilização do cheque dentista, como a existência de fatores facilitadores ou de dificuldade na utilização do mesmo. Pretende-se também tirar conclusões sobre os motivos que possam levar à não utilização do cheque-dentista, e recolher a opinião dos inquiridos sobre o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral e a influência deste na saúde oral dos seus utentes.

**Método de recolha de dados:** entrevista sob a forma de inquérito por escrito.

**População alvo:** responsáveis dos alunos de 10 e 13 anos abrangidos pelo PNPSO que no ano letivo 2013/2014 frequentaram o Instituto Silva Monteiro/ Colégio de Vizela.

Note-se que a informação a disponibilizar aos participantes do projeto de investigação será entregue sob a forma de consentimento informado por escrito que contempla, obrigatoriamente, em linguagem acessível os itens abaixo indicados:

- Identificação do projeto de investigação;
- Objetivo do projeto de investigação;
- Metodologia (resumida) a utilizar;
- Voluntariedade da participação no projeto de investigação;
- Independência na resposta;
- Garantia de privacidade e total confidencialidade;

O questionário será entregue aos participantes em anexo com o consentimento informado. Note-se que de forma a assegurar total anonimato e confidencialidade a página relativa ao consentimento informado será separada do questionário antes da análise do mesmo, e terminada a pesquisa serão eliminados todos os documentos.

Eu, \_\_\_\_\_  
declaro que a instituição do qual sou Diretor Pedagógico é uma Instituição Particular e como tal a autorização para entrega do questionário e recolha de dados tem que ser dada pelo diretor pedagógico. Compreendi os objetivos do estudo, e o método de colheita de dados, e como tal autorizo a entrega do questionário na instituição: \_\_\_\_\_  
(nome da Instituição).

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Diretor Pedagógico)