



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

IMPACTO NO CONTEXTO NACIONAL DAS DIRETRIZES INTERNACIONAIS NA GESTÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA ORAL: SCOPING REVIEW

[Impact of International Guidelines in the National Context on the Management and Policies of Public Oral Health: A Scoping Review]

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Miguel Costa Ferreira

Orientadores:

Professor Doutor Tiago Taveira-Gomes

Professor José Frias Bulhosa

Outubro 2025

**IMPACTO NO CONTEXTO NACIONAL DAS DIRETRIZES
INTERNACIONAIS NA GESTÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE
PÚBLICA ORAL: SCOPING REVIEW**

[Impact of International Guidelines in the National Context on the Management and Policies of Public Oral Health: A Scoping Review]

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Miguel Costa Ferreira

Orientadores:

Professor Doutor Tiago Taveira-Gomes

Professor José Frias Bulhosa

Setembro 2025

A maior glória em viver
não está em nunca cair,
mas em levantar-me
cada vez que caio.

A pedra no caminho,
muitas vezes, é quem me faz seguir.
O obstáculo?
É o próprio caminho a abrir.

Nunca saberei do que sou capaz
até tentar.
O sucesso?
É ir de fracasso em fracasso
em perder o entusiasmo de recomeçar.

O valor da vida
não está na sua duração,
mas na forma como a escolho usar.

A gestão eficaz é fazer o que é certo.
A liderança eficaz?
É fazer o certo pelas razões certas.

O maior perigo
não é ter um sonho alto e falhar,
é ter um sonho pequeno e lá chegar.

Quem tem um porquê para viver,
suporta qualquer como.

A coragem não é ausência de medo —
é enfrentá-lo, é atravessá-lo.

As dificuldades preparam
pessoas comuns
para destinos extraordinários.

E ninguém descobre novos oceanos
sem coragem de perder a costa de vista.

Por isso, caio, levanto-me,
tento, erro, insisto.
E nesse caminho imperfeito,
encontre-me.

Agradecimentos

À Universidade Fernando Pessoa, expresso o meu mais sincero reconhecimento pelo ambiente académico inspirador e pela formação de excelência que me proporcionou. Foi nesta instituição que encontrei as bases científicas e humanas que sustentam o percurso académico que agora concluo. A sua missão, sustentada pelo lema *Nova et Nove* — inovar no conhecimento e nos métodos de ensinar — esteve presente em cada etapa da minha formação e guiou-me na construção deste trabalho com rigor, sentido crítico e espírito de inovação.

Aos meus orientadores, Professor Doutor Tiago Taveira-Gomes e Professor José Frias Bulhosa, agradeço a orientação rigorosa, de excelência, o incentivo constante e a confiança depositada. A vossa orientação foi essencial para o amadurecimento científico e académico que alcancei neste percurso.

À minha mãe Gabriela e ao meu pai Mário, agradeço por me ensinarem o valor da disciplina, da persistência e da humildade. O vosso amor incondicional, apoio inabalável e esforço incansável foram a base sólida que sustentou cada conquista minha (e vossa também!). O vosso passarinho saiu do ninho!

Às minhas avós Zulmira e Maria José, pilares de sabedoria e ternura, deixo um profundo agradecimento. Os vossos ensinamentos, histórias e carinho moldaram a pessoa que sou e foram inspiração em momentos de dúvida. A todos os almoços que sempre fizeram com amor e carinho para o vosso neto que esteve longe. Uma palavra sentida para o meu avô Celestino, que já não está fisicamente presente, mas cuja presença sinto todos os dias. A sua memória e o seu exemplo de vida acompanham-me e deram-me força para chegar até aqui.

À minha tia Margarida e aos meus primos João, Nuno, Roberto e Rogério, agradeço pelo carinho sincero e pelas palavras de incentivo sempre que precisei. A vossa presença constante, mesmo à distância, foi sempre sentida e valorizada.

À Família Reis, Rui, Paula, Filipa, que me acolheu como um dos seus, deixo um agradecimento comovido. Uma segunda casa quando mais precisei, uma fonte de equilíbrio e afeto, desde muito pequeno, todos os verões. E não podia deixar de mencionar o Filipe, o irmão que a vida me deu, presença constante, sempre disposto a ajudar, com a serenidade de quem acredita que tudo se resolve. O meu muito obrigado por fazeres parte da minha vida.

Aos meus amigos de longa data, verdadeiros amigos para vida, o Ricardo e o Gustavo, agradeço por caminharem ao meu lado em todas as fases da vida. A vossa amizade é uma das maiores bênçãos que levo comigo, mesmo que não falemos a tempo inteiro, sei que a nossa conexão nunca se perde.

Aos amigos da faculdade, Rui, Henrique, Tiago, Christophe, Beatriz, Bárbara, Raquel, Sofia D., Sofia F., Patrícia, Ana Patrícia, Eduarda, com quem partilhei noites de estudo (e não só), conquistas e desafios, agradeço pela camaradagem, pelo companheirismo e pelas memórias que ficarão para sempre. Foram momentos de riso e de choro; entrei sem vos conhecer, saio com amigos para a vida!

Aos amigos da minha cidade, Henrique, Gonçalo, Simão, Rodrigo, Diogo F., Diogo V., Carolina, que mesmo longe nunca deixaram de estar presentes, agradeço por manterem viva a minha essência, por me lembrarem sempre de onde venho e por todos os momentos que partilhamos sempre que nos reencontramos.

Por fim, a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este fim de curso fosse possível, e que, de alguma forma, marcaram o meu caminho, deixo o meu profundo e sentido agradecimento.

Resumo

Introdução: A saúde oral é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como parte integrante da saúde geral e do bem-estar, mas continua marcada por desigualdades no acesso a cuidados. Nos últimos anos, várias diretrizes internacionais, incluindo a Estratégia Global da OMS em Saúde Oral 2023–2030, a *Vision 2030* da Federação Dentária Internacional (FDI) e relatórios da União Europeia/OCDE, enfatizaram a necessidade de integrar a saúde oral nos sistemas universais de saúde. Em Portugal, apesar da existência de programas como o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) e o Cheque-Dentista, subsistem lacunas de cobertura e proteção financeira. Neste contexto, torna-se relevante mapear de que forma as orientações internacionais têm influenciado a formulação de políticas nacionais de saúde oral.

Objetivos: O objetivo desta scoping review foi mapear, sintetizar e analisar criticamente a evidência disponível sobre o impacto das diretrizes internacionais de saúde oral (OMS, FDI e União Europeia/OCDE) na gestão e formulação de políticas públicas em Portugal, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), identificando avanços, desafios e lacunas na sua integração.

Métodos: A revisão foi conduzida de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) e com as recomendações do PRISMA-ScR, utilizando o modelo PCC: População - políticas e programas de saúde oral no SNS português; Conceito - diretrizes internacionais em saúde oral; Contexto - políticas públicas nacionais. Foram pesquisadas as bases PubMed/MEDLINE, SciELO, CINAHL e Web of Science, complementadas por literatura cinzenta e pesquisa manual (2000–2025). Após triagem e leitura integral, foram incluídos 30 documentos, entre artigos científicos, estudos observacionais, relatórios institucionais, declarações e estratégias internacionais.

Resultados: A análise identificou cinco eixos centrais: (i) impacto de programas nacionais (PNPSO, Cheque-Dentista), que demonstraram melhorias nos indicadores infantis mas cobertura limitada em adultos e idosos; (ii) desigualdades de acesso, com elevado peso de pagamentos diretos e necessidades não satisfeitas acima da média da UE; (iii) fragilidades na monitorização estatística e ausência de indicadores harmonizados; (iv) posição intermédia de Portugal em comparação internacional, mais próximo dos padrões do sul europeu do que dos modelos universalistas nórdicos; e (v) alinhamento formal com metas internacionais, embora a implementação prática se mantenha parcial e fragmentada.

Conclusão: Esta scoping review mostra que Portugal tem traduzido parcialmente as recomendações internacionais em políticas públicas de saúde oral, alcançando progressos em saúde infantil, mas mantendo desafios significativos de equidade, financiamento e integração nos cuidados primários. As principais lacunas identificadas incluem a escassez de evidência científica independente, a cobertura insuficiente de adultos e idosos, a fraca diversificação da força de trabalho e a ausência de mecanismos robustos de avaliação de impacto. Perspetivas futuras apontam para a necessidade de expandir a cobertura estatutária a grupos atualmente excluídos, reforçar estratégias preventivas universais, harmonizar indicadores com a OMS/UE, diversificar a força de trabalho e institucionalizar avaliações baseadas em evidência. Estes avanços são essenciais para que Portugal alinhe plenamente a sua política de saúde oral com os princípios da Cobertura Universal em Saúde e reduza desigualdades persistentes no acesso a cuidados.

Palavras-chave: Saúde Oral; Políticas de Saúde Oral; Políticas de Saúde; Diretrizes Internacionais; OMS; Portugal

Impacto no Contexto Nacional das Diretrizes Internacionais na Gestão e Políticas de Saúde Pública Oral:
Scoping Review

Abstract

Background: Oral health is recognized by the World Health Organization (WHO) as an integral part of overall health and well-being, but it remains marked by inequalities in access to care. In recent years, several international guidelines - including the WHO Global Oral Health Strategy 2023–2030, the Federation Dentaire Internationale (FDI) *Vision 2030*, and reports from the European Union/OECD - have emphasized the need to integrate oral health into universal health systems. In Portugal, despite the existence of programs such as the National Oral Health Promotion Program (PNPSO) and the Dental Voucher scheme, significant gaps in coverage and financial protection persist. In this context, it is relevant to map how international guidelines have influenced the development of national oral health policies.

Objectives: The aim of this scoping review was to map, synthesize, and critically analyze the available evidence on the impact of international oral health guidelines (WHO, FDI, and European Union/OECD) on the management and formulation of public policies in Portugal, within the framework of the National Health Service (SNS), identifying advances, challenges, and gaps in their integration.

Methods: The review was conducted according to the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology and the PRISMA-ScR reporting guidelines, using the PCC model: Population – oral health policies and programs in the Portuguese NHS; Concept – international oral health guidelines; Context – national public health policies. Searches were conducted in PubMed/MEDLINE, SciELO, CINAHL, and Web of Science, complemented by grey literature and manual searches (2000–2025). After screening and full-text reading, 30 documents were included, comprising scientific articles, observational studies, institutional reports, declarations, and international strategies.

Results: The analysis identified five central axes: (i) impact of national programs (PNPSO, Dental Voucher), which demonstrated improvements in child oral health indicators but limited coverage for adults and older adults; (ii) access inequalities, with a high burden of out-of-pocket payments and unmet dental care needs above the EU average; (iii) weaknesses in statistical monitoring and the absence of harmonized indicators; (iv) Portugal's intermediate position in international comparison, closer to Southern European patterns than to universalist Northern models; and (v) formal alignment with international goals, although practical implementation remains partial and fragmented. **Conclusion:** This scoping review shows that Portugal has partially translated international recommendations into public oral health policies, achieving progress in child oral health but facing significant challenges in equity, financing, and integration into primary care. The main gaps identified include the lack of independent scientific evidence, insufficient coverage for adults and older adults, limited workforce diversification, and the absence of robust impact assessment mechanisms. Future perspectives highlight the need to expand statutory coverage to currently excluded groups, strengthen universal preventive strategies, harmonize indicators with WHO/EU, diversify the workforce, and institutionalize evidence-based evaluations. These advances are essential for Portugal to fully align its oral health policy with the principles of Universal Health Coverage and reduce persistent inequalities in access to care.

Keywords: Oral Health; Oral Public Policy; Health Policy; International Guidelines; WHO; Portugal

Impacto no Contexto Nacional das Diretrizes Internacionais na Gestão e Políticas de Saúde Pública Oral:
Scoping Review

Índice

| | |
|--|-----------|
| Índice..... | V |
| Índice de gráficos..... | IX |
| Índice de quadros..... | XI |
| Índice de tabelas..... | XIII |
| 1 Introdução | 1 |
| 1.1 Enquadramento teórico..... | 1 |
| 1.1.1 Acesso universal a cuidados de saúde oral | 1 |
| 1.1.2 Equidade em saúde oral | 5 |
| 1.1.3 Prevenção e promoção da saúde | 6 |
| 1.1.4 Integração nos cuidados de saúde primários..... | 7 |
| 1.1.5 Governança e desenvolvimento da força de trabalho | 7 |
| 1.2 Diretrizes Internacionais em saúde oral..... | 8 |
| 1.2.1 Organização Mundial da Saúde (OMS)..... | 8 |
| 1.2.2 Federação Dentária Internacional (FDI) | 9 |
| 1.2.3 Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All | 9 |
| 1.3 Saúde oral no contexto europeu..... | 10 |
| 1.3.1 Panorama da saúde oral na Europa | 12 |
| 1.3.2 Desigualdades e acesso a cuidados | 15 |
| 1.3.3 Força de trabalho e organização dos serviços..... | 18 |
| 1.3.4 Prevenção e integração nos sistemas de saúde | 20 |
| 1.3.5 Considerações sobre o modelo europeu..... | 21 |
| 1.4 Saúde oral em Portugal..... | 22 |
| 1.4.1 Comparação de Portugal com outros países europeus nas políticas públicas e indicadores 25 | |
| 1.4.2 Desafios estruturais e situação atual | 26 |
| 1.4.3 Impacto das diretrizes internacionais no contexto português | 26 |
| 1.4.4 Estudo caso – Cheque-dentista | 27 |
| 1.5 Síntese da contextualização | 29 |
| 1.6 Objetivos da revisão | 30 |
| 1.6.1 Objetivo geral..... | 30 |
| 1.6.2 Objetivos específicos | 30 |
| 2 Materiais e Métodos | 31 |
| 2.1 Tipo de estudo..... | 31 |
| 2.2 Pergunta de investigação | 32 |
| 2.3 Palavras- chave / Keywords..... | 32 |
| 2.4 Estratégia de Pesquisa | 34 |
| 2.5 Critérios de Seleção | 34 |
| 2.5.1 Critérios de Inclusão | 34 |
| 2.5.2 Critérios de Exclusão | 34 |
| 2.5.3 Seleção dos artigos..... | 35 |
| 3 Resultados..... | 37 |
| 3.1 Seleção dos estudos e diagrama de fluxo | 37 |

Impacto no Contexto Nacional das Diretrizes Internacionais na Gestão e Políticas de Saúde Pública Oral:
Scoping Review

| | | |
|-----------------------|--|-----------|
| 3.2 | Resultados da extração de dados | 39 |
| 3.2.1 | Distribuição temporal das publicações | 40 |
| 3.2.2 | Tipologia dos estudos..... | 41 |
| 3.2.3 | Eixos temáticos principais | 44 |
| 4 | Discussão..... | 50 |
| 4.1 | Síntese dos principais achados | 50 |
| 4.2 | Comparação com a literatura e diretrizes internacionais..... | 53 |
| 4.3 | Lacunas identificadas | 55 |
| 4.4 | Implicações para políticas e prática..... | 57 |
| 4.5 | Limitações do estudo | 58 |
| 4.6 | Perspetivas futuras..... | 59 |
| 5 | Conclusão | 62 |
| Anexos..... | | 1 |
| | Anexo A- Resolution WHA74.5: Oral health. Seventy-fourth World Health Assembly..... | 1 |
| | Anexo B- OCDE (2023). Health at a Glance 2023: Highlights for Portugal | 7 |
| | Anexo C- Portaria n.º 301/2009 do Decreto-Lei n.º 252/2007 | 9 |
| | Anexo D- Despacho n.º 8591-A/2016, de 1 de julho | 11 |
| | Anexo E- Despacho n.º12889/2015, de 13 de novembro..... | 13 |
| | Anexo F- Decreto-Lei n.º 37/2024, de 28 de maio..... | 15 |
| | Anexo G- Algoritmo de pesquisa- base de dados..... | 17 |
| Apêndices..... | | 19 |
| | Apêndice A- Necessidades não satisfeitas de exames médicos e dentários por razões financeiras, geográficas ou de tempo de espera, 2023. | 19 |
| | Apêndice B- Descrição da cobertura estatutária para cuidados dentários..... | 21 |
| | Apêndice C- Caracterização geral dos estudos..... | 22 |
| | Apêndice D- Conteúdo e Contributo dos estudos | 27 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 <i>Gastos per capita em US\$ por país na região europeia (2019)</i> | 2 |
| Figura 2 <i>Mapa global da prevalência (A), incidência (C) e dalys (E) das doenças orais em 2021, e AAPCs na prevalência (B), incidência (D) e DALYs (F) entre 1990 e 2021.</i> | 3 |
| Figura 3 <i>Número previsto de casos e taxa padronizada por idade (ASR) da prevalência (A), incidência (B) e DALYs (C) das doenças orais em adolescentes e jovens adultos (10–24 anos) em 2050, a nível global.</i> | 4 |
| Figura 4 <i>Cobertura dos cuidados de saúde oral por categoria de cobertura estatutária na europa</i> . | 11 |
| Figura 5 <i>As três dimensões da cobertura universal de saúde (UHC)</i> | 17 |
| Figura 6 <i>Gabinetes de saúde oral, 2017</i> | 24 |
| Figura 7 <i>Fluxograma do processo de seleção dos documentos incluídos (PRISMA-ScR)</i> | 38 |

Impacto no Contexto Nacional das Diretrizes Internacionais na Gestão e Políticas de Saúde Pública Oral:
Scoping Review

Índice de gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 <i>Condições mais prevalentes na união europeia, 2019</i> | 12 |
| Gráfico 2 <i>Prevalência padronizada por idade das doenças orais na europa em %, 2019</i> | 13 |
| Gráfico 3 <i>Necessidades não satisfeitas em cuidados dentários, devido a razões financeira, listas longas de espera ou distância (Eurostat, 2024)</i> | 14 |
| Gráfico 4 <i>Participação das despesas médicas out-of-pocket (pagas diretamente pelos utentes) por serviços e bens, 2019</i> | 16 |
| Gráfico 5 <i>Médicos dentistas em exercício por 1000 habitantes, 2010 e 2022 (ou ano mais próximo)</i> | 18 |
| Gráfico 6 <i>Número de consultas de medicina dentária por pessoa, 2022 (ou ano mais próximo)</i> | 19 |
| Gráfico 7 <i>Distribuição de médicos dentistas a nível nacional e por regiões (nuts2), com a menor e a maior densidade por 100 000 habitantes, em 10 países europeus em 2015</i> | 20 |
| Gráfico 8 <i>Número total de consultas de saúde oral realizadas</i> | 23 |
| Gráfico 9 <i>Número de utentes referenciados para consultas de saúde oral</i> | 23 |
| Gráfico 10 <i>Principais motivos para reportar necessidades não satisfeitas em cuidados médicos, 2023 (ou ano mais próximo)</i> | 25 |
| Gráfico 11 <i>Distribuição temporal dos documentos incluídos (2012–2025)</i> | 40 |
| Gráfico 12 <i>Percentagem de dois grupos de documentos (2004-2019; 2021-2025)</i> | 41 |
| Gráfico 13 <i>Tipologia dos documentos incluídos na revisão</i> | 43 |
| Gráfico 14 <i>Percentagem da tipologia dos estudos</i> | 44 |
| Gráfico 15 <i>Frequência dos eixos temáticos principais identificados nos documentos incluídos</i> | 45 |
| Gráfico 16 <i>Frequência dos eixos temáticos abordados pelos documentos incluídos na revisão, ilustrando a predominância do impacto de programas nacionais e do alinhamento com metas internacionais</i> | 46 |

Impacto no Contexto Nacional das Diretrizes Internacionais na Gestão e Políticas de Saúde Pública Oral:
Scoping Review

Índice de quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 1 <i>Evolução do número de utentes SNS que beneficiaram do PNPSO</i> | 28 |
| Quadro 2 <i>Modelo PCC</i> | 32 |

Impacto no Contexto Nacional das Diretrizes Internacionais na Gestão e Políticas de Saúde Pública Oral:
Scoping Review

Índice de tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 <i>Custos diretos (despesas com tratamento) devido a condições orais em 2019 na região europeia</i> | 15 |
|--|----|

Impacto no Contexto Nacional das Diretrizes Internacionais na Gestão e Políticas de Saúde Pública Oral:
Scoping Review

Lista de Abreviaturas, Siglas, Acrónimos

- ACSS** — Administração Central do Sistema de Saúde
- CPOD** — Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
- CSP** — Cuidados de Saúde Primários
- DE-SNS** — Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde
- DGS** — Direção-Geral da Saúde
- EC** — Comissão Europeia (European Commission)
- ENPDO** — Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais
- ERS** — Entidade Reguladora da Saúde
- EU4Health** — Programa de Saúde da União Europeia
- FDI** — Fédération Dentaire Internationale / Federação Dentária Internacional
- GBD** — Global Burden of Disease
- INE** — Instituto Nacional de Estatística
- JBI** — Joanna Briggs Institute
- MeSH** — Medical Subject Headings
- MS** — Ministério da Saúde
- NCDs / DNTs** — Noncommunicable Diseases / Doenças Não Transmissíveis
- OCDE / OECD** — Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico / Organisation for Economic Co-operation and Development
- OMD** — Ordem dos Médicos Dentistas
- OMS / WHO** — Organização Mundial da Saúde / World Health Organization
- ONU / UN** — Organização das Nações Unidas / United Nations
- PaRIS** — Patient-Reported Indicator Surveys
- PCC** — População, Conceito e Contexto
- PNPSO** — Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
- PRISMA-ScR** — Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews
- PREMs** — Patient-Reported Experience Measures
- PROMs** — Patient-Reported Outcome Measures
- PRR** — Plano de Recuperação e Resiliência
- SNS** — Serviço Nacional de Saúde
- NHS** — National Health Service
- UHC** — Universal Health Coverage / Cobertura Universal em Saúde
- WHA** — World Health Assembly (Assembleia Mundial da Saúde)
- SISO** — Sistema Informático de Saúde Oral

1 Introdução

A saúde oral é parte integrante da saúde geral e do bem-estar e constitui um indicador relevante de desenvolvimento socioeconómico (WHO, 2022b). Globalmente, as doenças orais afetam cerca de 3,5 mil milhões de pessoas e estão associadas a custos diretos e indiretos expressivos (Jevdjevic & Listl, 2025). No espaço europeu, a elevada prevalência e as desigualdades no acesso reforçam a necessidade de políticas assentes em prevenção, integração nos cuidados primários e proteção financeira (OECD & European Commission, 2024). Dados mais recentes confirmam esta tendência: em 2024, 6,3% das pessoas com 16 ou mais anos na União Europeia que necessitaram de cuidados dentários relataram não os ter conseguido obter devido a razões financeiras, listas de espera prolongadas ou distância dos prestadores, segundo relatório publicado pela Eurostat em agosto de 2025 (Eurostat, 2025). Em Portugal, a cobertura pública permanece seletiva e grande parte do acesso ocorre no setor privado (Ministério da Saúde, 2018; OECD, 2023). Neste contexto, esta scoping review mapeia como as diretrizes internacionais têm informado a formulação e implementação de políticas públicas de saúde oral no país.

1.1 Enquadramento teórico

A análise que se segue reúne conceitos e bases teóricas organizados em cinco eixos interdependentes: acesso universal, equidade, prevenção e promoção, integração nos cuidados de saúde primários e governança e força de trabalho. Estes eixos decorrem de consensos presentes em documentos estratégicos da OMS, FDI (Vision 2030), OCDE e Comissão Europeia, que convergem numa abordagem centrada na pessoa e orientada para a redução de desigualdades (Glick et al., 2021; WHO, 2022a; OECD & European Commission, 2024).

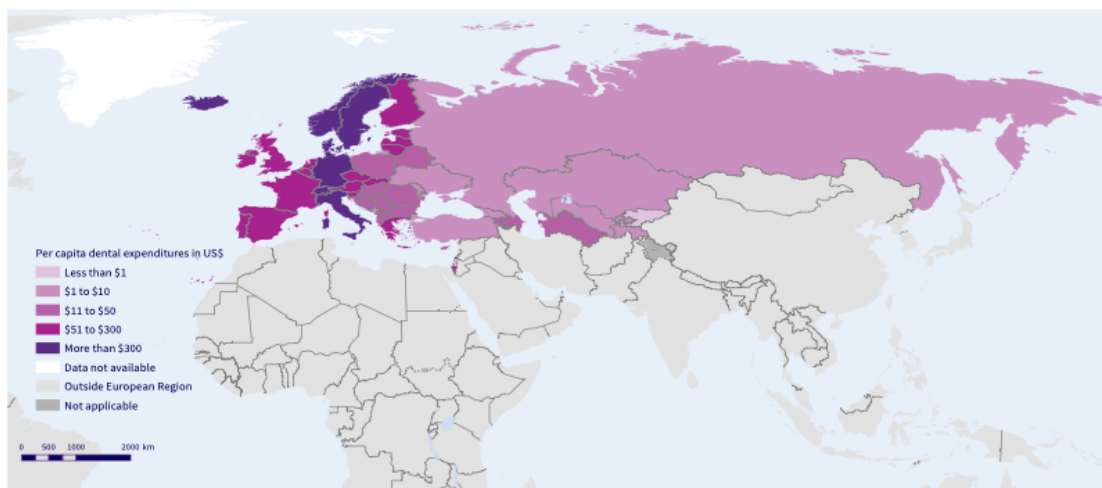
1.1.1 Acesso universal a cuidados de saúde oral

O acesso universal a cuidados de saúde oral é parte da definição da Cobertura Universal de Saúde (UHC) definido como a garantia de que todas as pessoas podem utilizar serviços essenciais de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação sem sofrer dificuldades financeiras no momento da utilização (Glick et al., 2021; WHO, 2022b). No domínio da

saúde oral, este princípio assume a existência de serviços, acesso geográfico e viabilidades económicas, independentemente das condições socioeconómicas, culturais ou do local de residência (Glick et al., 2021). A Declaração de Alto Nível da ONU de 2019 sobre UHC repetiu este contexto, integrando a saúde oral no domínio de uma agenda de desenvolvimento sustentável (United Nations [UN], 2019). A integração da saúde oral nos pacotes de cobertura nacional base está como uma das decisões prioritárias para a abolição da desigualdade e à melhoria da saúde da população (WHO, 2021; WHO, 2023).

Segundo a OMS, estima-se que as doenças orais afetam cerca de 3,5 mil milhões de adultos, representando mais de 45% da prevalência global de todas as doenças crónicas, com forte associação a desigualdades socioeconómicas (Jevdjevic & Listl, 2025; WHO, 2022b). Os custos económicos diretos e indiretos estimam-se em mais de 700 mil milhões de dólares anuais, com distribuição desigual de recursos entre regiões. Na Europa, os custos diretos anuais per capita são da ordem dos 120,96 dólares (ver figura 1) (Jevdjevic & Listl, 2025).

Figura 1 Gastos per capita em US\$ por país na região europeia (2019)

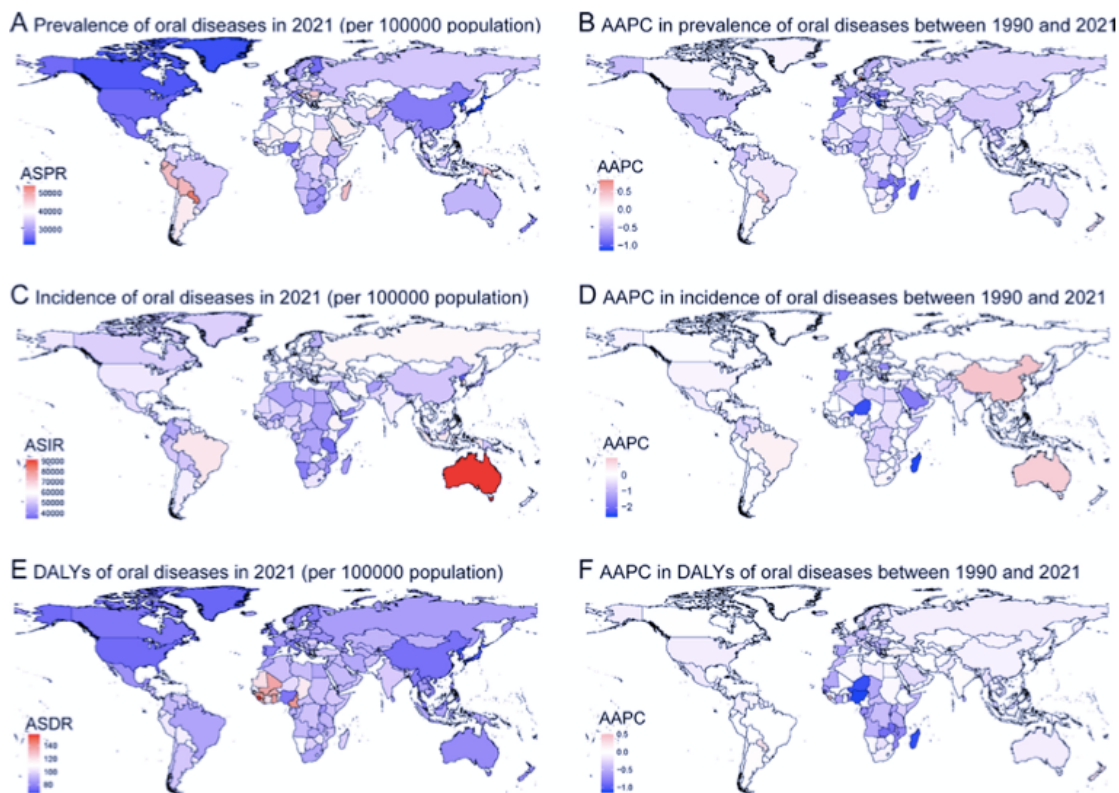


Nota. De “Jevdjevic, M., & Listl, S. (2022). *Economic impacts of oral diseases in 2019 - data for 194 countries* (Version V1) [Data set]. heiDATA. (<https://doi.org/doi:10.11588/DATA/JGJKK0>). Copyright 2024 dos autores.

Evidências recentes demonstram que, entre adolescentes e jovens adultos (10–24 anos), as doenças orais permanecem como a segunda condição não fatal de maior prevalência a nível global, atingindo cerca de 643 milhões de casos em 2021. Embora a prevalência padronizada por idade tenha registado uma ligeira diminuição desde 1990 (de 35 408 para 34 004 por 100 000 habitantes) (ver figura 2), a carga expressa em anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) manteve-se estável, refletindo um impacto persistente na

qualidade de vida. Verificou-se, adicionalmente, uma redução da prevalência da cárie dentária neste grupo etário, contrastando com um aumento das doenças orais não cariosas — incluindo periodontite, edentulismo e outras patologias — sobretudo entre adolescentes mais velhos e em países de baixo e médio desenvolvimento.

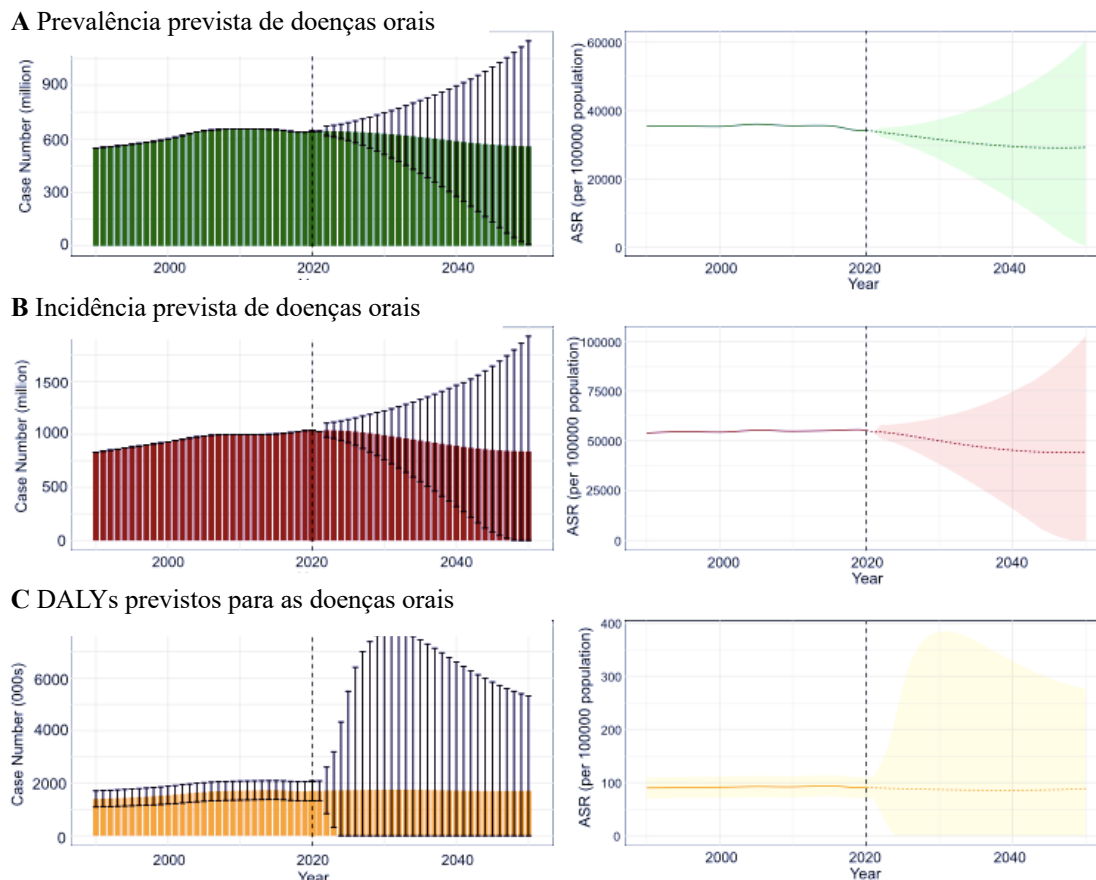
Figura 2 Mapa global da prevalência (A), incidência (C) e dalys (E) das doenças orais em 2021, e AAPCs na prevalência (B), incidência (D) e DALYs (F) entre 1990 e 2021.



Nota. ASPR, taxa de prevalência padronizada por idade; ASIR, taxa de incidência padronizada por idade; DALYs, anos de vida ajustados por incapacidade; ASDR, taxa de DALY padronizada por idade; AAPC, variação percentual anual média. Adaptado de “Global burden of oral diseases in adolescents and young adults aged 10–24 years”, de W. Lu, B. Wang, M. Du, e S. Ge, 2025, *International Dental Journal*, 75(4), 100875, p. 7. (<https://doi.org/10.1016/j.identj.2025.100875>). Copyright 2025 dos autores.

As projeções até 2050 sugerem que o peso global destas doenças permanecerá praticamente inalterado (ver figura 3), o que reforça a urgência de implementar políticas específicas e direcionadas para esta faixa etária (Lu et al., 2025).

Figura 3 Número previsto de casos e taxa padronizada por idade (ASR) da prevalência (A), incidência (B) e DALYs (C) das doenças orais em adolescentes e jovens adultos (10–24 anos) em 2050, a nível global.



Nota. ASR: taxa padronizada por idade; DALYs: anos de vida ajustados por incapacidade. Adaptado de “Global burden of oral diseases in adolescents and young adults aged 10–24 years”, de W. Lu, B. Wang, M. Du, e S. Ge, 2025, *International Dental Journal*, 75(4), 100875, p. 7. (<https://doi.org/10.1016/j.identj.2025.100875>). Copyright 2025 dos autores.

A literatura evidencia como sendo as principais barreiras ao acesso os fatores económicos, insuficiente cobertura pública, distribuição desigual da força de trabalho, níveis baixos da literacia da saúde e baixa prioridade reconhecida ao setor nos sistemas de saúde (Cruz, 2014; Glick et al., 2021). Grupos vulneráveis, como os idosos, pessoas com deficiência, migrantes e populações rurais são referidas como as mais afetadas (Singh & Purohit, 2015; WHO, 2023).

No contexto europeu, os relatórios da OCDE indicam para a saúde oral como sendo uma das áreas com maior desigualdade de acesso. Em Portugal, cerca de 10% da população refere necessidades não satisfeitas em cuidados dentários, valor acima da média da União Europeia e em contraste com países nórdicos, onde os níveis reportados se situam abaixo dos 3% (ver apêndice A) (OECD & European Commission, 2024). A principal barreira identificada é de natureza financeira, associada ao predomínio de pagamentos diretos

suportadas pelos utentes. Estudos baseados em metodologias como os *patient vignettes* documentam variações na proteção financeira, na cobertura de tratamentos e na disponibilidade de serviços entre Estados-Membros (European Commission, DG SANTE, 2021).

As orientações internacionais indicam que o acesso universal requer a inclusão da saúde oral nos cuidados de saúde primários, reforçando a prevenção e a integração com outras políticas de saúde e desenvolvimento sustentável (Glick et al., 2021; WHO, 2023). A iniciativa *Vision 2030* recomenda que, até 2030, os países garantam a oferta de serviços essenciais de saúde oral integrados nos sistemas de saúde, acessíveis e centrados na pessoa (Glick et al., 2021). A resolução WHA74.5 (ver anexo A) reforça esta perspetiva, recomendando a incorporação da saúde oral nas agendas nacionais de cobertura universal e no combate às doenças crónicas não transmissíveis (WHO, 2021; WHO, 2022a). Mais recentemente, a Declaração de Bangkok sobre Saúde Oral (WHO, 2024a) veio consolidar estas orientações, salientando a urgência de intensificar a prevenção e a gestão das doenças orais enquanto parte da resposta global às doenças crónicas não transmissíveis, e estabelecendo metas concretas até 2030 para assegurar o acesso equitativo a cuidados essenciais de saúde oral, com foco especial aos grupos mais vulneráveis.

Em Portugal, a cobertura pública é limitada basicamente ao cheque-dentista e programas específicos e ainda assim dependente da indústria privada, embora tenha sido iniciada experiência-piloto para integrar médicos dentistas nos cuidados de saúde primários (Jevdjevic & Listl, 2025).

1.1.2 Equidade em saúde oral

A equidade em saúde oral é entendida como a distribuição proporcional de recursos segundo as necessidades, distinguindo-se da igualdade, que corresponde a oferta idêntica de serviços a todos (Glick et al., 2021; WHO, 2022b). Este princípio é central para a cobertura universal em saúde, uma vez que os determinantes sociais — como rendimento, escolaridade, residência, idade e literacia — condicionam o risco de doença e o acesso a cuidados (Costa et al., 2024; Cruz, 2014).

Relatórios internacionais mostram que as desigualdades persistem mesmo em países com elevada disponibilidade de serviços. O *Global Oral Health Report* (WHO, 2022b)

evidencia que a prevalência de cárie e de perda dentária é maior em grupos socioeconômicos desfavorecidos. Em idosos, o edentulismo pode ser até quatro vezes mais frequente entre pessoas de baixo rendimento (Miyazaki, 2017; WHO, 2022b).

A *Vision 2030* da FDI enfatiza que a equidade deve estruturar políticas de saúde oral, privilegiando modelos centrados na pessoa e orientados para a redução de desigualdades (Glick et al., 2021). O *Global Oral Health Action Plan 2023–2030* estabeleceu como meta reduzir em 30% a prevalência de cárie não tratada em crianças de 5 anos e reforçar a integração nos cuidados primários (WHO, 2023).

1.1.3 Prevenção e promoção da saúde

Grande parte das doenças orais é evitável através de medidas preventivas de comprovada custo-efetividade, como a fluoretação da água, a escovagem supervisionada em escolas, selantes e programas de educação alimentar (Petersen, 2014; WHO, 2021).

A OMS distingue três níveis de prevenção: primária (promoção e medidas universais), secundária (deteção precoce e rastreios) e terciária (tratamento e reabilitação) (FDI, 2015). Programas comunitários mostram reduções consistentes da prevalência de cárie em crianças, sobretudo quando combinam medidas educativas e clínicas (WHO, 2022b).

As agendas internacionais reforçam a necessidade de reorientar os sistemas para a prevenção. A Resolução WHA74.5 (2021) enquadrou a saúde oral no combate às doenças não transmissíveis, dado o papel de fatores de risco comuns como dieta rica em açúcares, tabaco e álcool. A *Vision 2030* da FDI defende que a prevenção seja o pilar central de sistemas resilientes e sustentáveis (Glick et al., 2021).

Do ponto de vista económico, estima-se que os custos anuais globais das doenças orais ultrapassem os 710 mil milhões de dólares, uma parte significativa dos quais poderia ser evitada com estratégias preventivas eficazes (Jevdjevic & Listl, 2025).

Experiências como a Estratégia Saúde da Família no Brasil, os programas preventivos do NHS no Reino Unido e os modelos universais dos países nórdicos são frequentemente citados como exemplos de integração prática das recomendações internacionais (Glick et al., 2021; Petersen, 2014).

1.1.4 Integração nos cuidados de saúde primários

A integração da saúde oral nos cuidados primários tem sido defendida desde a Declaração de Alma-Ata (1978) e reafirmada pela Declaração de Astana (2018), que consideram a atenção primária como base para a universalidade em saúde (WHO & UNICEF, 2018). A Declaração de Berlim para Promoção da Saúde Oral em Comunidades Desfavorecidas (2009), redigida por Mautsch e Sheiham, que sublinhou a necessidade de políticas equitativas orientadas para a redução das desigualdades e para a priorização da prevenção em grupos vulneráveis (Mautsch & Sheiham, 1995). O *Global Oral Health Action Plan 2023–2030* prioriza esta integração como mecanismo para ampliar a proximidade, reduzir desigualdades e promover uma abordagem centrada na comunidade (WHO, 2024b).

Relatórios internacionais descrevem experiências bem-sucedidas: no Brasil, equipas de saúde oral foram incorporadas em unidades de atenção primária; no Reino Unido, o NHS desenvolveu programas preventivos centrados em populações vulneráveis; e nos países nórdicos a cobertura preventiva gratuita para crianças está consolidada (Honkala, 2014; WHO, 2022b).

A literatura também destaca a relevância da integração num contexto de envelhecimento populacional, onde a perda dentária e a doença periodontal podem agravar desigualdades (Singh & Purohit, 2015; WHO, 2022b).

Em Portugal, a saúde oral nos cuidados primários é ainda limitada a programas seletivos, como o cheque-dentista. Projetos-piloto de integração de médicos dentistas em unidades de saúde familiar foram iniciados, mas com cobertura restrita (Glick et al., 2021; WHO, 2023).

1.1.5 Governança e desenvolvimento da força de trabalho

A governança em saúde oral corresponde à capacidade dos sistemas em definir prioridades, alocar recursos, monitorizar resultados e assegurar transparência nas políticas (Glick et al., 2021; WHO, 2023). A nível europeu, a DG SANTE propôs indicadores essenciais para harmonizar a monitorização entre Estados-Membros (EC, 2004).

O planeamento da força de trabalho é um desafio comum. Portugal apresenta uma das maiores densidades de dentistas da União Europeia, mas com distribuição geográfica desigual e forte concentração no setor privado (OECD, 2023). Situações semelhantes verificam-se em países do sul e leste da Europa, enquanto no Reino Unido e nos países nórdicos a prestação inclui higienistas, terapeutas e assistentes comunitários (OECD, 2023; Petersen, 2014).

A *Vision 2030* da FDI recomenda o desenvolvimento de equipas interprofissionais, redistribuição geográfica e formação contínua para responder a necessidades locais (Glick et al., 2021). O *Global Oral Health Action Plan 2023–2030* acrescenta a definição de metas mensuráveis para a força de trabalho, incluindo integração multidisciplinar e preparação para o envelhecimento populacional (WHO, 2024b).

1.2 Diretrizes Internacionais em saúde oral

A formulação de políticas de saúde oral tem sido moldada por recomendações de organismos internacionais e regionais, que estabelecem princípios, metas e instrumentos de monitorização. Entre as entidades de maior relevância encontram-se a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Federação Dentária Internacional (FDI), a iniciativa *Vision 2030 – Delivering Optimal Oral Health for All*, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e a Comissão Europeia (DG SANTE). Estes organismos produzem documentos estratégicos que abordam a cobertura universal, a equidade, a prevenção e a sustentabilidade dos sistemas de saúde, constituindo referências normativas para a integração da saúde oral em políticas nacionais.

1.2.1 Organização Mundial da Saúde (OMS)

Desde a Declaração de Alma-Ata (1978), a OMS tem destacado a importância da atenção primária em saúde, incluindo a saúde oral como parte do direito universal à saúde. Este princípio foi reiterado pela Declaração de Astana (2018) e pela Declaração Política da ONU sobre Cobertura Universal em Saúde (2019), que reconheceram explicitamente a saúde oral como componente da UHC (UN, 2019; WHO & UNICEF, 2018).

Em 2021, a Resolução WHA74.5 marcou o primeiro reconhecimento formal da saúde oral como prioridade global, estabelecendo orientações para prevenção, integração e equidade (WHO, 2021). No ano seguinte, a OMS publicou a Estratégia Global em Saúde Oral e o Global Oral Health Status Report, que consolidaram dados epidemiológicos e princípios orientadores até 2030 (WHO, 2022b).

Em 2023, o Global Oral Health Action Plan 2023–2030 definiu metas mensuráveis, como a redução da prevalência de cárie não tratada em crianças e a integração da saúde oral nos pacotes essenciais de serviços (WHO, 2024b). Em 2024, a Bangkok Declaration reafirmou estes compromissos no combate às desigualdades em saúde (WHO, 2024).

1.2.2 Federação Dentária Internacional (FDI)

A FDI tem desempenhado um papel central na definição de metas globais e no apoio a políticas nacionais. Entre os documentos fundacionais destacam-se os *Global Goals for Oral Health 2020* (Hobdell et al., 2003) e a iniciativa *Vision 2020* (FDI, 2012), que estabeleceram objetivos de prevenção e redução de desigualdades.

Em 2016, a FDI apresentou uma definição ampliada de saúde oral como estado de bem-estar físico, psicológico e social (Glick et al., 2016). Em 2021, a *Vision 2030 – Delivering Optimal Oral Health for All* sistematizou estas orientações em três pilares: cobertura universal, integração nas agendas globais de saúde e fortalecimento da força de trabalho (Glick et al., 2021). O documento reforça ainda a necessidade de inovação digital, formação contínua e modelos de cuidados centrados na pessoa.

1.2.3 Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All

Publicada em 2021, esta iniciativa sistematizou a estratégia da FDI para integrar a saúde oral nos sistemas de saúde e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O documento aborda: (1) a necessidade de incluir serviços de saúde oral nos pacotes nacionais para assegurar cobertura universal; (2) a integração da saúde oral em agendas relacionadas com doenças não transmissíveis e determinantes sociais da saúde; e (3) o fortalecimento da força de trabalho e o recurso à inovação digital como ferramentas para ampliar o acesso (Glick et al., 2021).

1.2.4. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE)

Relatórios conjuntos, como o *Health at a Glance Europe* (OECD & European Commission, 2024) e o *State of Health in the EU – Synthesis Report* (EC, DG SANTE, OECD & European Observatory, 2023), analisam tendências de saúde e sublinham desigualdades no acesso a cuidados dentários.

O relatório *Measuring Access to Healthcare in the EU* (EC, DG SANTE, 2021) identificou barreiras financeiras, geográficas e de tempo de espera, salientando que os cuidados dentários são dos mais frequentemente adiados por motivos de custo. Dados da OCDE confirmam que apenas uma parte minoritária dos países europeus assegura cobertura pública ampla em saúde oral, com grande dependência de pagamentos diretos na Europa do Sul e do Leste (OECD & European Commission, 2024).

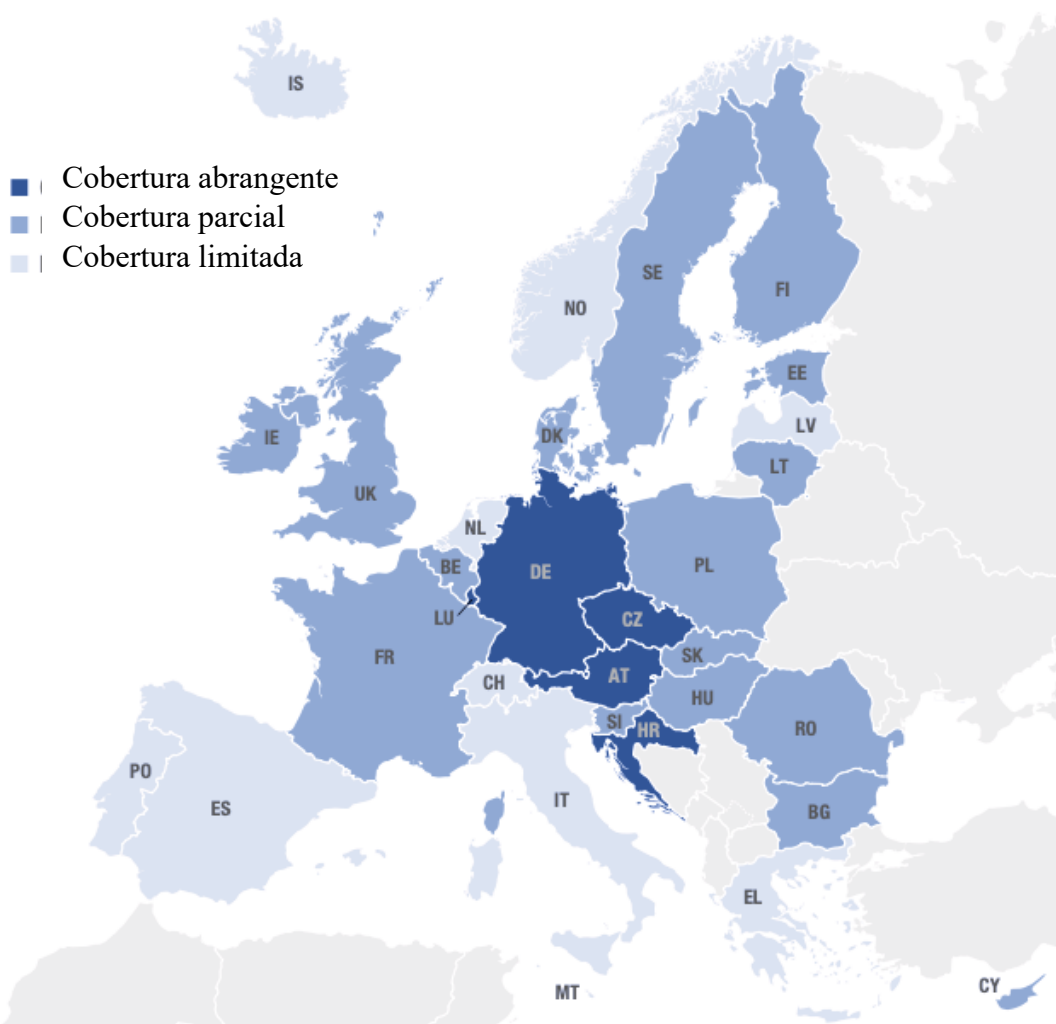
Mais recentemente, o inquérito PaRIS (OECD, 2025) introduziu indicadores baseados na experiência dos utentes, embora a saúde oral ainda esteja sub-representada.

1.3 Saúde oral no contexto europeu

A saúde oral na Europa representa um dos domínios de maior prevalência e impacto em saúde pública. O *Global Oral Health Status Report* estima que cerca de 466 milhões de pessoas vivem com doenças orais na região europeia, correspondendo a uma prevalência de 50,1%, a mais elevada a nível global (WHO, 2023). Este cenário apresenta variações significativas entre países e reflete desigualdades persistentes, com maior gravidade entre grupos socioeconomicamente desfavorecidos (Jevdjevic et al., 2025; McAuliffe, 2025).

O espaço europeu é caracterizado por uma diversidade de modelos de organização e financiamento, o que se traduz em diferenças expressivas na cobertura, no acesso e nos resultados em saúde (ver figura 4) (OECD & European Commission, 2024; Winkelmann et al., 2022a).

Figura 4 Cobertura dos cuidados de saúde oral por categoria de cobertura estatutária na Europa



Nota. Adaptado de “Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., & van Ginneken, E. (2022). Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health systems in transition*, 24(2), p.89, figura 4.2. Copyright de World Health Organization 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies).

Enquanto países nórdicos asseguram cobertura ampla e regular utilização de serviços, países do sul e do leste da Europa mantêm maior dependência do setor privado e dos pagamentos diretos, resultando em taxas mais elevadas de necessidades não satisfeitas (Winkelmann et al., 2022a).

A União Europeia tem procurado responder a estas disparidades através de iniciativas como o *European Health Union* e o *Healthier Together Initiative*, que reforçam a prioridade da prevenção, da equidade e do fortalecimento da força de trabalho em saúde oral. Estas iniciativas alinham-se com as orientações da OMS, que defendem a integração da saúde oral nos sistemas nacionais como estratégia essencial para reduzir desigualdades e melhorar resultados (WHO, 2022b).

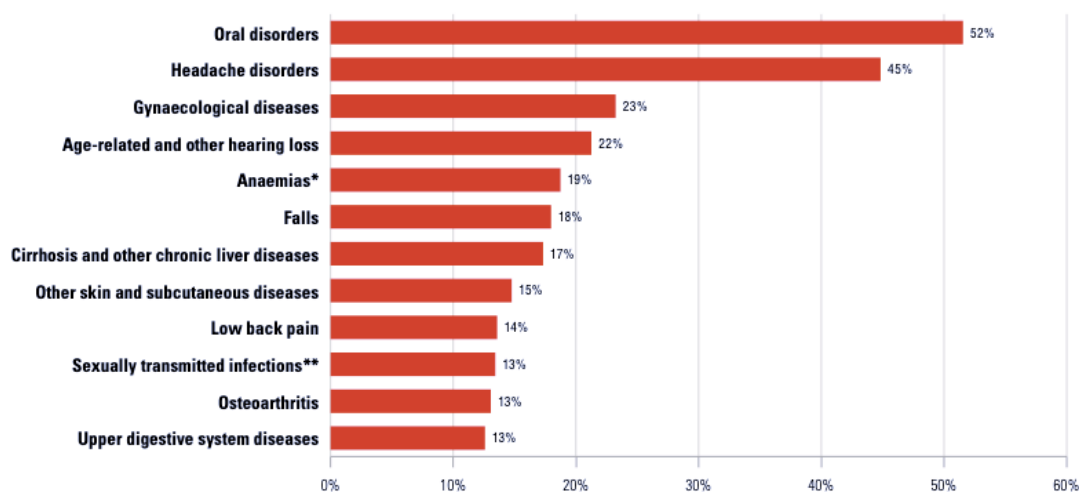
Relatórios da OCDE e da Comissão Europeia salientam ainda que Portugal apresenta um dos rácios mais baixos de consultas de medicina dentária per capita no espaço comunitário, revelando uma utilização inferior à de outros Estados-Membros, mesmo em comparação com países de perfil socioeconómico semelhante (OECD & European Commission, 2024).

Em síntese, o quadro europeu mostra uma realidade heterogénea: por um lado, países com sistemas consolidados e cobertura quase universal; por outro, contextos marcados por limitações estruturais, sobretudo relacionadas com proteção financeira e desigualdades de acesso. Esta diversidade reforça a necessidade de políticas comuns de monitorização, harmonização de indicadores e partilha de boas práticas para aproximar os Estados-Membros das metas internacionais de cobertura universal e equidade (ver apêndice B).

1.3.1 Panorama da saúde oral na Europa

As doenças orais, incluindo cárie dentária, doença periodontal e edentulismo, estão entre as condições mais prevalentes na União Europeia. Estima-se que cerca de metade da população europeia tenha apresentado pelo menos uma destas patologias em 2019 (ver gráfico 1) (Winkelmann et al., 2022a).

Gráfico 1 Condições mais prevalentes na união europeia, 2019

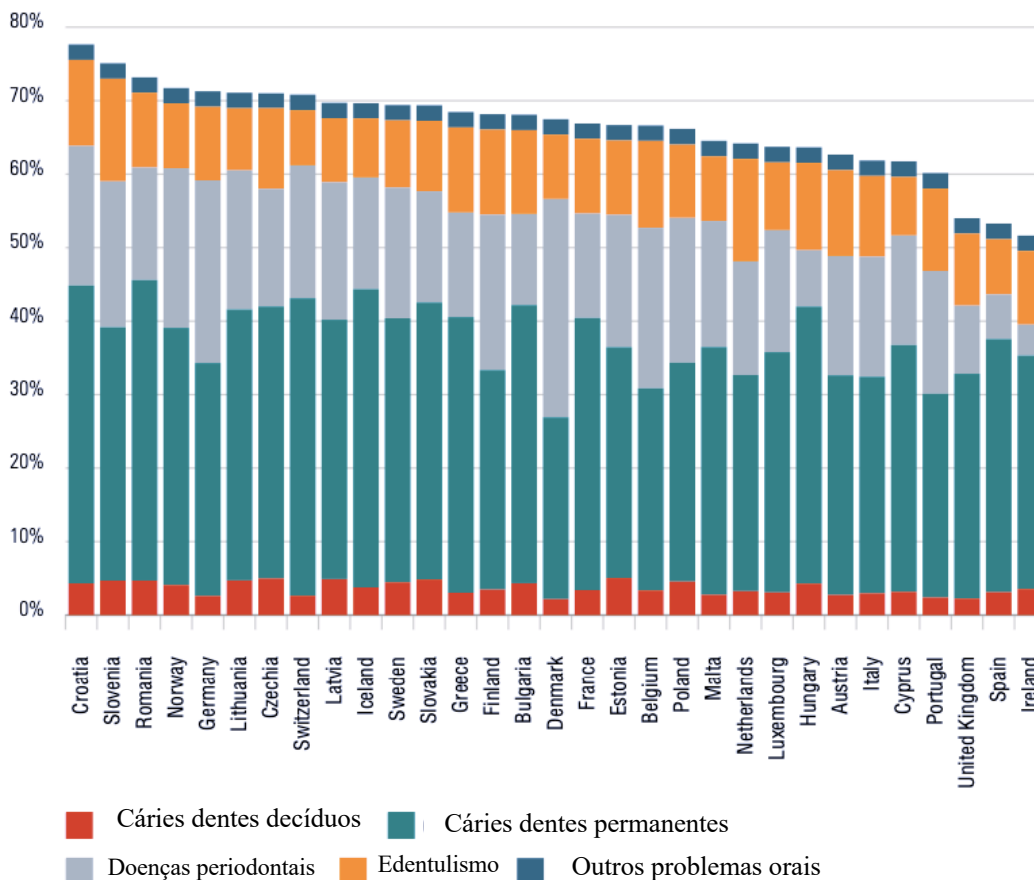


Nota. Adaptado de “Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., & van Ginneken, E. (2022). Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health systems in transition*, 24(2), p.29, figura 2.1”. Copyright de World Health Organization 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies).

Embora alguns indicadores mostrem melhorias entre gerações mais jovens, a carga epidemiológica mantém-se elevada e heterogénea: o edentulismo afeta cerca de 10% dos

idosos na Europa de Leste, em contraste com valores muito inferiores nos países nórdicos (ver gráfico 2) (Winkelmann et al., 2022a).

Gráfico 2 Prevalência padronizada por idade das doenças orais na europa em %, 2019



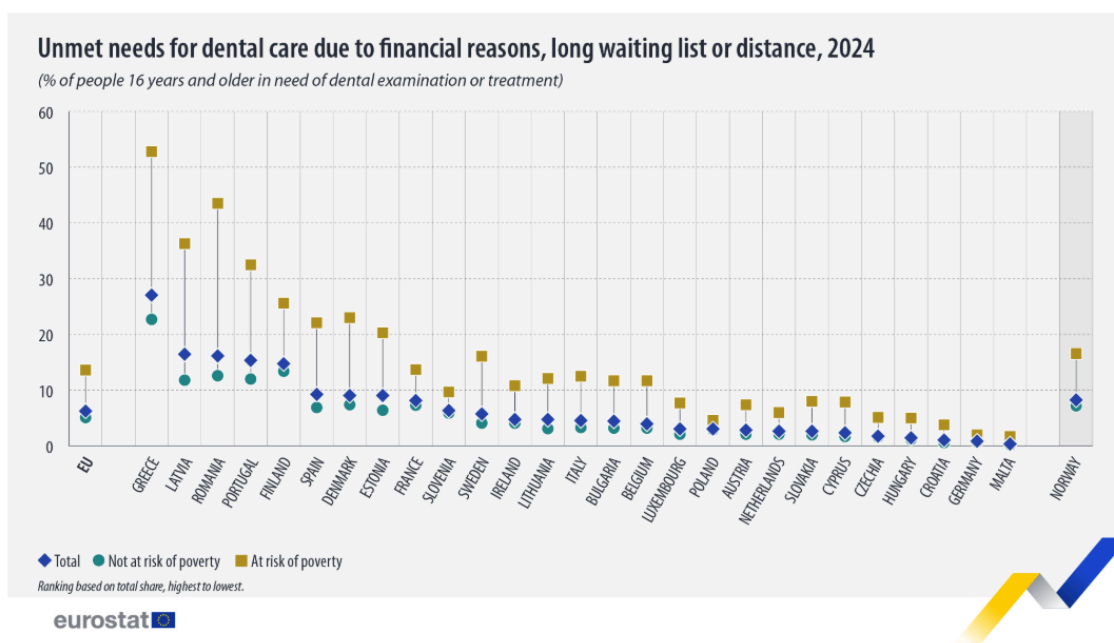
Nota. Adaptado de “Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., & van Ginneken, E. (2022). Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health systems in transition, 24(2)*, p. 30, figura 2.2. Copyright de World Health Organization 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies).

As comparações internacionais evidenciam diferenças significativas no investimento. Enquanto países de baixo rendimento a nível global gastam menos de 1 dólar per capita, os países europeus de rendimento elevado atingem em média 260 dólares, uma diferença de quase 500 vezes (Jevdjevic & Listl, 2025). Na União Europeia, as doenças orais constituem a terceira condição de saúde mais dispendiosa, apenas atrás das doenças cardiovasculares e da diabetes (Winkelmann et al., 2022a).

A despesa com cuidados dentários aumentou em termos absolutos na maioria dos países, sobretudo devido ao acréscimo dos custos unitários. Contudo, a sua proporção relativa na despesa total em saúde tem diminuído, refletindo a priorização de outros setores, como medicamentos e cuidados continuados (Winkelmann et al., 2022a).

Os dados mais recentes (ver gráfico 3) mostram que, em 2024, 6,3% da população da União Europeia com 16 ou mais anos reportou necessidades não satisfeitas em cuidados dentários devido a razões financeiras, longas listas de espera ou distância dos serviços. As proporções mais elevadas registaram-se na Grécia (27,1%), Letónia (16,5%) e Roménia (16,2%), enquanto os valores mais baixos ocorreram em Malta (0,4%), Alemanha (0,9%) e Croácia (1,1%). Observa-se ainda um marcado gradiente socioeconómico: entre as pessoas em risco de pobreza, 13,7% reportaram barreiras de acesso, face a 5,1% entre as não em risco. Em países como Portugal, a diferença atingiu 20,5 pontos percentuais, reforçando a evidência de que a vulnerabilidade social permanece um determinante central nas desigualdades de acesso a cuidados de saúde oral (Eurostat, 2025).

Gráfico 3 Necessidades não satisfeitas em cuidados dentários, devido a razões financeira, listas longas de espera ou distância (Eurostat, 2024)



Nota. Adaptado de Source dataset: [hlth_silc_09b](#), 2024. Copyright de Eurostat

A monitorização epidemiológica continua a enfrentar limitações, relacionadas com a ausência de métricas comparáveis entre países. Para colmatar esta lacuna, a Comissão Europeia e a DG SANTE propuseram em 2021 um conjunto de indicadores essenciais, incluindo prevalência de cárie aos 12 anos, perda dentária aos 65 anos e acesso a cuidados preventivos, em alinhamento com as recomendações da OMS (EC, DG SANTE, 2021; WHO, 2022b).

1.3.2 Desigualdades e acesso a cuidados

As desigualdades no acesso são amplamente documentadas. Nos países nórdicos, menos de 5% da população reporta dificuldades financeiras, enquanto no sul e leste europeu esse valor aproxima-se dos 10% (OECD & European Commission, 2024).

Em média, apenas um terço da despesa dentária é coberta por financiamento público ou seguros obrigatórios, sendo superiores a 60% apenas em Alemanha, França e Croácia. Já em Portugal, Espanha e Roménia, a cobertura pública é mais restrita, reforçando a dependência de pagamentos diretos (OECD & European Commission, 2024).

O impacto económico é relevante: em 2019, as despesas com saúde oral na Região Europeia da OMS foram estimadas em 112 mil milhões de dólares, correspondendo a uma média de 121 dólares per capita em custos diretos (ver tabela 1). (Jevdjevic & Listl, 2025).

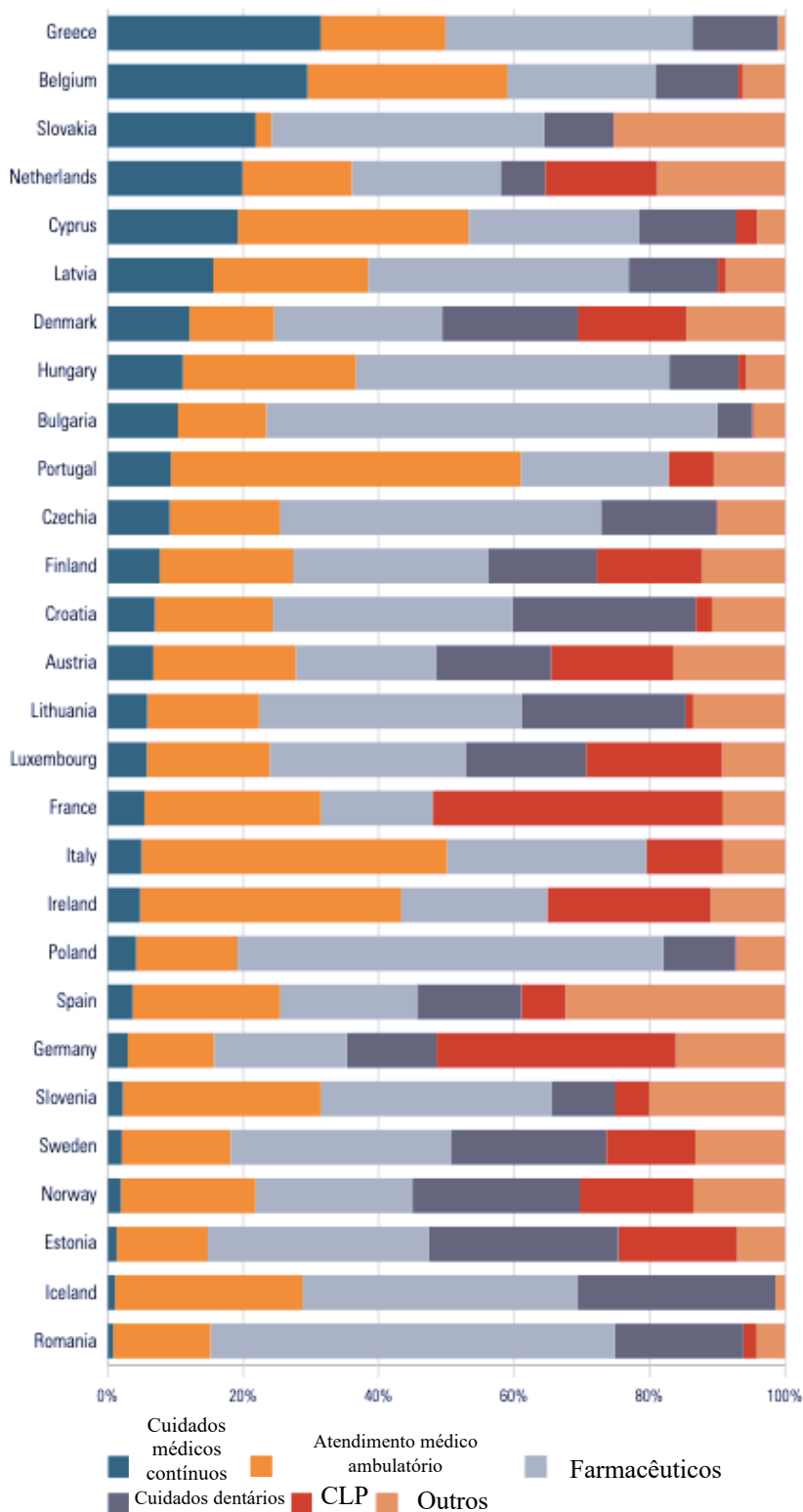
Tabela 1 Custos diretos (despesas com tratamento) devido a condições orais em 2019 na região europeia

| Region | Direct Costs | | |
|---------------------|---|---|--|
| | Total (\$US, billions) with Uncertainty Intervals | Per Capita (\$US), with Uncertainty Intervals | Proportion of Countries with Available Information (%) |
| WHO European region | 112.51 (111.76–113.87) | 120.96 (120.15–122.42) | 81.13 |

Nota. Adaptado de “Jevdjevic, M., & Listl, S. (2022). *Economic impacts of oral diseases in 2019 - data for 194 countries* (Version V1) [Data set]. heiDATA. (<https://doi.org/doi:10.11588/DATA/JGJJK0>). Copyright 2024 dos autores.

Para as famílias, a saúde oral representa em média 14,2% da despesa direta em saúde (*out-of-pocket*), sendo o segundo maior item depois dos medicamentos. Em países como Estónia e Islândia, cerca de um terço do gasto privado em saúde destina-se à saúde oral, enquanto na Bulgária e nos Países Baixos a proporção não ultrapassa 9% (ver gráfico 4) (Winkelmann et al., 2022a).

Gráfico 4 Participação das despesas médicas out-of-pocket (pagas diretamente pelos utentes) por serviços e bens, 2019

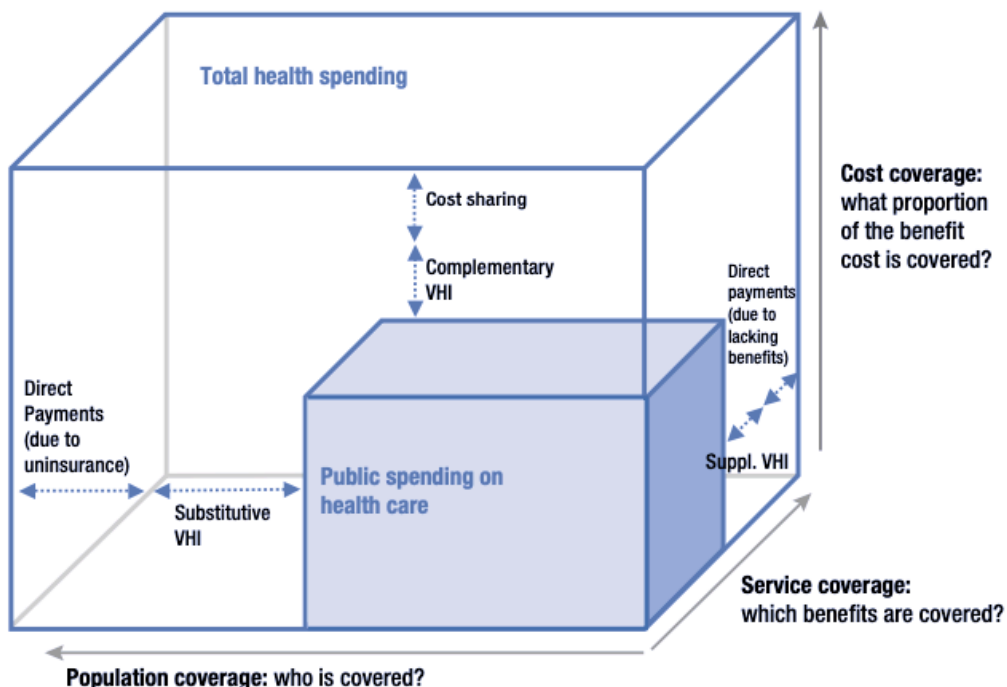


Nota. Adaptado de “Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., & van Ginneken, E. (2022). Oral health care in

Europe: Financing, access and provision. *Health systems in transition*, 24(2), p.50, figura 3.7". Copyright de World Health Organization 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies).

O “cubo da cobertura” da OMS ajuda a explicar estas diferenças, ao considerar cobertura populacional, cobertura de serviços e cobertura de custos (Winkelmann et al., 2022a).

Figura 5 As três dimensões da cobertura universal de saúde (UHC)



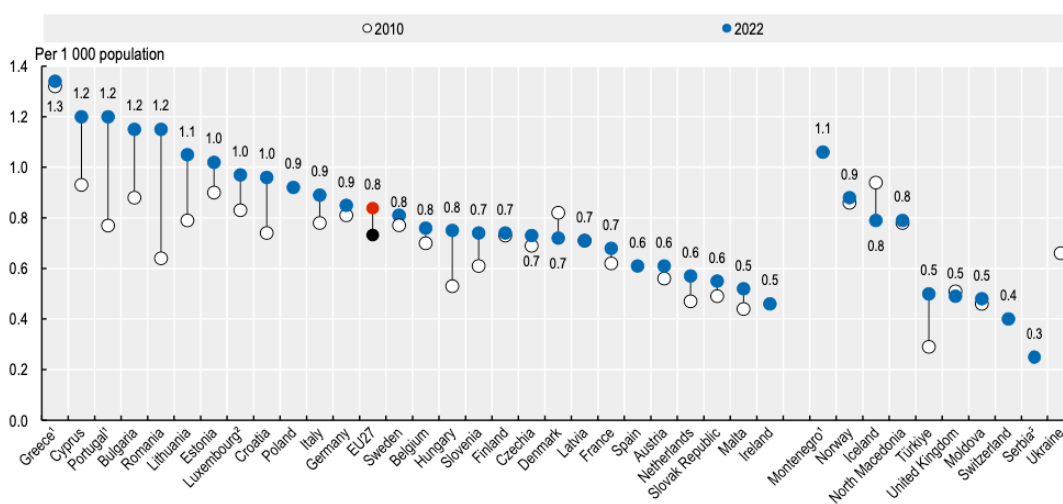
Nota. Adaptado de “Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., & van Ginneken, E. (2022). Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health systems in transition*, 24(2), p.58, figura 4.1”. Copyright de World Health Organization 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies).

Na saúde oral, este quadro mostra fragmentação: crianças e grupos vulneráveis tendem a beneficiar de maior proteção, enquanto a população adulta enfrenta encargos mais elevados (Eaton, 2019).

1.3.3 Força de trabalho e organização dos serviços

A densidade de dentistas na Europa situa-se entre 0,5 e 1,3 por 1000 habitantes, com variações relevantes. Grécia e Portugal apresentam rácios elevados, mas sem correspondência em maior utilização de serviços, refletindo desigualdades na distribuição e forte concentração no setor privado (ver gráfico 5) (OECD & European Commission, 2024).

Gráfico 5 Médicos dentistas em exercício por 1000 habitantes, 2010 e 2022 (ou ano mais próximo)



Note: The EU average is unweighted. 1. Data refer to all dentists licensed to practice, resulting in an over-estimation of practising dentists. 2. The latest data refer to 2017 only. 3. Data do not include dentists in the private sector, resulting in an under-estimation of practising dentists.

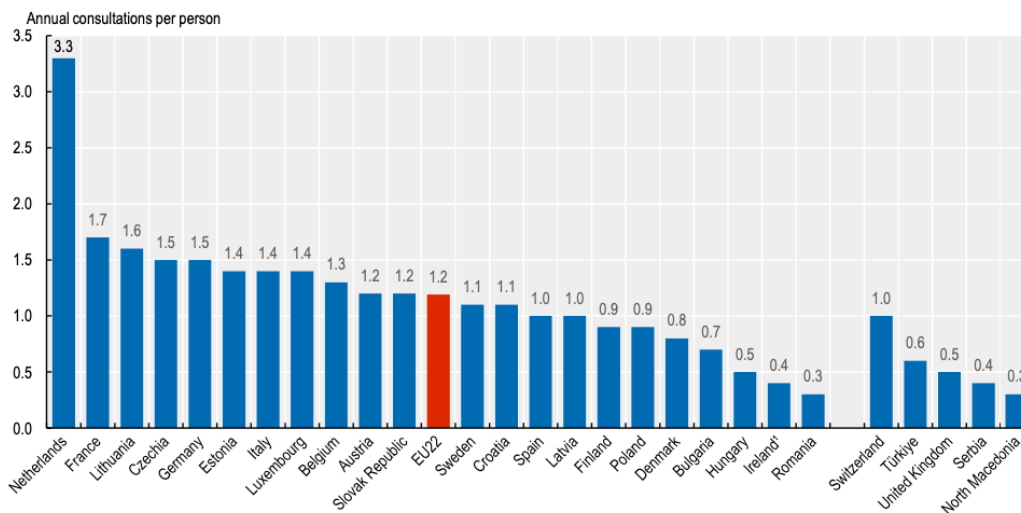
Source: OECD Health Statistics 2024; Eurostat (hlth_rs_prs2); WHO National Health Workforce Accounts for Moldova and Ukraine.

StatLink <https://stat.link/hmkflo>


Nota. Reproduzido de *Health at a glance: Europe 2024 – State of health in the EU cycle* (OECD & European Commission, 2024, p. 193, figura 7.13). Copyright de OECD/European Union 2024, sob licença CC BY 4.0

Na Roménia, apesar de um dos rácios mais altos da União Europeia, a frequência média anual é de apenas 0,3 consultas per capita, contrastando com os Países Baixos, onde se registam 3,3 consultas per capita num sistema com menor densidade, mas maior integração e enfoque preventivo (ver gráfico 6) (OECD & European Commission, 2024).

Gráfico 6 Número de consultas de medicina dentária por pessoa, 2022 (ou ano mais próximo)



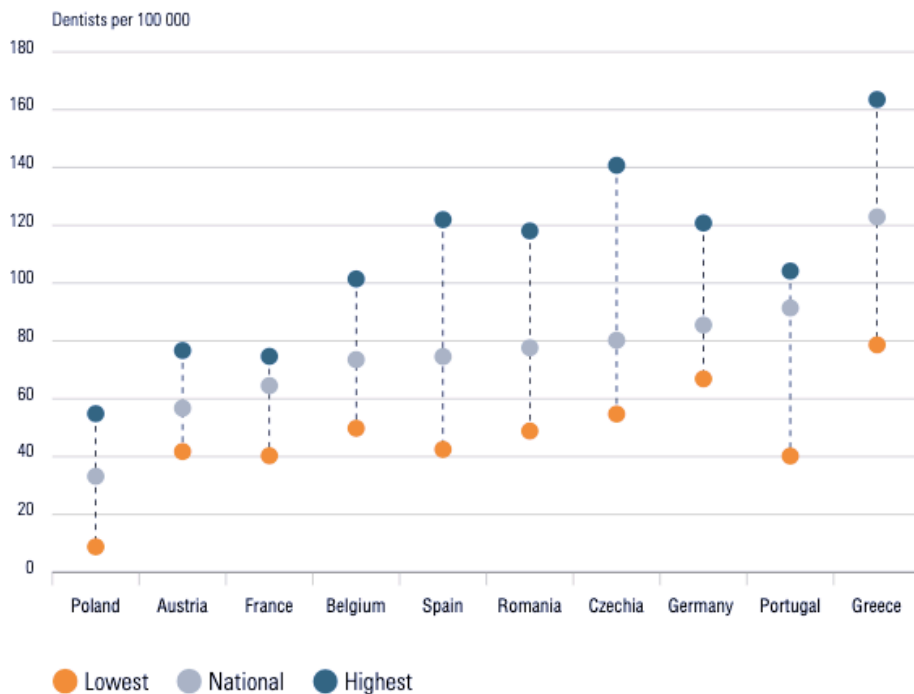
Note: The EU average is unweighted. 1. The latest data refer to 2018.
Source: OECD Health Statistics 2024.

StatLink  <https://stat.link/mwjrah>

Nota. Reproduzido de *Health at a glance: Europe 2024 – State of health in the EU cycle* (OECD & European Commission, 2024, p. 193, figura 7.14). Copyright de OECD/European Union 2024, sob licença CC BY 4.0

A mobilidade de profissionais e os fluxos migratórios também afetam a distribuição, acentuando desequilíbrios sobretudo em países do sul e leste europeu (Winkelmann et al., 2022a). Em várias regiões, a concentração em áreas urbanas e a idade média elevada da força de trabalho colocam desafios à sustentabilidade futura (ver gráfico 7).

Gráfico 7 Distribuição de médicos dentistas a nível nacional e por regiões (nuts2), com a menor e a maior densidade por 100 000 habitantes, em 10 países europeus em 2015



Nota. Adaptado de “Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., & van Ginneken, E. (2022). Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health systems in transition, 24*(2), p.123, figura 6.4”. Copyright de World Health Organization 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies).

Face a estas limitações, têm sido recomendadas medidas como redistribuição geográfica, redefinição de tarefas e maior integração de profissionais intermédios, como higienistas e terapeutas orais (Winkelmann et al., 2022a). A prática em grupo tem crescido, substituindo modelos individuais, sobretudo no Reino Unido e nos Países Baixos, permitindo maior eficiência. Paralelamente, expandiu-se o papel de higienistas e assistentes de prevenção, em linha com a reorientação dos sistemas para a prevenção (Winkelmann et al., 2022a).

1.3.4 Prevenção e integração nos sistemas de saúde

Programas preventivos, como a fluoretação da água, rastreios regulares e programas escolares de promoção da higiene oral, demonstraram impacto positivo na redução da prevalência de cárie (Winkelmann et al., 2022a). A implementação, no entanto, permanece desigual: consolidada em países nórdicos, mas limitada no sul e no leste europeu (Eaton, 2019; McAuliffe et al., 2025).

Na maioria dos Estados-Membros, os cuidados dentários permanecem parcialmente excluídos dos pacotes de cobertura universal e organizados em separado dos cuidados primários. Experiências de integração, como as da Finlândia e do Reino Unido, mostraram impacto positivo em equidade e continuidade (Glick et al., 2021; OECD & European Commission, 2024).

Iniciativas recentes, como o programa *EU4Health* e o inquérito PaRIS da OCDE, procuram reforçar a prevenção e introduzir métricas baseadas nos resultados reportados pelos utentes (EC, DG SANTE, 2021; OECD, 2025).

1.3.5 Considerações sobre o modelo europeu

O modelo europeu caracteriza-se pela coexistência de progressos relevantes e de limitações estruturais. Países nórdicos e da Europa Ocidental apresentam políticas preventivas consolidadas e elevada cobertura pública, enquanto países do sul e leste mantêm baixa cobertura e forte dependência de pagamentos diretos (OECD & European Commission, 2024; Winkelmann et al., 2022a).

A Europa é frequentemente descrita como um espaço de diversidade de modelos de política de saúde oral, funcionando como um “laboratório” de experiências de integração, financiamento e organização da força de trabalho. Esta diversidade gera oportunidades de aprendizagem, mas também desafios na convergência para um modelo comum (Glick et al., 2021; Winkelmann et al., 2022a).

Entre os principais desafios destacam-se o reforço da prevenção, a integração nos cuidados primários e a redução da dependência de pagamentos diretos. A transição demográfica e o envelhecimento populacional reforçam a necessidade de reorganizar a força de trabalho e garantir maior sustentabilidade (EC, DG SANTE, OECD, & European Observatory, 2023; OECD & European Commission, 2024).

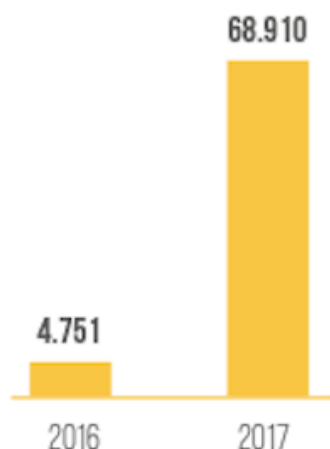
1.4 Saúde oral em Portugal

Em Portugal, a saúde oral é identificada como um dos domínios mais marcados por desigualdades no sistema de saúde. A cobertura pública não é universal e concentra-se em programas específicos, como o PNPSO e o cheque-dentista (Lourenço & Barros, 2016).

O Estudo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2014) constituiu uma das primeiras avaliações independentes do PNPSO, analisando dimensões de acesso, concorrência e qualidade. Os resultados evidenciaram a expansão progressiva do programa entre 2008 e 2014, abrangendo novos grupos como grávidas, idosos, pessoas com VIH/SIDA e intervenção precoce no cancro oral. Contudo, o estudo sublinhou desigualdades regionais marcadas, com maior concentração de médicos aderentes no Norte e fragilidades no Alentejo e Algarve, bem como a dependência da contratualização com prestadores privados. Identificou ainda a concentração da maioria dos cheques-dentista em uma minoria de médicos aderentes e a manutenção do carácter não universal do programa, o que limitava a sua capacidade de garantir equidade plena. Estas conclusões antecipavam críticas que se mantêm atuais, reforçando a necessidade de integrar a saúde oral de forma estrutural no SNS.

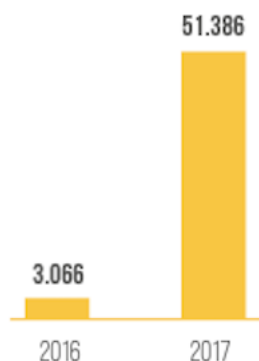
De acordo com o *Retrato da Saúde 2018* (Ministério da Saúde, 2018), o PNPSO visa aproveitar a capacidade instalada nos setores público e privado em benefício dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, que passaram a dispor de cuidados de prevenção primária e secundária quer nos Agrupamentos de Centros de Saúde, com consultas de higiene oral e de medicina dentária, quer em consultórios privados, através de cheques-dentista (ver gráfico 8 e 9).

Gráfico 8 Número total de consultas de saúde oral realizadas



Nota. Reproduzido de *Retrato da saúde 2018: Portugal* (Ministério da Saúde, 2018, p.36, figura.36). Copyright de Ministério da Saúde/DGS 2018.

Gráfico 9 Número de utentes referenciados para consultas de saúde oral



Nota. Reproduzido de *Retrato da saúde 2018: Portugal* (Ministério da Saúde, 2018, p.36, figura.37). Copyright de Ministério da Saúde/DGS 2018.

Neste sentido, em 2016, foi feita uma colaboração com a OMD de 13 experiências-piloto, o que posteriormente foi alargado “a mais de meia centena” de Centros de Saúde nas cinco regiões de Portugal Continental (ver figura 6).

Figura 6 Gabinetes de saúde oral, 2017



Fonte: ARS, 2017

Nota. Reproduzido de *Retrato da saúde 2018: Portugal* (Ministério da Saúde, 2018, p.36, figura.35). Copyright de Ministério da Saúde/DGS 2018.

O *Barómetro da Saúde Oral 2024* (OMD) e o *Health at a Glance: Portugal* (OECD, 2023) evidenciam disparidades socioeconómicas acentuadas no acesso e utilização de cuidados (ver anexo B). Mais de 70% da despesa em saúde oral é suportada por pagamentos diretos das famílias, colocando Portugal entre os países europeus com maior peso financeiro neste domínio.

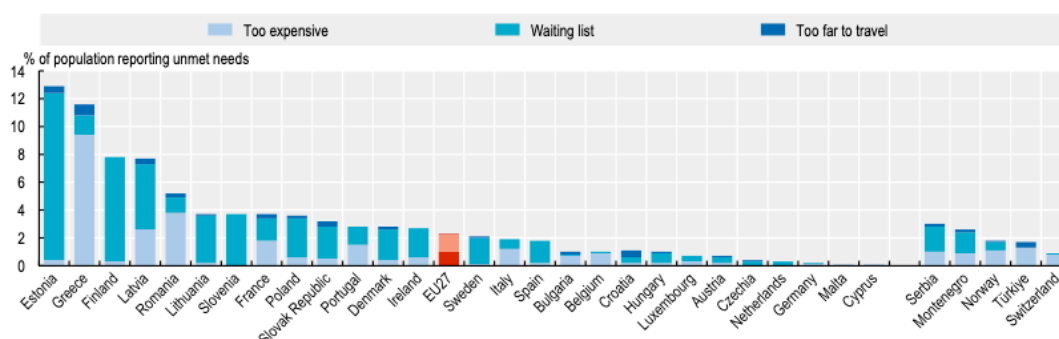
Apesar dos progressos seletivos, como o alargamento do PNPSO e a evolução do regime do cheque-dentista, persistem limitações estruturais: cobertura pública restrita, disparidades regionais e socioeconómicas e baixos níveis de literacia em saúde oral, sobretudo entre idosos (Costa, 2024). Relatórios europeus e internacionais sublinham que uma maior convergência com as recomendações da OMS e da OCDE exigiria ampliar a cobertura pública, reforçar os cuidados primários e investir em dados comparáveis para monitorização (WHO, 2023).

1.4.1 Comparação de Portugal com outros países europeus nas políticas públicas e indicadores

Os dados do Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (ENPDO) indicam uma elevada prevalência de cárie em crianças e adultos, situando Portugal entre os países com maiores necessidades de intervenção preventiva. O *Retrato da Saúde 2018* mostrava que o país se encontrava abaixo da média da UE em vários indicadores, apesar das melhorias alcançadas na última década.

Relatórios da OCDE indicam que Portugal tem níveis de despesa em saúde oral superiores aos de alguns países do norte da Europa, mas com maior peso de pagamentos diretos (ver gráfico 10) (ver anexo B) (OECD, 2023).

Gráfico 10 Principais motivos para reportar necessidades não satisfeitas em cuidados médicos, 2023 (ou ano mais próximo)



Note: The EU average is weighted. Data refer to 2022 for Montenegro, Switzerland, Serbia and Türkiye.
Source: Eurostat, based on EU-SILC (hlth_silc_08).

StatLink <https://stat.link/0yiv5z>

Nota. Reproduzido de *Health at a glance: Europe 2024 – State of health in the EU cycle* (OECD & European Commission, 2024, p. 181, figura 7.2). Copyright de OECD/European Union 2024, sob licença CC BY 4.0

A literatura nacional identifica ainda baixos níveis de literacia em saúde oral, sobretudo entre idosos, o que limita a adoção de práticas preventivas (Costa, 2024). O *Plano Nacional de Saúde 2021–2030* estabeleceu como prioridade a redução das desigualdades regionais e sociais, alinhando-se com políticas universais de prevenção já consolidadas noutros países europeus. O *Relatório DE-SNS 2023* confirma progressos associados a programas nacionais, mas destaca diferenças persistentes face à média europeia em indicadores como consultas preventivas e cobertura financeira.

1.4.2 Desafios estruturais e situação atual

O *Relatório de Acesso 2021* (Ministério da Saúde, 2022) reforça que a cobertura pública em saúde oral permanece limitada, resultando em forte dependência do setor privado e em desigualdades regionais no recurso aos serviços. O *Health at a Glance 2023* (OECD) confirma que mais de 70% da despesa continua a ser suportada diretamente pelas famílias.

O *PNPSO 2021–2025* (DGS, 2021) reconhece estas limitações e estabelece como prioridades ampliar a prevenção e melhorar o acesso de crianças, grávidas e idosos. De forma complementar, o *Plano Nacional de Saúde 2021–2030* reforça a integração da saúde oral em ações de promoção ao longo do ciclo de vida, com foco na redução de desigualdades.

Estudos nacionais sustentam estas conclusões. Lourenço (2016) evidencia a dependência de um modelo assente em contratos com prestadores privados e no cheque-dentista, cuja cobertura se mantém limitada. Magalhães (2024) compara Portugal com países como o Brasil, onde foram implementados modelos públicos mais abrangentes, evidenciando diferenças em termos de universalidade de cobertura.

1.4.3 Impacto das diretrizes internacionais no contexto português

As políticas portuguesas de saúde oral têm evoluído em consonância com orientações da OMS e da União Europeia. O *State of Health in the EU – Synthesis Report 2023* destaca a importância de integrar a saúde oral nas estratégias nacionais, em alinhamento com iniciativas como o *EU4Health* e o inquérito *PaRIS*.

Em Portugal, este alinhamento é visível no *Plano Nacional de Saúde 2021–2030*, no *PNPSO 2021–2025* e no *Relatório DE-SNS 2023*, que estabelecem metas para prevenção, equidade e integração com cuidados primários. O *Plano Estratégico da DGS* insere igualmente a saúde oral em ações de proximidade em saúde pública.

Estudos nacionais confirmam avanços, mas também lacunas: o *Barómetro da Saúde Oral 2024* evidencia melhorias em indicadores de prevenção, mas aponta deficiências na literacia; Costa (2024) associa baixos níveis de literacia em idosos a barreiras de acesso; e Lourenço (2016) salienta que a orientação preventiva exige continuidade para garantir sustentabilidade.

O enquadramento legal acompanhou este percurso: o Decreto-Lei n.º 252/2007 (ver anexo C) regulamentou benefícios para grupos vulneráveis; o *Retrato da Saúde 2018* confirmou a prioridade da prevenção; e a *Vision 2030* da FDI reforça a necessidade de integração plena da saúde oral em sistemas universais (Glick et al., 2021).

1.4.4 Estudo caso – Cheque-dentista

Criado em 2008, ao abrigo da Portaria n.º 301/2009 do Decreto-Lei n.º 252/2007 (ver anexo C), o cheque-dentista constitui uma das principais medidas de acesso financiado em saúde oral. Através da emissão de vales, garante cuidados preventivos e curativos a grupos prioritários, incluindo crianças, grávidas seguidas no SNS, idosos beneficiários do complemento solidário e indivíduos em situação de risco.

Ao longo da sua evolução, o programa foi objeto de ajustamentos: o Despacho n.º 8591/2016 determinou a expansão a novos grupos (ver anexo D); o Despacho n.º 12889/2015 introduziu alterações administrativas (ver anexo E); e o Decreto-Lei n.º 37/2024 atualizou o regime jurídico, reforçando a articulação com cuidados primários. (ver anexo F)

Avaliações oficiais, como o *Relatório de Acesso 2021* (Ministério da Saúde, 2022), apontam impacto positivo no aumento do número de consultas (ver quadro 1).

Quadro 1 *Evolução do número de utentes SNS que beneficiaram do PNPSO*

| Número de utentes SNS beneficiários* | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Var. 2021/2020 | |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|-------|
| Grávidas | 39 474 | 38 855 | 41 144 | 40 808 | 44 424 | 49 753 | 51 482 | 53 766 | 56 551 | 57 411 | 52 357 | 55 604 | 6,2% | |
| Idosos | 6 492 | 5 451 | 5 300 | 5 488 | 5 171 | 5 305 | 5 626 | 6 081 | 6 101 | 5 615 | 3 802 | 4 134 | 8,7% | |
| Saúde Infantil <=6 anos | 19 033 | 21 155 | 24 127 | 20 051 | 28 667 | 28 590 | 28 615 | 28 606 | 28 617 | 28 949 | 30 233 | 37 369 | 23,6% | |
| Crianças e Jovens 7/10/ 13 anos 2009/2010 | 186 862 | | | | | | | | | | | | | |
| Crianças e Jovens 7/10/ 13 anos 2010/2011 | 139 046 | 145 578 | | | | | | | | | | | | |
| Crianças e Jovens 7/10/ 13 anos 2011/2012 | | 131 159 | 152 294 | | | | | | | | | | | |
| Crianças e Jovens 7/10/ 13 anos 2012/2013 | | | 16 131 | 266 552 | | | | | | | | | | |
| Crianças e Jovens 7/10/ 13 anos 2013/2014 | | | | 115 451 | 166 026 | | | | | | | | | |
| Crianças e Jovens 7/10/ 13 anos 2014/2015 | | | | | 116 854 | 151 852 | | | | | | | | |
| Crianças e Jovens 7/10/ 13 anos 2015/2016 | | | | | | 109 830 | 157 436 | | | | | | | |
| Crianças e Jovens 7/10/ 13 anos 2016/2017 | | | | | | | 106 288 | 152 726 | | | | | | |
| Crianças e Jovens 7/10/ 13 anos 2017/2018 | | | | | | | | 88 688 | 165 789 | | | | | |
| Crianças e Jovens 7/10/ 13 anos 2018/2019 | | | | | | | | | 91 219 | 162 684 | | | | |
| Crianças e Jovens 7/10/ 13 anos 2019/2020 | | | | | | | | | | 94 066 | 154 816 | | -100,0% | |
| Crianças e Jovens 7/10/ 13 anos 2020/2021 | | | | | | | | | | | 43 375 | 214 887 | 3,8% | |
| Crianças e Jovens 7/10/ 13 anos 2021/2022 | | | | | | | | | | | | 96 637 | | |
| Crianças e Jovens 16 anos | | | | 3 087 | 5 318 | 15 925 | 21 300 | 13 540 | 20 747 | 20 400 | 22 438 | 17 169 | -23,5% | |
| Crianças e Jovens 18 anos | | | | | | | | 1 676 | 3 151 | 7 790 | 6 178 | 9 740 | 9 243 | -5,1% |
| Crianças e Jovens Idades Intermédias | 3 308 | 4 445 | 6 437 | 7 000 | 11 303 | 12 775 | 7 688 | 8 088 | 13 600 | 14 416 | 8 822 | 10 346 | 17,3% | |
| Portadores VIH/SIDA | 41 | 255 | 244 | 463 | 443 | 392 | 792 | 641 | 692 | 802 | 416 | 608 | 46,2% | |
| Intervenção Precoce no Cancro Oral | | | | | 2 401 | 3 831 | 4 191 | 4 172 | 3 896 | 4 152 | 2 339 | 2 945 | 25,9% | |

¹⁵ No ano letivo de 2012/2013, as regras de emissão e de utilização de cheques dentista foram alteradas, de forma a coincidir a utilização dos cheques com o ano civil, pese embora a emissão se inicie com o ano letivo. Esta alteração provocou um desfasamento na utilização dos cheques emitidos em 2012, que vieram apenas a ser utilizados em 2013. Os dados a partir de 2014 já traduzem a normalidade face ao histórico.

Nota. Reproduzido de *Relatório anual do acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas – 2021* (Ministério da Saúde, 2022, p. 105, quadro 24). Copyright de Ministério da Saúde/DGS 2022.

O *PNPSO 2021–2025* mantém o cheque-dentista como instrumento central, salientando a necessidade de continuidade e sustentabilidade. O *Relatório DE-SNS 2023* reforça o papel do programa como uma das principais vias de acesso financiado, mas identifica limitações estruturais, como a distribuição desigual de prestadores e a cobertura restrita da população adulta.

A nível internacional, a OCDE (*Health at a Glance 2023*) reconhece o cheque-dentista como uma iniciativa distintiva no contexto europeu, destacando o contributo para grupos vulneráveis, mas com alcance limitado. Estudos nacionais (Lourenço & Barros, 2016; Magalhães et al., 2024) reforçam esta perspetiva, caracterizando-o como instrumento relevante para reduzir desigualdades, mas ainda pouco integrado no sistema de saúde e com problemas na percentagem de utilizadores.

1.5 Síntese da contextualização

A análise desenvolvida evidencia que a saúde oral tem vindo a ganhar centralidade nas agendas internacionais de saúde. Organismos como a OMS, a FDI, a OCDE e a Comissão Europeia convergem na definição de princípios estruturantes: cobertura universal, equidade, prevenção, integração nos cuidados primários e fortalecimento da governança e da força de trabalho. Estes referenciais constituem o quadro normativo a que os Estados-Membros procuram alinhar-se, reforçando a integração da saúde oral em políticas de saúde pública mais abrangentes.

No contexto europeu, a região apresenta a maior prevalência global de doenças orais, com forte impacto económico e social. Os dados revelam uma realidade heterogénea: países nórdicos e da Europa Ocidental oferecem cobertura pública ampla e políticas preventivas consolidadas, enquanto países do sul e do leste mantêm limitações estruturais, traduzidas em menor cobertura pública, forte dependência de pagamentos diretos e disparidades regionais. Iniciativas recentes da União Europeia e da OCDE procuram responder a estas desigualdades através da harmonização de indicadores e da promoção de programas de prevenção e integração.

Em Portugal, as políticas públicas evidenciam avanços seletivos. O PNPSO e o cheque-dentista permitiram ampliar o acesso de grupos prioritários, mas a cobertura permanece restrita e fortemente dependente do setor privado. Relatórios nacionais e internacionais sublinham disparidades regionais e socioeconómicas, baixos níveis de literacia em saúde oral e a necessidade de reforçar a integração nos cuidados primários. Apesar do alinhamento formal com recomendações internacionais, a implementação prática continua parcial e desigual, refletindo limitações estruturais persistentes.

Em síntese, o enquadramento internacional, europeu e nacional confirma a pertinência desta scoping review. Ao mapear como as diretrizes internacionais têm sido incorporadas em Portugal, este trabalho pretende identificar avanços, lacunas e oportunidades, estabelecendo a base para a análise crítica desenvolvida nos capítulos seguintes.

1.6 Objetivos da revisão

1.6.1 Objetivo geral

O objetivo geral desta investigação consiste em mapear, sintetizar e analisar criticamente a evidência disponível sobre o impacto das diretrizes internacionais de saúde oral, nomeadamente da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Federação Dentária Internacional (FDI) e da União Europeia, na formulação, desenvolvimento e implementação de políticas públicas de saúde oral em Portugal, no contexto do Sistema Nacional de Saúde (SNS), procurando identificar os avanços, desafios e lacunas na integração dessas orientações globais a nível nacional.

1.6.2 Objetivos específicos

De forma articulada com este objetivo central, pretende-se mapear as principais diretrizes internacionais e identificar as suas recomendações-chave para políticas públicas; analisar a evolução das políticas públicas de saúde oral em Portugal, com especial atenção à integração ou ausência de integração dessas diretrizes nos planos e programas nacionais; e avaliar o grau de alinhamento entre as metas internacionais e os objetivos definidos pelas autoridades nacionais de saúde, identificando áreas de convergência e de omissão.

Adicionalmente, visa-se investigar os impactos concretos da implementação de políticas inspiradas em orientações internacionais, considerando os resultados obtidos em termos de acesso, equidade e indicadores de saúde oral; identificar os principais desafios e barreiras que dificultam a transposição dessas diretrizes para o contexto português, incluindo constrangimentos orçamentais, desigualdades regionais e limitações institucionais; e comparar a realidade portuguesa com a de outros países europeus que seguem as mesmas orientações, de forma a contextualizar o desempenho nacional em termos relativos.

Por fim, a investigação procura propor recomendações que favoreçam uma melhor articulação entre as políticas internacionais e nacionais de saúde oral, com foco na sustentabilidade, na equidade e no cumprimento dos compromissos globais assumidos por Portugal.

2 Materiais e Métodos

2.1 Tipo de estudo

O tipo de estudo a desenvolver neste trabalho é uma Scoping Review. Nos últimos anos têm sido necessárias novas abordagens, no que se refere ao desenvolvimento de evidências de pesquisa com diferentes objetivos e questões, sendo a Scoping Review uma abordagem de grande utilidade para sintetizar essas evidências, conduzida segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) para scoping review (Peters et al., 2020; 2022), baseada no modelo seminal de Arksey e O'Malley (2005) e nas recomendações de Levac et al. (2010).

Quando o objetivo é esclarecer temas ainda pouco compreendidos ou sistematizados, de forma a auxiliar futuras revisões sistemáticas e ou direcionar futuras áreas de pesquisa este tipo de revisão é comumente utilizado.

De acordo com Arksey e O'Malley (2005), as etapas preconizadas para a realização de uma scoping review são: (1) identificar a(s) questão de investigação; (2) pesquisa dos estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) análise dos resultados; e (5) agrupar, resumir e apresentar os resultados.

A realização desta scoping review baseia-se no facto de ser um tipo de revisão que visa mapear as evidências já existentes subjacentes a uma área específica, identificar lacunas na evidência existente e realizar uma investigação preliminar que justifique uma futura revisão sistemática.

Esta Scoping Review foi realizada seguindo as normas de orientação apresentadas nas guidelines PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) para assegurar transparência, rigor e abrangência.

2.2 Pergunta de investigação

Para a realização desta scoping review, o ponto de partida foi a definição clara da questão de investigação, uma vez que esta orienta toda a construção das estratégias de pesquisa. A revisão foi conduzida de acordo com a abordagem metodológica proposta por Arksey e O'Malley (2005), recorrendo ao modelo PCC, População, Conceito e Contexto, conforme recomendado pelo Joanna Briggs Institute.

No presente estudo, a população-alvo corresponde ao sistema de saúde pública oral; o conceito central refere-se às diretrizes internacionais aplicadas à gestão e formulação de políticas de saúde pública oral; e o contexto é o âmbito nacional, considerando a implementação e o impacto dessas diretrizes.

Quadro 2 Modelo PCC

| Critérios | Avaliação |
|------------------|--|
| População (P) | Sistema Nacional de Saúde e políticas/programas nacionais de saúde oral em Portugal. |
| Conceito (C) | Diretrizes internacionais em saúde oral |
| Contexto (C) | Políticas públicas de saúde oral no âmbito nacional português |

Com base nestes elementos, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Qual é o impacto das diretrizes internacionais na gestão e formulação de políticas de saúde pública oral no contexto nacional?”.

2.3 Palavras-chave / Keywords

Palavras-chave: “*Oral Health*”, “*Oral Public Health*”, “*Health Policy*”, “*International Guidelines*”, “*WHO*”, “*Portugal*”.

As palavras-chave selecionadas para esta investigação foram definidas de forma a refletir os conceitos centrais da tese e a garantir a sua adequada indexação em bases de dados nacionais e internacionais. Assim, destacam-se como keywords principais:

“Oral Health / Saúde Oral”, que representa o campo específico em análise e constitui o foco central do estudo;

“Health Policy & Management / Política e Gestão em Saúde”, que sublinha a dimensão das políticas públicas e da governação em saúde, em contraste com os aspetos clínicos;

“International Guidelines / Diretrizes Internacionais”, que enfatiza a origem externa das orientações em análise, com destaque para a OMS, a FDI e a União Europeia/OCDE;

“Implementation & Impact / Implementação e Impacto”, que remete para o processo de adoção, alinhamento e avaliação das diretrizes internacionais no contexto nacional; e, por fim,

“National Context (Portugal) / Contexto Nacional (Portugal)”, que delimita o recorte geográfico e institucional da investigação, situando-a no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), da Direção-Geral da Saúde (DGS) e do Ministério da Saúde.

Para cada uma destas palavras-chave foram também considerados termos relacionados, de modo a abranger variações terminológicas encontradas na literatura científica e em vocabulários controlados como o MeSH e o DeCS. No caso da saúde oral, incluem-se descritores como *dental public health*, *oral health services* e *national oral health plan*; em política e gestão em saúde, termos como *policy making*, *health planning* e *health services administration*; relativamente às diretrizes internacionais, expressões como *guidelines*, *recommendations*, *framework* e *action plan*, bem como referências a documentos estratégicos como a *Vision 2030* ou o *Global Oral Health Strategy*; no domínio da implementação e impacto, palavras associadas como *adoption*, *alignment*, *evaluation*, *policy transfer* e *knowledge translation*; e, finalmente, no contexto nacional, descritores como *Portuguese context* ou referências específicas ao SNS e às suas instituições.

Deste modo, a escolha e a justificação das palavras-chave resultam da articulação entre os objetivos da revisão e as terminologias reconhecidas internacionalmente, assegurando simultaneamente a abrangência da pesquisa bibliográfica e a clareza na comunicação científica.

2.4 Estratégia de Pesquisa

O objetivo central desta Scoping Review foi realizar uma pesquisa extensa e criteriosa de estudos e revisões relevantes, de forma a reunir o maior número possível de dados que pudessem contribuir para responder à questão principal da pesquisa (Arksey & O'Malley, 2005).

A pesquisa para a presente Scoping Review foi realizada utilizando diversas bases de dados diferentes: PubMed/MEDLINE, SciELO, Web of Science, CINAHL via EBSCO, bem como em reportórios nacionais e literatura cinzenta, utilizando diferentes termos Medical Subject Headings (MeSH) em simultâneo com os operadores booleanos AND e OR, foi realizada no dia 6 de fevereiro de 2025 e revista dia 20 de agosto de 2025.

Os algoritmos de pesquisa nas bases de dados estarão disponíveis em anexo (ver anexo G).

2.5 Critérios de Seleção

2.5.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão englobaram publicações entre os anos de 2000 e 2025, redigidas em português, inglês e espanhol. Foram considerados elegíveis artigos científicos e literatura cinzenta que abordassem diretrizes internacionais na formulação e gestão de políticas públicas de saúde oral em Portugal.

Adicionalmente, foram incluídas publicações realizadas por pesquisa manual (n=27).

2.5.2 Critérios de Exclusão

A pesquisa foi limitada a artigos científicos e literatura cinzenta que descreviam o impacto das diretrizes internacionais na gestão e políticas públicas em Saúde Oral em Portugal e a artigos redigidos noutra língua que não as mencionadas anteriormente.

Foram excluídos os estudos cujo rigor científico fosse insuficiente ou que, após leitura do título e resumo, não apresentassem relevância para os objetivos desta investigação.

2.5.3 Seleção dos artigos

Após a definição dos critérios de inclusão e exclusão, procedeu-se à etapa de seleção dos artigos, seguindo as recomendações do PRISMA-ScR.

Os artigos identificados nas pesquisas eletrônicas foram exportados para a plataforma Rayyan (Ouzzani et al., 2016). Esta ferramenta foi utilizada exclusivamente como apoio para a organização dos dados, permitindo agrupar os artigos obtidos nas diferentes bases de dados e eliminar duplicações.

Dois revisores independentes removeram manualmente os artigos duplicados. A triagem dos estudos ocorreu em duas fases: na primeira, foram analisados os títulos e resumos com base nos critérios de elegibilidade, selecionando os artigos que se alinhavam com os objetivos da revisão. Foram considerados estudos publicados até 2025, redigidos em português, inglês ou espanhol.

Na segunda fase, os artigos identificados como relevantes passaram por uma leitura integral, a fim de avaliar a sua elegibilidade de forma mais aprofundada. O índice de concordância entre os revisores foi superior a 95%, sendo que um terceiro revisor foi consultado em caso de divergência.

Vale ressaltar que, como esta é uma scoping review, a seleção dos estudos baseou-se na sua pertinência ao tema de investigação e não em critérios metodológicos rigorosos (Arksey & O'Malley, 2005).

Impacto no Contexto Nacional das Diretrizes Internacionais na Gestão e Políticas de Saúde Pública Oral:
Scoping Review

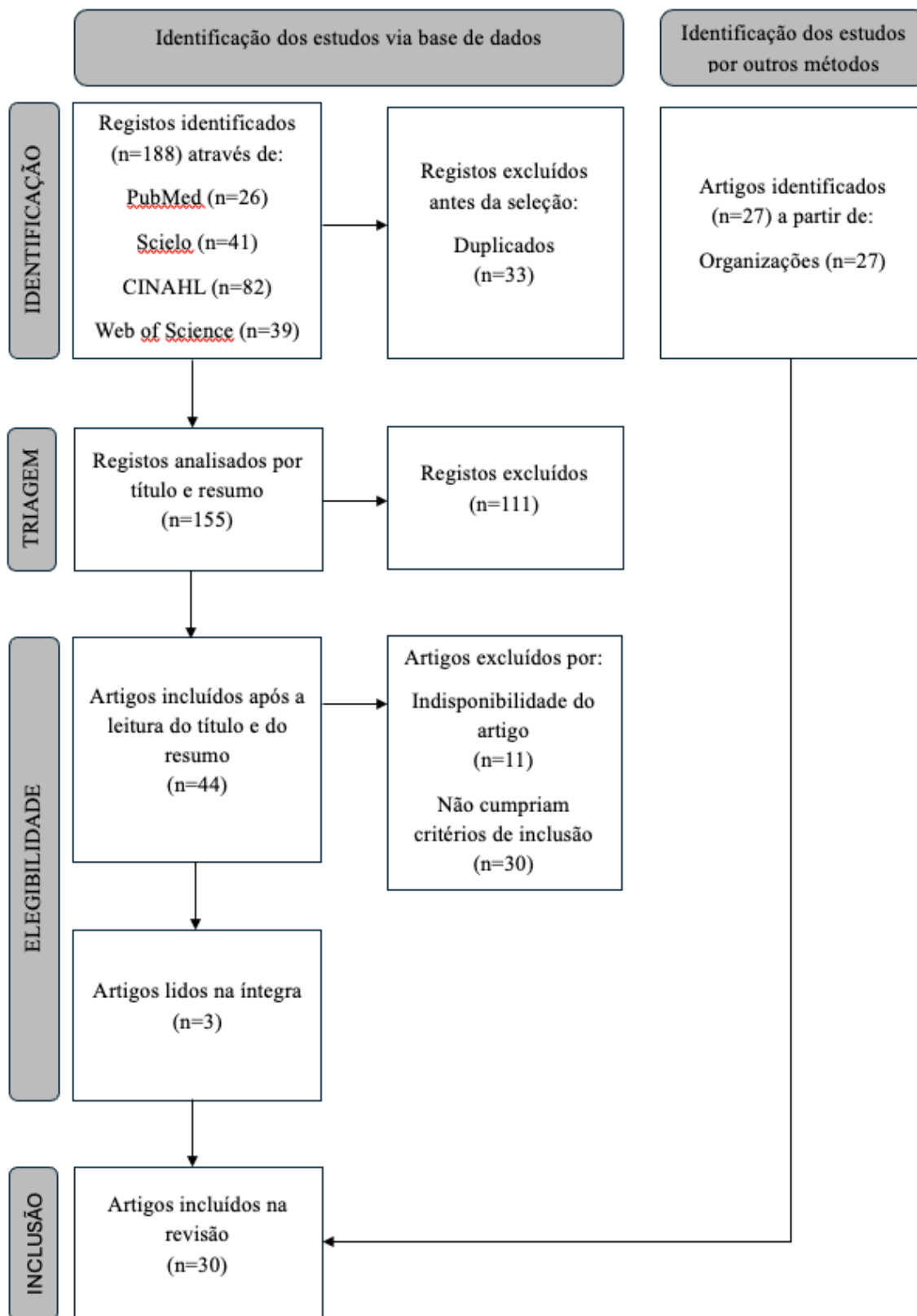
3 Resultados

O processo de revisão sistemática da literatura, conduzido de acordo com os critérios PCC previamente definidos, resultou na identificação e inclusão de trinta documentos considerados relevantes para os objetivos da presente investigação. Estes documentos abrangem artigos científicos, estudos observacionais, relatórios institucionais, declarações e estratégias internacionais, constituindo um corpo diversificado de evidência que permite analisar o impacto das diretrizes internacionais de saúde oral no contexto português. De forma a apresentar os resultados de forma estruturada e transparente, os documentos foram caracterizados segundo a sua tipologia, distribuídos temporalmente e posteriormente organizados em eixos temáticos que refletem as dimensões mais recorrentes na literatura analisada.

3.1 Seleção dos estudos e diagrama de fluxo

Um diagrama de fluxo PRISMA (do inglês Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), é uma apresentação visual utilizada para descrever o procedimento de seleção dos estudos numa scoping review ou numa revisão sistemática e demonstra o número de estudos identificados, selecionados, incluídos e excluídos em cada etapa. A Figura 7 apresenta o fluxograma do processo de seleção, conforme as recomendações do PRISMA-ScR.

Figura 7 Fluxograma do processo de seleção dos documentos incluídos (PRISMA-ScR)



Interpretando o fluxograma, observa-se que a pesquisa inicial nas quatro bases de dados (PUBMED, Scielo, Web of Science e CINAHL) resultou num total de 188 artigos, dos quais 33 eram duplicados e, portanto, eliminados.

Após esta triagem, permaneceram 155 artigos dos quais 44 cumpriam os critérios de inclusão, foram selecionados para análise na fase seguinte, sendo 111 artigos excluídos, após a leitura do título e do resumo.

Na segunda fase, procedeu-se à leitura integral dos artigos, a fim de avaliar a sua elegibilidade com maior rigor. Dos 44 artigos inicialmente selecionados, foram excluídos 30 artigos que não cumpriram com os critérios definidos e com a questão de investigação (PCC), foram ainda excluídos 11 artigos em que o artigo não se encontrada disponível, de livre acesso, à data. Após a aplicação destes critérios de elegibilidade, permaneceram 3 artigos incluídos na análise final.

Foi também adicionado literatura cinzenta ao presente estudo (n=27).

3.2 Resultados da extração de dados

Foram incluídos nesta revisão trinta artigos na presente scoping review, publicados entre 2004 e 2025, abrangendo artigos científicos, relatórios institucionais e literatura cinzenta relevante.

A caracterização dos documentos incluídos encontra-se sintetizada em duas tabelas, *Caracterização geral dos estudos*, Apêndice C, e *Conteúdos e Contributos dos estudos*, Apêndice D, que apresentam informações sobre os autores, ano de publicação, título, tipo de estudo ou relatório, local de publicação, metodologia, principais resultados e contributos. Estes documentos abrangem artigos científicos, estudos observacionais, relatórios oficiais nacionais e internacionais, bem como declarações e estratégias globais.

Os dados foram analisados de forma descritiva e comparativa, com o objetivo de identificar padrões comuns na integração das diretrizes internacionais da OMS, da FDI e da UE nas políticas públicas de saúde oral em Portugal, bem como áreas de lacuna na evidência.

A análise foi conduzida segundo uma abordagem integrativa, permitindo mapear de que forma os programas e relatórios nacionais dialogam com as recomendações

internacionais e destacando desafios persistentes em termos de acesso, equidade e alinhamento estratégico.

3.2.1 Distribuição temporal das publicações

A Figura 2 ilustra a distribuição temporal dos documentos incluídos entre 2012 e 2025. Observa-se um crescimento progressivo da produção a partir de 2018, coincidindo com a intensificação do debate internacional em torno da saúde oral. O período 2021–2025 concentrou o maior número de publicações, associado à Resolução WHA74.5 (WHO, 2021), ao *Global Oral Health Status Report* (WHO, 2022b), à *Vision 2030* (Glick et al., 2021) e a documentos estatísticos mais recentes (INE/Eurostat, 2025).

Gráfico 11 Distribuição temporal dos documentos incluídos (2012–2025)

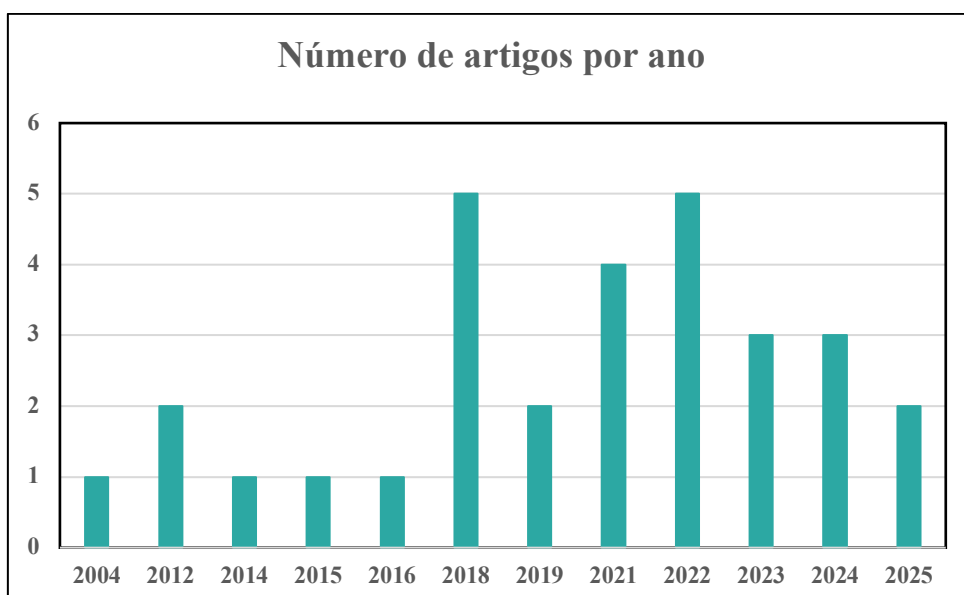
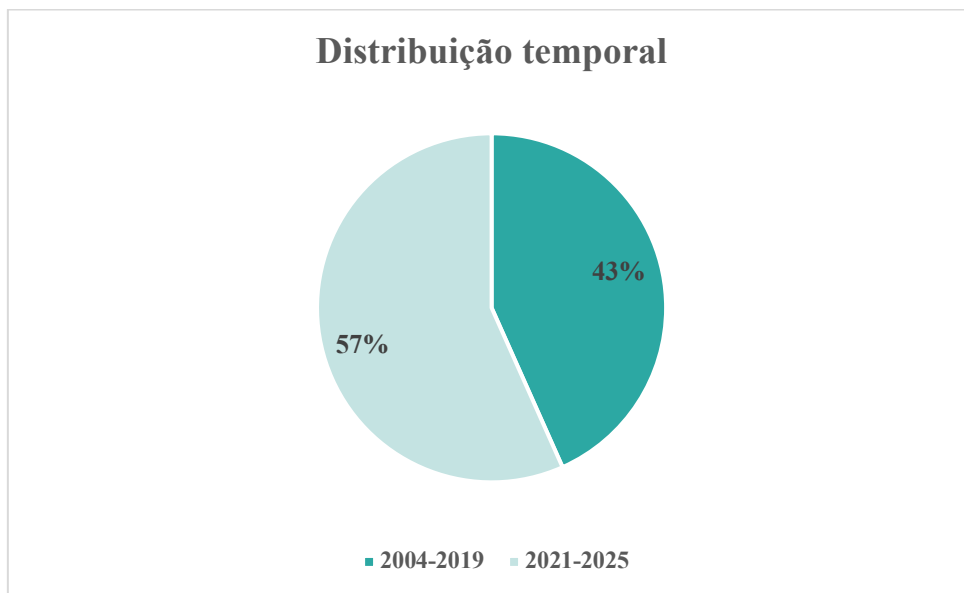


Gráfico 12 Percentagem de dois grupos de documentos- distribuição temporal (2004-2019; 2021-2025)



3.2.2 Tipologia dos estudos

A análise da tipologia dos documentos incluídos permitiu a sua reorganização em seis grandes categorias (Figura 3), de acordo com a natureza e contributo de cada publicação.

A categoria mais representada foi a dos relatórios oficiais e institucionais, com quinze documentos. Este grupo integra relatórios de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (*Global Oral Health Status Report, 2022*), a Federação Dentária Internacional (*Vision 2020, 2012; Vision 2030, 2021*), a OCDE (*Health at a Glance: Highlights Portugal, 2023; Relatório de monitorização internacional, 2024*) e a Comissão Europeia (*State of Health in the EU, 2023; Measuring Access to Healthcare in the EU, 2021; EC, 2004*). Inclui ainda documentos nacionais de Lourenço & Barros (2016), da Direção-Geral da Saúde (2019; 2021), do Ministério da Saúde (2018; 2022), da Direção Executiva do SNS (2023), do INE/Eurostat (2025).

Seguem-se as declarações, resoluções e estratégias internacionais, com seis documentos, que consolidam compromissos políticos e estratégicos no plano global e regional. Entre estes encontram-se a *Declaração de Astana* (OMS & UNICEF, 2018), a Resolução WHA74.5 (WHO, 2021), a *Bangkok Declaration* (WHO, 2024a), o *Draft Global Strategy on Oral Health* (World Health Organization, World Health Assembly [WHO/WHA],

2022a), a *Global Strategy and Action Plan on Oral Health* (WHO, 2024b) e a Declaração Política da ONU sobre Cobertura Universal em Saúde (UN, 2019).

Os artigos científicos de monitorização e política pública estão representados por um único documento: Simões et al. (2018), que avaliou a implementação e os resultados do programa Cheque-Dentista no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Os estudos observacionais nacionais integram dois documentos, nomeadamente o estudo de Filipe & Aguiar (2018), centrado nos fatores de não adesão ao Cheque-Dentista, e o estudo de Silva et al. (2012), que avaliou o impacto do PNPSO.

Por fim, os estudos comparativos internacionais incluem dois documentos, ambos de Winkelmann et al. (2022), que analisam a cobertura, o financiamento e o acesso aos cuidados de saúde oral em diferentes países europeus.

Em síntese, verifica-se uma clara predominância de relatórios oficiais e institucionais, seguidos por declarações e estratégias internacionais, refletindo a centralidade de organismos nacionais e internacionais na produção de evidência sobre saúde oral. A literatura científica original, ainda que presente, representa uma proporção reduzida, sobretudo em termos de estudos observacionais e de monitorização.

Gráfico 13 *Tipologia dos documentos incluídos na revisão*

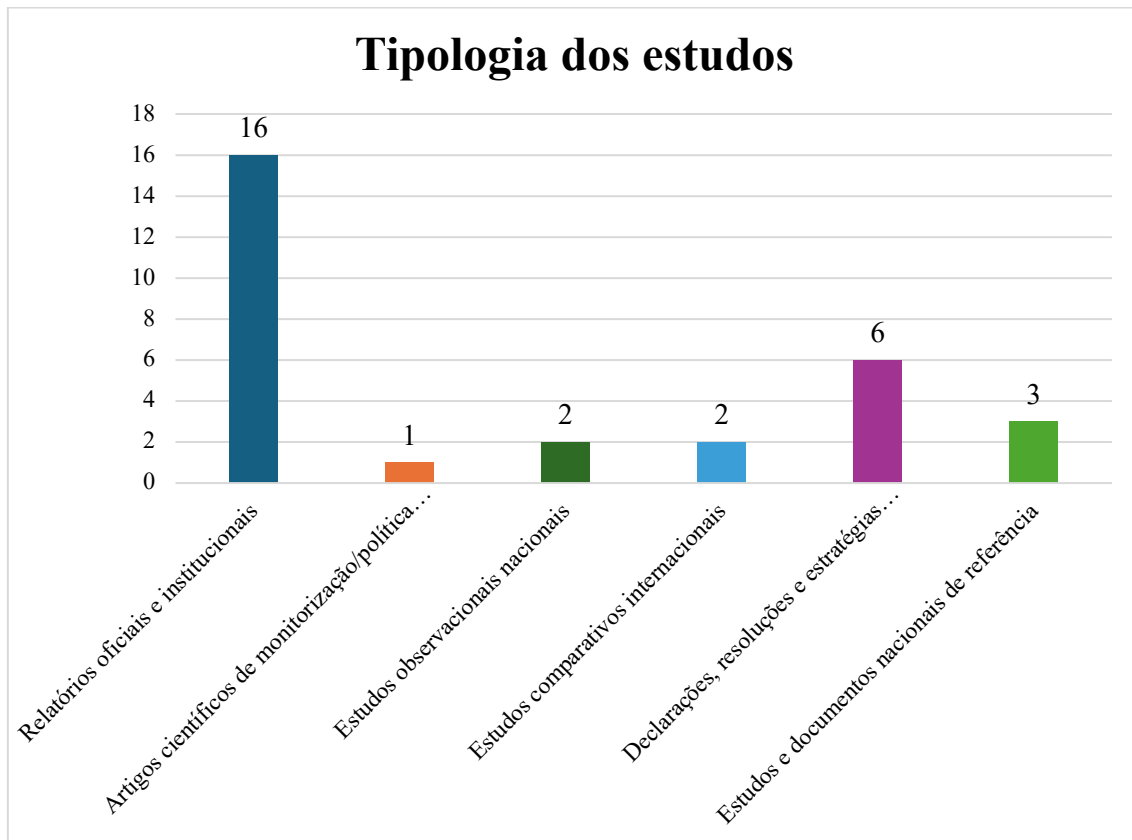
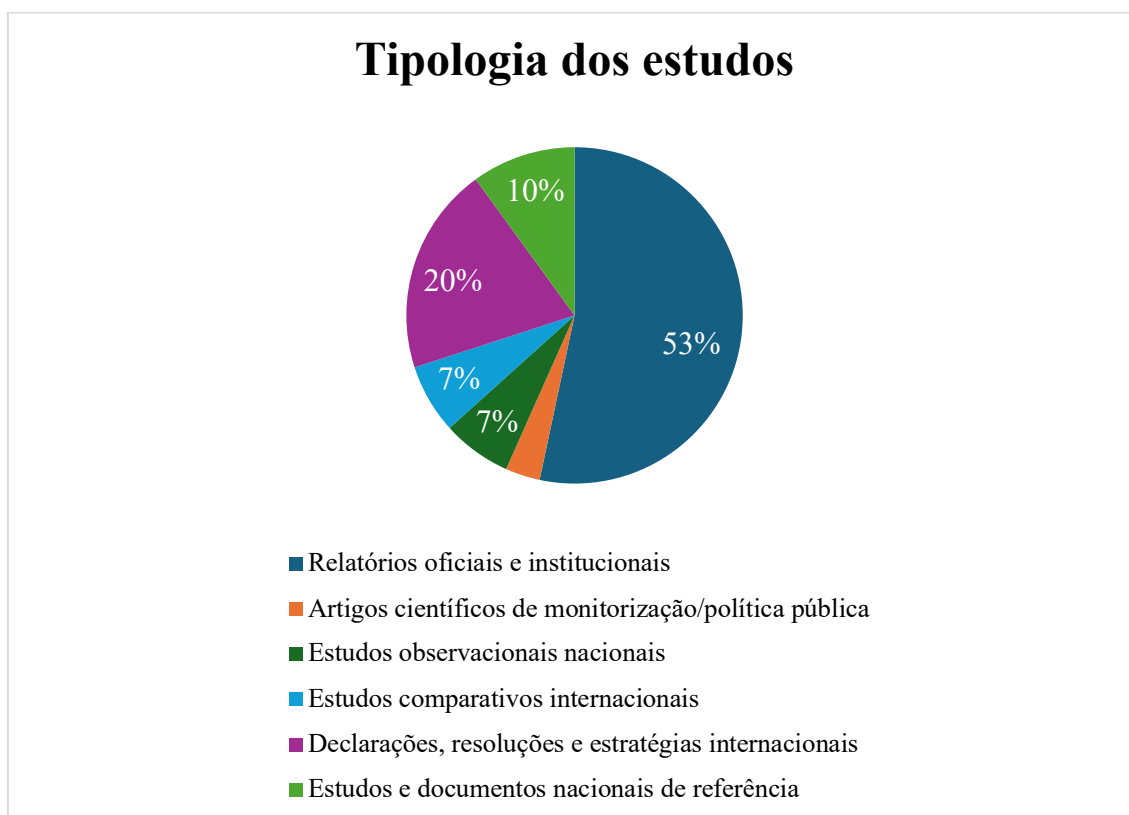


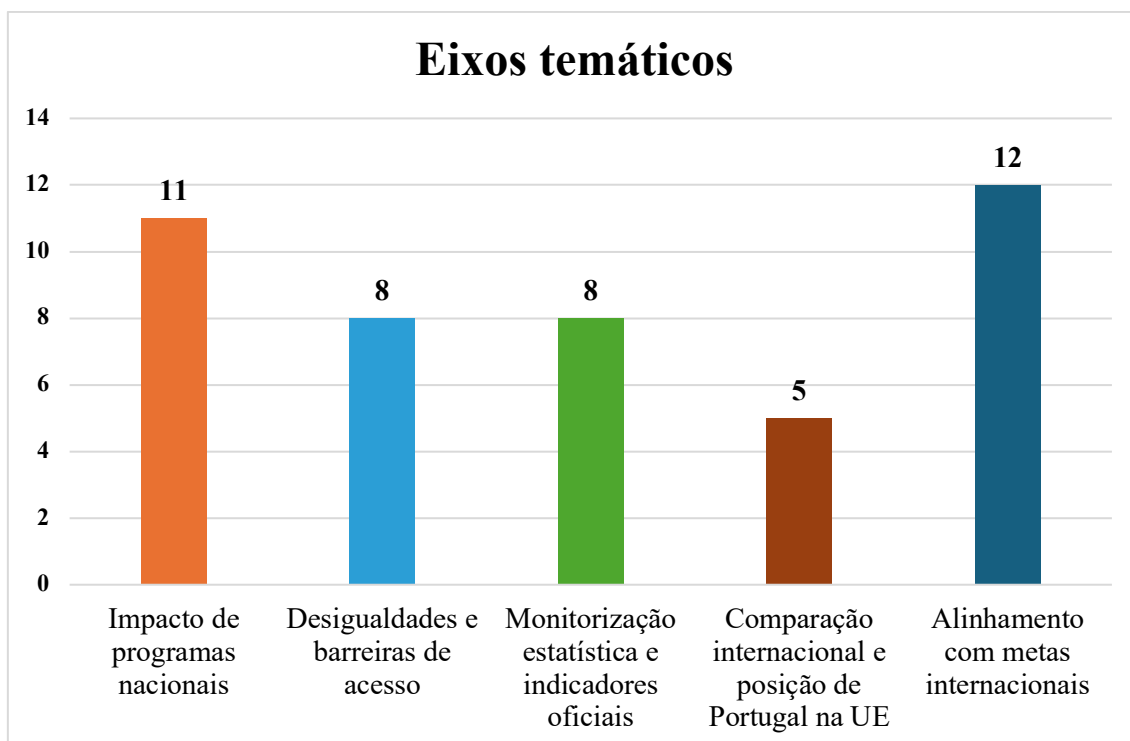
Gráfico 14 *Percentagem da tipologia dos estudos*



3.2.3 Eixos temáticos principais

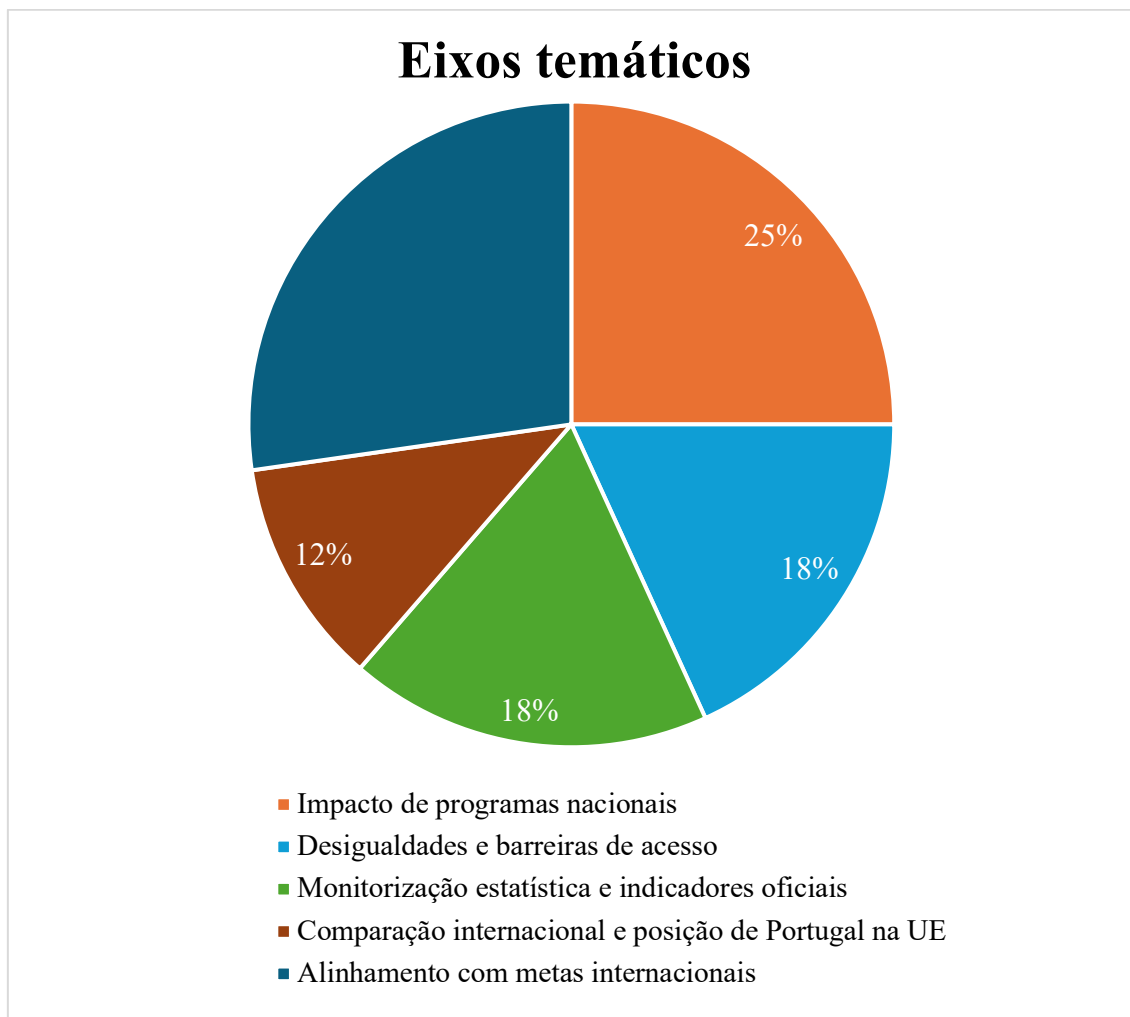
A análise da relevância e do contributo dos documentos incluídos permitiu agrupar a evidência em torno de cinco eixos centrais, que refletem as dimensões mais recorrentes na literatura e o modo como as diretrizes internacionais em saúde oral têm sido consideradas no contexto português. Estes eixos não são mutuamente exclusivos, dado que alguns documentos abordam simultaneamente mais do que uma dimensão, mas constituem uma organização temática útil para sintetizar a diversidade da informação recolhida. Assim, os documentos foram analisados segundo: (i) o impacto de programas nacionais; (ii) as desigualdades e barreiras de acesso a cuidados dentários; (iii) a monitorização estatística e os indicadores oficiais que sustentam a avaliação das políticas; (iv) a comparação internacional e a posição relativa de Portugal no espaço europeu; e (v) o alinhamento com metas e recomendações internacionais estabelecidas pela OMS, pela FDI e pela UE.

Gráfico 15 *Frequência dos eixos temáticos principais identificados nos documentos incluídos*



Nota: alguns documentos foram classificados em mais do que um eixo, atendendo ao seu contributo transversal, o que justifica que a soma total ultrapasse o número absoluto de estudos incluídos.

Gráfico 16 *Frequência dos eixos temáticos abordados pelos documentos incluídos na revisão, ilustrando a predominância do impacto de programas nacionais e do alinhamento com metas internacionais*



O impacto de programas nacionais reuniu onze documentos, incluindo as investigações científicas (Simões et al., 2018; Filipe & Aguiar, 2018; Silva et al., 2012), relatórios institucionais da Direção-Geral da Saúde (2019; 2021), do Ministério da Saúde (2018; 2022) e da Direção Executiva do SNS (2023), estudos de referência como o *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís* (Calado et al., 2015), o relatório da Entidade Reguladora da Saúde (2014) e a análise de Lourenço & Barros (2016). Estes documentos abordam a evolução e o impacto de políticas públicas como o Cheque-Dentista e o PNPSO.

As desigualdades e barreiras de acesso corresponderam a oito documentos, refletindo a atenção recorrente ao tema do acesso desigual a cuidados dentários. Neste grupo incluem-se o estudo de Filipe & Aguiar (2018), os dados estatísticos do INE/Eurostat (2025) e relatórios internacionais como o *Unmet Needs for Health Care* (OCDE & EU, 2020), o

Health at a Glance: Highlights Portugal (OECD, 2023), o relatório de monitorização da OCDE & CE (2024), o relatório *Measuring Access to Healthcare in the EU* (EC, DG SANTE, 2021), o *State of Health in the EU* (EC, DG SANTE, OECD, & European Observatory, 2023) e a análise comparativa de Winkelmann et al. (2022).

A monitorização estatística e indicadores oficiais correspondem a sete documentos. Destacam-se o relatório do INE/Eurostat (2025), o relatório da Comissão Europeia (2004), o *Global Oral Health Status Report* da OMS (WHO, 2022b), o *Retrato da Saúde* (Ministério da Saúde, 2018), o *Acesso a Cuidados de Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde: Relatório 2023* (Direção Executiva do SNS, 2023), o *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais* (Calado et al., 2015) e o relatório *Health at a Glance: Highlights Portugal* da OCDE (OECD, 2023). Estes documentos desempenham um papel central na produção de dados comparáveis e na monitorização do desempenho nacional em saúde oral.

A comparação internacional e posição de Portugal na União Europeia abrangendo também cinco documentos, que situam o desempenho nacional em contexto comparativo. Incluem-se os estudos de Winkelmann et al. (2022), os relatórios da OCDE (2023) e da OCDE & CE (2024), o relatório *Unmet Needs for Health Care* (OCDE & EU, 2020) e o *State of Health in the EU* (EC, DG SANTE, OECD, & European Observatory, 2023). Estes contributos permitem situar Portugal em relação a outros Estados-Membros, evidenciando diferenças na cobertura, no acesso e na proteção financeira.

Por fim, o alinhamento com metas internacionais reuniu doze documentos, representando o grupo mais numeroso. Incluem-se documentos estratégicos globais e regionais, como a *Declaração de Astana* (WHO & UNICEF, 2018), a Resolução WHA74.5 (WHO, 2021), o *Draft Global Strategy on Oral Health* (WHO, 2022a), a *Bangkok Declaration* (WHO, 2024a), a *Global Strategy and Action Plan on Oral Health* (WHO, 2024b), bem como as estratégias da FDI (*Vision 2020*, 2012; *Vision 2030*, 2021). Também a Declaração Política da ONU sobre Cobertura Universal em Saúde (2019) e documentos nacionais como os relatórios da DGS (2019; 2021), o Relatório Anual do Ministério da Saúde (2022) e o relatório da Direção Executiva do SNS (2023) foram incluídos por referenciarem compromissos internacionais.

Em síntese, a organização dos documentos nestes cinco eixos mostra uma distribuição equilibrada entre temas de impacto nacional, desigualdades no acesso e alinhamento

internacional, evidenciando que a literatura integra simultaneamente contributos de carácter local, estatístico e estratégico. Esta análise quantitativa constitui uma base para a reflexão crítica desenvolvida no capítulo da Discussão, onde serão exploradas as implicações e significados dos resultados identificados.

De forma global, os resultados da scoping review evidenciam uma predominância de documentos institucionais e estratégicos, tanto de âmbito nacional como internacional, complementados por investigações científicas de monitorização e por estudos observacionais. A diversidade das fontes incluídas permitiu caracterizar de forma abrangente o panorama das políticas de saúde oral em Portugal, situando-o num contexto comparativo europeu e global. Este enquadramento quantitativo e descritivo constitui o fundamento para a análise crítica que se segue, desenvolvida no capítulo da Discussão.

4 Discussão

4.1 Síntese dos principais achados

A presente scoping review permitiu mapear de forma abrangente o modo como as diretrizes internacionais em saúde oral – emanadas da OMS, da FDI e da UE/OCDE – têm influenciado a formulação e implementação de políticas públicas no contexto português. Este exercício revelou não apenas a diversidade das fontes analisadas, mas sobretudo a forma como convergem em torno de cinco eixos centrais, que respondem diretamente aos objetivos definidos para esta investigação. Estes eixos constituem uma grelha analítica que evidencia, simultaneamente, os avanços obtidos e as limitações persistentes na integração das orientações globais, contribuindo para um quadro comparativo capaz de situar Portugal na discussão internacional sobre saúde oral.

Em primeiro lugar, destacou-se o impacto dos programas nacionais, nomeadamente o PNPSO e o Cheque-Dentista, que têm sido os principais instrumentos de concretização das orientações internacionais no SNS. A análise do PNPSO não pode deixar de considerar o Estudo da ERS (2014), que representou um marco na avaliação regulatória do programa. Este relatório identificou avanços na cobertura de novos grupos vulneráveis, mas também destacou problemas persistentes: desigualdades regionais, forte dependência da contratualização privada e concentração da emissão de cheques em poucos prestadores. Estes achados reforçam a crítica de que, apesar do contributo positivo do PNPSO para a saúde oral infantil e para alguns grupos prioritários, o modelo manteve-se seletivo e pouco sustentável. Quando comparados com avaliações mais recentes (DGS, 2021; DE-SNS, 2023), os resultados de 2014 mostram que muitos dos desafios já estavam diagnosticados há mais de uma década, revelando a dificuldade em superar as barreiras estruturais à universalização da saúde oral em Portugal. A evidência disponível demonstra ganhos relevantes em saúde oral infantil e juvenil, com reduções consistentes do índice CPOD e aumento da proporção de crianças livres de cárie (Calado et al., 2015; DGS, 2021; WHO, 2022a). Para além disso, registou-se a introdução progressiva de médicos dentistas nos cuidados de saúde primários desde 2016, com 170 gabinetes em funcionamento em 2023 e a meta de 350 até 2026, apoiada pelo PRR e delineada pela DE-SNS (2023). Estes avanços demonstram um reforço estrutural da rede pública, embora a cobertura de adultos e idosos ainda permaneça limitada e distante da universalidade defendida pelas metas internacionais (Glick et al., 2021).

O segundo eixo identificou as desigualdades e barreiras de acesso aos cuidados de saúde oral, um dos aspetos mais persistentes no contexto português. Os dados confirmam que o custo direto continua a ser a principal barreira, explicando as elevadas necessidades não satisfeitas em cuidados dentários (INE/Eurostat, 2025; OECD & EU, 2020). Dados recentes do INE/Eurostat (2025) reforçam esta fragilidade, indicando que 15% da população em Portugal reportou necessidades não satisfeitas em cuidados dentários em 2024, e quando esta população está em risco de pobreza este valor duplica, 30%, colocando o país entre os quatro Estados-membros da União Europeia com maiores dificuldades de acesso. Em comparação com outros países da União Europeia, Portugal permanece entre os que apresentam maiores obstáculos, sobretudo em grupos de baixo rendimento e populações vulneráveis (OECD, 2023). Esta realidade contrasta com os modelos nórdicos, onde a cobertura pública mais ampla reduz substancialmente os encargos financeiros e garante maior equidade (Winkelmann et al., 2022b). O Relatório da Saúde Oral 2.0, DE-SNS (2023) estabeleceu como meta reduzir em 25% estas necessidades não satisfeitas até 2026, confirmando a centralidade desta lacuna.

O terceiro eixo destacou a importância da monitorização estatística e dos indicadores oficiais para avaliar a saúde oral em Portugal. Organismos como o INE, a OCDE, a Comissão Europeia e a OMS têm produzido relatórios que permitem situar o país num quadro comparativo europeu e global (EC/DG SANTE, 2021; OECD, 2023; WHO, 2022a). Apesar de persistirem limitações na harmonização dos dados nacionais, o Relatório da DE-SNS (2023) assinala a existência do SISO, que necessita de modernização e plena integração com o SClínico, prevendo-se ainda a introdução de novos indicadores de acesso e desempenho, como tempos de espera e custo médio por tratamento. Mais recentemente, o inquérito PaRIS (OECD, 2025) introduziu indicadores baseados na experiência dos utentes, embora a saúde oral ainda esteja sub-representada. Os resultados mostram que Portugal apresentou desempenhos abaixo da média da OCDE em vários domínios de resultados e experiências reportados pelos doentes (PROMs e PREMs), situando-se em linha com países do sul da Europa como Espanha e Itália. Além disso, verificou-se uma elevada variabilidade interna entre práticas de cuidados de saúde primários, com diferenças superiores a 50 pontos percentuais em indicadores como qualidade percebida e coordenação de cuidados. Estes dados revelam que, para além de reforçar a integração da saúde oral, Portugal enfrenta o desafio de reduzir desigualdades na qualidade dos serviços entre regiões e unidades de saúde.

O quarto eixo correspondeu à comparação internacional e posição relativa de Portugal, revelando que o país ocupa uma posição intermédia no espaço europeu. Apesar dos progressos alcançados em indicadores pediátricos, Portugal continua a apresentar níveis elevados de necessidades não satisfeitas em cuidados dentários e forte dependência de pagamentos diretos (OECD, 2023; EC, DS SANTE, OECD & CO, 2023). Esta realidade aproxima o país dos padrões observados no sul da Europa, em contraste com os modelos nórdicos, onde a integração da saúde oral nos cuidados primários assegura maior cobertura pública e melhor equidade (Winkelmann et al., 2022b).

O quinto eixo, o mais representado na revisão, correspondeu ao alinhamento com metas internacionais, evidenciando o compromisso formal de Portugal com as orientações da OMS, da FDI e da União Europeia. Documentos como o PNPSO 2021–2025 demonstram a incorporação explícita de metas globais em termos de prevenção e expansão da cobertura (DGS, 2021). Um marco adicional a considerar é a WHA75 (WHO, 2022a), que apresentou a versão preliminar da *Global Strategy on Oral Health*, dando continuidade à Resolução WHA74.5 (2021) e preparando o terreno para o *Global Oral Health Action Plan 2023–2030*. Este documento reforçou princípios estruturantes, como a integração da saúde oral nos cuidados primários, a redução das desigualdades e o fortalecimento da monitorização global, representando uma ponte estratégica entre o compromisso político internacional e a necessidade de implementação prática nos Estados-Membros. Mais recentemente, a *Bangkok Declaration on Oral Health* (WHO, 2024a) reafirmou que não existe saúde sem saúde oral e destacou a urgência de reduzir as desigualdades globais, reforçando a articulação entre saúde oral e doenças crónicas não transmissíveis. Estabeleceu ainda metas até 2030, incluindo assegurar que 80% da população mundial tenha acesso a cuidados essenciais, reduzir em 10% a prevalência global das principais doenças orais e garantir que 50% dos países implementem medidas de redução do consumo de açúcares, além de identificar sete áreas estratégicas de ação — da governação e prevenção até à força de trabalho, sistemas de informação e sustentabilidade ambiental. Para Portugal, esta declaração reforça a necessidade de transformar os compromissos já assumidos em ações concretas, consolidando o alinhamento com os princípios internacionais e enfrentando as persistentes desigualdades no acesso. Finalmente, o Relatório da DE-SNS (2023) estabeleceu metas concretas até 2026: reduzir em 25% as necessidades não satisfeitas, atingir 75% de utilização do Cheque-Dentista, fixar um médico dentista em tempo integral por cada dois gabinetes e

garantir um higienista oral por cada 12 mil jovens. Estes compromissos reforçam o alinhamento de Portugal com as recomendações internacionais, embora a sua concretização plena continue dependente da execução prática e da sustentabilidade financeira de longo prazo.

Em síntese, os achados confirmam um duplo movimento: convergência formal com a agenda global da OMS, FDI e União Europeia, mas implementação prática ainda parcial. Os progressos recentes apontam para um reforço das bases estruturais, mas persistem desafios relacionados com equidade, financiamento e capacidade de execução.

4.2 Comparação com a literatura e diretrizes internacionais

A análise dos resultados evidencia que os achados desta scoping review se inserem num debate mais amplo sobre a integração da saúde oral nas políticas de saúde, tema que tem sido objeto de crescente atenção por parte da OMS, da FDI, da UE e da OCDE. A comparação com a literatura existente revela não apenas a consonância entre os desafios identificados em Portugal e os descritos a nível internacional, mas também especificidades nacionais que acentuam desigualdades estruturais e condicionam a plena implementação das recomendações globais.

No que respeita aos programas nacionais, a experiência portuguesa com o PNPSO e o Cheque-Dentista confirma a importância das intervenções precoces e direcionadas, em linha com a literatura que demonstra o impacto positivo de programas escolares de prevenção e rastreio (Petersen, 2014; WHO, 2022b). A redução consistente dos índices de cárie em crianças e adolescentes aproxima Portugal das metas internacionais definidas pela OMS para 2020 (Calado et al., 2015; DGS, 2019, 2021). Para além disso, o Relatório da DE-SNS (2023) destacou a introdução progressiva de médicos dentistas nos cuidados de saúde primários, com 170 gabinetes ativos em 2023 e a meta de 350 até 2026, reforçando o carácter estrutural da resposta. Ainda assim, em comparação com países que integraram a saúde oral de forma plena nos cuidados primários, como o Reino Unido e a Finlândia, o modelo português mantém-se parcialmente dependente da contratualização com o setor privado ao contrário de países como a Alemanha, Estónia e Suécia (Lourenço & Barros, 2016; Winkelmann et al., 2022b).

Relativamente às desigualdades de acesso, os resultados portugueses confirmam o que é amplamente documentado na literatura internacional: o custo direto dos cuidados dentários constitui a principal barreira, em especial para grupos socioeconomicamente desfavorecidos (OECD & EU, 2020; WHO, 2022b). Enquanto em países nórdicos menos de 5% da população reporta dificuldades de acesso por razões financeiras, em Portugal o valor ultrapassa os 8% (INE/Eurostat, 2025), situando o país acima da média da União Europeia (OECD, 2023). Esta realidade confirma o desalinhamento com os princípios de acesso universal preconizados pela OMS e reafirmados pela Declaração de Alto Nível da ONU sobre UHC (2019). Neste sentido, o DE-SNS (2023) definiu como meta a redução em 25% das necessidades não satisfeitas até 2026, traduzindo o compromisso em enfrentar esta lacuna.

No eixo da monitorização estatística, a comparação mostra que Portugal acompanha a tendência europeia de reforçar a recolha de indicadores, mas ainda com lacunas importantes. A UE e a OCDE têm procurado harmonizar métricas através de iniciativas como o *Measuring Access to Healthcare in the EU* (EC/DG SANTE, 2021) e o inquérito PaRIS (OECD, 2025), enquanto a OMS definiu metas explícitas de recolha comparável de dados no *Global Strategy and Action Plan on Oral Health 2023–2030* (WHO, 2024b). No entanto, a revisão mostra que a saúde oral continua sub-representada nos sistemas nacionais de monitorização. O Relatório da DE-SNS (2023) reconhece essa fragilidade e destaca a necessidade de modernizar o SISO, integrando-o no SClínico e criando indicadores de acesso, tempos de espera e custos por tratamento.

A comparação internacional reforça ainda o posicionamento intermédio de Portugal no contexto europeu. Tal como descrito por Winkelmann et al. (2022), os países do sul da Europa partilham uma dependência elevada de pagamentos diretos e programas seletivos, contrastando com os modelos universalistas dos países nórdicos, onde a saúde oral se encontra plenamente integrada nos cuidados primários e financiada por esquemas públicos. O desempenho português, embora positivo em indicadores pediátricos, mantém-se distante das melhores práticas europeias, confirmando que a convergência com as recomendações internacionais é parcial e desigual (EC, DG SANTE, OECD & European Observatory, 2023).

Por fim, o alinhamento com metas internacionais revela uma ambivalência significativa. Por um lado, Portugal tem incorporado formalmente as recomendações globais, como se

observa no PNPSO 2021–2025, que definiu metas alinhadas com os objetivos da OMS e da FDI em matéria de prevenção e cobertura (DGS, 2021; Glick et al., 2021). Por outro, a implementação prática mostra-se fragmentada. O Relatório da Direção Executiva do SNS (2023) reforça esta leitura ao traduzir as orientações internacionais em metas nacionais operacionais — incluindo redução de 25% das necessidades não satisfeitas, 75% de utilização do Cheque-Dentista e integração de dentistas e higienistas nos CSP — mas reconhecendo igualmente as fragilidades de cobertura, monitorização e sustentabilidade financeira que condicionam a sua concretização.

Em síntese, a comparação com a literatura e com as principais diretrizes internacionais confirma que Portugal acompanha a agenda global em termos de compromissos estratégicos, mas a concretização permanece parcial e desigual. A experiência nacional reflete um paradoxo central: avanços consistentes em determinadas áreas, como a prevenção infantil, coexistem com limitações estruturais em equidade, financiamento e integração sistémica. Esta tensão entre alinhamento formal e implementação prática coloca Portugal em sintonia com outros países do sul europeu, mas em desvantagem face aos modelos mais universalistas, evidenciando a necessidade de repensar estratégias para cumprir efetivamente os compromissos internacionais assumidos.

4.3 Lacunas identificadas

A análise dos documentos evidencia lacunas estruturais que limitam a plena integração das diretrizes internacionais no contexto português, com impacto direto na universalidade, equidade e sustentabilidade do sistema.

Cobertura e proteção financeira insuficientes. Apesar dos ganhos em idade pediátrica, a cobertura para adultos e idosos permanece limitada, com elevado peso de pagamentos diretos e níveis persistentes de necessidades não satisfeitas (OECD & EU, 2020; OECD, 2023; INE/Eurostat, 2025). O Relatório da DE-SNS (2023) definiu como objetivo reduzir em 25% estas necessidades até 2026, mas reconhece que a proteção financeira continua insuficiente para garantir acesso universal, e não há informação do seu grau de execução

Integração incompleta nos cuidados de saúde primários. As orientações da OMS (WHO, 2021; WHO, 2023) recomendam a integração plena da saúde oral nos CSP. Em Portugal, apesar da estimada abertura de 170 gabinetes até 2023 e da meta de 350 até 2026 apoiada

pelo PRR, a cobertura mantém-se desigual e centrada em programas específicos (DE-SNS, 2023) há notícias de alguns estarem fechados.

Fragilidades de monitorização e dados comparáveis. Persistem lacunas na recolha sistemática de indicadores harmonizados, dificultando avaliações robustas de impacto. O Relatório da DE-SNS (2023) assinala a existência do SISO, mas sublinha a necessidade de modernização, integração com o SClínico e criação de novos indicadores de acesso, tempos de espera e custos médios por tratamento.

Escassez de evidência científica independente. A produção científica nacional focada na avaliação do impacto das políticas é reduzida, predominando relatórios institucionais (Silva et al., 2012; Simões et al., 2018). Esta limitação compromete a crítica independente e a análise de custo-efetividade, em consonância com a lacuna já descrita pela literatura internacional (WHO, 2022b).

Força de trabalho e governação. Apesar da expansão prevista da rede, persistem desequilíbrios geográficos e baixa diversificação de perfis profissionais. O DE-SNS (2023) definiu metas concretas: 1 médico dentista em tempo integral por cada dois gabinetes e 1 higienista por cada 12 mil jovens. Ainda assim, a distribuição territorial e a integração multiprofissional continuam insuficientes.

Equidade territorial e grupos vulneráveis. Mantêm-se desigualdades regionais e socioeconómicas. A adesão ao Cheque-Dentista é irregular, sobretudo devido a barreiras de rede e literacia (Filipe & Aguiar, 2018). O DE-SNS (2023) estabeleceu como meta atingir 75% de utilização até 2026, mas a sua concretização dependerá do reforço da rede de prestadores e de maior literacia em saúde oral.

Coerência e sustentabilidade do financiamento. A centralidade de programas verticais e a contratualização com o setor privado continuam a fragilizar a sustentabilidade. Embora o PRR tenha canalizado 8,5 milhões de euros para reforço da rede pública, subsiste a necessidade de financiamento estrutural permanente para garantir a integração plena da saúde oral no SNS (DE-SNS, 2023).

4.4 Implicações para políticas e prática

Os resultados desta scoping review têm implicações diretas para a formulação e implementação de políticas públicas em saúde oral em Portugal. A análise confirma que o país deve consolidar a transição de um modelo programático e seletivo para um modelo estrutural, universal e preventivo, em consonância com as recomendações internacionais e com as metas nacionais recentemente estabelecidas pela Direção Executiva do SNS (2023).

A Expansão da cobertura estatutária. A extensão da cobertura a adultos e idosos é essencial para reduzir desigualdades e cumprir o princípio de acesso universal em saúde (UN, 2019; WHO, 2023). O DE-SNS (2023) estabeleceu como meta reduzir em 25% as necessidades não satisfeitas até 2026, o que constitui um compromisso concreto de alargamento da proteção financeira e promover o acesso através da otimização de recursos.

A Integração da saúde oral nos cuidados de saúde primários. A meta de 350 gabinetes de saúde oral em CSP até 2026, acompanhada pela criação de Serviços de Saúde Oral (SSO) nas Unidades Locais de Saúde (ULS), constitui um passo fundamental para aproximar Portugal das melhores práticas europeias. Esta medida poderá reforçar a equidade territorial e assegurar a continuidade de cuidados ao longo do ciclo de vida, conforme preconizado pela OMS no Plano de Ação Global 2023–2030.

O Harmonização e reforço da monitorização. A modernização do SISO e a sua integração com o SClínico, bem como a criação de novos indicadores (tempos de espera, custos médios, listas de utentes), são passos fundamentais para alinhar Portugal com os referenciais internacionais e reforçar a transparência na avaliação das políticas (EC/DG SANTE, 2021; OECD, 2023). A inclusão de medidas reportadas pelos doentes (*patient-reported outcomes*) deve ser incorporada, em linha com o inquérito PaRIS.

O Reforço e diversificação da força de trabalho. O DE-SNS (2023) prevê a fixação de 1 médico dentista em tempo integral por cada dois gabinetes e 1 higienista por cada 12 mil jovens, medidas que respondem a uma lacuna histórica de recursos humanos no SNS. Contudo, será também necessário diversificar perfis profissionais (p. ex., terapeutas orais, higienistas comunitários) e criar mecanismos de redistribuição geográfica, reduzindo os desequilíbrios regionais.

A Institucionalização de avaliações de impacto. A análise crítica revelou que os relatórios institucionais ainda predominam sobre a investigação independente. A institucionalização de metodologias robustas, como estudos quasi-experimentais, análises de custo-efetividade e utilização de dados administrativos integrados, é essencial para avaliar a eficácia das políticas, justificar o investimento e sustentar melhorias contínuas.

Em suma, as implicações desta revisão reforçam que o futuro da política de saúde oral em Portugal depende da capacidade de transformar metas políticas — já estabelecidas no Relatório da Direção Executiva do SNS (2023) — em ações concretas de cobertura, prevenção e monitorização, assegurando a convergência plena com os compromissos internacionais e garantindo maior equidade e sustentabilidade no acesso aos cuidados.

4.5 Limitações do estudo

Apesar da presente scoping review ter seguido uma metodologia rigorosa, existem limitações que importa reconhecer.

Em primeiro lugar, a inclusão de documentos foi condicionada pelos critérios definidos, nomeadamente o período temporal (2000–2025), os idiomas selecionados (português, inglês e espanhol) e o foco no contexto português. É possível que estudos relevantes publicados noutros idiomas ou fora do intervalo temporal considerado não tenham sido captados, restringindo a abrangência da revisão.

Em segundo lugar, a análise revelou uma forte predominância de documentos institucionais e relatórios oficiais (ex.: DGS, Ministério da Saúde, DE-SNS), em detrimento de estudos científicos originais. Embora estes documentos sejam fontes centrais para compreender a formulação de políticas públicas, a sua natureza normativa e descritiva limita a possibilidade de avaliação crítica independente. Esta limitação é particularmente relevante no contexto português, onde a produção científica sobre impacto e custo-efetividade das políticas de saúde oral continua escassa.

Outra limitação prende-se com a própria natureza da scoping review. De acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) e com as recomendações do PRISMA-ScR, este tipo de revisão visa mapear a evidência disponível, mas não procede à avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos. Assim, os resultados devem ser

interpretados como uma síntese exploratória, e não como uma avaliação da robustez das evidências.

Adicionalmente, a extração e categorização da informação implicaram processos de análise interpretativa. Apesar da adoção de dupla revisão para garantir consistência, a definição dos cinco eixos temáticos reflete, em parte, a interpretação dos autores a partir do material disponível, podendo introduzir vieses na organização da informação.

Por fim, é importante reconhecer que o rápido desenvolvimento de novas diretrizes internacionais e nacionais poderá tornar parte das conclusões aqui apresentadas suscetível de atualização. Em particular, o Relatório da Direção Executiva do SNS (2023), publicado no decorrer desta revisão, já definiu novas metas e estratégias que poderão alterar a dinâmica de implementação no curto prazo. Do mesmo modo, documentos como a *Global Strategy on Oral Health by 2030* (WHO, 2023) e a Declaração de Bangkok (WHO, 2024a) apontam para um alinhamento crescente da saúde oral com a agenda global da cobertura universal, o que exigirá futuras revisões.

Em síntese, embora estas limitações condicionem a generalização dos resultados, não invalidam a relevância desta scoping review. Pelo contrário, reforçam a necessidade de investigação contínua, avaliações independentes e atualizações periódicas, capazes de complementar os dados institucionais e sustentar políticas públicas de saúde oral mais eficazes, equitativas e alinhadas com os compromissos internacionais.

4.6 Perspetivas futuras

Os resultados desta scoping review não só evidenciam os avanços e limitações das políticas de saúde oral em Portugal, como também permitem identificar oportunidades de investigação futura e prioridades estratégicas para o reforço da agenda nacional.

Uma prioridade central é a realização de estudos independentes de avaliação de impacto. A predominância de relatórios institucionais evidencia a necessidade de investigações académicas que analisem, com metodologias robustas, a efetividade, o custo-efetividade e a sustentabilidade do PNPSO. A utilização de quasi-experimentos, análises longitudinais e dados administrativos integrados constituiria um avanço significativo para fundamentar políticas baseadas em evidência.

Do mesmo modo, importa promover a harmonização e modernização dos sistemas de informação, através da atualização do SISO e da sua plena integração no SClínico. A incorporação de novos indicadores de desempenho e acesso — incluindo tempos de espera, custos médios por tratamento e medidas reportadas pelos doentes (*patient-reported outcomes*) — deverá aproximar Portugal das metas internacionais de monitorização (OCDE,2025; WHO, 2023).

Outra área a merecer atenção é a integração da saúde oral nos cuidados de saúde primários. O DE-SNS (2023) prevê a criação de 350 gabinetes até 2026 e a institucionalização de Serviços de Saúde Oral (SSO) nas Unidades Locais de Saúde, o que representa uma oportunidade para estudar modelos inovadores de implementação, adaptados às diferentes regiões e populações.

O alargamento da cobertura pública a grupos atualmente excluídos permanece uma prioridade. Apesar dos progressos, a maioria dos adultos em idade ativa e muitos idosos continuam fora da proteção plena do SNS. O DE-SNS (2023) definiu metas concretas, como a redução em 25% das necessidades não satisfeitas e 75% de utilização do Cheque-Dentista até 2026, mas será necessário avaliar a sua execução prática e o impacto real na redução das desigualdades.

A prevenção em saúde oral deve assumir um papel central na agenda futura. A experiência do PNPSO mostrou o impacto positivo de programas escolares preventivos, mas a sua extensão a adolescentes, adultos e idosos ainda é limitada. O reforço de estratégias universais de promoção da saúde oral em escolas, lares e outras comunidades, bem como políticas intersectoriais de redução de fatores de risco comuns (consumo de açúcar, tabaco e álcool), constitui um passo essencial para a sustentabilidade do sistema.

No domínio da força de trabalho, as metas do DE-SNS (2023) — garantir um médico dentista em tempo integral por cada dois gabinetes e um higienista por cada 12 mil jovens — representam um avanço relevante. Contudo, será igualmente necessário diversificar a equipa de saúde oral, incluindo higienistas e terapeutas orais comunitários, e reforçar incentivos à fixação em regiões com menor cobertura.

Finalmente, é crucial reforçar a produção científica nacional em saúde pública oral, promovendo colaborações entre universidades, SNS e organismos internacionais. O fortalecimento da investigação aplicada e interdisciplinar permitirá alinhar Portugal com

a agenda global da OMS, da FDI e da União Europeia, contribuindo para uma visão de saúde oral mais integrada, preventiva e equitativa.

Em suma, as perspetivas futuras apontam para a necessidade de transformar os compromissos formais — já reforçados pelo DE-SNS (2023) — em ações concretas e sustentáveis de cobertura, monitorização e prevenção, assegurando que a saúde oral deixe de ser um domínio periférico e assuma um papel central nas políticas de saúde pública em Portugal.

5 Conclusão

A presente scoping review permitiu mapear e analisar criticamente o modo como as diretrizes internacionais em saúde oral — provenientes da OMS, da FDI e da UE/OCDE — têm influenciado a formulação e implementação de políticas públicas em Portugal, no âmbito do SNS.

Os resultados revelaram uma trajetória marcada por avanços significativos, mas também por limitações persistentes. Entre os progressos alcançados, destacam-se os ganhos epidemiológicos em crianças e jovens, bem como o alinhamento formal de Portugal com os compromissos globais de cobertura universal, prevenção e integração da saúde oral nos cuidados primários.

A análise evidenciou ainda que as desigualdades no acesso permanecem uma das principais fragilidades estruturais do sistema português. O peso das despesas diretas e as elevadas necessidades não satisfeitas colocam Portugal entre os países europeus com maiores dificuldades neste domínio, em contraste com modelos nórdicos que asseguram maior proteção pública. Estas limitações confirmam o desalinhamento com o princípio da Cobertura Universal em Saúde, reiteradamente defendido pela OMS e pela ONU.

Outro contributo relevante desta revisão foi destacar as fragilidades na monitorização e produção científica nacional. Apesar da existência de relatórios institucionais e indicadores internacionais, a saúde oral continua sub-representada nos sistemas de informação e carece de avaliações independentes de impacto e custo-efetividade. A escassez de investigação académica neste campo constitui uma lacuna crítica, tanto para fundamentar políticas baseadas em evidência como para sustentar reformas estruturais.

No plano internacional, os resultados mostram que Portugal ocupa uma posição intermédia no contexto europeu, mais próximo dos países do sul do que dos modelos universalistas do norte. Embora exista um compromisso político formal com as diretrizes internacionais — expresso em documentos como o PNPSO 2021–2025 —, a implementação prática mantém-se parcial e fragmentada. O Relatório da DE-SNS (2023) reforça este diagnóstico, ao reconhecer oficialmente as limitações identificadas nesta revisão e ao propor metas concretas até 2026 — como a criação de 350 gabinetes de saúde oral, a fixação de 180 médicos dentistas em carreira e a modernização dos sistemas de

informação — oferecendo, assim, um roteiro operacional que traduz os compromissos internacionais em objetivos nacionais tangíveis.

As implicações desta revisão são claras: a política de saúde oral em Portugal deve transitar de uma lógica programática, centrada em medidas seletivas, para um modelo estrutural, universal e preventivo, em consonância com os compromissos globais. Um desafio particular para o futuro passa pelo alargamento da cobertura pública a grupos atualmente excluídos, incluindo adultos em idade ativa e idosos, cuja proteção permanece limitada, bem como pelo reforço de estratégias preventivas ao longo do ciclo de vida, a integração efetiva da saúde oral nos cuidados primários, a diversificação da força de trabalho e a modernização dos sistemas de monitorização constituem prioridades estratégicas. Estas medidas são fundamentais para reduzir desigualdades persistentes e alinhar Portugal com os princípios da cobertura universal em saúde oral preconizados pela OMS, pela FDI e pela União Europeia.

Houve melhorias na oferta interna do SNS através dos Centros de Saúde, a sua capilaridade geográfica e centros de polarização de cuidados clássicos de saúde pode auxiliar à integração da saúde oral na perspetiva mais holística.

Apesar das limitações inerentes à metodologia de scoping review - como a não avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos e a predominância de documentos institucionais - este trabalho constitui uma contribuição inédita para o campo da saúde pública oral em Portugal, ao sistematizar de forma crítica a evidência disponível e situar a realidade nacional no quadro europeu e global.

Em perspetiva futura, torna-se essencial reforçar a produção científica independente, promover a integração efetiva da saúde oral nos serviços universais e garantir mecanismos de monitorização robustos que permitam acompanhar o cumprimento das metas da OMS e da FDI para 2030. O desafio será transformar o compromisso formal em implementação prática — e, nesse processo, o Relatório da DE-SNS (2023) pode desempenhar um papel estruturante, ao fornecer a base política e estratégica necessária para concretizar um modelo de saúde oral mais justo, sustentável e alinhado com a visão global de “saúde para todos, em todas as idades”.

Referências Bibliográficas

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Calado, R., Sousa Ferreira, C., Nogueira, P., & Ribeiro de Melo, P. (2015, novembro 12). *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís*. Direção-Geral da Saúde & Ordem dos Médicos Dentistas.
- Costa, H., Lopes, P., Correia, M. J., Couto, P., Silva, A. M., López-Marcos, J. F., & Veiga, N. (2024). Oral health literacy and determinants among an elderly community in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(6), 735. <https://doi.org/10.3390/ijerph21060735>
- Cruz, G. D. (2014). Oral health disparities: Opportunities and challenges for policy communication. *Journal of Communication in Healthcare*, 7(2), 74–76. <https://doi.org/10.1179/1753807614Y.00000000049>
- Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Acesso a cuidados de saúde oral no Serviço Nacional de Saúde: Relatório 2023*. Lisboa: DE-SNS.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Audição pública 2019*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025*. Lisboa: DGS. ISBN 978-972-675-297-4.
- Eaton, K. A., Ramsdale, M., Leggett, H., Csikar, J., Vinall, K., Whelton, H., & Douglas, G. (2019). Variations in the provision and cost of oral healthcare in 11 European countries: A case study. *International Dental Journal*, 69(2), 130–140. <https://doi.org/10.1111/idj.12437>
- European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. (2021). *Measuring access to healthcare in the EU: Improving access to healthcare through more powerful measurement tools*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2875/776973>

- European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety, OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *State of health in the EU: Synthesis report 2023*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2875/458883>
- European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General. (2004). *Selecting essential oral health indicators in Europe: Report of the consensus workshop, University of Granada, Spain, 7–8 May 2004*. Publications Office.
- Eurostat. (2025). *6% experience unmet dental care needs in the EU*. Eurostat News. Comissão Europeia. Consultado em 30 de agosto, em <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20250829-2>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2014). *Acesso, concorrência e qualidade no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Porto: ERS.
- FDI World Dental Federation. (2012). *Vision 2020: Shaping the future of oral health*. FDI.
- FDI World Dental Federation. (2015). *Oral health and quality of life*. Bangkok: FDI. <https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/oral-health-and-quality-of-life>
- Filipe, R., & Aguiar, P. (2018). Saúde oral – fatores de não adesão aos cheques-dentista: Um estudo de caso-controlo. *Acta Médica Portuguesa*, 31(6), 303–311. <https://doi.org/10.20344/amp.9640>
- Glick, M., Williams, D. M., Ben Yahya, I., Bondioni, E., Cheung, W. W. M., Clark, P., Jagait, C. K., Listl, S., Mathur, M. R., Mossey, P., Ogawa, H., Seeberger, G. K., Sereny, M., & Séverin, T. (2021). *Vision 2030: Delivering optimal oral health for all*. Geneva: FDI World Dental Federation.
- Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G., & Weyant, R. J. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Journal of the American Dental Association*, 147(12), 915–917. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.10.001>

- Hobdell, M., Petersen, P. E., Clarkson, J., & Johnson, N. (2003). Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal*, 53(5 Suppl), 285–288. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2003.tb00761.x>
- Honkala, E. (2014). Primary oral health care. *Medical Principles and Practice*, 23(Suppl 1), 17–23. <https://doi.org/10.1159/000357916>
- Instituto Nacional de Estatística. (2025, março 19). *Dia Mundial da Saúde Oral 2025*. INE.
- Jevdjevic, M., & Listl, S. (2025). Global, regional, and country-level economic impacts of oral conditions in 2019. *Journal of Dental Research*, 104(1), 17–21. <https://doi.org/10.1177/00220345241281698>
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K.K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Sci* 5, 69 (2010). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Lourenço, A., & Barros, P. P. (2016). Cuidados de saúde oral: Universalização. Nova Healthcare Initiative – Research / Universidade Nova de Lisboa. Estudo realizado para a Ordem dos Médicos Dentistas.
- Lu, W., Wang, B., Du, M., & Ge, S. (2025). Global burden of oral diseases in adolescents and young adults aged 10–24 years. *International Dental Journal*, 75(2), 100875. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2025.100875>
- Mautsch, W., & Sheiham, A. (1995). *Promoting oral health in deprived communities: International seminars, 22–27 July 1991, 14–19 September 1992*. German Foundation for International Development.
- Magalhães, J. L., Fernandes, D., Coutinho, V., Teles, F., Gurgel Junior, G. D., & Cesse, E. (2024). Public health systems in Brazil and Portugal: Challenges and opportunities in health promotion and access. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(1), 5861–5879. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-473>
- McAuliffe, Ú., Eaton, K., Harding, M., Whelton, H., Cronin, J., & Burke, S. (2025). ‘At a tipping point’: A comparative analysis of oral health coverage for children across six European countries. *BMC Oral Health*, 25, 492. <https://doi.org/10.1186/s12903-025-05773-1>

- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde 2018: Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde. ISBN 978-989-99480-1-3.
- Ministério da Saúde. (2022). *Relatório anual do acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas – 2021*. Lisboa: Ministério da Saúde/DGS.
- Miyazaki, H., Jones, J. A., & Beltrán-Aguilar, E. D. (2017). Surveillance and monitoring of oral health in elderly people. *International Dental Journal*, 67(Suppl. 2), 34–41. <https://doi.org/10.1111/idj.12348>
- OECD. (2023). *Health at a glance 2023: Highlights for Portugal*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- OECD. (2025). *Does healthcare deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>
- OECD, & European Commission. (2024). *Health at a glance: Europe 2024 – State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
- OECD, & European Union. (2020). *Unmet needs for health care*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2023). *9.º Barómetro da Saúde Oral*. Ordem dos Médicos Dentistas.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 5, 210 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI evidence synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Khalil, H., Larsen, P., Marnie, C., Pollock, D., Tricco, A. C., & Munn, Z. (2022). Best practice guidance and reporting items

for the development of scoping review protocols. *JBI evidence synthesis*, 20(4), 953–968. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00242>

- Petersen, P. E. (2014). Strengthening of oral health systems: Oral health through primary health care. *Medical Principles and Practice*, 23(Suppl. 1), 3–9. <https://doi.org/10.1159/000356937>
- Silva, S. M. F., Pardi, V., Vazquez, F. L., Ambrosano, G. M. B., Meneghim, M. C., & Pereira, A. C. (2012). Avaliação do Programa Nacional de Promoção em Saúde Oral em escolares de Castelo Branco, Portugal. *RFO*, 17(1), 18–25.
- Simões, J., Figueiredo Augusto, G., Céu, A., Ferreira, M. C., Jordão, M., Calado, R., & Fronteira, I. (2018). Ten years since the 2008 introduction of dental vouchers in the Portuguese NHS. *Health Policy*, 122(8), 803–807. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.013>
- Singh, A., & Purohit, B. M. (2015). Addressing geriatric oral health concerns through national oral health policy in India. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(1), 39–42. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.126>
- United Nations. (2019). *Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage: Universal health coverage: moving together to build a healthier world*. New York: United Nations.
- Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., & van Ginneken, E. (2022a). *Oral health care in Europe: Financing, access and provision*. *Health Systems in Transition*, 24(2), 1–169. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., Schwendicke, F. *et al.* Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach. *BMC Oral Health* 22, 65 (2022b). <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02095-4>
- World Health Organization. (2021). *Resolution WHA74.5: Oral health*. Seventy-fourth World Health Assembly, Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2022a). *Draft global strategy on oral health*. Seventy-fifth World Health Assembly (A75/10 Add.1). Geneva: WHO.

- World Health Organization. (2022b). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2023). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030 – Summary of the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2024a). *Bangkok Declaration on Oral Health: No health without oral health*. Bangkok: WHO.
- World Health Organization. (2024b). *Global strategy and action plan on oral health 2023–2030*. Geneva: World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/376399>
- World Health Organization & United Nations Children’s Fund. (2018). *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 25–26 October 2018*. Geneva: WHO & UNICEF.

Anexos

Anexo A- Resolution WHA74.5: Oral health. Seventy-fourth World Health Assembly

SEVENTY-FOURTH WORLD HEALTH ASSEMBLY

WHA74.5

Agenda item 13.2

31 May 2021

Oral health

The Seventy-fourth World Health Assembly,

Having considered the consolidated report by the Director-General;¹

Recalling resolutions WHA60.17 (2007) on oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention, WHA69.3 (2016) on the global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life, WHA72.2 (2019) on primary health care; and decisions WHA72(11) (2019) on the follow-up to the political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases and WHA73(12) (2020) on the Decade of Healthy Ageing 2020–2030;

Mindful of the 2030 Agenda for Sustainable Development, in particular Sustainable Development Goal 3 (Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages), and recognizing the important intersections between oral health and other Sustainable Development Goals, including Goal 1 (End poverty in all its forms and everywhere), Goal 2 (End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture), Goal 4 (Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all) and Goal 12 (Ensure sustainable consumption and production patterns);

Recalling the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (2011), recognizing that oral diseases pose a major challenge and could benefit from common responses to noncommunicable diseases;

Recalling also the political declaration of the high-level meeting on universal health coverage (2019), including the commitment therein to strengthen efforts to address oral health as part of universal health coverage;

Mindful of the Minamata Convention on Mercury (2013), a global treaty to protect human health and the environment from anthropogenic emissions and releases of mercury and mercury compounds, calling for phase-down of the use of dental amalgam taking into account domestic circumstances and relevant international guidance; and recognizing that a viable replacement material should be developed through focused research;

Recognizing that oral diseases are highly prevalent, with more than 3.5 billion people suffering from them, and that oral diseases are closely linked to noncommunicable diseases, leading to a

¹ Document A74/10 Rev.1.

considerable health, social and economic burden,¹ and that while there have been notable improvements in some countries, the burden of poor oral health remains, especially among the most vulnerable in society;

Noting that untreated dental caries (tooth decay) in permanent teeth occurs in 2.3 billion people, more than 530 million children suffer from untreated dental caries of primary teeth (milkteeth) and 796 million people are affected by periodontal diseases;² noting also that early rates of childhood caries are highest among those in vulnerable situations; and aware that these conditions are largely preventable;

Noting also that oral cancers are among the most prevalent cancers worldwide with 180 000 deaths each year,³ and that in some countries they account for the most cancer-related deaths among men;

Noting further the economic burden due to poor oral health and that oral diseases worldwide account for US\$ 545 billion in direct and indirect costs,⁴ ranking poor oral health among the most costly health domains, like diabetes and cardiovascular diseases;

Also taking into account that poor oral health apart from pain, discomfort and lack of well-being and quality of life, leads to absenteeism at school and the workplace,⁵ leading to shortfalls in learning and productivity losses;

Concerned about the effect of poor oral health on quality of life and healthy ageing in a physical and mental context; and noting that poor oral health is a regular cause for pneumonia for elderly people, particularly those living in care facilities, and for persons with disabilities;

Aware that poor oral health is a major contributor to general health conditions, and noting that it has particular associations with cardiovascular diseases, diabetes, cancers, pneumonia, and premature birth;⁶

Noting that noma, a necrotizing disease starting in the mouth, is fatal for 90% of affected children in poor communities, mostly in some regions in Africa, and leads to lifelong disability and often social exclusion;

¹ Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1789–1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7.

² Global Burden of Disease 2017 Oral Disorders Collaborators, Bernabe E, Marcenes W et al. Global, regional, and national levels and trends in burden of oral conditions from 1990 to 2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease 2017 study. *J Dent Res*. 2020;99(4):362–73. doi: 10.1177/0022034520908533.

³ International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory. Lip, oral cavity, December 2020. (available at <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/1-Lip-oral-cavity-fact-sheet.pdf>, accessed 5 May 2021).

⁴ Righolt AJ, Jevdjevic M, Marcenes W, Listl S. Global-, regional-, and country-level economic impacts of dental diseases in 2015. *J Dent Res*. 2018;97(5):501–7. doi: 10.1177/0022034517750572.

⁵ Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, Celeste RK, Guarmizo-Herreño CC, Kearns C, Benzian H, Allison P, Watt RG. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):249–60. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

⁶ Seitz MW, Listl S, Bartols A, Schubert I, Blaschke K, Haux C, et al. Current Knowledge on Correlations Between Highly Prevalent Dental Conditions and Chronic Diseases: An Umbrella Review. *Prev Chronic Dis* 2019; 16:180641. doi: 10.5888/pcd16.180641.

Concerned that the burden of poor oral health reflects significant inequalities, between and within countries, disproportionately affecting low- and middle-income countries, mostly affecting people from lower socioeconomic backgrounds and other risk groups, such as persons who cannot maintain their oral hygiene on their own due to their age or disability;

Acknowledging the many risk factors that oral diseases share with noncommunicable diseases, such as tobacco use, harmful use of alcohol, a high intake of free sugars and poor hygiene, and therefore the necessity to integrate strategies on oral health promotion, prevention and treatment into overall noncommunicable disease policies;

Recognizing that adequate intake of fluoride plays an important role in the development of healthy teeth and in the prevention of dental caries; and recognizing the need to mitigate the adverse effects of excessive fluoride in water sources on the development of teeth;¹

Concerned about the potential environmental impact caused by the use and disposal of mercury-containing dental amalgam, and the use of toxic chemicals for developing X-ray photographs;

Concerned also that oral health services are among the most affected essential health services because of the COVID-19 pandemic, with 77% of the countries reporting partial or complete disruption;

Highlighting the importance of oral health and interventions with a life course approach from the mother's gestation and the birth of the children and in addressing shared risk factors;

Noting that a number of oral and dental conditions can act as indicators of neglect and abuse, especially among children, and that oral health professionals can contribute to the detection of child abuse and neglect,

1. URGES Member States, taking into account their national circumstances:

- (1) to understand and address the key risk factors for poor oral health and associated burden of disease;
- (2) to foster the integration of oral health within their national policies, including through the promotion of articulated interministerial and intersectoral work;
- (3) to reorient the traditional curative approach, which is basically pathogenic, and move towards a preventive promotional approach with risk identification for timely, comprehensive and inclusive care, taking into account all stakeholders in contributing to the improvement of the oral health of the population with a positive impact on overall health;
- (4) to promote the development and implementation of policies to promote efficient workforce models for oral health services;
- (5) to facilitate the development and implementation of effective surveillance and monitoring systems;

¹ Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 319–21. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00175.x.

- (6) to map and track the concentration of fluoride in drinking water;
 - (7) to strengthen the provision of oral health services delivery as part of the essential health services package that deliver universal health coverage;
 - (8) to improve oral health worldwide by creating an oral health-friendly environment, reducing risk factors, strengthening a quality-assured oral health care system and raising public awareness of the needs and benefits of a good dentition and a healthy mouth;
2. CALLS ON Member States:
- (1) to frame oral health policies, plans and projects for the management of oral health care according to the vision and political agendas in health projected for 2030, in which oral health is considered as an integral part of general health, responding to the needs and demands of the public for good oral health;
 - (2) to strengthen cross-sectoral collaboration across key settings, such as schools, communities and workplaces to promote habits and healthy lifestyles, integrating teachers and the family;
 - (3) to enhance oral health professionals' capacities to detect potential cases of neglect and abuse, and provide them with the appropriate and effective means to report such cases to the relevant authority according to the national context;
3. REQUESTS the Director-General:
- (1) to develop, by 2022 a draft global strategy, in consultation with Member States, on tackling oral diseases, aligned with the Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2030 and pillars 1 and 3 of WHO's Thirteenth General Programme of Work, for consideration by the WHO governing bodies in 2022;
 - (2) to translate this global strategy, by 2023, into an action plan for public oral health, including a framework for tracking progress with clear measurable targets to be achieved by 2030, encompassing control of tobacco use, betel quid and areca nut chewing, and alcohol use – and community dentistry, health promotion and education, prevention and basic curative care – providing a basis for a healthy mouth, where no one is left behind; this action plan should also contain the use of provisions that modern digital technology provides in the field of telemedicine and teledentistry;
 - (3) to develop technical guidance on environmentally friendly and less-invasive dentistry to support countries with their implementation of the Minamata Convention on Mercury, including supporting preventative programmes;
 - (4) to continue to update technical guidance to ensure safe and uninterrupted dental services, including under circumstances of health emergencies;
 - (5) to develop “best buy” interventions on oral health, as part of an updated Appendix 3 of the WHO Global action plan on the prevention and control of noncommunicable diseases and integrated into the WHO UHC Intervention Compendium;

- (6) to include noma in the planned WHO 2023 review process to consider the classification of additional diseases within the road map for neglected tropical diseases 2021–2030;
- (7) to report back on progress and results until 2031 as part of the consolidated report on noncommunicable diseases, in accordance with paragraph 3(e) of decision WHA72(11).

Seventh plenary meeting, 31 May 2021
A74/VR/7






= = =

Portugal

Health at a Glance provides the latest comparable data and trends on population health and health system performance. This Country Note shows how Portugal compares to other OECD countries across indicators in the report.

How does Portugal perform overall?

This section shows key indicators, and also how often Portugal is above the OECD average on relevant indicators (where data are available for Portugal).

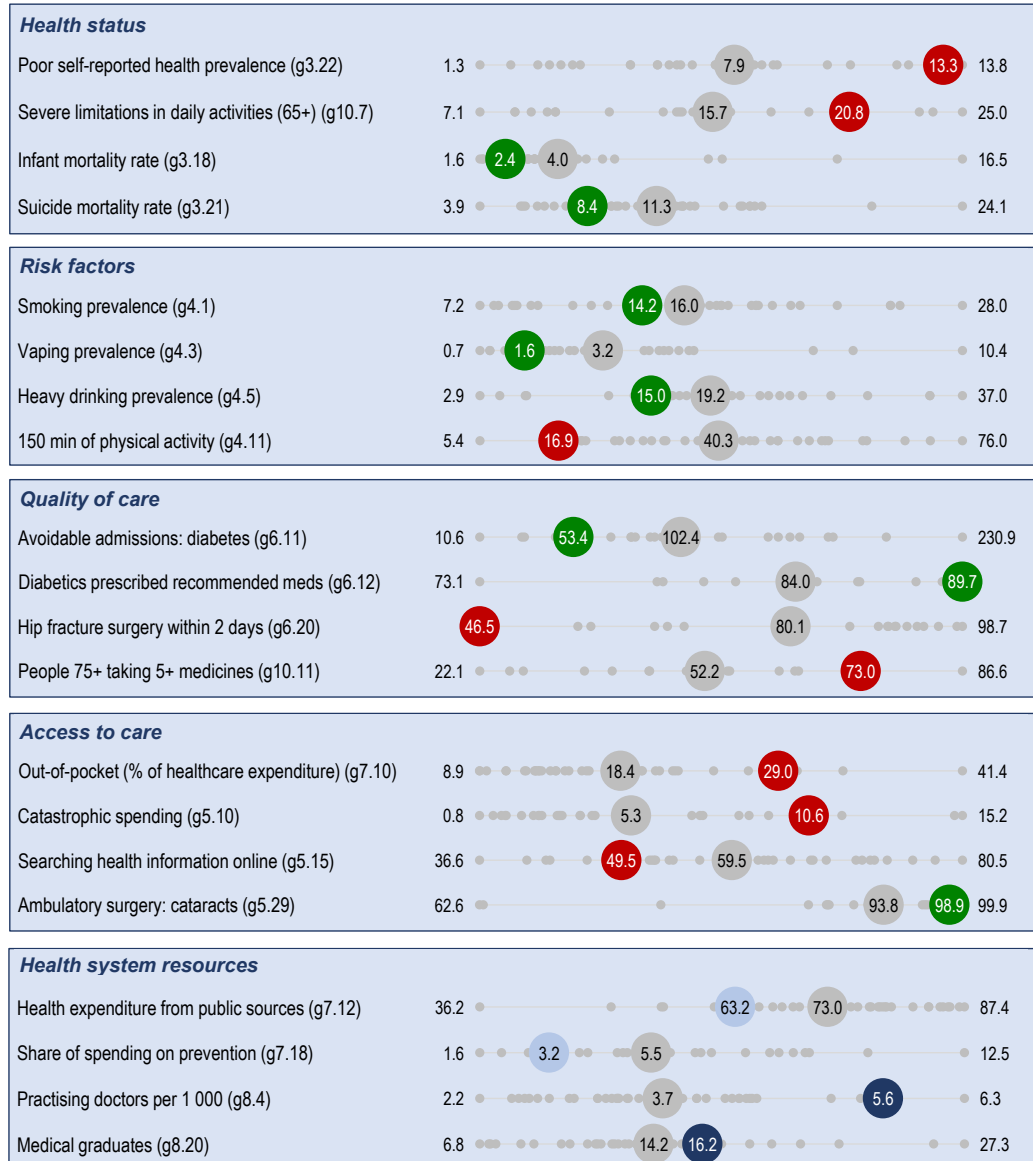
| | | |
|---|---|---|
| <p>Health status</p>  | <p>Key indicators: Life expectancy was 81.5 years, 1.2 years above the OECD average. Preventable mortality was 114 per 100,000 (lower than the OECD average of 158); with treatable mortality at 66 per 100,000 (lower than the OECD average of 79). 13.3% of people rated their health as bad or very bad (OECD average 7.9%). Diabetes prevalence was higher than the OECD average.</p> | <p>Portugal performs better than the OECD average on 42% of indicators</p> <p>(Based on 19 indicators, data missing for 0 indicators)</p> |
| <p>Risk factors</p>  | <p>Key indicators: Smoking prevalence, at 14.2%, was lower than the OECD average of 16.0%. Alcohol consumption was higher than the OECD average; at 10.4 litres per capita versus 8.6. Obesity prevalence was 16.9%, lower than the OECD average of 18.4%. There were 20.4 deaths from air pollution per 100,000 population (OECD average 28.9).</p> | <p>Portugal performs better than the OECD average on 75% of indicators</p> <p>(Based on 12 indicators, data missing for 1 indicator)</p> |
| <p>Quality of care</p>  | <p>Key indicators: Acute care: 30-day mortality after stroke was 10.4% (OECD average 7.8%), and 8.0% after AMI (OECD average 6.8%). Primary care: There were 266 avoidable admissions per 100,000 population, less than the OECD average of 463. Safe prescribing: Portugal prescribed more antibiotics than on average in the OECD. Preventive care: 80% of women were screened for breast cancer, more than the OECD average of 55%.</p> | <p>Portugal performs better than the OECD average on 55% of indicators</p> <p>(Based on 22 indicators, data missing for 11 indicators)</p> |
| <p>Access to care</p>  | <p>Key indicators: All of the population is covered for a core set of services. 63% of people were satisfied with the availability of quality healthcare (OECD average 67%). Financial coverage, with 63% of spending covered by mandatory prepayment, was lower than the OECD average of 76%. Out-of-pocket spending, at 29% of health expenditure, was higher than the OECD average of 18%. 2.3% of the population reported unmet needs (OECD average 2.3%).</p> | <p>Portugal performs better than the OECD average on 24% of indicators</p> <p>(Based on 17 indicators, data missing for 1 indicator)</p> |
| <p>Health system resources</p>  | <p>Key indicators: Portugal spends \$4162 per capita on health, less than the OECD average of \$4986 (USD PPP). This is equal to 10.6% of GDP, compared to 9.2% on average in the OECD. There are 5.6 practising doctors per 1,000 population (OECD average 3.7); and 7.4 practising nurses (OECD average 9.2). Portugal has 3.5 hospital beds per 1,000 population, less than the OECD average of 4.3.</p> | <p>Portugal is above the OECD average on 30% of indicators</p> <p>(Based on 27 indicators, data missing for 5 indicators)</p> |

Note: Overall comparisons of health status, risk factors, access, quality and resources are unweighted and therefore not measures of performance; OECD averages for quality of care are based on Chapter 1 (and differ slightly from averages in Chapter 6 due to differences in country coverage)

On which indicators does Portugal perform well or badly?

The graphs below show selected indicators from *Health at a Glance 2023* where the performance of Portugal deviates markedly from the OECD on average. For more details on the data presented, please refer to the full report, using the graph references provided (e.g. g5.1).

Portugal: ● Better ● Worse ● Higher ● Lower ● OECD average ● Other OECD countries



Portaria n.º 764/2007

de 5 de Julho

Com fundamento no disposto no artigo 31.º e na alínea a) do artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 202/2004, de 18 de Agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 201/2005, de 24 de Novembro;

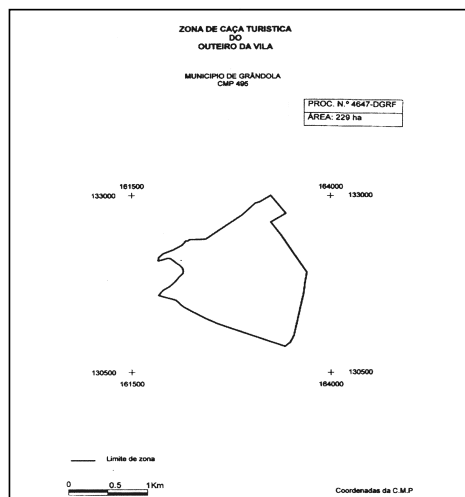
Ouvido o Conselho Cinegético Municipal de Grândola:

Manda o Governo, pelo Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, o seguinte:

1.º Pela presente portaria é concessionada, pelo período de 12 anos, renovável por dois períodos iguais, à Eira Queimada — Sociedade Agrícola e Cinegética, L.ª, com o número de pessoa colectiva 502366576 e com sede na Praça de 15 de Dezembro, 23-A, 1.º, BC, 2070-049 Cartaxo, a zona de caça turística do Outeiro da Vila (processo n.º 4647-DGRF), englobando vários prédios rústicos cujos limites constam da planta anexa à presente portaria e que dela faz parte integrante, sitos na freguesia e município de Grândola, com a área de 229 ha.

2.º A zona de caça concessionada pela presente portaria produz efeitos, relativamente a terceiros, com a instalação da respectiva sinalização.

O Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Jaime de Jesus Lopes Silva*, em 21 de Junho de 2007.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 252/2007

de 5 de Julho

Envelhecer com saúde, autonomia e independência constitui, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico do País. Este desafio refere-se não apenas à sustentabilidade do próprio sistema de saúde mas, acima de tudo, à garantia da equidade no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

O progressivo envelhecimento demográfico, entre outros aspectos, tem determinado o aumento das doenças crónicas e incapacitantes em determinados grupos da população, designadamente os idosos, com implicação directa nos custos da aquisição de medicamentos ou outros produtos necessários à manutenção e protecção da saúde.

Constata-se, ainda, que é precisamente entre os idosos que o risco de pobreza é mais elevado, particularmente nos idosos que vivem isolados, pelo que importa ter em conta a aplicação do princípio da diferenciação positiva enquanto instrumento de justiça social.

Sabendo que existem, em Portugal, idosos com rendimentos muito reduzidos e que dispõem grande parte dos seus recursos económicos com a saúde, nomeadamente com medicamentos e outras áreas de apoio com baixa comparticipação pelo Estado, é intenção deste governo atribuir-lhes benefícios adicionais, atendendo à sua situação sócio-económica muito desfavorecida.

Esta medida enquadra-se nas políticas globais definidas no Programa do XVII Governo Constitucional quanto à redução das desigualdades e melhoria da qualidade de vida dos idosos e assenta, particularmente, nos princípios definidos para a atribuição do complemento solidário para idosos.

Os benefícios adicionais criados pelo presente decreto-lei traduzem-se em reembolsos aos beneficiários, por este ser um mecanismo de célere implementação.

O sistema que agora se implementa não inviabiliza que, num futuro próximo, se adopte um procedimento mais ajustado à condição sócio-económica desta população, designadamente através de mecanismos que obviem ao pagamento inicial do custo destes produtos.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

O presente decreto-lei procede à criação de benefícios adicionais de saúde para os beneficiários do complemento solidário para idosos instituído pelo Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de Dezembro.

Artigo 2.º

Benefícios adicionais

1 — São criados os seguintes benefícios adicionais:

a) Participação financeira em 50 % da parcela do preço dos medicamentos não comparticipada pelo Estado;

b) Participação financeira em 75 % da despesa na aquisição de óculos e lentes até ao limite de € 100, por cada período de dois anos;

c) Participação financeira em 75 % da despesa na aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis até ao limite de € 250, por cada período de três anos.

2 — Os benefícios adicionais incidem apenas sobre a parcela não comparticipada ou reembolsada.

3 — A participação financeira do Estado nos benefícios adicionais é efectuada por reembolso.

Artigo 3.º

Condições para a atribuição dos benefícios adicionais

1 — Para a atribuição das participações financeiras previstas no artigo anterior, os beneficiários do complemento solidário para idosos devem apresentar no centro de saúde onde estão inscritos, pessoalmente ou por representante, o documento válido comprovativo da sua situação de beneficiário do complemento solidário para idosos, emitido pelo Instituto da Segurança Social, I. P.

2 — A apresentação do documento previsto no número anterior é efectuada apenas na primeira vez em que o beneficiário do complemento solidário pretenda fruir dos benefícios adicionais criados pelo presente decreto-lei.

Artigo 4.º

Obrigações dos beneficiários

Para beneficiarem das participações financeiras referidas nas alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 2.º, os beneficiários do complemento solidário para idosos devem apresentar no centro de saúde onde estão inscritos, pessoalmente, por representante ou por correio, os seguintes documentos:

- a) Cópia da receita médica e da respectiva factura;
- b) As facturas discriminadas comprovativas da despesa e respectiva quitação;
- c) Os documentos de prescrição de óculos e lentes oculares.

Artigo 5.º

Atribuição e processamento dos benefícios adicionais

1 — A decisão de atribuição dos benefícios adicionais bem como a verificação dos documentos e condições previstas no presente decreto-lei compete aos centros de saúde, sem prejuízo da validação da situação do beneficiário pelo Instituto da Segurança Social, I. P.

2 — A gestão da atribuição dos benefícios adicionais de saúde no âmbito do Ministério da Saúde compete à administração central do Sistema de Saúde, I. P.

Artigo 6.º

Pagamento dos benefícios adicionais

1 — A administração central do Sistema de Saúde, I. P., envia, até ao 8.º dia do mês subsequente ao do pedido do benefício, ao Instituto da Segurança Social, I. P., a ordem de pagamento para a totalidade dos benefícios adicionais concedidos no mês anterior, nos termos dos números seguintes.

2 — A ordem de pagamento identifica o beneficiário, com nome e número de identificação de segurança social, indica o valor do benefício a atribuir e discrimina a despesa.

3 — O pagamento do benefício adicional é efectuado pelo Instituto da Segurança Social, I. P., juntamente com o pagamento do complemento solidário para idosos no mês subsequente ao da recepção da respectiva ordem de pagamento.

Artigo 7.º

Regulamentação

1 — Os benefícios adicionais criados pelo presente decreto-lei são financiados por verbas do Orçamento do Estado nos termos a regulamentar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde, do trabalho e da solidariedade social.

2 — As condições que se afigurem necessárias a observar na atribuição dos benefícios adicionais previstos no presente decreto-lei são definidas por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.

Artigo 8.º

Regiões Autónomas

O regime previsto no presente decreto-lei aplica-se às Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, sem prejuízo das adaptações da estrutura própria da administração regional autónoma a introduzir por decreto legislativo regional.

Artigo 9.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor 30 dias após a data da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 26 de Abril de 2007. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *José António Fonseca Vieira da Silva* — *António Fernando Correia de Campos*.

Promulgado em 5 de Junho de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 6 de Junho de 2007.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.



PARTE C

DEFESA NACIONAL

Marinha

Superintendência do Pessoal

Aviso n.º 8305-A/2016

Alteração com Disposição Transitória

Aviso n.º 7816/2016 — DR, 2.ª série,
n.º 119, de 23 de junho de 2016

Procede à alteração do aviso n.º 7816/2016, referente ao concurso de admissão ao curso de formação de sargentos (CFS) 2016/2017, publicado no *Diário da República*, n.º 119, 2.ª série, de 23 de junho de 2016.

1 — A alínea c) do n.º 5 passa a ter a seguinte redação:

«c) No ano civil de abertura do concurso ter idade igual ou inferior a 35 anos;»

2 — O concurso interno limitado mantém-se aberto por um prazo de 15 dias úteis a contar da publicação da presente alteração no *Diário da República*.

30 de junho de 2016. — Por subdelegação do Diretor de Pessoal, o Chefe da Repartição de Recrutamento e Seleção, *Paulo Manuel Gonçalves da Silva*, Capitão-de-mar-e-guerra.

209699399

SAÚDE

Gabinete do Ministro

Despacho n.º 8591-A/2016

Considerando que o Decreto-Lei n.º 271/2007, de 26 de julho conferiu ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (abreviadamente designado por INSA, I. P.) a atribuição de instalação e gestão do Museu da Saúde e que o Decreto-Lei n.º 27/2012, de 8 de fevereiro, prevê como atribuição do INSA, I. P., assegurar a gestão e promoção do Museu da Saúde;

Tendo em conta que nos termos da Portaria n.º 162/2012, 22 de maio, compete ao Museu da Saúde preservar a memória dos serviços de saúde através do registo, inventariação e classificação do acervo, que lhe está afeto, bem como da conservação, divulgação e exposição do acervo museológico;

Considerando o papel fulcral do Museu da Saúde na preservação do riquíssimo património existente e na sua disponibilização como bem público, num espaço público, tornando-se um motor de desenvolvimento educacional e científico;

Considerando que, face à dimensão do processo de instalação do Museu da Saúde, é fundamental que se materializem os alicerces da instalação do Museu, pelo que importa designar uma personalidade de reconhecido mérito técnico e científico para promover a sua instalação.

Determino o seguinte:

1 — Designo como Alto-Comissário para a instalação do Museu da Saúde o Sr. Doutor José Germano Rego de Sousa, detentor de reconhecida aptidão e competência técnica para o exercício destas funções, cuja nota curricular consta do anexo ao presente despacho e do qual faz parte integrante.

2 — O presente despacho produz efeitos a 1 de julho de 2016.

29 de junho de 2016. — O Ministro da Saúde, *Adalberto Campos Fernandes*.

Nota Curricular

José Germano Rego de Sousa
Natural dos Açores, licenciou-se em Medicina e Cirurgia pela Universidade de Coimbra;

Defende tese (MD) na mesma Universidade sendo aprovado por unanimidade;

Mobilizado para Angola como Médico militar tem cinco louvores pela atividade clínica que aí desenvolveu;

É Especialista em Patologia Clínica pela Ordem dos Médicos, possui o título de Competência em Gestão pela mesma Ordem;

European Clinical Chemist pela European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine;

Bastonário da Ordem dos Médicos em dois triénios (1999/2001 e 2002/2004) e Conselheiro do Conselho Nacional de Ética das Ciências da Vida em dois mandatos (1999/2005 e 2009/2015);

Foi Diretor dos Serviços de Patologia Clínica do H. do Desterro, H. dos Capuchos e H. Fernando Fonseca;

Professor Associado de Bioquímica Médica da FCM da U. N. L. entre 1989 a 2007. Regeu o Curso de Mestrado em Patologia Química e dirigiu o respetivo Gabinete de Ensino Pós-Graduado.

É Professor Catedrático convidado da U. Atlântica;

Foi Vice-Presidente da Associação Europeia dos Médicos Hospitalares, Presidente da Associação Nacional de Laboratórios e Presidente de Honra da Comunidade Médica de Língua Portuguesa;

É Conselheiro do Conselho Superior da U. Católica;

Agraciado com a Medalha Comemorativa das Campanhas de África, a Medalha de Honra da Câmara Municipal de Cascais, a Medalha de Mérito da Câmara Municipal do Nordeste, a Medalha de Mérito da Ordem dos Médicos e a Insignia Autônoma de Reconhecimento da Região Autónoma dos Açores;

Em 1980 realiza uma primeira exposição na FIL sobre História da Medicina integrada no Congresso Nacional de Medicina. Em 1989 é um dos coordenadores da Exposição do Museu de História de Medicina Maximiano de Lemos na Fundação Calouste Gulbenkian;

Foi um dos responsáveis pela realização em 1990 do “First International Congress on the Great Maritime Discoveries and World Health”;

Coordenou a reedição do “Tractato cõtra el mal serpentino” de Ruy Diaz de Isla e dos dois volumes da História da Medicina de Maximiano de Lemos;

É Autor da obra “História da Medicina Portuguesa durante a Expansão”, publicada em fevereiro de 2013 pela Editora Temas e Debates/Círculo de Leitores;

Em 2016 colabora no “Dicionário da Expansão Portuguesa”, dirigido pelo Prof. Contento Domingues e publicado pela mesma Editora;

Presidiu a diversas Sociedades Científicas (S. Portuguesa de Patologia Clínica, S. Portuguesa de Osteoporose e Doenças Metabólicas, S. Portuguesa de Medicina Laboratorial) sendo em 2005 aceite como “Member of the New York Academy of Sciences”;

Fez inúmeras conferências, comunicações e “posters” apresentados em reuniões científicas nacionais e estrangeiras, bem como artigos publicados em revistas nacionais e estrangeiras, sobre temas de Medicina em geral e Patologia Clínica em particular, História da Medicina, Ética, Deontologia, Direito Médico, Política de Saúde, Gestão em Saúde, etc.

209698401

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

Despacho n.º 8591-B/2016

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade, expandir e melhorar a capacidade da rede dos cuidados de saúde primários, através designadamente da ampliação da cobertura do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na área da Saúde Oral. Considera-se assim, fundamental, recuperar a centralidade nos cuidados de proximidade, diferenciando a sua capacidade resolutive e aumentando a confiança dos utentes neste nível de cuidados, nomeadamente em áreas onde tem existido menor investimento.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (extensão a 2020) define como um dos seus eixos prioritários a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde, propondo recomendações estratégicas, designadamente no reforço do acesso das populações mais vulneráveis aos serviços de saúde.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral tem proporcionado, ao longo dos anos, intervenções em termos de promoção de hábitos de vida saudáveis e prevenção da doença oral, nomeadamente nas abordagens da saúde escolar, bem como um acesso crescente a tratamentos a diversos grupos-alvo por intermédio do programa cheque-dentista, para além de cuidados de reabilitação a idosos vulneráveis através do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS).

Neste momento, beneficiam do cheque-dentista, crianças e jovens com idade inferior a 18 anos, as grávidas em vigilância pré-natal no SNS, as pessoas idosas beneficiárias do complemento solidário e os utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA beneficiários do SNS, bem como a intervenção precoce no cancro oral.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) constitui um instrumento essencial em termos de política de saúde, na melhoria da qualidade e eficácia da prestação dos cuidados de saúde oral, proporcionando a definição de estratégias integradas.

Os cuidados de saúde primários constituem a base do SNS, sendo essencial, no âmbito do PNPSO, investir na progressiva capacitação em matéria de promoção da saúde oral e na prevenção da doença ao longo do ciclo de vida e nos diversos contextos, a adoção de comportamentos compatíveis com uma adequada saúde oral, a promoção da saúde numa intervenção robusta e crescente em termos da prevenção e tratamento, nas suas diversas fases, bem como na reabilitação oral em articulação com o MTSSS.

O PNPSO deve privilegiar o desenvolvimento estratégico dos seguintes objetivos: o aumento da capacidade de resposta do SNS às necessidades de saúde oral, de forma universal e com equidade, tendo especial atenção aos grupos mais vulneráveis; o progressivo acesso a cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários; e o enfoque na articulação entre os vários profissionais envolvidos como os médicos dentistas, médicos de saúde pública, médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros de família, higienistas orais, nutricionistas, psicólogos, entre outros profissionais de saúde, elementos fundamentais para o sucesso de uma política adequada e integrada de saúde oral.

Importante nesta área a articulação de cuidados, da equipa de saúde oral dos cuidados de saúde primários com os serviços de estomatologia e outras especialidades hospitalares, no sentido da referenciação dos utentes que necessitam de cuidados de saúde oral, de uma forma simples, célere e efetiva.

Através do presente despacho, pretende-se implementar uma estratégia concertada de promoção da saúde oral nos cuidados de saúde primários, num primeiro momento, através do desenvolvimento de experiências piloto em unidades selecionadas, visando um claro aproveitamento dos recursos físicos, designadamente das instalações e dos equipamentos, existentes no SNS, bem como dotar este nível de cuidados com os profissionais necessários para o desenvolvimento deste projeto.

A avaliação das experiências piloto desenvolvidas neste âmbito, constituirá um importante contributo para a política a seguir em matéria de saúde oral, e para a construção de um diálogo sustentável com os vários parceiros institucionais e profissionais desta área.

Assim, determino:

1 — O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) é revisto pela Direção-Geral da Saúde (DGS), a quem cabe a sua coordenação nacional, até ao dia 29 de julho de 2016.

2 — Na revisão do PNPSO, é considerada a vertente da prestação de cuidados de saúde oral no âmbito dos cuidados de saúde primários, com especial enfoque na articulação entre os vários profissionais envolvidos e entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, numa visão integrada e universal.

3 — Sem prejuízo do disposto nos n.ºs 1 e 2, o PNPSO é atualizado pela DGS sempre que tal se demonstre necessário, encontrando-se disponível no sítio de internet dessa entidade, em www.saudeoral.min-saude.pt.

4 — Para além do acesso a cuidados através de uma política ativa de promoção da saúde e de prevenção da doença oral, e da atribuição de cheques-dentista nos termos da Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, e respetivos despachos de alargamento, são implementadas consultas de saúde oral, nos cuidados de saúde primários, no âmbito do PNPSO, de forma faseada, através de experiências piloto.

5 — Na primeira fase, que decorre até 31 de dezembro de 2016, têm acesso a consultas de saúde oral nos cuidados de saúde primários, no âmbito do PNPSO, os doentes portadores de diabetes, neoplasias, patologia cardíaca ou respiratória crónica, insuficiência renal em hemodiálise ou diálise peritoneal e os transplantados, inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), onde decorrem as experiências piloto, privilegiando-se os utentes especialmente vulneráveis do ponto de vista económico.

6 — Na segunda fase, a partir de 1 de janeiro de 2017, em função da avaliação das necessidades não satisfeitas e dos tempos de espera, pode o projeto ser alargado a todos os utentes inscritos nos ACES onde decorrem as experiências piloto, de forma faseada e progressiva, dependendo da referenciação pelo médico de família.

7 — As experiências piloto referidas no n.º 4, são realizadas nas Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo, nos ACES elencados no anexo ao presente despacho, que dele faz parte integrante.

8 — Os utentes inscritos nos ACES elencados no anexo, podem ser referenciados para consultas de saúde oral, na sequência de decisão do médico de família com base em critérios clínicos descritos no n.º 5, ou, na sua falta, por outro médico da unidade funcional que o substitua.

9 — Os médicos a contratar para a prestação de consultas de saúde oral nos cuidados de saúde primários, no âmbito das experiências piloto, integram a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) dos ACES, nos termos do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, na sua redação atual.

10 — Os médicos que prestam consultas de saúde oral nos cuidados de saúde primários, devem manter uma estreita articulação, no âmbito das respetivas competências, com os médicos de medicina geral e familiar, os médicos de saúde pública, os higienistas orais, os nutricionistas, os psicólogos e com os enfermeiros de família do respetivo ACES, de forma a promover uma integração de cuidados na equipa de saúde familiar, centrada nas necessidades dos utentes.

11 — A carteira de serviços de saúde oral incluída nas experiências piloto deve incluir os tratamentos considerados necessários em termos clínicos, excluindo as intervenções de natureza estritamente estética.

12 — O acompanhamento e monitorização das experiências piloto referidas nos números anteriores é da responsabilidade da DGS, em estreita articulação com as Administrações Regionais de Saúde.

13 — A avaliação das experiências piloto integra uma vertente de avaliação da satisfação dos utentes, sendo efetuada pela DGS em estreita articulação com as Administrações Regionais de Saúde.

14 — O acesso a consultas de saúde oral, nos termos definidos no presente despacho, tem por base de suporte o Sistema de Informação para Saúde Oral (SISO), que integra o PNPSO.

15 — Para efeitos do disposto no número anterior, a SPMS — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., adapta o SISO a esta nova vertente da prestação de cuidados de saúde oral no âmbito dos cuidados de saúde primários, bem como elabora o Boletim de Saúde Oral, que deve ficar disponível na Plataforma de Dados da Saúde (PDS), até ao dia 29 de julho de 2016.

16 — Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, as experiências piloto desenvolvidas ao abrigo do presente despacho, são igualmente objeto de monitorização e avaliação por parte de entidades externas, ao abrigo de protocolos de colaboração estabelecidos com o Ministério da Saúde.

17 — As Administrações Regionais de Saúde devem criar processos de articulação, entre a equipa de saúde oral dos cuidados de saúde primários com os serviços de estomatologia e outras especialidades hospitalares, no sentido da referenciação simples e efetiva dos utentes que necessitam de cuidados hospitalares.

18 — Os custos relacionados com a operacionalização e acompanhamento das experiências piloto referidas no n.º 4, são suportados pelo orçamento do respetivo programa vertical da responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

19 — O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

29 de junho de 2016. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, *Fernando Manuel Ferreira Araújo*.

ANEXO

Lista de Centros de Saúde por ACES

- 1 — ACES Almada-Seixal: Centro de Saúde do Monte Caparica;
- 2 — ACES Arco Ribeirinho: Centro de Saúde da Moita;
- 3 — ACES Médio Tejo: Centro de Saúde de Fátima;
- 4 — ACES Lezíria: Centro de Saúde de Salvaterra de Magos, Centro de Saúde do Cartaxo, Centro de Saúde de Rio Maior;
- 5 — ACES Estuário Tejo: Centro de Saúde da Azambuja, Centro de Saúde de Alenquer, Centro de Saúde da Arruda dos Vinhos;
- 6 — ACES Oeste Sul: Centro de Saúde da Lourinhã, Centro de Saúde Mafra-Ericeira;
- 7 — ACES Alentejo Central: Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, Centro de Saúde de Portel.

209696888

de Jornalismo da Universidade de Leninegrado, hoje S. Petersburgo, de 1977 a 1981. Frequência do Curso de Sociologia do atual Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 1976.

Pós-graduações (programas) em gestão da Saúde (Universidade Católica e Nova School of Business & Economics, entre 2009 e 2014. Participante no seminário *Keep Ahead with European Information* do Instituto Europeu de Administração Pública, Maastricht, 1998. Pós-graduado em Comunicação e Marketing Político, 1998. Diplomado como formador do CENJOR, 1998.

Experiência profissional, como jornalista: Diretor-adjunto dos portais *online* Lusomundo.net e TSFnoticias.com, 1999 e 2000. Jornalista no suplemento *Dinheiro* de *O Independente*, 1996. Jornalista do semanário *O Independente*, 1992 e 1993. Jornalista do *Público Magazine*, 1992. Participante na 374.ª Conferência do *Wilton Park* (Reino Unido): *The Middle East after the Gulf War*, 1991. Jornalista (do grupo fundador) do jornal *Público*, de 1990 a 1992. Jornalista do *Diário de Notícias*, onde estagiou, de 1987 a 1990.

Como assessor de comunicação/diretor de comunicação: Assessor para a Comunicação do Ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo, no XIX Governo Constitucional, de 2011 a 2015; Prof. Doutor António Correia de Campos nos XIV e XVII Governos Constitucionais, de 2001 a 2002 e de 2005 a 2007; Adjunto para a Comunicação do Ministro das Finanças, Prof. Doutor António Luciano Sousa Franco, no XIII Governo Constitucional, de 1996 a 1999.

Diretor de Comunicação da MSD, farmacêutica multinacional, de 2002 a 2011.

Consultor de comunicação da agência INFORFL, 2002.

Como docente: Cooordenador do Curso de Jornalismo Online do CENJOR, 2001 e 2002. Professor convidado para o módulo Experiências no curso de Pós-graduação em Comunicação e Marketing Político da Universidade Independente (UnI) e do Curso de Assessoria em Comunicação Social da UnI, Centro de Estudos das Ciências de Comunicação, 1999. Professor do módulo Comunicação em Curso Intensivo da European University, 1997. Professor convidado da UnI — Ciências da Comunicação, 3.º e 4.º anos, 1995 e 1996. Professor de Iniciação ao Jornalismo no Liceu Camões, Lisboa, 1990.

209086073

Despacho n.º 12888/2015

1 — Ao abrigo do disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 3.º, no n.º 2 do artigo 4.º, nos n.ºs 1, 2 e 3 do artigo 11.º e do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 11/2012, de 20 de janeiro, designo para exercer as funções de adjunta do meu gabinete, a licenciada Rosa Maria Bento de Matos Sécio Raposeiro.

2 — Para efeitos do disposto no artigo 12.º do mesmo decreto-lei a nota curricular da designada é publicada em anexo ao presente despacho que produz efeitos desde 30 de outubro de 2015.

3 — Nos termos do n.º 4 do artigo 5.º do mesmo decreto-lei, a designada substitui o Chefe do Gabinete, Licenciado João Manuel Nabais da Tereza, nas suas faltas e impedimentos.

4 — Publique-se no *Diário da República* e promova-se a respetiva publicação na página eletrónica do Governo.

2 de novembro de 2015. — O Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

ANEXO

(Nota curricular)

Rosa Maria Bento de Matos Sécio Raposeiro, nascida a 9 de outubro de 1965, natural de Abrantes.

Formação Académica e Específica:

Licenciatura em Direito pela Faculdade de Direito de Lisboa, variante de Ciências Jurídicas (1984-1989);

Pós-graduação em Direito e Prática da Contratação Pública, Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa (2013);

Curso de Alta Direção em Gestão Unidades de Saúde para Gestores, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (2013-2014).

Percurso Profissional:

Entre fevereiro de 2015 e outubro de 2015, Adjunta do Gabinete do Ministro da Saúde do XIX Governo Constitucional, na área jurídica, articulação do processo legislativo e substituta do Chefe do Gabinete nas suas ausências e impedimentos;

De setembro de 2012 a janeiro de 2015, Técnica Especialista, com funções de assessoria jurídica no Gabinete do Ministro da Saúde, do XIX Governo Constitucional;

De 2003 a 2012, Diretora de Serviços de Gestão de Recursos da Direção-Geral do Tesouro e Finanças;

Entre 1998 e 2003, Chefe de Divisão de Recursos Humanos, da Direção-Geral do Tesouro;

De 1991 a 1998 exerceu funções de Jurista, no Gabinete Jurídico da Direção-Geral do Tesouro;

No ano letivo de 1990-1991 foi professora do ensino secundário;

Entre 1989 e 1991 exerceu advocacia;

No âmbito de outras atividades profissionais entre 2008 e 2011 exerceu o cargo de Vogal do Conselho Fiscal da Parque Expo e de 2005 a 2006 o de Presidente da Comissão de Fiscalização da Casa Pia de Lisboa.

Formadora em diversas ações de formação profissional na área do direito administrativo e financeiro e Presidente de diversos júris de concursos de pessoal e para aquisição de bens e serviços e assegurou a representação daquela Direção-Geral em diversos grupos de trabalho.

209085733

Despacho n.º 12889/2015

A Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, veio regular o funcionamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, no que respeita à prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados, proporcionando, ao longo dos anos, o acesso a cuidados de saúde oral a diversos grupos-alvo. Neste momento, beneficiam deste Programa as crianças e jovens com idade inferior a 16 anos, as grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde, os beneficiários do complemento solidário para idosos e os utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA. Através do Despacho n.º 686/2014, de 6 de janeiro, o referido Programa foi alargado, passando a incluir, ainda, a intervenção precoce no cancro oral.

Neste contexto, o III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís veio revelar que nos últimos anos se verificou, por um lado, uma acentuada redução nos níveis de doença das crianças e jovens que beneficiaram de um longo trabalho de promoção e prevenção das doenças orais e, por outro lado, um aumento do número e da eficácia dos tratamentos efetuados, o que proporcionou uma enorme melhoria da situação de saúde dentária deste grupo-alvo.

Verificou-se, contudo, que as crianças e jovens com necessidades especiais nem sempre beneficiam do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, pelo que agora se define os requisitos que estabelecem o acesso ao mesmo.

Verificou-se, ainda, que os utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA, relativamente aos quais está determinado que podem utilizar até seis cheques-dentista, podem apresentar novas necessidades de tratamento, pelo que, atendendo ao risco acrescido de problemas de saúde oral nestes utentes, são agora previstos ciclos adicionais.

Assim, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 2.º e do n.º 3 do artigo 7.º da Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, determino:

1 — O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) é alargado, passando a incluir:

- a) Os jovens de 18 anos que tenham sido beneficiários do PNPSO e concluído o plano de tratamentos aos 16 anos;
- b) Os utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA que já tenham sido abrangidos pelo PNPSO e que não fazem tratamentos há mais de 24 meses;
- c) As crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais de saúde, nomeadamente portadores de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21, entre outras, que não tenham ainda sido abrangidos pelo PNPSO.

2 — O alargamento previsto no número anterior traduz-se:

- a) Aos jovens de 18 anos que tenham sido beneficiários do PNPSO e concluído o plano de tratamentos aos 16 anos, é atribuído um cheque-dentista;
- b) Aos utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA que já tenham sido abrangidos pelo PNPSO e que não fazem tratamentos há mais de 24 meses, é possibilitado o acesso a um ciclo de tratamentos composto até dois cheques-dentista, que pode ser repetido com uma periodicidade não inferior a 24 meses;
- c) As crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais de saúde, nomeadamente portadores de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21, entre outras, que não tenham ainda sido abrangidos pelo PNPSO, e na sequência de triagem promovida pela unidade de saúde do Serviço Nacional de Saúde:
 - i) É atribuído um cheque-dentista ou referenciação para Higiene Oral;
 - ii) Caso não seja expectável que a criança ou jovem colabore numa consulta de saúde oral, nomeadamente por ser necessário o eventual recurso a sedação, a referenciação pelo médico de família, através da Consulta a Tempo e Horas, para os serviços de estomatologia dos hospitais da sua área de residência.

3 — O presente despacho produz efeitos a 1 de março de 2016.

9 de novembro de 2015. — O Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

209099269

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Decreto-Lei n.º 37/2024, de 28 de maio

Sumário: Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de julho, que cria um regime de benefícios adicionais de saúde para os beneficiários do complemento solidário para idosos.

O Programa do XXIV Governo Constitucional assume a necessidade de se adotarem políticas que salvaguadem os idosos, em especial os que se encontrem em situação de vulnerabilidade, através da implementação de políticas de mitigação de risco e de promoção do envelhecimento digno.

Neste contexto, não descurando que o envelhecimento aumenta a predisposição para desenvolvimento de várias patologias e, conseqüentemente, da necessidade de recurso a medicamentos, impõe-se acautelar que a carência de recursos económicos não comprometa a respetiva terapêutica, através da adoção de medidas que, neste âmbito, reforcem o princípio da diferenciação positiva, enquanto instrumento de justiça social, previstas no Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de julho, na sua redação atual.

Assim, em termos dos benefícios adicionais de saúde para os beneficiários do complemento solidário para idosos, passa a consagrar-se a comparticipação a 100 % dos medicamentos sujeitos a prescrição médica.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

O presente decreto-lei procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 94/2020, de 3 de novembro, que cria um regime de benefícios adicionais de saúde para os beneficiários do complemento solidário para idosos, instituído pelo Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de dezembro.

Artigo 2.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de julho

O artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de julho, na sua redação atual, passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 2.º

[...]

1 – [...]

a) Participação financeira em 100 % da parcela do preço dos medicamentos não comparticipada pelo Estado;

b) [...]

c) [...]

2 – [...]

3 – [...]

Artigo 3.º

Aditamento ao Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de julho

É aditado ao Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de julho, na sua redação atual, o artigo 6.º-A, com a seguinte redação:

«Artigo 6.º-A

Monitorização

1 – A monitorização da medida prevista na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º é efetuada pelo INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED, I. P.), com vista a avaliar a sua eficácia, bem como a identificar eventuais situações de fraude ou de desperdício.

2 – O INFARMED, I. P., envia, trimestralmente, até ao dia 10 do mês seguinte ao trimestre a que a informação reporta, aos membros do Governo responsáveis pelas áreas da solidariedade e segurança social e saúde, um relatório relativo à execução do presente decreto-lei.»

Artigo 4.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no dia 1 do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 23 de maio de 2024. — Luís Filipe Montenegro Cardoso de Morais Esteves — Joaquim José Miranda Sarmiento — Ana Paula Mecheiro de Almeida Martins Silvestre Correia — Maria do Rosário Valente Rebelo Pinto Palma Ramalho.

Promulgado em 24 de maio de 2024.

Publique-se.

O Presidente da República, MARCELO REBELO DE SOUSA.

Referendado em 27 de maio de 2024.

O Primeiro-Ministro, Luís Filipe Montenegro Cardoso de Morais Esteves.

117744366

Anexo G- Algoritmo de pesquisa- base de dados

Algoritmo de pesquisa- base de dados

PubMed/MEDLINE

((("Oral Health"[Mesh] OR "Dental Health Services"[Mesh] OR "oral health"[tiab] OR "dental public health"[tiab] OR "oral health service*"[tiab] OR "oral health polic*"[tiab] OR "national oral health plan*"[tiab] OR PNSO[tiab])) AND (("Health Policy"[Mesh] OR "Policy Making"[Mesh] OR "Health Planning"[Mesh] OR "Health Services Administration"[Mesh] OR "Program Evaluation"[Mesh] OR "Guideline Adherence"[Mesh] OR "Diffusion of Innovation"[Mesh] OR "health policy"[tiab] OR "policy making"[tiab] OR governance[tiab] OR "health planning"[tiab] OR "health services administration"[tiab] OR implement*[tiab] OR adop*[tiab] OR align*[tiab] OR impact*[tiab] OR influence*[tiab] OR uptake[tiab] OR evaluation[tiab] OR compliance[tiab] OR adherence[tiab] OR diffusion[tiab] OR "policy transfer"[tiab] OR translation[tiab] OR "knowledge translation"[tiab] OR implementacao[tiab] OR adocao[tiab] OR alinhamento[tiab] OR impacto[tiab] OR avaliacao[tiab] OR adesao[tiab] OR "universal health coverage"[tiab] OR UHC[tiab])) AND(("Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "World Health Organization"[Mesh] OR "Practice Guideline"[Publication Type] OR guideline*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR standard*[tiab] OR framework*[tiab] OR strateg*[tiab] OR "action plan"[tiab] OR resolution*[tiab] OR "policy statement*"[tiab] OR WHO[tiab] OR "World Health Organization"[tiab] OR FDI[tiab] OR "Federation Dentaire Internationale"[tiab] OR "Vision 2030"[tiab] OR "Global Oral Health Strategy"[tiab] OR "Global Oral Health Action Plan"[tiab] OR "Global Oral Health Status Report"[tiab])) AND (("Portugal"[Mesh] OR Portugal[tiab] OR Portuguese[tiab] OR "Servico Nacional de Saude"[tiab] OR SNS[tiab] OR DGS[tiab] OR "Ministerio da Saude"[tiab]))

Filters: Comparative Study, Evaluation Study, Government Publication, Guideline, Legislation, Observational Study, Practice Guideline, Review, Scoping Review, Systematic Review, Technical Report, English, Portuguese, Spanish, from 2000 - 2025

Web of Science – Core Collection

TS=((("oral health" OR "oral health care" OR "oral public health") AND ("health policy" OR policy OR policies OR management OR program* OR initiative*)) AND ("world health organization" OR who OR "federation dentaire internationale" OR fdi OR "european union" OR europe OR international OR guideline* OR strateg* OR framework* OR recommendation*)) AND (portugal OR portuguese))

Refined By: 2000-2025 (2008-2025) e Country/regions: Portugal

CINAHL (EBSCO)

((MH "Oral Health+") OR (MH "Dental Public Health") OR (MH "Dental Health Services+") OR TI ("oral health" OR "dental public health" OR "oral health service*" OR "oral health polic*" OR "national oral health plan*") OR AB ("oral health" OR "dental public health" OR "oral health service*" OR "oral health polic*" OR "national oral health plan*") OR TX PNSO) AND ((MH "Health Policy") OR (MH "Policy Making") OR (MH "Health Planning") OR (MH "Health Services Administration") OR (MH "Program Evaluation") OR (MH "Guideline Adherence") OR (MH "Diffusion of Innovations") OR (MH "Universal Health Coverage") OR TX ((implement* OR adop* OR align* OR impact* OR evaluation OR adherence OR "universal health coverage" OR UHC OR diffusion OR "policy transfer" OR translation OR "knowledge translation") N5 (policy OR guideline* OR strateg* OR plan* OR program*)) OR TX governance) AND ((MH "Practice Guidelines") OR TX (guideline* OR recommendation* OR standard* OR framework* OR strateg* OR "action plan" OR resolution* OR "policy statement*" OR WHO OR "World Health Organization" OR FDI OR "Federation Dentaire Internationale" OR "Fédération Dentaire Internationale" OR "Vision 2030" OR "Global Oral Health Strategy" OR "Global Oral Health Action Plan" OR "Global Oral Health Status Report")) AND ((MH "Portugal") OR GE Portugal OR TX ((Portugal OR Portuguese OR "Serviço Nacional de Saude" OR "Serviço Nacional de Saúde" OR SNS OR DGS OR "Direção-Geral da Saude" OR "Direção-Geral da Saúde" OR "Ministerio da Saude" OR "Ministério da Saúde") N5 (policy OR plan* OR program* OR guideline* OR strateg*)))

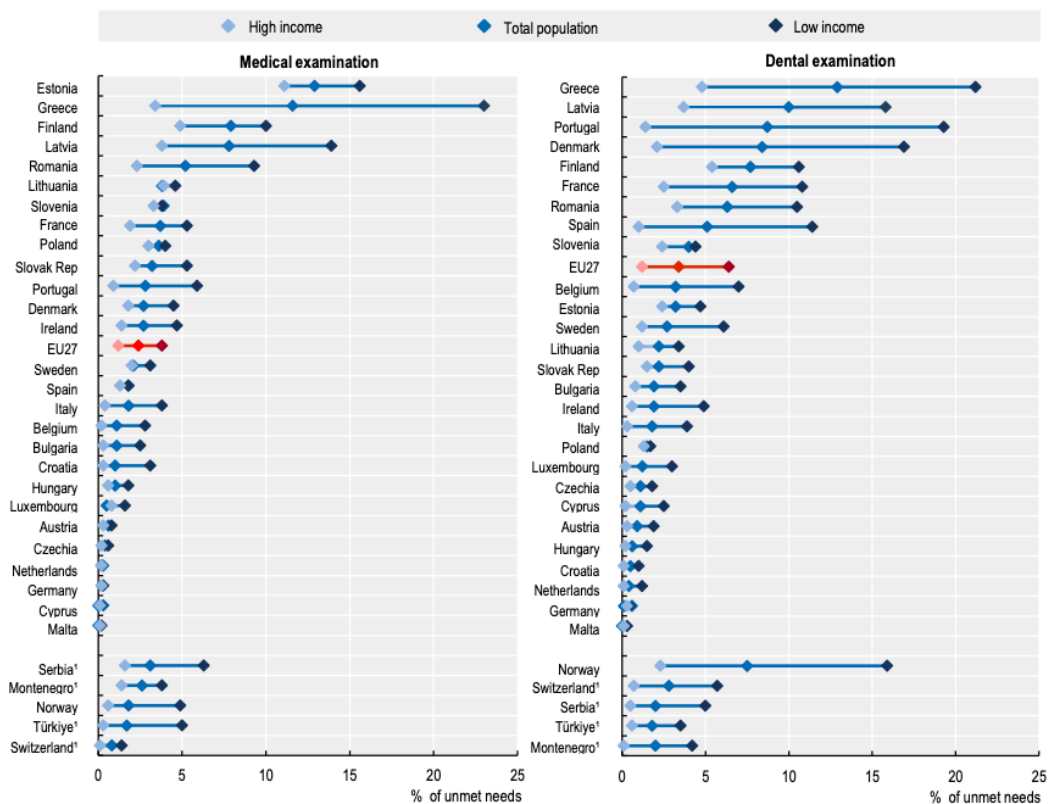
SciELO

("oral health" OR "dental public health" OR "dental health services" OR "oral health service*" OR "oral health polic*" OR "national oral health plan*" OR "saúde oral" OR "saúde bucal" OR "saude oral" OR "saude bucal" OR PNSO) AND ("health policy" OR "policy making" OR "health planning" OR "health services administration" OR governance OR implement* OR adop* OR align* OR impact* OR influence* OR uptake OR evaluation OR compliance OR adherence OR diffusion OR "policy transfer" OR translation OR "knowledge translation" OR implementação OR implementacao OR adoção OR adocao OR alinhamento OR impacto OR avaliação OR avaliacao OR adesão OR adesao OR "universal health coverage" OR UHC OR "cobertura universal de saúde" OR "cobertura universal de saude" OR "cobertura universal de salud") AND (guideline* OR recommendation* OR standard* OR framework* OR strateg* OR "action plan" OR resolution* OR "policy statement*" OR WHO OR "World Health Organization" OR OMS OR "Organização Mundial da Saúde" OR "Organizacao Mundial da Saude" OR FDI OR "Fédération Dentaire Internationale" OR "Federación Dental Internacional" OR "Federação Dentária Internacional" OR "Federacao Dentaria Internacional" OR "Vision 2030" OR "Global Oral Health Strategy" OR "Global Oral Health Action Plan" OR "Global Oral Health Status Report") AND (Portugal OR Portuguese OR "Serviço Nacional de Saúde" OR "Serviço Nacional de Saude" OR SNS OR DGS OR "Direção-Geral da Saúde" OR "Direção-Geral da Saude" OR "Ministério da Saúde" OR "Ministerio da Saude")

Apêndices

Apêndice A- Necessidades não satisfeitas de exames médicos e dentários por razões financeiras, geográficas ou de tempo de espera, 2023.

Figure 7.1. Unmet needs for medical and dental examinations due to financial, geographic or waiting time reasons, 2023



Note: The EU average is weighted. 1. Data from 2022.
Source: Eurostat, based on EU-SILC (hlth_silc_08 and hlth_silc_09).

Nota. Reproduzido de *Health at a glance: Europe 2024 – State of health in the EU cycle* (OECD & European Commission, 2024, p. 181 figura 7.1). Copyright de OECD/European Union 2024, sob licença CC BY 4.0

Apêndice B- Descrição da cobertura estatutária para cuidados dentários

PORTUGAL

Health system: The Portuguese health system is characterized by three overlapping systems. The NHS is universal, comprehensive and almost free at the point of delivery, financed mainly through taxation. All residents are covered, irrespective of their socioeconomic, employment or legal status. In addition, special health insurance schemes cover particular professions or sectors; these are called “health subsystems” and can be either public (e.g. for civil servants) or private (e.g. for the banking sector). Private voluntary health insurance is supplementary and speeds up access to elective hospital treatment and ambulatory consultations; it also increases the choice of provider. OOP spending is very high at 30.5% of health spending in 2019.

Coverage:

Which benefits? The NHS does not cover dental care: it is neither provided nor funded by the NHS. Most dental care is paid for out-of-pocket, either by patients themselves or through voluntary health insurance or health subsystems.

Elderly people who have insufficient funds are entitled to reimbursement of dentures (75% of expenses, up to a maximum of €250 per three-year period for purchase and repair of removable prostheses).

Who? Coverage was slightly improved with the creation of a dental voucher programme (in 2008) as part of the National Programme for Oral Health Care Promotion, which allows school-aged children, pregnant women and older people who receive social benefits to have free access to a number of dental treatments. The Programme was further extended to people living with HIV/AIDS (in 2010), and to those who needed early intervention due to oral cancer (in 2014). The Programme provides, for example, access to three “dental pay cheques” for pregnant women, which gives them the right to schedule a dentist appointment. The elderly are entitled to two of these pay cheques per year. Plans are also currently under way to integrate dentists into primary care units across the country (see also Section 4.4).

Nota. Adaptado de “Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., & van Ginneken, E. (2022). Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health systems in transition*, 24(2), p.59, tabela 4.1”. Copyright de World Health Organization 2022 (European Observatory on Health Systems and Policies).

Apêndice C- Caracterização geral dos estudos

Resultados da extração de dados

Caracterização geral

| | Autor (Ano) | Título | Tipo de estudo | Local de Publicação |
|----|---|--|--|--|
| E1 | Calado et al. / DGS & OMD (2015) | III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (ENPDO) | Estudo epidemiológico nacional | Lisboa, Portugal (DGS & OMD) |
| E2 | Comissão Europeia / EGOHID (2004) | Selecting Essential Oral Health Indicators in Europe – Consensus Workshop (Granada) | Relatório técnico/político europeu | Granada, Espanha (Universidade de Granada / Comissão Europeia) |
| E3 | Comissão Europeia – DG SANTE, Expert Group on HSPA (2021) | Measuring Access to Healthcare in the EU: Improving Access through More Powerful Measurement Tools | Relatório técnico/político europeu | Luxemburgo, Publications Office of the EU |
| E4 | Comissão Europeia, DG SANTE, OCDE & Observatório Europeu (2023) | State of Health in the EU: Synthesis Report 2023 | Relatório europeu de monitorização | Luxemburgo, Publications Office of the European Union |
| E5 | DE-SNS (2023) | Acesso a cuidados de saúde oral no Serviço Nacional de Saúde: Relatório 2023 | Documento oficial de política nacional | Lisboa, Portugal (DE-SNS) |

| | | | | |
|-----|--------------------------|---|---|---|
| E6 | DGS (2019) | Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Audição Pública | Documento oficial de política nacional | Lisboa, Portugal (DGS) |
| E7 | DGS (2021) | Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021–2025 | Documento oficial de política nacional | Lisboa, Portugal |
| E8 | ERS (2014) | Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) | Relatório regulatório nacional | Porto, Portugal (ERS) |
| E9 | FDI (2012/2013) | Vision 2020: Shaping the Future of Oral Health | Relatório estratégico internacional | Genebra, Suíça (FDI) |
| E10 | Filipe & Aguiar (2018) | Saúde Oral – Fatores de Não Adesão aos Cheques-Dentista: Um Estudo de Caso-Controlo | Estudo caso-controlado (epidemiológico observacional) | Acta Médica Portuguesa, 31(6), 303–311. |
| E11 | Glick et al., FDI (2021) | Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All | Relatório estratégico internacional | Genebra, Suíça (FDI) |
| E12 | INE/Eurostat (2025) | Dia Mundial da Saúde Oral – 2025 | Relatório estatístico | Instituto Nacional de Estatística (INE), Eurostat |
| E13 | Lourenço & Barros (2016) | Cuidados de Saúde Oral – Universalização | Relatório técnico/político | Lisboa, Ordem dos Médicos Dentistas |

| | | | | |
|-----|------------------------------|---|--|--|
| E14 | Ministério da Saúde (2018) | Retrato da Saúde 2018 | Relatório institucional | Lisboa, Portugal |
| E15 | Ministério da Saúde (2022) | Relatório Anual do Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas – 2021 | Relatório institucional | Lisboa, Portugal |
| E16 | OCDE & CE (2024) | Health at a glance: Europe 2024 – State of health in the EU cycle | Relatório de monitorização internacional | Paris, OECD Publishing & European Commission |
| E17 | OCDE (2023) | Health at a Glance 2023: Highlights for Portugal | Relatório de monitorização internacional | Paris, OCDE |
| E18 | OCDE (2025) | Does healthcare deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) | Relatório de monitorização internacional | Paris, OCDE |
| E19 | OECD & EU (2020) | Unmet needs for health care: Comparing approaches and results from international surveys | Relatório estatístico comparativo | Paris/Luxemburgo (OECD, Eurostat, Publications Office of the EU) |
| E20 | OMS & Estados-Membros (2024) | Bangkok Declaration: No Health Without Oral Health | Declaração política internacional | Bangkok, Tailândia (OMS) |
| E21 | OMS & UNICEF (2018) | Declaração de Astana – Conferência Global sobre Cuidados de Saúde Primários | Declaração política internacional | Astana, Cazaquistão (OMS/UNICEF) |

| | | | | |
|-----|----------------------|--|---|--|
| E22 | OMS (2023) | Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030- Summary of the WHO European Region | Relatório institucional | Genebra, Suíça (OMS) |
| E23 | OMS (2024) | Global Strategy and Action Plan on Oral Health 2023–2030 | Documento estratégico e plano de ação global | Genebra, Suíça (WHO) |
| E24 | OMS/WHA (2021) | Resolution WHA74.5: Oral health. Seventy-fourth World Health Assembly, | Resolução internacional | Genebra, OMS |
| E25 | OMS/WHA (2022) | Draft Global Strategy on Oral Health- WHA.75 | Estratégia global | Genebra, OMS |
| E26 | ONU (2019) | Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage – “UHC: moving together to build a healthier world” | Declaração política internacional | Nova Iorque, ONU |
| E27 | Silva et al. (2012) | Avaliação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral em escolares de Castelo Branco, Portugal | Estudo observacional transversal | RFO – Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo, Brasil |
| E28 | Simões et al. (2018) | Ten years since the 2008 introduction of dental vouchers in the Portuguese NHS | Artigo de monitorização e análise de política pública (Health Reform Monitor) | Health Policy (Elsevier) |

| | | | | |
|-----|--------------------------|--|--|--|
| E29 | Winkelmann et al. (2022) | Oral Health Care in Europe: Financing, Access and Provision | Relatório técnico/político (HiT – Health Systems in Transition) | European Observatory on Health Systems and Policies / WHO Europe |
| E30 | Winkelmann et al. (2022) | Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach | Estudo comparativo multicêntrico com abordagem qualitativa (vignettes) | BMC Oral Health, 22(65). |

Apêndice D- Conteúdo e Contributo dos estudos

Conteúdo e Contributos

| | Autor | Título | Metodologia | Resultados | Relevância/ Contributo |
|----|-----------------------------------|---|--|---|---|
| E1 | Calado et al. / DGS & OMD (2015) | III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (ENPDO) | Amostra representativa (n=6315), idades 6, 12, 18, 35-44, 65-74; observação clínica com ICDAS II; questionários de hábitos, acesso e qualidade de vida | Melhoria significativa em crianças e jovens: aos 12 anos, CPOD=1,18; 53% livres de cárie. Adultos e idosos: elevada perda dentária (35-44 anos: CPOD=10,3; 65-74 anos: CPOD=15,1; edentulismo total 14,4%). Maior risco associado a baixo nível de escolaridade e área rural. Forte utilização do cheque-dentista: >2,7 milhões de cheques usados (2008-2015). | Documento-chave para avaliar a evolução da saúde oral em Portugal. Mostra os ganhos obtidos nas coortes jovens com PNPSO/cheque-dentista e os desafios persistentes nos adultos/idosos. Serve de evidência nacional do impacto da OMS (metas CPOD 2020) no SNS. |
| E2 | Comissão Europeia / EGOHID (2004) | Selecting Essential Oral Health Indicators in Europe – Consensus Workshop (Granada) | Workshop de consenso com decisores políticos, Chief Dental Officers e investigadores de vários países europeus | Definição de lista longa e curta de indicadores essenciais. Áreas principais: determinantes socioeconómicos, estado de saúde oral, utilização de serviços, sistemas de saúde oral, qualidade de vida. Indicadores-chave: DMFT, CPITN, edentulismo, acesso e utilização, workforce, custos, comportamentos de risco, OHIP (qualidade de vida). Ênfase na harmonização de dados para comparabilidade entre países. | Definição de lista longa e curta de indicadores essenciais. Áreas principais: determinantes socioeconómicos, estado de saúde oral, utilização de serviços, sistemas de saúde oral, qualidade de vida. Indicadores-chave: DMFT, CPITN, edentulismo, acesso e utilização, workforce, custos, comportamentos de risco, OHIP (qualidade de vida). |
| E3 | Comissão Europeia – DG SANTE, | Measuring Access to Healthcare in the EU: Improving | Revisão de ferramentas de medição de acessibilidade; inquéritos a 19 países; desenvolvimento e teste | Identificação de lacunas nos métodos tradicionais de medir acesso. Proposta de novos indicadores: impacto redistributivo dos benefícios em saúde, uso de dados administrativos ligados, ferramentas | Relevante porque introduz ferramentas inovadoras de avaliação do acesso a cuidados dentários; permite enquadrar Portugal nas comparações |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| | Expert Group on HSPA (2021) | Access through More Powerful Measurement Tools | de patient vignettes (incluindo saúde dentária); casos de estudo nacionais | qualitativas (vignettes). Vignette dentária mostrou desigualdades significativas em acesso a cuidados preventivos e protéticos. Reforço da necessidade de contextualizar dados (grupos vulneráveis, regiões, tipo de emprego) | européias sobre acessibilidade e equidade no SNS. Fornece evidência sobre lacunas persistentes no acesso a saúde oral e sugere instrumentos de monitorização. |
| E4 | Comissão Europeia, DG SANTE, OCDE & Observatório Europeu (2023) | State of Health in the EU: Synthesis Report 2023 | Análise comparativa de 29 Country Health Profiles (UE27 + Noruega e Islândia), com indicadores de efetividade, acessibilidade e resiliência | Impacto da COVID-19 na saúde mental (prevalência de ansiedade/depressão ↑ 25%). Aumento de desigualdades em saúde e necessidades não satisfeitas, incluindo cuidados dentários (cresceram de 2.8% em 2019 para 3.4% em 2022 no total da UE). Envelhecimento e falta de workforce em saúde. Ênfase em investimento contínuo na prevenção, digitalização e dados (European Health Data Space). | Fornece dados comparativos UE/Portugal sobre acesso, desigualdades e necessidades não satisfeitas em cuidados (incluindo dentários). Serve de base europeia para contextualizar políticas nacionais e analisar o impacto das diretrizes internacionais no SNS. |
| E5 | DE-SNS (2023) | Acesso a cuidados de saúde oral no Serviço Nacional de Saúde: Relatório 2023 | Conjunto de dados administrativos (DGS, ARS, ULS, INE); análise FOFA; definição de objetivos estratégicos; planeamento de infraestruturas e recursos humanos; recomendações políticas. | Identificou 147 gabinetes de saúde oral nos CSP em 2022 (170 em abril 2023). Fixou objetivos até 2026: 350 gabinetes, ≥180 médicos dentistas em carreira especial, rácio 1 higienista/12 mil crianças, utilização dos cheques-dentista >75%, redução em 25% das necessidades não satisfeitas. Recomendou criação de Serviços de Saúde Oral (SSO), reforma da carreira de dentista no SNS, reforço do SISO/SClínico, expansão via PRR (8,5M €). | Documento estratégico nacional, mostra claramente como Portugal está a alinhar o SNS com metas da OMS (UHC 2030, prevenção NCDs), FDI (Vision 2030) e ONU (UHC 2019). Essencial para mapear o estado atual e prioridades futuras da política nacional de saúde oral. |

| | | | | | |
|----|------------|--|--|--|---|
| E6 | DGS (2019) | Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Audição Pública | Análise epidemiológica, definição estratégica, indicadores nacionais e alinhamento com diretrizes OMS/EU | Melhorias epidemiológicas queda do CPOD, aumento % crianças livres de cárie. Expansão do Cheque-Dentista e integração nos CSP. Definição de eixos estratégicos prevenção, diagnóstico precoce (cancro oral), tratamento, literacia em saúde e reabilitação oral. Estabelecimento de metas alinhadas com a OMS 2020 | Documento estruturante da política de saúde oral em Portugal. Mostra como as diretrizes internacionais foram adaptadas e operacionalizadas no SNS através do PNPSO. É peça central para a análise do impacto das recomendações internacionais no contexto nacional. |
| E7 | DGS (2021) | Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021–2025 | Documento oficial estruturado em objetivos estratégicos, metas e indicadores; alinhado com OMS, UE, FDI | Expansão da cobertura a crianças do ensino privado e coorte dos 4 anos. - Inclusão de grupos vulneráveis: grávidas, idosos, VIH, cancro oral. - Reforço de prevenção escolar (Escovar na Escola, SOBE+). - Metas 2025: 80% crianças livres de cárie aos 6 anos; CPOD 12 anos \leq 1,15; aumento % jovens sem cárie aos 18 anos; cobertura protética para idosos. - Introdução de auditoria, investigação e monitorização via SISO. | Documento estruturante da política nacional em saúde oral, diretamente alinhado com OMS/FDI/UE. Demonstra a transposição prática de diretrizes internacionais para o SNS, consolidando o PNPSO como modelo central para análise de impacto. |
| E8 | ERS (2014) | Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção da | Análise documental; dados administrativos (ARS, SISO, SINAS); inquéritos a ACES e médicos; comparação | Expansão PNPSO até 2014 (grávidas, idosos, VIH, cancro oral). Forte crescimento da emissão e utilização de cheques-dentista (2008-2013). Desigualdades regionais (ARS Norte mais forte, Alentejo/Algarve mais frágeis). | Documento-chave para compreender o impacto do PNPSO enquanto política pública, incluindo suas limitações e contribuições para o SNS. Reforça a ligação com |

| | | | | | |
|-----|------------------------|---|--|---|---|
| | | Saúde Oral (PNPSO) | internacional (OCDE, UE) | Concorrência: 20% dos médicos concentram ~50% dos cheques. Qualidade: estabelecimentos aderentes ao cheque-dentista com melhores resultados no SINAS. Falhas: caráter não universal (exclusão de crianças em escolas privadas, grávidas fora do SNS, idosos sem complemento solidário). | agendas internacionais de equidade, acesso universal e avaliação de políticas. |
| E9 | FDI (2012/2013) | Vision 2020: Shaping the Future of Oral Health | Processo consultivo internacional com associações nacionais, peritos académicos, clínicos e indústria | Identificação de desafios globais: desigualdade no acesso, falta de workforce, custo elevado dos cuidados, turismo dentário, transição epidemiológica. Definição de prioridades: prevenção e promoção, novos modelos educativos, integração com NCDs, advocacia global. Afirma a saúde oral como direito humano fundamental. Defende inclusão da saúde oral nas políticas públicas de saúde e no debate global (UN, WHO, UHC). | Documento-chave da FDI, inspirou a formulação do Vision 2030 e continua relevante como base histórica para políticas atuais. Mostra o papel da FDI em influenciar Portugal e outros países. |
| E10 | Filipe & Aguiar (2018) | Saúde Oral – Fatores de Não Adesão aos Cheques-Dentista: Um Estudo de Caso-Controlo | Estudo observacional caso-controlo com 270 alunos (7, 10 e 13 anos) de 35 escolas do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras. Análise bivariável e multivariável (regressão logística). | Principais motivos da não adesão: dentista particular não aderente (23,7%); esquecimento/prazo de validade expirado (21,5%). Fatores associados: vigilância por dentista particular ↑ probabilidade de não adesão (OR ajustado = 2,004; p = 0,012). Conhecimento de dentista aderente ↑ utilização (OR ajustado = 0,096; p < 0,001). | Evidencia barreiras de acesso não financeiro no PNPSO, ligadas à rede de dentistas aderentes e à literacia dos encarregados de educação. Relevante para compreender os desafios de implementação de políticas nacionais e o desalinhamento entre desenho do programa e adesão real. |

| | | | | | |
|-----|--------------------------|---|--|---|---|
| E11 | Glick et al., FDI (2021) | Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All | Revisão de evidência global + processo consultivo internacional com associações e peritos | Pilares estratégicos: UHC oral, integração saúde oral/saúde geral, workforce resiliente. Ênfase em prevenção populacional, integração em políticas de NCDs e ODS. Ferramentas: indicadores, advocacy, reforma educativa, inovação tecnológica, sustentabilidade (ex.: Minamata). Chamada à ação global: “nenhuma pessoa deixada para trás”. | Documento-chave da FDI, essencial para contextualizar Portugal em 2030. Reforça a necessidade de alinhar PNPSO, acesso universal e workforce com agendas internacionais. |
| E12 | INE/Eurostat (2025) | Dia Mundial da Saúde Oral – 2025 | Análise de inquéritos nacionais (Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, Inquérito Nacional de Saúde) e bases Eurostat | 9,9% da população ≥16 anos reporta necessidades não satisfeitas em cuidados dentários (2024). Portugal entre os países da UE com mais dificuldades de acesso (financeiras como principal barreira). - Indicadores de hábitos de higiene oral e auto percepção de saúde oral. | Documento oficial que contextualiza Portugal face à UE, relevante para análise de acesso, desigualdades e impacto das políticas de saúde oral. Complementa literatura científica com dados de base para políticas públicas. |
| E13 | Lourenço & Barros (2016) | Cuidados de Saúde Oral – Universalização | Estudo encomendado pela OMD; análise documental, estatística nacional (INE, DGS, ERS, Eurostat) e cenários de financiamento comparativos | Indicadores de saúde oral abaixo da média UE. - Forte barreira financeira ao acesso, despesas catastróficas. - PNPSO melhorou cobertura mas permanece insuficiente. - Cenários propostos: status quo, expansão pública, expansão via privados, aumento de seguros. - Sugere criação de uma Rede Nacional de Cuidados de Saúde Oral. | Documento-chave para contextualizar a política oral portuguesa e discutir a evolução do PNPSO à luz das diretrizes internacionais (OMS/UHC). Baseia-se em dados robustos e projeta cenários de expansão. |
| E14 | Ministério da | Retrato da Saúde 2018 | Análise descritiva baseada em dados | Destaca evolução demográfica, epidemiológica e dos cuidados de saúde. | Documento oficial que consolida o PNPSO como parte |

| | | | | | |
|-----|--------------------------|---|--|---|---|
| E11 | Glick et al., FDI (2021) | Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All | Revisão de evidência global + processo consultivo internacional com associações e peritos | Pilares estratégicos: UHC oral, integração saúde oral/saúde geral, workforce resiliente. Ênfase em prevenção populacional, integração em políticas de NCDs e ODS. Ferramentas: indicadores, advocacy, reforma educativa, inovação tecnológica, sustentabilidade (ex.: Minamata). Chamada à ação global: “nenhuma pessoa deixada para trás”. | Documento-chave da FDI, essencial para contextualizar Portugal em 2030. Reforça a necessidade de alinhar PNPSO, acesso universal e workforce com agendas internacionais. |
| E12 | INE/Eurostat (2025) | Dia Mundial da Saúde Oral – 2025 | Análise de inquéritos nacionais (Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, Inquérito Nacional de Saúde) e bases Eurostat | 9,9% da população ≥16 anos reporta necessidades não satisfeitas em cuidados dentários (2024). Portugal entre os países da UE com mais dificuldades de acesso (financeiras como principal barreira). - Indicadores de hábitos de higiene oral e auto percepção de saúde oral. | Documento oficial que contextualiza Portugal face à UE, relevante para análise de acesso, desigualdades e impacto das políticas de saúde oral. Complementa literatura científica com dados de base para políticas públicas. |
| E13 | Lourenço & Barros (2016) | Cuidados de Saúde Oral – Universalização | Estudo encomendado pela OMD; análise documental, estatística nacional (INE, DGS, ERS, Eurostat) e cenários de financiamento comparativos | Indicadores de saúde oral abaixo da média UE. - Forte barreira financeira ao acesso, despesas catastróficas. - PNPSO melhorou cobertura mas permanece insuficiente. - Cenários propostos: status quo, expansão pública, expansão via privados, aumento de seguros. - Sugere criação de uma Rede Nacional de Cuidados de Saúde Oral. | Documento-chave para contextualizar a política oral portuguesa e discutir a evolução do PNPSO à luz das diretrizes internacionais (OMS/UHC). Baseia-se em dados robustos e projeta cenários de expansão. |
| E14 | Ministério da | Retrato da Saúde 2018 | Análise descritiva baseada em dados | Destaca evolução demográfica, epidemiológica e dos cuidados de saúde. | Documento oficial que consolida o PNPSO como parte |

| | | | | | |
|-----|----------------------------|---|---|--|---|
| | Saúde (2018) | | estatísticos nacionais e internacionais (INE, INSA, DGS, OCDE, OMS, Eurostat) | <ul style="list-style-type: none"> - PNPSO: consultas de saúde oral em ACES, cheques-dentista, experiências-piloto em colaboração com a OMD. - Reforço da prevenção e integração da saúde oral nos CSP. | da estratégia nacional de saúde, contextualizando Portugal face à UE e alinhando com metas de acesso universal e equidade da OMS/UE. |
| E15 | Ministério da Saúde (2022) | Relatório Anual do Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas – 2021 | Análise administrativa e estatística da atividade do SNS, com capítulos sobre programas prioritários, incluindo PNPSO | <ul style="list-style-type: none"> - PNPSO alargado: em 2021 todas as crianças de 4 anos e todos os jovens 7–18 anos abrangidos. - Utentes PNPSO passaram de 198.191 (2020) para 311.524 (2021). - Cheques dentista prorrogados devido à COVID-19. - Aumento da utilização face a 2020, exceto nos idosos com complemento solidário (-0,9%) e jovens de 16 anos (-13%). | Documento oficial que comprova a implementação efetiva do PNPSO, avaliando acesso e cobertura. Fundamental para discutir impacto em equidade e alinhamento com UHC/OMS/UE. |
| E16 | OCDE & CE (2024) | Health at a glance: Europe 2024 – State of health in the EU cycle | Análise de indicadores oficiais (Eurostat, OCDE, OMS, inquéritos EU-SILC, HBSC, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> - Life expectancy UE: 81,5 anos (2023). - Shortage workforce: ~1,2M profissionais (incluindo dentistas). - Portugal entre os países com elevada dependência de médicos >55 anos. - Unmet needs em cuidados de saúde e despesa direta (out-of-pocket) persistem elevadas. - Disponibilidade de dentistas analisada em cap. 7 (acessibilidade). | Documento de enquadramento europeu, que permite comparar Portugal com a UE em termos de acesso, workforce dentária, equidade e financiamento. É uma fonte oficial essencial para reforçar a ligação entre diretrizes internacionais (UHC, equidade, acesso universal) e a realidade portuguesa. |
| E17 | OCDE (2023) | Health at a Glance 2023: Highlights for Portugal | Análise comparativa de indicadores de saúde e sistemas (OCDE Health Statistics) | <ul style="list-style-type: none"> - Expectativa de vida: 81,5 anos (acima da média OCDE). - Mortalidade prevenível: 114/100.000 (abaixo da média). - Despesa em saúde per capita: \$4162 | Documento-chave para contextualizar o subfinanciamento e elevado peso das despesas diretas no SNS português, aspetos que |

| | | | | | |
|-----|------------------|---|--|---|---|
| | | | | (OCDE: \$4986). - Out-of-pocket: 29% (OCDE: 18%). - Baixo investimento em prevenção (2%). - Forte workforce médico (5,6/1000), mas défice em enfermagem. | condicionam fortemente o acesso à saúde oral. Serve como suporte comparativo para mostrar o desalinhamento com metas internacionais de equidade. |
| E18 | OCDE (2025) | Does healthcare deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) | Inquérito internacional (PaRIS) dirigido a 19 países da OCDE. População: 107.011 utilizadores de cuidados primários (≥45 anos) com doenças crónicas + 1.816 unidades de cuidados primários. Instrumentos: questionários de PROMs (Patient-Reported Outcomes) e PREMs (Patient-Reported Experiences), padronizados e comparáveis. Indicadores centrais: “PaRIS10” (5 PROMs + 5 PREMs). | A maioria dos utilizadores de cuidados primários vive com pelo menos uma condição crónica; >70% tomam ≥3 medicamentos. Há associação positiva entre melhor experiência de cuidados (coordenação, pessoa-centrado, confiança) e melhores resultados em saúde. Países como Suíça, EUA e Austrália reportaram experiências e resultados acima da média. Identificadas desigualdades por nível de educação e rendimento. Demonstrado impacto direto de cuidados primários na qualidade de vida, confiança no sistema e bem-estar. | Primeiro estudo internacional de larga escala a integrar a voz do paciente na avaliação de sistemas de saúde. Introduz métricas inovadoras de performance centradas em bem-estar, funcionalidade e confiança. Reforça a necessidade de políticas de saúde mais orientadas para cuidados primários e pessoa-centrados. Fornece dados comparáveis para benchmarking internacional e apoio à reforma dos sistemas de saúde. |
| E19 | OECD & EU (2020) | Unmet needs for health care: | Análise de dados do EU-SILC 2018, EHIS | Portugal apresentou 39,8% de necessidades não satisfeitas em saúde (≥16 anos). - 32,4% da população reportou necessidades | Evidência estatística oficial que demonstra grandes barreiras financeiras no acesso a cuidados |

| | | | | | |
|-----|------------------------------|---|---|--|---|
| | | Comparing approaches and results from international surveys | 2014 e Commonwealth Fund Survey 2016 | não satisfeitas em cuidados dentários (maioritariamente por custo). - Em Portugal, disparidades socioeconómicas claras: baixa renda → maiores barreiras de acesso. - Comparação com outros países mostra que Portugal está acima da média da UE em dificuldades de acesso dentário. | dentários em Portugal, reforçando o desalinhamento com princípios de UHC, equidade e acesso universal recomendados por OMS/FDI/EU |
| E20 | OMS & Estados-Membros (2024) | Bangkok Declaration: No Health Without Oral Health | Processo político multilateral, reunião global com Estados-Membros, alinhado com NCDs e UHC | Reafirma OMS WHA 74.5, Estratégia Global (2022) e Plano Global 2023–2030. Estabelece metas 2030: 80% população com acesso a cuidados essenciais, -10% prevalência global doenças orais, 50% países a reduzir consumo de açúcares. Integra saúde oral nos pacotes de UHC e estratégias de NCDs. Introduz compromissos em governança, workforce, promoção/prevenção, investigação, sustentabilidade ambiental. | Documento-chave que reforça o caráter estratégico e transversal da saúde oral dentro das políticas globais de saúde e NCDs. Fundamental para contextualizar o impacto das diretrizes internacionais sobre políticas nacionais como o PNPSO e o SNS em Portugal. |
| E21 | OMS & UNICEF (2018) | Declaração de Astana – Conferência Global sobre Cuidados de Saúde Primários | Conferência internacional com Estados-Membros e parceiros (processo político multilateral) | Reafirma direito universal à saúde. Reforça os CSP como base para UHC e ODS 2030. Apela à equidade, integração de cuidados, prevenção e participação comunitária. Destaca necessidade de financiamento sustentável e workforce capacitado. | Documento central para justificar a integração da saúde oral nos CSP e na UHC. Serve de enquadramento político internacional para analisar como Portugal (SNS) tem integrado a saúde oral nas suas políticas. |
| E22 | OMS (2023) | Global oral health status report: Towards | Utilização de dados do Global Burden of Disease (GBD 2019), Global Cancer | 3,5 mil milhões de pessoas com doenças orais não tratadas (2019), Caries: 2 mil milhões casos em dentes permanentes, Periodontite grave: 1 mil milhão de casos, Edentulismo: | Documento-chave da OMS que estabelece a visão de UHC até 2030, articulado com a Resolução WHA74.5 e a |

| | | | | | |
|-----|----------------|---|---|---|---|
| | | universal health coverage for oral health by 2030- Summary of the WHO European Region | Observatory (IARC), inquéritos OMS e perfis nacionais | 350 milhões de casos, Cancros da cavidade oral: 377 mil novos casos/ano, Desigualdades profundas no acesso, custos catastróficos e gasto global de 387 mil milhões US\$,Apresenta perfis por país (incluindo Portugal). | Estratégia Global em Saúde Oral. Fornece baseline mundial e nacional para monitorizar políticas. |
| E23 | OMS (2024) | Global Strategy and Action Plan on Oral Health 2023–2030 | Processo consultivo internacional, resoluções WHA74.5 (2021), WHA75(11) (2022), WHA76(9) (2023) | 6 objetivos estratégicos (governança, prevenção, workforce, cuidados, sistemas de informação, investigação). 11 metas globais, incluindo: 80% população com acesso a cuidados essenciais; redução de 10% na prevalência global de doenças orais; integração em UHC; 50% países com políticas de flúor e açúcar. Enfatiza prevenção, equidade, sustentabilidade ambiental e integração com NCDs. | Documento normativo máximo da OMS em saúde oral. Portugal deve alinhar PNPSO, políticas de acesso, workforce e monitorização com estas metas. Essencial para análise do impacto das diretrizes internacionais no SNS. |
| E24 | OMS/WHA (2021) | WHA74.5 – Oral Health | Documento normativo aprovado na Assembleia Mundial da Saúde | Reconhece peso global das doenças orais (3,5mil milhões pessoas afetadas). - Estabelece necessidade de integrar saúde oral na UHC. - Reforça o foco na prevenção e promoção. - Chama a reduzir fatores de risco comuns (açúcar, tabaco, álcool). - Encomenda à OMS a criação de Estratégia Global (2022) e Plano de Ação (2023–2030). | Documento central para fundamentar a integração da saúde oral no SNS português, mostrando que as políticas nacionais devem alinhar-se às metas OMS (UHC, ODS 2030, prevenção NCDs). |

| | | | | | |
|-----|---------------------|--|---|--|--|
| E25 | OMS/WHA (2022) | Draft Global Strategy on Oral Health-WHA.75 | Processo consultivo internacional, mandatado pela WHA74.5 (2021) | 6 princípios orientadores (CSP, UHC, prevenção, workforce, ciclo de vida, tecnologias digitais). - 6 objetivos estratégicos: governação, prevenção, workforce, integração SCP/UHC, informação/surveillance, investigação. - Reforça foco nos determinantes sociais/comerciais e na equidade. | Documento central que obriga Estados-Membros a alinhar políticas nacionais com a Estratégia Global da OMS. Em Portugal, serve de referência direta para avaliar o PNPSO e a integração da saúde oral no SNS. |
| E26 | ONU (2019) | Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage – “UHC: moving together to build a healthier world” | Negociação multilateral com Chefes de Estado e Governos na Assembleia Geral da ONU | Reafirma saúde como direito humano. Define UHC como acesso universal a serviços essenciais, sem risco financeiro. Reconhece lacunas globais: metade da população sem acesso a serviços essenciais, 100 milhões em pobreza por despesas de saúde/ano. Introduz metas: 1 bilião de pessoas adicionais cobertas até 2023; reduzir gastos catastróficos; reforço dos CSP. Inclui saúde oral na UHC (ponto 34). | Documento político máximo sobre UHC, base para integração da saúde oral como parte dos pacotes de cuidados essenciais. Portugal, como Estado-Membro, está vinculado a alinhar o SNS com este compromisso. |
| E27 | Silva et al. (2012) | Avaliação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral em escolares de Castelo Branco, Portugal | Amostra de 304 crianças (6–7 e 11–12 anos), divididas em grupos assistidos vs. não assistidos pelo PNPSO; indicadores dmft/DMFT; análise estatística uni e multivariada | Crianças assistidas tiveram índices de cárie significativamente mais baixos. - Crianças assistidas tinham maior probabilidade de estar livres de cárie: 43,1% (6–7 anos) vs. 32,9% (não assistidos); 36,6% (11–12 anos) vs. 18,4% (não assistidos). - Crianças não assistidas tinham 2,15x (6–7 anos) e 6x (11–12 anos) maior risco de cárie. - Associação também com fatores | Evidência científica nacional de que o PNPSO melhora a saúde oral infantil e reduz desigualdades sociais. Confirma impacto positivo de programas escolares, em linha com recomendações da OMS e metas CPOD. |

| | | | | | |
|-----|---------------------------|--|---|---|--|
| | | | | socioeconómicos (profissão do pai, habitação rural). | |
| E28 | Simões et al. (2018) | Ten years since the 2008 introduction of dental vouchers in the Portuguese NHS | Análise descritiva e documental da implementação e impacto do programa (2008–2017), com dados do PNPSO/DGS | Desde 2008, mais de 3,3 milhões de utentes acederam ao programa; melhoria significativa nos indicadores de saúde oral (ex.: DMFT 12 anos diminuiu >60%); expansão progressiva para grupos vulneráveis (crianças, grávidas, idosos beneficiários de apoios sociais, doentes HIV/SIDA, prevenção de cancro oral). Desafios: cobertura baixa nos idosos carenciados; barreiras de acesso (ex.: dependência de referênciação por médico de família). | Mostra o impacto positivo de uma política nacional alinhada com metas da OMS (DMFT <1,5 aos 12 anos até 2020), evidencia inovação na contratualização com setor privado, ilustra barreiras de equidade e sustentabilidade financeira no SNS. |
| E29 | Winkelm ann et al. (2022) | Oral Health Care in Europe: Financing, Access and Provision | Revisão comparativa de 31 países europeus com dados da OCDE, Eurostat, EU-SILC, EHIS e relatórios nacionais | Elevada prevalência de doenças orais (caries, periodontite, edentulismo). - Financiamento: apenas 1/3 da despesa coberta publicamente; maioria OOP. - Acesso: unmet needs em média 3% (6% em baixos rendimentos). - Workforce: aumento nº dentistas, mas desigualdades urbanas-rurais. - Provisão: predominância privada, tendência para grupos/corporações. - Portugal identificado com cobertura limitada e programas direcionados (PNPSO, cheque-dentista). | Documento comparativo europeu que situa Portugal no contexto europeu, mostrando desafios em cobertura e acesso. Serve de base para discutir o alinhamento do SNS com OMS/UE. |
| E30 | Winkelm ann et al. (2022) | Exploring variation of coverage and access to | Aplicação de três vignettes clínicas (cárie, doença periodontal, edentulismo) a | Mostrou grande variação na cobertura estatutária entre países: cuidados de urgência e extrações mais frequentemente cobertos, mas endodontia, periodontal e reabilitação | Evidência europeia comparativa sobre as desigualdades no acesso e cobertura em saúde oral. Destaca o papel das |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| | | <p>dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach</p> | <p>especialistas nacionais em 11 países; análise comparativa da cobertura estatutária, partilha de custos e barreiras de acesso.</p> | <p>protética com altos custos diretos. Barreiras comuns: desigualdade geográfica, escassez de dentistas contratados no setor público, tempos de espera longos e desigualdades socioeconómicas. Conclui que o acesso é fortemente condicionado pelo estatuto socioeconómico e localização.</p> | <p>diretrizes internacionais (OMS, Resolução WHA 2021; Lancet 2019) na promoção da prevenção e integração da saúde oral nos sistemas de saúde, contrastando com a realidade nacional (Portugal entre os países com menor cobertura).</p> |
|--|--|---|--|---|--|