



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## **Análise Económica da Cobertura Total em Cuidados Médico-Dentários no Sistema Nacional de Saúde**

*Mariana Mendes Morgado*

*Master in Business Administration*

*Orientadores:*

*Professor Doutor Nuno Crespo, Professor Associado (com  
Agregação),  
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa*

*Prof. Doutor José João Mendes, Professor Associado,  
Egas Moniz School of Health & Science*

*setembro, 2023*





BUSINESS  
SCHOOL

---

## **Análise Económica da Cobertura Total em Cuidados Médico-Dentários no Sistema Nacional de Saúde**

*Mariana Mendes Morgado*

*Master in Business Administration*

*Orientadores:*

*Professor Doutor Nuno Crespo, Professor Associado (com  
Agregação),  
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa*

*Prof. Doutor José João Mendes, Professor Associado,  
Egas Moniz School of Health & Science*

*setembro, 2023*





### **Dedicatória**

Gostaria de dedicar esta  
dissertação à minha Família e aos  
meus Avós, *John* e *Suzete*



## Agradecimentos

À medida que concluo mais esta etapa da minha jornada académica, é com gratidão e alegria que reconheço todas as pessoas e instituições que tornaram esta conquista possível.

Ao Professor Doutor Nuno Crespo e ao Prof. Doutor José João Mendes, os meus orientadores, agradeço pela vossa orientação sábia, apoio incansável e profundo conhecimento que partilharam comigo ao longo deste percurso.

Ao ISCTE-IUL, esta instituição que me acolheu e enriqueceu a minha educação, o meu agradecimento por proporcionar um ambiente de aprendizagem verdadeiramente estimulante.

À *Egas Moniz School of Health and Science*, expresso a minha mais profunda gratidão por me ter proporcionado o apoio essencial, a oportunidade de ver para além do óbvio e a formação que tornou possível alcançar esta significativa etapa da minha jornada académica.

À minha Família, por acreditar sempre em mim.

A todos os amigos que partilharam risos, desafios e triunfos comigo, saibam que a vossa amizade é inestimável. Cada um de vós contribuiu para esta conquista.

A todos os Organismos Associativos de que tive o privilégio de poder integrar durante este percurso nomeadamente a *International Association of Dental Students*, *World Health Organization Europe* e *Erasmus Student Network Almada* por todas as ferramentas que convosco aprendi e amizades que levo para a vida.

Por fim, à *in'Spiritus Tuna*, Tuna Feminina da Egas Moniz, e a todos os seus membros, por terem tornado o meu percurso académico mais rico, a partir de todas as experiências partilhadas e ensinamentos eternos. “Uma vez tunante, para sempre tunante”.



## Resumo

Esta revisão de literatura realça que, apesar de as doenças orais afetarem uma parte significativa da população global, têm sido subestimadas em termos de políticas de saúde e financiamento. No entanto, em conformidade com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a procura pela *Universal Health Coverage*, existe uma tendência crescente para incluir as doenças orais nas estratégias de saúde pública.

É importante salientar que as doenças orais não podem ser consideradas problemas isolados de saúde, uma vez que estão interligadas com determinantes sociais e económicos da saúde. Além disso, essas doenças podem agravar outras condições sistémicas de saúde, resultando em custos económicos significativos para os sistemas de saúde. A análise realizada na revisão aborda também as disparidades na oferta de serviços de medicina dentária em diferentes regiões, enfatizando a necessidade de garantir um acesso equitativo a esses serviços.

A prevenção em medicina dentária prevalece também como uma estratégia eficaz para reduzir os custos a longo prazo. O investimento em programas de prevenção, com a educação em saúde oral e promoção de hábitos saudáveis como pilares, pode resultar em poupanças substanciais. Também, o seguro privado na cobertura de medicina dentária tem capacidade de aliviar a pressão sobre os sistemas de saúde públicos, porém apresenta a capacidade económica para suportar tais planos como precipitador desigualdades na cobertura.

Em resumo, é destacada a importância crescente da medicina dentária, a necessidade de uma abordagem mais ampla e equitativa, considerando o seu impacto económico, a ênfase na prevenção e a procura pela *Universal Health Coverage*.

**Palavras-chave:** Saúde oral; Cobertura médico-dentária; Impacto económico; Políticas de saúde; Doenças orais; Prevenção em medicina dentária

**Código de classificação JEL:** I18 - Política Governamental, Regulamentação e Saúde Pública.



## **Abstract**

This literature review highlights that, despite oral diseases affecting a significant portion of the global population, they have been underestimated in terms of health policies and funding. However, in alignment with the Sustainable Development Goals and the pursuit of Universal Health Coverage, there is a growing trend to incorporate oral diseases into public health strategies.

It is crucial to emphasize that oral diseases cannot be considered isolated health issues, as they are intertwined with social and economic determinants of health. Moreover, these diseases can exacerbate other systemic health conditions, leading to substantial economic costs for healthcare systems. The analysis conducted in the review also addresses disparities in the provision of dental services across different regions, emphasizing the necessity of ensuring equitable access to these services.

Preventive dentistry also prevails as an effective strategy for reducing long-term costs. Investment in prevention programs, with oral health education and the promotion of healthy habits as fundamental components, can result in substantial savings. Additionally, private dental insurance has the potential to alleviate the strain on public healthcare systems but may also exacerbate disparities in coverage based on economic capacity.

In summary, the increasing significance of dentistry is highlighted, along with the need for a more comprehensive and equitable approach, taking into consideration its economic ramifications, the focus on prevention, and the pursuit of Universal Health Coverage.

**Keywords:** Oral Health; Dental coverage; Economic impact; Health policies; Oral diseases; Dental prevention.

**JEL Classification Code:** I18 - Government Policy; Regulation; Public Health.

## ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Índice de Figuras	x
Índice de Tabelas	x
Índice de Gráficos	x
Glossário de Siglas	xii
 Capítulo 1. Introdução	 1
 Capítulo 2. Metodologia	 5
2.1. Recolha de Dados	5
2.2. Critérios de Inclusão	6
 Capítulo 3. Revisão de Literatura	 7
3.1. Impacto Económico das Doenças Orais	7
3.2. Cobertura de Cuidados Médico-Dentários no SNS	14
3.3. Outros Sistemas de Saúde e Cobertura de Cuidados Médico-Dentários	23
3.4. Saúde Oral como Necessidade Não Satisfeita	30
3.5. Análise dos Possíveis Impactos Económicos de Diferentes Níveis de Cobertura em Saúde Oral	34
3.6. Estimativa de Projeções Económicas para os Cuidados Médico-Dentários em Portugal	37
 Capítulo 4. Conclusões	 41
Referências Bibliográficas	47





## Índice de Figuras

Figura 3.1. Determinantes sociais e comerciais das doenças orais.....	9
Figura 3.2. Gasto direto dentário per capita em USD por país.....	12
Figura 3.3. Distribuição da população por membros com inscrição ativa na Ordem dos Médicos Dentistas; Distribuição nacional do grau de risco de periodontite .....	22
Figura 3.4. Dimensões da Universal Health Coverage (UHC).....	35
Figura 3.5. Distribuição geográfica europeia da cobertura dos cuidados médicos-dentários .....	36

## Índice de Tabelas

Tabela 3.1. Número total de CD emitidos no âmbito do PNPSO.....	15
Tabela 3.2. Taxa de utilização de CD no âmbito do PNPSO .....	16
Tabela 3.3 Tipo de CD emitido por Ano .....	17
Tabela 3.4. Profissionais de saúde oral nos Cuidados de Saúde Primários, por ARS.....	20
Tabela 3.5. Dotação indicativa de investimentos a realizar e número de gabinetes de medicina dentária envolvidos, por ARS/ULS .....	21
Tabela 3.6. Healthiest Teeth Index .....	25
Tabela 3.7. Categorias da cobertura médico-dentária estatutária .....	35
Tabela 3.8. Despesas com saúde médico-dentária entre 2015 e 2040, com base nas previsões do modelo de melhor desempenho, de acordo com os níveis de cobertura .....	37

## Índice de Gráficos

Gráfico 3.1. Condições mais prevalentes na UE, em 2019 .....	7
Gráfico 3.2. Taxa de Prevalência das quatro doenças orais major ao longo do curso de vida.....	10
Gráfico 3.3.a. Gasto total direto em cuidados dentários em USD por grupo de rendimento do país; Gráfico 3.3.b. Gasto direto per capita em USD por grupo de rendimento do país.....	12
Gráfico 3.4. CD emitidos por Grupo-Alvo/Ano.....	16
Gráfico 3.5. CD utilizados por Grupo-Alvo/Ano versus Não utilizados (%).....	16
Gráfico 3.6. Tipo de CD emitido/Ano .....	17
Gráfico 3.7. Tratamentos efetuados por Local de Realização (%).....	18

Gráfico 3.8. Evolução anual dos tratamentos efetuados no âmbito da Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários (SOCSP), nos Centros de Saúde agregado por ACES, por faixa etária. ....	19
Gráfico 3.9. Evolução mensal de utentes atendidos nos Centros de Saúde agregado por ACES, no âmbito da SOCSP .....	19
Gráfico 3.10. Médicos dentistas a exercer na Europa, por 100.000 habitantes. ....	26
Gráfico 3.11. Evolução do número total de tratamentos dentários na Irlanda, entre 2017 e 2021. ....	27
Gráfico 3.12. Percentagem de adultos europeus que relatam necessidades não satisfeitas de cuidados médico-dentários, cuidados médicos e fármacos prescritos por motivos financeiros .....	31
Gráfico 3.13. Proporção da população residente em Portugal com idade igual ou superior a 16 anos que referiu necessidade não satisfeita de consulta com médico dentista nos últimos 12 meses .....	32
Gráfico 3.14. Participação de despesas médicas com pagamento out-of-pocket em serviços e bens, em 2019, em países europeus .....	32

## Glossário de Siglas

<b>ACSS</b>	Administração Central dos Serviços de Saúde
<b>ACES</b>	Agrupamento de Centros de Saúde
<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde
<b>CD</b>	Cheque-Dentista
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>DALY</b>	<i>Disability Adjusted Life Year</i>
<b>DTBS</b>	<i>Dental Treatment Benefit Scheme</i>
<b>DTSS</b>	<i>Dental Treatment Services</i>
<b>DGS</b>	Direção-Geral da Saúde
<b>DE-SNS</b>	Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde
<b>DKK</b>	Coroa Dinamarquesa
<b>GBD</b>	<i>Global Burden of Disease</i>
<b>GO-CSO-SNS</b>	Grupo Operacional para a Revitalização do Acesso aos Cuidados de Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>mM</b>	Mil Milhão
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OMD</b>	Ordem dos Médicos Dentistas
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PDS</b>	<i>Public Dental Service</i>
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNPSO</b>	Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SOCSP</b>	Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários
<b>UC</b>	Unidade Curricular
<b>UE</b>	União Europeia
<b>UHC</b>	Universal Health Coverage
<b>ULS</b>	Unidade Local de Saúde
<b>USD</b>	Dólares Americanos
<b>YLDs</b>	<i>Years Lived with Disability</i>





## CAPÍTULO 1

### Introdução

O *Global Burden of Disease* (GBD), estudo realizado em 2016, estima que as doenças orais afetem metade da população mundial (Vos et al., 2017), um dado que coloca em perspetiva a magnitude das doenças orais e sua relevância num contexto global, ressurgindo questões fundamentais relacionadas à saúde global e económica, dado que a negligência histórica das doenças orais como parte integrante da saúde pública resultou numa lacuna surpreendente na compreensão do seu impacto económico e social. Esta é, de facto, uma área negligenciada da saúde global que pode contribuir para alcançar a *Universal Health Coverage* (UHC).

Esta revisão procura contribuir para o preenchimento de uma lacuna na literatura académica, explorando a relação entre a implementação de uma cobertura total de cuidados médico-dentários dentro do âmbito do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a concretização dos princípios da UHC. Para contextualizar a importância deste estudo, é imperativo considerar a motivação subjacente. A desproporção entre a carga de doenças orais e a atenção que lhe é dispensada representa um claro espaço no conhecimento.

A motivação para aprofundar esta questão é respaldada por conceitos económicos essenciais. Em primeiro lugar, as doenças orais são inegavelmente um fator de custo para os indivíduos e para a sociedade como um todo. O pagamento pelos cuidados de saúde oral necessários é amplamente reconhecido como uma das principais causas de despesas de saúde catastróficas, o que, por sua vez, resulta em um aumento significativo do risco de empobrecimento e dificuldades económicas (WHO, 2022). Esta informação destaca ainda mais a necessidade premente de analisar a relação entre custos de saúde oral, acesso aos cuidados médico-dentários e consequências económicas para os indivíduos e a sociedade como um todo. A despesa catastrófica associada aos cuidados dentários coloca em destaque os desafios económicos enfrentados pelas famílias e a importância de desenvolver políticas que garantam um acesso equitativo e acessível a esses cuidados médicos essenciais, como parte de um sistema de saúde mais amplo que aspira à *Universal Health Coverage* (Getachew et al., 2023).

Para além dos custos diretos, os custos indiretos também têm relevância económica substancial. O absentismo no trabalho devido a problemas dentários não tratados é uma preocupação de peso (Listl et al., 2015). Adicionalmente, é crucial considerar o conceito de

externalidades económicas associadas à saúde oral. As externalidades referem-se a efeitos secundários que afetam terceiros não envolvidos na transação original. No caso das doenças orais, a falta de tratamento adequado pode levar ao agravamento de condições sistémicas, como diabetes e doenças cardiovasculares, o que resulta em custos adicionais para o sistema de saúde e para a sociedade como um todo (Jeffcoat et al., 2014). A literatura sugere que a negligência na abordagem adequada das questões dentárias pode ter um impacto considerável na produtividade económica e na carga financeira do sistema de saúde.

Outro aspeto fundamental que justifica esta revisão é a variabilidade observada na cobertura de cuidados médico-dentários a nível global. Embora se reconheça que essa cobertura é desigual, a maioria dos países de elevado rendimento, incluindo Portugal (World Bank, 2021), enfrenta desafios na consecução da UHC, nomeadamente devido à limitação na cobertura dentária. Esta situação gera desigualdades no acesso aos cuidados médicos e nos resultados de saúde oral, levantando questões pertinentes relacionadas com a equidade e a justiça no sistema de saúde (Wang et al., 2020).

Portugal constitui um exemplo relevante deste contexto, uma vez que o sistema de saúde está configurado de modo a proporcionar uma cobertura total, com destaque para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que é financiado através de impostos. No entanto, persistem lacunas na cobertura, particularmente no que se refere aos cuidados médico-dentários. A existência de Seguros de Cobertura Dupla, com acesso restrito a determinadas ocupações e empregadores, bem como Seguros de Saúde Privados Voluntários (Tavares & Marques, 2021), que complementam o SNS, confere à questão da cobertura médico-dentária em Portugal uma complexidade adicional (Simões et al., 2017).

Neste contexto multifacetado, a presente revisão bibliográfica tem como objetivo primordial analisar, do ponto de vista económico a alteração da cobertura atual de cuidados médico-dentários para uma cobertura total no sistema nacional de saúde, através das seguintes metas:

- O1. Identificar custos, diretos e indiretos, e benefícios já estimados em trabalhos científicos anteriores;
- O2. Determinar implicações económicas do défice de saúde oral;
- O3. Comparar entre a prestação de cuidados-médicos dentários atuais versus a cobertura total dos mesmos por parte do SNS;



O4. Avaliar soluções-exemplo para a problemática implementadas em outros países.

O foco central consiste assim em avaliar a viabilidade da implementação de uma cobertura total de cuidados médico-dentários no âmbito do SNS em Portugal. Para tal, a análise será conduzida através de uma comparação com o sistema de saúde já existente em Portugal, bem como através da consideração de outros sistemas de saúde que possam oferecer perspetivas pertinentes para a resolução deste problema premente. Esta revisão servirá de base sólida para investigações subsequentes e para orientar a formulação de políticas de saúde que visem promover uma UHC genuína e abrangente.

A estrutura deste trabalho está organizada de forma a abordar de maneira abrangente a análise económica da cobertura total em cuidados médico-dentários no SNS. Inclui uma revisão detalhada da literatura, análise das implicações económicas das doenças orais, avaliação da cobertura de cuidados médico-dentários no SNS e em outros sistemas de saúde, bem como uma discussão sobre a saúde oral como uma necessidade não satisfeita e os possíveis impactos económicos de diferentes níveis de cobertura. A dissertação culmina com uma análise crítica e conclusões baseadas nas evidências apresentadas.



## CAPÍTULO 2

### **Metodologia**

Esta revisão de literatura visa contribuir para uma compreensão abrangente das implicações económicas da expansão da cobertura de cuidados médico-dentários pelo SNS, fornecendo insights importantes para a tomada de decisões e políticas relacionadas com a saúde oral em Portugal.

#### **2.1. Recolha de Dados**

A revisão de literatura foi realizada com base em pesquisa em bases de dados como PubMed e Google Scholar, de trabalhos científicos publicados anteriormente, nomeadamente com análises custo-benefício, custo-efetividade de intervenções médico-dentárias. Este método permitiu atingir o Objetivo 1 (O1) “Identificar custos, diretos e indiretos, e benefícios já estimados em trabalhos científicos anteriores”. Com base nesta recolha de dados, foi possível avançar para uma análise dos mesmos, atingindo o Objetivo 2 (O2) “Determinar implicações económicas do défice de saúde oral”, uma vez que a análise custo-benefício permitiu uma visualização monetária, devido à expressão das suas variáveis, enquanto que a análise custo-efetividade, permitiu uma abordagem mais adaptada à área da saúde, uma vez que nem sempre os benefícios são mensuráveis numa perspectiva monetária, mas nos seus resultados esperados p.e..

Numa segunda fase da revisão de literatura, foi realizada a pesquisa em bases de dados como PubMed e Google Scholar, mas também fontes secundárias como Relatórios, Estatísticas, entre outros, com vista a enquadrar a prestação de cuidados médicos-dentários actualmente, em Portugal, assim como a distribuição de doenças orais nacionais, que permitam ser analisados e ir de encontro ao Objetivo 3 (OE3) “Comparar entre a prestação de cuidados-médicos dentários atuais versus a cobertura total dos mesmos por parte do SNS”.

## 2.2. Critérios de Inclusão

No que respeita ao Objetivo 4 (OE4) “Avaliar soluções-exemplo para a problemática implementadas em outros países”, a recolha de dados foi realizada com base em pesquisa em várias bases de dados, tendo como critérios de inclusão:

- Estados-Membros da União Europeia (UE) a 27 membros;
- Informação disponível sobre prestação, financiamento, grupos populacionais abrangidos e organização dos cuidados de saúde oral.

Indo de encontro a este objetivo, foram ainda recolhidos dados pertinentes para o enquadramento sócio-económico de cada país, como o produto interno bruto (PIB) *per capita*, classificação do país em termos económicos (*high-income*, *newly emerging economies* e *low-income*), distribuição demográfica, despesa pública, despesa em saúde e despesa em saúde oral, rácio de médicos dentistas *per capita*, n.º de outros profissionais de saúde oral, como higienistas orais e, quando disponível, percentagem de visitas ao médico dentista nos últimos 12 meses.

## CAPÍTULO 3

### Revisão de Literatura

#### 3.1. Impacto Económico das Doenças Orais

O *Global Burden of Disease* (GBP), estudo realizado em 2016, estima que as doenças orais afetem metade da população mundial (Vos et al., 2017), conforme representado no Gráfico 3.1, no entanto, esta é uma área negligenciada da saúde global que pode contribuir para alcançar a *Universal Health Coverage* (UHC). Este conceito de UHC, definido de forma abrangente como o acesso por parte de todos os indivíduos aos serviços de saúde necessários, sem dificuldades financeiras, tornou-se recentemente uma área prioritária de ação, nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), até 2030 (WHO, 2019). Como consequência, foi proposto que os planos de implementação para a UHC tivessem em consideração as doenças orais como fatores de comorbidade nos objetivos do ODS 3 “Saúde de Qualidade”, que enquadra doenças não comunicáveis e comunicáveis, doenças sexuais e reprodutivas, saúde materna e infantil. Os dados e evidências em saúde oral, possuem ampla aplicação neste contexto (Fisher et al., 2018).

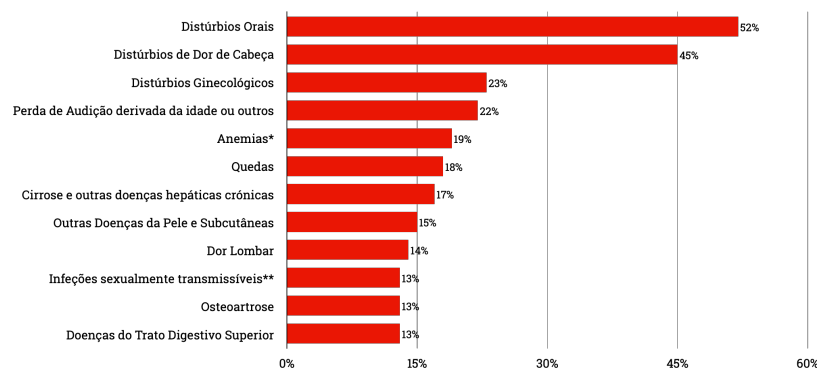


Gráfico 3.1. Condições mais prevalentes na UE, em 2019. Nota: \* Hemoglobinopatias e anemias hemolíticas; \*\* sem VIH. Traduzido de (IHME, 2020).

A saúde oral tem sido historicamente relegada a um estatuto de menor prioridade, sendo encarada como uma responsabilidade individual, em contrapartida à responsabilidade social. Contudo, alguns países que atualmente adotam o conceito de UHC, incluem a prestação de cuidados médico-dentários para determinados grupos populacionais, o que sugere que a exclusão da saúde oral da UHC não é inevitável do ponto de vista conceptual (Wang et al., 2020).

As doenças e condições orais também sofrem influência dos determinantes sociais da saúde, isto é, dos "fatores não clínicos que afetam os resultados de saúde". Estes determinantes correspondem às circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, residem e envelhecem, englobando um conjunto mais amplo de influências que moldam as condições da vida quotidiana. Estas forças e sistemas abrangem políticas e sistemas económicos, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos (WHO, 2021). Além disso, também são afetadas por determinantes comerciais, ou seja, "atividades do setor privado que afetam a saúde das pessoas, direta ou indiretamente, de forma positiva ou negativa" (WHO, 2023). Estes determinantes compreendem estratégias empregues por alguns intervenientes do setor privado para promover a promoção de produtos e escolhas prejudiciais à saúde, incluindo a comercialização, publicidade e venda de produtos que potenciem o desenvolvimento de doenças e condições orais, como produtos à base de tabaco e alimentos e bebidas ricos em açúcares livres. É importante estabelecer uma distinção entre o papel e o impacto das corporações a nível global e local relacionadas com produtos prejudiciais para a saúde e aquelas envolvidas na produção e comercialização de produtos para higiene oral pessoal e autocuidado, uma vez que, a ampla promoção comercial de pastas dentífricas com flúor e outros produtos de higiene oral pessoal tem um impacto globalmente positivo na saúde oral, ao expandir o acesso e o uso diário desses produtos, embora fatores como o preço também contribuam para as desigualdades na acessibilidade a estes cuidados (WHO, 2022).

Os determinantes sociais da saúde exercem uma influência significativa nas disparidades em saúde, ou seja, nas diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde que são observadas tanto dentro de um país como entre países. Independentemente do nível de rendimento, a saúde e a incidência de doenças seguem um gradiente social, ou seja, quanto mais baixa a posição socioeconómica, pior é a situação de saúde identificada (WHO, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica diversos determinantes sociais que podem influenciar a equidade em saúde, quer de forma positiva, quer negativa. Estes determinantes englobam as dimensões do rendimento e segurança social, da educação, do desemprego e insegurança no mercado de trabalho, das condições laborais, da insegurança alimentar, das necessidades habitacionais e básicas, do ambiente, do desenvolvimento na primeira infância, da inclusão social e da não discriminação, do conflito estrutural, bem como do acesso a serviços de

saúde acessíveis e de qualidade adequada. Estes fatores desempenham assim um papel crucial na determinação das disparidades de saúde observadas em várias populações (WHO, 2021).

A Figura 3.1. ilustra a interação entre determinantes comerciais, estruturais, intermediários e de proximidade em saúde oral.



Figura 3.1. Determinantes sociais e comerciais das doenças orais. Traduzido de (WHO, 2022).

É falacioso sustentar que a saúde oral não exerce um impacto sistémico, visto que existe evidência que estabelece uma associação entre as doenças orais e consequências adversas desta ordem. Estas patologias orais podem agravar comorbidades específicas e outras condições médicas, tais como Diabetes Mellitus tipo 2, Artrite Reumatóide, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença de Parkinson, e ainda contribuir para resultados adversos na saúde durante a gravidez (Jeffcoat et al., 2014). Deste modo, é imperativo considerar, nos custos indiretos associados às doenças orais, os custos relativos ao tratamento das condições médicas sistémicas que são negativamente afetadas por tais doenças, conforme previamente mencionado.

As doenças orais exercem um impacto significativo nas vidas individuais e nas comunidades ao longo de todo o ciclo de vida, afetando distintas faixas etárias de maneira específica (conforme evidenciado no Gráfico 3.2.). Adicionalmente, importa salientar que a abordagem centrada nos fatores de risco comuns reconhece que as doenças não transmissíveis, nas quais se inserem as doenças da cavidade oral, partilham um conjunto de fatores de risco modificáveis essenciais (Sheiham & Watt, 2000). Um exemplo paradigmático reside no tabagismo, um fator de risco de grande relevância para diversas condições patológicas, como as doenças cardiovasculares, as enfermidades respiratórias e uma panóplia de tipos de cancro, bem como para a ocorrência de

doenças periodontais graves e o desenvolvimento de tumores nos lábios e na cavidade oral. A abordagem assente nos fatores de risco comuns estabelece a base para a conexão entre as estratégias de prevenção das patologias orais e a agenda mais abrangente das doenças não transmissíveis. Este elo torna-se particularmente evidente na integração de iniciativas destinadas à melhoria das dietas deficientes, à luta contra o tabagismo e à redução do consumo nocivo de álcool.

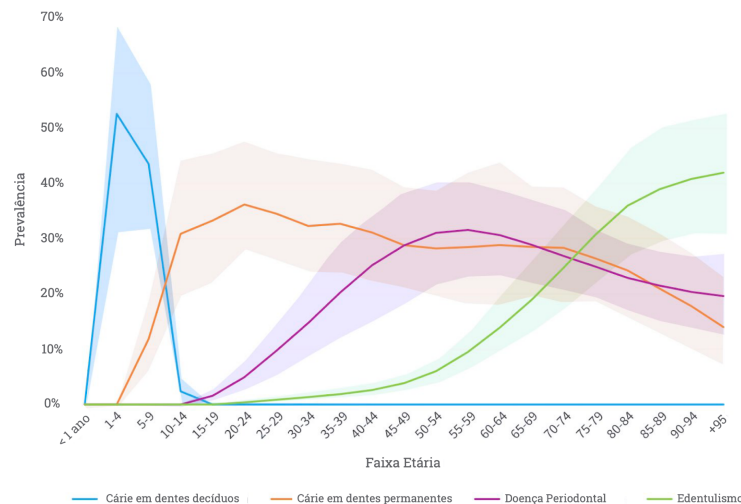


Gráfico 3.2. Taxa de Prevalência das quatro doenças orais maior ao longo do curso de vida. Traduzido de (WHO, 2022).

Todas as doenças orais apresentam uma característica intrínseca de cronicidade, progressão contínua e natureza cumulativa. Dada a sua elevada prevalência, os efeitos adversos das condições orais são frequentemente vivenciados de maneira repetitiva, resultando em consequências não apenas de ordem física, social e psicológica, mas também influenciando as perspetivas de empregabilidade, sobretudo quando se manifestam em formas mais graves. Nesse âmbito, a análise do impacto económico das doenças orais adquire uma relevância substancial na avaliação do seu peso social e na justificação de intervenções destinadas à prevenção e tratamento destas condições. Como explanado anteriormente, para além dos custos diretos associados, é imperativo considerar os custos indiretos, tais como as perdas de produtividade devido ao absentismo laboral (Listl et al., 2015), bem como os custos relacionados com o tratamento de doenças sistémicas que sofrem um impacto negativo decorrente das condições orais (Jeffcoat et al., 2014). Acresce que é crucial salientar que uma estimativa precisa do encargo económico atribuído a uma determinada doença constitui igualmente uma estimativa aproximada do valor máximo de recursos que poderiam ser poupados caso essa doença fosse parcial ou totalmente erradicada (Rice, 1967).



Os investimentos em cuidados de saúde oral exibem uma considerável disparidade a nível global, assim como entre diversas regiões e países. Apesar da presença substancial de doenças orais não tratadas em larga escala, a discrepância nos aportes financeiros reflete amplas diferenças na disponibilidade e priorização dos cuidados de saúde oral. Contudo, é relevante sublinhar que o montante de despesa nacional atribuído a este domínio não está intrinsecamente correlacionado com um estado de saúde oral melhor ou pior. Adicionalmente, deparamo-nos com desafios substanciais no que concerne a disponibilidade, amplitude, qualidade e comparabilidade dos dados económicos a nível nacional, regional e internacional (WHO, 2022).

Os custos diretos associados à saúde oral compreendem as despesas relacionadas com os tratamentos providenciados tanto pelo setor público quanto pelo setor privado para doenças que afetam a cavidade oral, com exceção do cancro labial e da cavidade oral. Estes custos englobam recursos humanos, infraestruturas e serviços de saúde oral, assim como os gastos diretos suportados pelos pacientes, excluindo as despesas relacionadas com deslocações. A análise dos custos diretos totais em saúde oral, calculados para 194 países, demonstrou um valor global de 387 mil milhões (mM) de dólares americanos (USD) em 2019. A média *per capita* a nível global foi de aproximadamente 50 USD, representando cerca de 4,8% dos custos diretos totais em saúde a nível mundial (WHO, 2022).

As perdas de produtividade resultantes de doenças da cavidade oral, consideradas anteriormente como custos indiretos, foram estimadas em aproximadamente 42 USD *per capita*, totalizando aproximadamente 323 mM USD a nível global (WHO, 2022). Para o cálculo dessa métrica, foi adotada a metodologia preconizada pela Comissão de Macroeconomia e Saúde da OMS. Essa abordagem envolve a multiplicação dos valores do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* por estimativas específicas para doenças orais, expressas em termos de anos de vida ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life Years*; DALYs) (WHO Commission on Macroeconomics and Health & Organization, 2001).

As disparidades nos gastos relacionados com a saúde oral entre diferentes grupos de países revelam-se notáveis e podem ser classificadas em quatro categorias distintas, as quais serão abordadas de forma pormenorizada posteriormente e são visíveis na representação gráfica apresentada na Figura 3.4. É importante salientar que o gasto direto *per capita* em países de baixo rendimento é de 0,52 USD, contrastando significativamente com os países de alto rendimento, onde esse valor é 500 vezes superior, totalizando 260 USD *per capita*. Adicionalmente, a

proporção dos gastos totais destinados a cuidados de saúde oral acrescenta evidências adicionais à considerável discrepância observada, visto que o conjunto de países de baixo rendimento despende 800 vezes menos em comparação com o conjunto de países de alto rendimento (conforme demonstrado nos Gráficos 3.3.a e 3.3.b) (WHO, 2022).

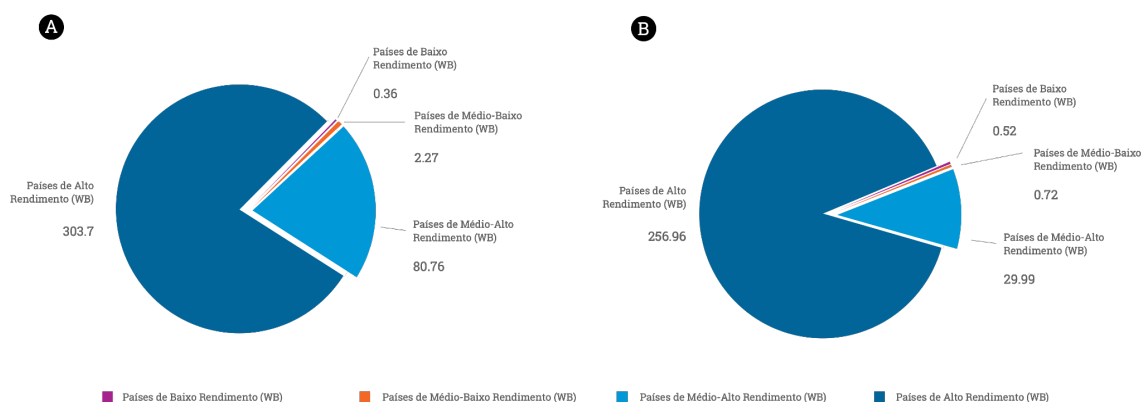


Gráfico 3.3.a - Gasto total direto em cuidados dentários em USD por grupo de rendimento do país segundo o World Bank (WB) (WHO, 2022); Gráfico 3.3.b - Gasto direto per capita em USD por grupo de rendimento do país segundo o WB (WHO, 2022)

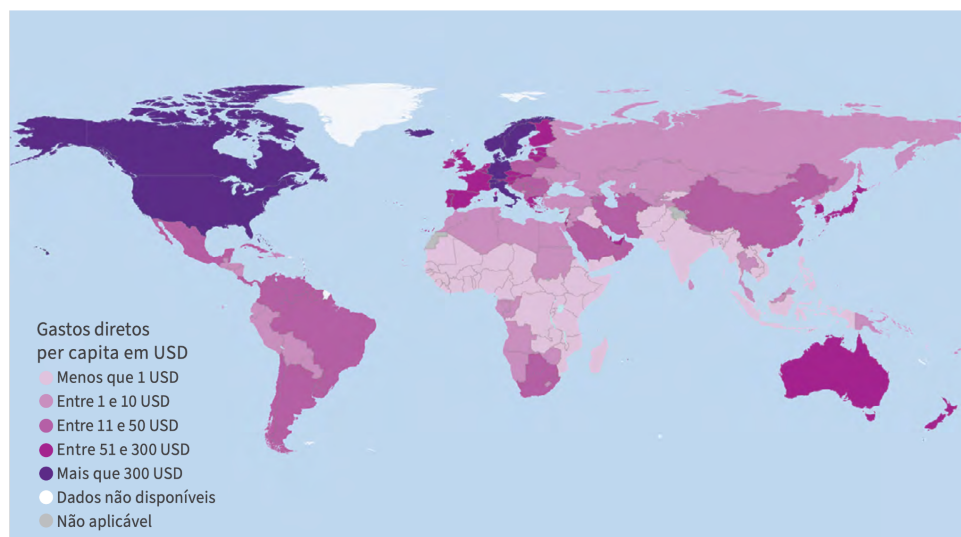


Figura 3.2. Gasto direto dentário per capita em USD por país. Recolha de dados (Jevdjevic & Listl, 2022). Mapa traduzido de (WHO, 2022).

Conforme previamente abordado, a disparidade no padrão de gastos entre países resulta na identificação de quatro grupos distintos, que podem ser visualizados na Figura 3.2.

O Grupo 1, representado por tons mais claros de cor-de-rosa, engloba aproximadamente metade dos Estados-Membros da OMS (99 países). Este grupo destaca-se por apresentar investimentos notavelmente reduzidos no domínio dos cuidados de saúde oral. Aproximadamente

um quarto do conjunto de Estados-Membros da OMS, correspondendo a 55 países, dos quais 34 pertencem à região africana, alocam montantes inferiores a 1 USD *per capita*, por ano, enquanto os restantes países deste grupo direcionam valores situados entre 1 e 10 USD *per capita*, na mesma janela temporal. O Grupo 2 abrange 49 países, representando cerca de um quarto dos Estados-Membros da OMS, com despesas situadas na faixa entre 11 USD e 50 USD *per capita*, por ano. No Grupo 3, encontram-se 31 Estados-Membros da OMS, representando 16% do total, que se caracterizam por despesas que oscilam entre 51 USD e 300 USD *per capita*, anualmente. Por último, o Grupo 4 abrange 12 países, correspondentes a 6% dos Estados-Membros da OMS, com investimento superior a 300 USD *per capita*, por ano, em cuidados de saúde oral (WHO, 2022).

O custo direto combinado dos 13 Estados-Membros com investimento superior totaliza cerca de 340 mM USD. Este valor representa uma quota de 88% do custo direto global, no entanto estes países representam apenas 22,5% da população mundial (2,5 mM de pessoas). Os restantes 13% do custo direto global, são partilhados por 181 países com uma população de 5,3 mM de pessoas, sendo que a sua média anual *per capita* é 14 vezes menor, atingindo apenas 9 USD *per capita*, por ano (WHO, 2022).

Foram conduzidos alguns estudos na tentativa de estimar os custos diretos e indiretos dos três problemas orais mais comuns: cáries não-tratadas em dentes permanentes e decíduos (“de leite”), periodontite severa e perda dentária severa (Listl et al., 2015). Estas três variáveis somaram cerca de 0,75% do total de DALYs e 2,2% dos anos vividos com incapacidade (*Years Lived With Disability*; YLDs), à escala mundial, em 2019 (IHME, 2019). Por outro lado, o estudo GBP estima que o custo global das doenças orais é de 544 mM USD, dos quais 357 mM USD são custos diretos e 187 mM USD são perdas de produtividade na economia. Em particular, para as doenças mais comuns, o peso económico global de cáries não-tratadas em dentes permanentes e decíduos é estimado em 245 mM USD, dos quais 161 mM USD são custos diretos e 84 mM USD em perdas de produtividade, especificamente no que concerne os custos indiretos. Já no que respeita à periodontite, foram estimados custos diretos e indiretos em 44.28 mM USD e 20.50 mM USD, respetivamente, à escala mundial (Vos et al., 2017).

O planeamento relativo ao número, distribuição e composição das equipas de medicina dentária necessárias para satisfazer as necessidades de saúde oral das populações tem sido notavelmente limitado (Birch et al., 2021). Em muitos países, tem existido uma ênfase na contínua formação de médicos dentistas, em detrimento do desenvolvimento de uma gama mais

diversificada de profissionais de medicina dentária, incluindo assistentes dentários e higienistas. Como resultado, foram estabelecidos sistemas que não favorecem uma abordagem mais abrangente de equipa na prestação de cuidados de saúde oral, prejudicando assim a disponibilidade de serviços de saúde oral primários de natureza pública. Por contraste, noutros países, existe uma tradição bem estabelecida e bem-sucedida de utilização de equipas de medicina dentária mais diversificadas, integradas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Desta forma, a promoção de uma abordagem integrada de equipa na prestação de cuidados de saúde oral surge como uma prioridade nas áreas de planeamento, regulamentação profissional, educação e formação. Esta abordagem revela-se, muito provavelmente, mais eficaz em termos de custo-eficácia e tem a capacidade de proporcionar cuidados de saúde oral adequados e de elevada qualidade, como parte integrante dos CSP e dos esforços para alcançar a UHC (Mathur et al., 2015).

### **3.2. Cobertura de Cuidados Médico-Dentários no SNS**

Um dos determinantes estruturais que influencia a saúde oral é a extensão da cobertura de cuidados médico-dentários. Esta cobertura manifesta variações significativas entre os países, sendo notório que muitos países de elevado rendimento, onde Portugal se inclui (World Bank, 2021), optam por uma abordagem de UHC com cobertura médico-dentária limitada ou parcial, o que implica desigualdades no acesso a cuidados e nos resultados de saúde oral (Wang et al., 2020).

Em Portugal, a integração de higienistas orais na prestação de serviços de saúde oral teve início na década de 90, embora médicos estomatologistas e médicos dentistas já estivessem presentes nos CSP do Sistema Nacional de Saúde (SNS) nessa altura. A contratação de serviços de tratamento dentário começou como um projeto piloto, em 1999, e progrediu para uma estratégia nacional, em 2002. Em 2005, foi estabelecido o Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral (PNPSO), com foco na promoção de comportamentos e hábitos saudáveis, bem como na prevenção de doenças orais, particularmente junto da população escolar. Em 2008, ocorreu a expansão do PNPSO para abranger outros dois grupos populacionais considerados particularmente vulneráveis, nomeadamente grávidas e idosos carenciados. Paralelamente, foi elaborada uma estratégia de intervenção com vista à prestação de cuidados de saúde oral a um contingente notavelmente maior de crianças e jovens. No mesmo ano, teve início a implementação de uma

estratégia que envolveu a adoção de cheques-dentista (CDs) e a referenciação para consultas de higiene oral nos centros de saúde. Esta abordagem tirou partido da capacidade já existente no setor privado e evitou custos adicionais para o setor público. Esta medida, inserida no âmbito do PNPSO, engloba várias categorias de população, nomeadamente mulheres grávidas, com benefício de 3 CDs por ano, e idosos com direitos e benefícios sociais, com acesso a 2 CDs por ano. Estes grupos foram identificados como particularmente vulneráveis em termos de cuidados médico-dentários.

Posteriormente, o PNPSO foi alargado em 2010 para abranger indivíduos com HIV/SIDA e, em 2014, incluiu a prestação de cuidados médico-dentários preventivos para casos de cancro oral, com especial ênfase nos grupos de risco, como homens, fumadores, indivíduos com 40 anos de idade ou mais e consumidores regulares de álcool (Simões et al., 2017). Em 2015, o Despacho n.º 12889/2015 expandiu ainda mais a cobertura do programa, incluindo jovens de 18 anos que já tenham beneficiado do PNPSO e completado o plano de tratamento aos 16 anos. Além disso, foram criados ciclos adicionais para os utentes infetados pelo vírus do VIH/Sida que já tivessem sido abrangidos anteriormente e que não tenham recebido tratamento durante um período superior a 24 meses. O mesmo despacho passou também a incluir crianças de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais de saúde, como portadores de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21, entre outras, que não tenham sido abrangidas pelo PNPSO. Em 2021, o Despacho n.º 5201/2021, de 24 de maio, aprovou a expansão do PNPSO para incluir todas as crianças com 4 anos de idade e todas as crianças e jovens com idades entre os 7 e os 18 anos, independentemente da escola ou instituição que frequentemente, incluindo assim o setor público, social e privado.

Tabela 3.1. *Número total de CDs emitidos no âmbito do PNPSO (DGS, 2023).*

CD emitidos por Grupo-Alvo/ Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Var. 2022/2021
Grávidas seguidas no SNS	127,594	455,301	544,553	536,411	571,647	536,411	578,388	644,285	671,802	697,834	708,491	719,610	598,464	650,799	721,734	10.90%
Idosos com complemento solidário	17,730	72,498	74,972	63,269	60,181	63,269	56,940	58,722	61,012	69,147	66,783	62,531	42,255	42,515	44,969	5.77%
Crianças e jovens (até 18 anos)	0	2,096,074	3,416,399	3,073,951	3,019,419	3,073,951	2,982,004	2,885,005	2,904,583	2,766,089	3,048,047	3,017,434	2,596,358	3,592,720	3,325,224	-7.45%
Intervenção precoce no cancro oral	0	0	0	0	0	0	14,020	29,183	33,350	34,747	32,754	36,329	22,544	24,895	33,394	34.14%
Portadores VIH/Sida	0	0	77	4,025	3,689	4,025	7,041	6,593	11,092	10,041	9,257	10,954	6,024	6,547	8,474	29.43%
Utentes do SNS	0	0	0	0	0	0	0	0	6,851	127,259	380,498	484,742	342,716	389,896	513,403	31.68%
<b>TOTAL</b>	<b>145,324</b>	<b>2,623,873</b>	<b>4,036,001</b>	<b>3,677,656</b>	<b>3,654,936</b>	<b>3,677,656</b>	<b>3,638,393</b>	<b>3,623,788</b>	<b>3,688,690</b>	<b>3,705,117</b>	<b>4,245,830</b>	<b>4,331,600</b>	<b>3,608,361</b>	<b>4,707,372</b>	<b>4,647,198</b>	<b>-1.28%</b>

Tabela 3.2. Taxa de utilização de CDs no âmbito do PNPSO. Fonte (DGS, 2023)

Taxa de Utilização de CD por Grupo-Alvo	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Var. 2022/2021
Grávidas seguidas no SNS	63.24%	84.08%	84.08%	84.43%	83.77%	85.34%	81.10%	80.29%	80.34%	79.67%	76.96%	77.53%	69.91%	72.91%	72.32%	-0.59%
Idosos com complemento solidário	59.51%	83.16%	87.44%	90.10%	89.23%	84.33%	87.93%	86.68%	86.96%	85.22%	82.19%	85.32%	86.27%	81.78%	84.56%	2.78%
Crianças e jovens (até 18 anos)		41.30%	72.56%	82.37%	85.95%	76.34%	74.77%	76.48%	74.15%	72.48%	63.87%	64.42%	52.06%	48.69%	56.93%	8.24%
Intervenção precoce no cancro oral							28.88%	42.88%	46.53%	50.68%	60.01%	58.79%	83.48%	70.60%	66.44%	-4.16%
Portadores VIH/Sida			36.36%	87.55%	86.26%	154.26%	88.82%	90.13%	81.70%	89.47%	80.72%	83.69%	80.30%	75.09%	80.30%	5.22%
Utentes do SNS									13.63%	20.48%	30.60%	30.07%	25.48%	23.28%	29.24%	5.96%
<b>TAXA DE UTILIZAÇÃO TOTAL</b>	<b>62.79%</b>	<b>49.88%</b>	<b>74.39%</b>	<b>82.81%</b>	<b>85.66%</b>	<b>77.87%</b>	<b>75.83%</b>	<b>77.07%</b>	<b>75.15%</b>	<b>72.13%</b>	<b>63.37%</b>	<b>63.06%</b>	<b>53.14%</b>	<b>50.38%</b>	<b>56.64%</b>	<b>6.26%</b>

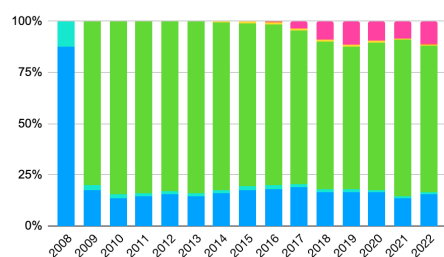


Gráfico 3.4. (esquerda) CDs emitidos por Grupo-Alvo/Ano. Fonte (DGS, 2023).

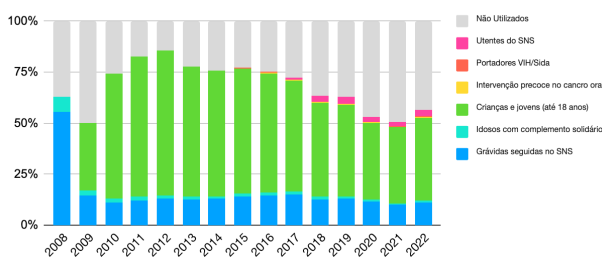


Gráfico 3.5. (direita) CDs utilizados por Grupo-Alvo/Ano versus Não utilizados (%). Fonte (DGS, 2023).

Para além das estratégias previamente mencionadas, em 2016, o Ministério da Saúde, por meio do Despacho n.º 8591-B/2016, deu início a um reforço na área da medicina dentária no SNS, implementando-o gradualmente nos CSP por meio de experiências-piloto realizadas em treze centros de saúde, situados na Região de Lisboa e Vale do Tejo. Este projeto alcançou um notável número de 16.760 utentes atendidos em apenas um ano, resultando em aproximadamente 50.000 tratamentos prestados, conforme relatado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (Global Media Group, 2017). Posteriormente, esta iniciativa foi alargada a todo o país, englobando aproximadamente sessenta unidades de CSP. Durante o período das experiências-piloto em saúde oral, foram efetuadas mais de 85 mil consultas de medicina dentária, com a participação de mais de 60 médicos dentistas. No entanto, é relevante salientar que, desde o início da pandemia da COVID-19, este projeto-piloto foi interrompido e afastou-se da métrica inicialmente proposta, que consistia em assegurar a presença de, pelo menos, um médico dentista em todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), à escala nacional.

O PNPSO suscita algumas preocupações em termos de igualdade. Inicialmente criado com enfoque nos grupos de crianças e jovens, como referido anteriormente, o programa foi posteriormente expandido para incluir outros grupos considerados vulneráveis em relação à saúde

oral. No entanto, a universalidade e equidade no acesso são questionáveis, visto que, apesar de recentemente as crianças e jovens que frequentam escolas privadas estarem abrangidos pelo programa, os idosos que não recebem o complemento solidário e as grávidas que não são acompanhadas pelo SNS não são beneficiários. Por outro lado, a diferenciação positiva concedida aos idosos que recebem o complemento solidário não segue o mesmo critério em relação às grávidas acompanhadas pelo SNS, uma vez que as últimas não precisam de demonstrar a sua condição económica para terem acesso aos CDs. É importante salientar que a abrangência do PNPSO é delimitada por um número limitado de CDs concedidos a cada grupo beneficiário e por um conjunto específico de tratamentos a serem prestados. No entanto, ao examinarmos os dados apresentados na Tabela 3.3 e representados no Gráfico 3.6, é possível constatar que, embora existam diversas variáveis que permitem categorizar a prestação de serviços de prevenção ou tratamento em saúde oral, a maior parte dos resultados é agregada numa variável que abarca ambos os tipos de intervenções, o que compromete a realização de uma análise detalhada acerca dos tipos de tratamentos mais frequentes. Além disso, é notável a baixa percentagem de intervenções precoces no âmbito do cancro oral, que representa apenas 0,7% dos CDs emitidos, apesar do aumento em 34.14% face ao período imediatamente anterior.

Tabela 3.3 Tipo de CD emitido por Ano. Fonte (DGS, 2023)

Tipo de CD emitido / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Var. 2022/2021
Prevenção e tratamento em saúde oral	127,594	2,551,375	3,960,952	3,610,362	3,591,066	4,708,537	3,560,392	3,529,290	3,583,236	3,591,182	4,137,036	4,221,786	3,537,538	4,633,415	4,560,361	-73,054
Tratamento em saúde oral	17,730	72,498	75,049	67,294	63,870	69,065	63,981	65,315	72,104	79,188	76,040	73,485	48,279	49,062	53,443	4,381
Intervenção precoce no cancro Oral	0	0	0	0	0	0	14,020	29,183	33,350	34,747	32,754	36,329	22,544	24,895	33,394	8,499
Prevenção em saúde oral	0	144,033	221,022	205,103	169,024	262,486	296,643	297,673	318,049	288,836	267,194	284,488	97,325	31,468	127,378	95,910
<b>TAXA DE UTILIZAÇÃO TOTAL</b>	<b>145,324</b>	<b>2,767,906</b>	<b>4,257,023</b>	<b>3,882,759</b>	<b>3,823,960</b>	<b>5,040,088</b>	<b>3,935,036</b>	<b>3,921,461</b>	<b>4,006,739</b>	<b>3,993,953</b>	<b>4,513,024</b>	<b>4,616,088</b>	<b>3,705,686</b>	<b>4,738,840</b>	<b>4,774,576</b>	<b>35,736</b>

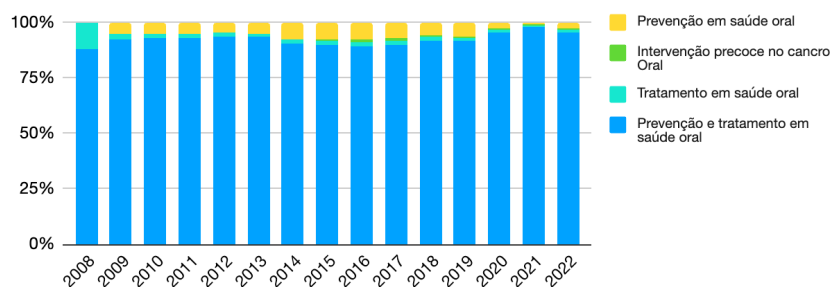


Gráfico 3.6. Tipo de CD emitido/Ano. Fonte (DGS, 2023)

Apesar dos avanços alcançados em várias áreas, persistem questões complexas relacionadas com a regressividade no acesso a cuidados de saúde específicos, especialmente no que diz respeito aos cuidados médico-dentários, que não são abrangidos pelo SNS. Como mencionado anteriormente, os pacientes são obrigados a recorrer a prestadores privados de serviços. Desta forma, é provável que a carga da regressividade no financiamento dos cuidados de saúde não tenha diminuído nos últimos anos, uma vez que a procura por serviços de saúde privados está a aumentar, enquanto o setor público mantém a sua oferta de serviços ou, em alguns casos, a expande ligeiramente (Simões et al., 2017). Não surpreendentemente, entre 2008 e 2022, é possível observar que a maioria dos tratamentos médico-dentários são realizados em consultórios privados, ainda que o número de consultas de medicina dentária em centros de saúde esteja a aumentar gradualmente, em virtude do projeto-piloto mencionado anteriormente (vide Gráfico 3.7).

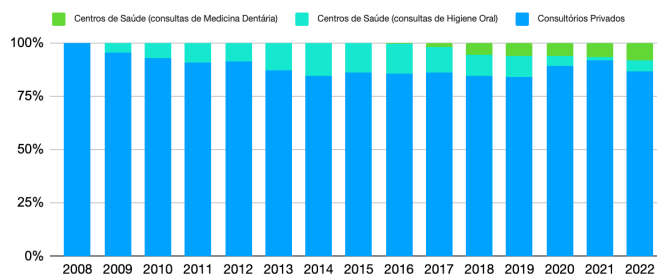


Gráfico 3.7. Tratamentos efetuados por Local de Realização (%). Fonte (DGS, 2023)

Com base nos resultados obtidos a partir destas abordagens e em colaboração com parceiros institucionais e profissionais, foi decidido estabelecer objetivos a médio prazo para a promoção da saúde oral nos cuidados de saúde primários, como parte da revisão do PNPSO. Estes objetivos têm como objetivo principal melhorar a cobertura universal e equitativa dos cuidados de saúde oral, aumentar a literacia em saúde oral, especialmente entre os jovens, e incentivar práticas preventivas. É notável o aumento de tratamentos efetuados neste contexto, em particular nas faixas etárias 50-64 anos e 65+ anos (vide Gráfico 3.8). É notória uma clara tendência de atendimento a pacientes com idade inferior a 20 anos e com idade superior a 65 anos, embora seja relevante salientar que os pacientes mais jovens não constituem a maioria dos casos tratados, como representado no Gráfico 3.9.



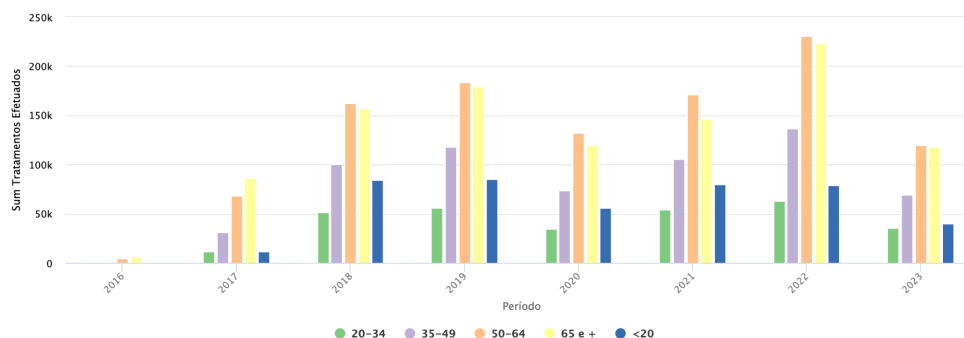


Gráfico 3.8. Evolução anual dos tratamentos efetuados no âmbito da Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários (SOCSP), nos Centros de Saúde agregado por ACES, por faixa etária (DGS, 2023).

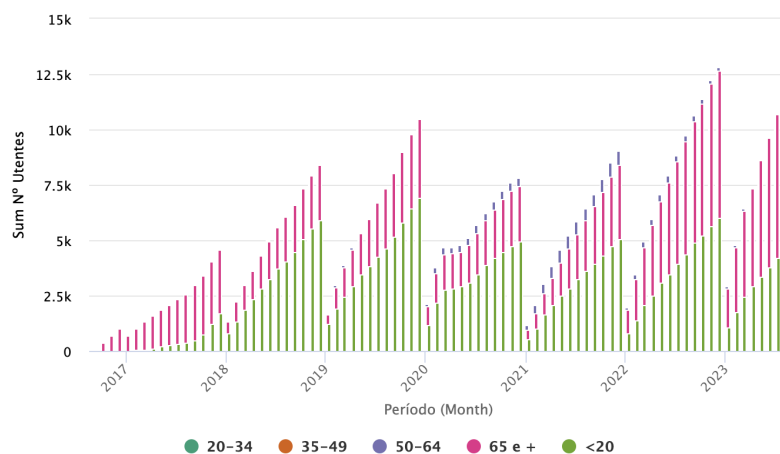


Gráfico 3.9. Evolução mensal de utentes atendidos nos Centros de Saúde agregado por ACES, no âmbito da SOCSP (DGS, 2023).

Com o intuito de alcançar os objetivos previamente delineados, no ano de 2018, por intermédio do Despacho n.º 8861-A/2018, estabeleceu-se uma estratégia direcionada para a saúde oral no âmbito do SNS. Esta estratégia enfatizou a promoção da colaboração interprofissional, envolvendo ativamente profissionais de saúde diversificados, tais como médicos dentistas, médicos de saúde pública, médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros, higienistas orais, nutricionistas, psicólogos e outros profissionais de saúde. Paralelamente, foi implementada uma iniciativa, em conjunto com as autoridades locais, visando a criação de consultórios de medicina dentária nas unidades de CSP, com o desígnio de garantir um acesso equitativo aos serviços de saúde oral em todo o território nacional.

No âmbito de um contínuo desenvolvimento na área da saúde oral, a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS) lançou, em 2023, o “Programa Saúde Oral no SNS - 2.0”. O seu principal desiderato consiste em reposicionar a saúde oral como um elemento central na prestação de cuidados de saúde de proximidade, ampliando a sua capacidade de resolução e reforçando a confiança dos utentes neste nível de assistência, enquanto promove a equidade no

acesso aos serviços de saúde oral. Este objetivo será alcançado mediante a implementação gradual de consultas de saúde oral em todos os municípios do país, com vista a proporcionar benefícios tangíveis em termos de saúde para toda a população. Adicionalmente, perspetiva-se a atração e retenção de médicos dentistas no SNS, através da melhoria das condições laborais, com o propósito de valorizar a profissão. Neste sentido, a DE-SNS emitiu a Deliberação nº 33/2023, que estabelece a criação do Grupo Operacional para a Revitalização do Acesso aos Cuidados de Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde (GO-CSO-SNS).

O Projeto Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários (SOCSP), uma componente crucial do PNPSO, está atualmente em fase de implementação em todos os Agrupamentos de Centros de Saúde/Unidades Locais de Saúde (ACES/ULS) que contem, no mínimo, com um médico dentista ou médico estomatologista à disposição. Segundo os dados fornecidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS), em 31 de dezembro de 2022, verificou-se a existência de 147 gabinetes de saúde oral em funcionamento nos CSP em Portugal Continental. Ao dar início aos trabalhos deste grupo operacional, as Administrações Regionais de Saúde (ARS) facultaram informações atualizadas referentes à implementação dos respetivos planos de investimento, com data de referência em 30 de abril de 2023. Estes dados revelaram a existência de um total de 170 gabinetes de saúde oral em funcionamento na presente data, embora importe esclarecer que esta análise não abrange as instalações em contexto hospitalar. A nível nacional, com base nas informações da DGS, em 31 de dezembro de 2022, constatou-se a existência de 107 higienistas orais e 140 médicos dentistas a prestar serviços nos CSP, dos quais 118 (84%) mantinham contratos na qualidade de prestadores de serviços, e os restantes médicos dentistas, possuindo vínculo à função pública são integrados na carreira geral dos técnicos superiores.

*Tabela 3.4. Profissionais de saúde oral nos Cuidados de Saúde Primários, por Administração Regional de Saúde, a 31 de dezembro de 2022 (SNS, 2023).*

ARS	Nº de Médicos Dentistas	Vínculo		Nº de Higienistas Oraís
		SNS	Contratado	
Norte	65	8	57	7
Centro	12	2	10	17
Lisboa e Vale do Tejo	45	11	34	59
Alentejo	4	0	4	15
Algarve	14	1	13	9
Total	140	22	118	107

Conforme delineado no Mecanismo de Recuperação e Resiliência, estipulado pelo Regulamento (UE) 2021/241 de 12 de fevereiro, que abrange o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), está em curso uma reforma de grande envergadura no que diz respeito aos CSP em Portugal. Esta reforma está a ser implementada através da medida intitulada "Cuidados de Saúde Primários com Maior Resiliência," que visa a introdução de gabinetes de medicina dentária nos centros de saúde. O plano contempla a instalação de um total de 143 gabinetes de medicina dentária em Portugal Continental, com um investimento global de 7,2 M de euros (€), que serão integrados nas entidades competentes a nível territorial. Além disso, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT) comprometeu-se a efetuar um investimento suplementar, visando a criação de mais 33 gabinetes, no âmbito de uma segunda componente do PRR designada "Qualificar as Instalações e Equipamentos dos Centros de Saúde - Modernização de Equipamentos", com um investimento adicional que ascende a 1,349 M €.

*Tabela 3.5. Dotação indicativa de investimentos a realizar e número de gabinetes de medicina dentária envolvidos, por ARS/ULS, na rubrica de PRR referente a Gabinetes de Medicina Dentária (SNS, 2023)*

Administração Regional de Saúde/ Unidade Local de Saúde	Número de gabinetes de medicina dentária	Dotação indicativa (€)
ARS Norte, I.P.	45	2.250.000,00
ULS Alto Minho, E.P.E.	2	100.000,00
ULS Matosinhos, E.P.E.	1	50.000,00
ARS Centro, I.P.	21	1.050.000,00
ULS Castelo Branco, E.P.E.	2	100.000,00
ULS Guarda, E.P.E.	6	300.000,00
ARS Lisboa e Vale do Tejo, I.P.	76	3.549.000,00
ARS Alentejo, I.P.	10	500.000,00
ULS Norte Alentejano, E.P.E.	1	50.000,00
ULS Litoral Alentejano, E.P.E.	6	300.000,00
ULS Baixo Alentejo, E.P.E.	1	50.000,00
ARS Algarve, I.P.	5	250.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>8.549.000,00</b>

Este investimento está sob a coordenação da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) a nível nacional, e cabe às respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS) realizar todos os procedimentos necessários para a sua implementação. São consideradas despesas elegíveis aquelas que se destinam exclusivamente à concretização dos projetos e que seguem os princípios da boa gestão, responsabilidade financeira e utilização eficiente dos recursos disponíveis, o que inclui a compra de equipamentos e materiais para a prestação de cuidados de

saúde oral, assim como obras de adaptação de espaços e instalação dos equipamentos necessários para esse fim (SNS, 2023).

No que respeita a dimensão da classe médico-dentária, em Portugal, no ano de 2021, registou-se uma proporção de 118 médicos dentistas inscritos na Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) por cada 100.000 habitantes (Eurostat, 2021). No que diz respeito à distribuição geográfica nacional, as regiões com menor densidade de médicos dentistas em relação à sua população são o Baixo Alentejo e o Alentejo Litoral, apresentando uma proporção de mais de 2.500 residentes por profissional. Analisando um total de 25 regiões, verificou-se que 18 delas excederam a média nacional estabelecida em 846 habitantes por médico dentista (OMD, 2022). Estes dados evidenciam uma disparidade significativa na distribuição geográfica de médicos dentistas, variando desde 1 médico dentista para cada 1.105 habitantes até 1 médico dentista para mais de 2.501 habitantes (Figura 3.3).

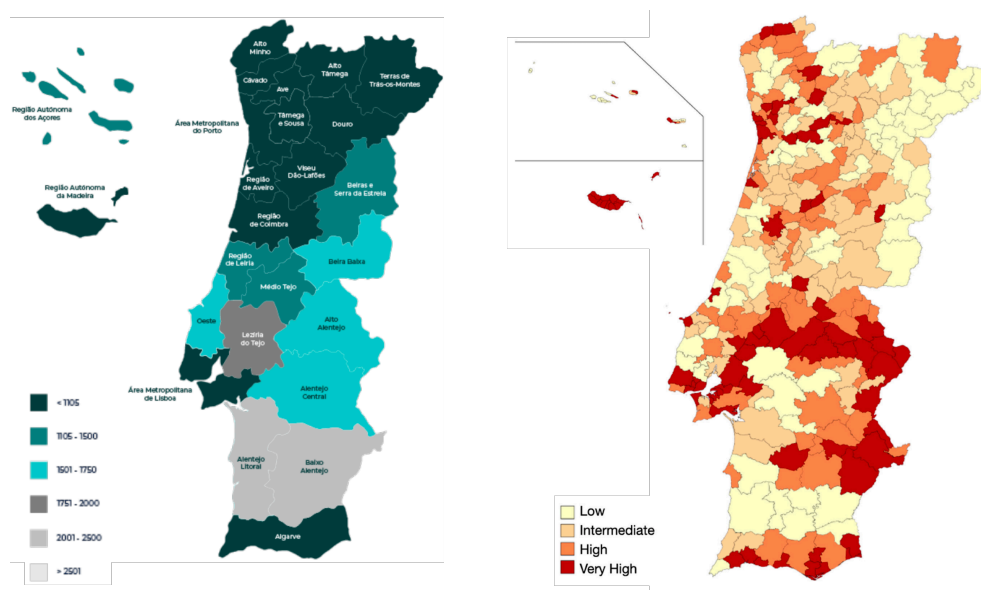


Figura 3.3. (esquerda) Distribuição da população por membros com inscrição ativa na Ordem dos Médicos Dentistas (OMD, 2022); (direita) Distribuição nacional do grau de risco de periodontite para cada LAU 1 (município) dentro do respetivo agrupamento. Os municípios são identificados num grau de risco de cor em 4 níveis, de acordo com a posição no quartil: desde Q1 - maior risco (vermelho) até Q4 - menor risco (amarelo) (Antunes et al., 2022).

Não obstante de existir parca evidência quanto à distribuição da doença oral em Portugal, foi realizado um estudo utilizando dados sociodemográficos, económicos e de serviços de saúde obtidos a partir de um inquérito regional e de fontes governamentais de dados abertos, onde foram recolhidas informações para os 308 municípios portugueses e compiladas num conjunto extenso de 52 variáveis, com o objetivo de estimar a distribuição geográfica da prevalência da periodontite e do seu risco. Ao analisar o mapa que engloba o *score* de risco previsto para cada ACES (Figura

3.3), as principais áreas de população em Portugal, especialmente as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, apresentam os maiores agrupamentos de alta população de risco para a periodontite. No entanto, as áreas menos povoadas apesar de aparentarem ter menor risco, são habitadas por pessoas mais idosas, com níveis mais elevados de perda dentária, onde não se encontra esta doença, uma vez que só é passível de diagnosticar em indivíduos com dentes (Antunes et al., 2022). Não obstante, quando correlacionamos esta informação com os dados apresentados na Tabela 3.5, torna-se evidente uma disparidade entre a distribuição da doença oral e os investimentos planeados para a implementação de gabinetes de medicina dentária nas ARS/ULS.

### **3.3. Outros Sistemas de Saúde e Cobertura de Cuidados Médico-Dentários**

A saúde oral detém uma posição proeminente na agenda global de saúde pública, destacando-se a necessidade de uma análise abrangente das estratégias implementadas nos sistemas de saúde em todo o mundo. Torna-se assim imperativo examinar as abordagens adotadas por diversos países na prestação de serviços médico-dentários e na extensão dos cuidados oferecidos, identificando as implicações de interesse público na saúde que podem ser aplicadas ao contexto nacional. O propósito desta análise é aprimorar a amplitude e a qualidade dos cuidados médico-dentários em Portugal.

Embora existam medidas individuais que podem ser adotadas para melhorar a saúde oral, como a redução do consumo de açúcar e álcool, cabe às entidades governamentais estabelecer medidas de fluoretação da água e garantir o acesso adequado a instalações médico-dentárias. Nesse sentido, foi desenvolvida uma classificação europeia com o objetivo de avaliar a saúde oral em diferentes países. Este estudo abrange 24 Estados-Membros da UE, bem como o Reino Unido e a Suíça, excluindo intencionalmente a República Checa, Chipre e Luxemburgo devido à falta de disponibilidade dos dados essenciais para uma comparação justa (Qunomedical, 2020).

Os países foram classificados com base num índice que se fundamentou em dados disponíveis relacionados com a saúde dentária e fatores relacionados com a saúde dentária, incluindo acesso a cuidados médico-dentários, universidades de medicina dentária, estratégias de fluoretação e o consumo de álcool, açúcar e tabaco.

A primeira área de investigação (*Cluster*) foi a Saúde Dentária. A maioria das pessoas possui o seu conjunto completo de dentes permanentes até aos 12 anos de idade. A saúde dos dentes permanentes em jovens e adolescentes determina a sua saúde oral na idade adulta. Portanto, o índice CPOD foi escolhido como o principal indicador de saúde dentária em cada país. O índice CPOD descreve o número médio de dentes (D) que foram afetados por cárie (C), perdidos (P) ou restaurados (O) até aos 12 anos de idade. Os resultados para este fator foram obtidos no âmbito do Projeto Perfil de Saúde Oral por País/Área da Universidade de Malmö, em nome da OMS (Naimi-Akbar & Nordström, 2020).

O segundo *Cluster* foi as Instalações Médico-Dentárias. Dentre este, foram analisadas diversas variáveis: primeiramente, Médicos Dentistas por 100.000 habitantes e posteriormente as escolas médico-dentárias. Relativamente à primeira variável, é relevante a sua análise uma vez que cuidados médico-dentários adequados só são possíveis com um número suficiente de médicos dentistas. O número total de médicos dentistas em exercício em cada país foi obtido a partir do Projeto Perfil de Saúde Oral por País/Área da Universidade de Malmö em nome da OMS (Naimi-Akbar & Nordström, 2020). Para maior comparabilidade, o valor foi calculado para cada 100.000 habitantes, utilizando dados populacionais. Os dados populacionais foram retirados da base de dados Eurostat e do relatório populacional do Gabinete Federal de Estatística da Suíça. Relativamente à segunda variável, foi retirada da mesma fonte.

No *Cluster 3*, focado em Influências Negativas na Saúde Oral, foram analisadas diversas variáveis como o consumo de álcool, tabagismo e açúcar, assim como medidas de fluoretação. O álcool contém níveis particularmente elevados de açúcar e ácidos que agredem as estruturas dentárias. O consumo médio anual de álcool é registado em litros *per capita*, para indivíduos com 15 anos ou mais (Ritchie & Roser, 2018). O tabagismo, por sua vez, leva frequentemente a um aumento do risco oncológico, e as informações sobre a percentagem de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos que fumam tabaco é registada em percentagem (%) de adultos (Ritchie & Roser, 2018). Uma dieta rica em açúcar não afeta apenas de forma negativa o bem-estar geral, como também tem efeitos a longo prazo na condição dentária. O consumo médio anual *per capita* de açúcar em quilogramas (kg) foi retirado do Projeto Perfil de Saúde Oral por País/Área da Universidade de Malmö em nome da OMS (Naimi-Akbar & Nordström, 2020). Por último, consideram-se medidas de fluoretação as que contribuem o fornecimento ideal de flúor à

população, sendo que, em alguns países, a água potável é enriquecida com flúor para proporcionar uma melhor proteção natural contra a cárie dentária (Kravitz et al., 2015).

Os dados foram então classificados por meio da padronização de cada fator numa escala de 0 a 100, sendo 0 a pontuação mais baixa e 100 a mais alta. A seguinte fórmula de normalização foi aplicada para calcular a pontuação de cada país:  $x_{new} = \frac{x - x_{min}}{x_{max} - x_{min}}$ .

Os fatores dentro de cada *Cluster* também foram somados para obter uma pontuação geral do cluster. Uma média das pontuações para cada cluster foi então calculada para obter uma pontuação e classificação final. Pontuações elevadas correspondem a uma posição elevada na classificação geral. Quanto mais alto um país estiver na classificação, melhor é a saúde oral geral desse país, sendo 1 a posição mais alta e 26 a mais baixa.

Tabela 3.6. *Healthiest Teeth Index (Quinomedical, 2020)*

Ordem	País	Saúde Oral		Infraestruturas Médico-Dentárias				Influências Negativas em Saúde Oral				Score Final
		CPOD (12 anos)	Score (0-100; 100=excelente; 0=mau)	Médicos Dentistas (por 100.000 pessoas)	Universidades de Medicina Dentária	Score (0-100; 100=muito; 0=pouco)	Consumo de Alcool (litros per capita)	Fumadores (idade > 15 anos, % de adultos)	Consumo de açúcar (kg per capita)	Fluoridação Comunitária (1=sim; 0=não)	Score (0-100; 100=influências menos negativas; 0=influências mais negativas)	
1	Itália	1,2	83,0	77,0	34	100,0	7,5	23,7%	27,2	1	100,0	100,0
2	Alemanha	0,5	97,9	81,6	30	94,9	13,4	30,6%	36,9	1	42,2	77,9
3	Espanha	1,1	85,1	71,6	17	60,4	10	29,3%	23,4	1	80,5	73,8
4	Suécia	0,7	93,6	80,6	4	39,6	9,2	18,8%	36,5	1	87,5	71,4
5	Portugal	1,2	83,0	87,5	7	50,8	12,3	22,7%	23,6	1	78,6	67,6
6	Reino Unido	0,5	97,9	54,4	16	46,0	11,4	22,3%	39	1	65,6	66,2
7	Dinamarca	0,4	100,0	75,5	2	31,7	10,4	19,1%	41,3	1	74,2	64,6
8	França	1,23	82,3	65,1	16	53,7	12,6	32,7%	34,7	1	45,8	53,5
9	Eslovénia	1,9	68,1	67,5	1	23,9	12,6	22,5%	18,5	1	83,4	50,6
10	Finlândia	0,7	93,6	72,0	4	33,4	10,7	20,4%	27,2	0	44,3	48,7
11	Bélgica	0,9	89,4	74,0	5	36,9	12,1	28,2%	45	1	44,0	48,2
12	Hungria	2,4	57,4	60,1	4	24,9	11,4	30,6%	14,2	1	81,4	45,2
13	Irlanda	1,6	74,5	61,4	2	21,6	13	24,3%	28,6	1	65,6	44,3
14	Malta	1,4	78,7	48,4	1	10,2	8,1	25,5%	48	1	68,0	42,1
15	Suíça	0,9	89,4	51,6	4	18,8	11,5	25,7%	49,5	1	46,3	41,0
16	Grécia	1,95	67,0	125,0	2	67,2	10,4	43,4%	24,6	0	8,9	35,8
17	Países Baixos	0,8	91,5	50,1	3	15,6	8,7	25,8%	44,1	0	25,7	31,0
18	Roménia	2,7	51,1	71,4	13	51,9	12,6	29,7%	20,5	0	25,3	28,9
19	Polónia	2,8	48,9	33,2	10	18,1	11,6	28,0%	44,1	1	48,3	23,0
20	Áustria	1,4	78,7	58,2	4	23,5	11,6	29,6%	41,1	0	6,0	19,8
21	Lituânia	2	66,0	89,8	2	42,0	15	28,8%	31,2	0	0,0	19,6
22	Estónia	2,7	51,1	94,2	1	43,0	11,6	31,3%	34,1	0	11,6	18,6
23	Bulgária	3	44,7	28,3	3	0,0	12,7	37,0%	26,1	1	48,2	12,7
24	Letónia	3,4	36,2	70,9	1	26,3	12,9	37,0%	42,1	1	27,5	11,3
25	Eslováquia	5,1	0,0	49,0	4	16,9	11,5	30,1%	34,8	1	56,5	3,8
26	Croácia	4,2	19,1	85,1	3	40,7	8,9	37,0%	43,7	0	5,4	0,0

Assim, de acordo com a análise da Tabela 3.6, apesar de ocupar o sétimo lugar no índice CPOD, Itália possui o maior número de instalações médico-dentárias (34) e os menores valores de consumo de álcool, açúcar e tabaco. A Alemanha ocupa o segundo lugar na *Healthy Teeth Index*, com maior consumo de açúcar e álcool e proporção de fumadores, do que os italianos. No que diz respeito à Saúde Oral, a Alemanha e o Reino Unido partilham o segundo lugar no índice CPOD,

com uma média de apenas 0,5 dentes a serem tratados por cárie aos 12 anos de idade. No entanto, recolhendo dados atualizados dos mesmos países, publicados no *Oral Health Country Profile* da OMS, é possível verificar discrepância entre os dados atuais e os utilizados pelo estudo anterior, assim como a falta de análise de outras doenças orais com impacto na saúde sistémica (WHO, 2022), o que enfatiza a sua natureza como um índice semi-preditivo, na medida em que analisa alguns dos fatores que podem prever a condição dentária, mas não os aborda de forma abrangente.

No que respeita o *Cluster 2*, dados atualizados, com base numa comparação em relação ao número de habitantes, a Grécia registou o maior número de médicos dentistas (com licença para exercer), com 130 por cada 100.000 habitantes. Portugal (118 por cada 100.000 habitantes, com licença para exercer), Chipre (111 por cada 100.000 habitantes), Bulgária (110 por cada 100.000 habitantes), Lituânia (105 por cada 100.000 habitantes), Roménia (104 por cada 100.000 habitantes) e Estónia (101 por cada 100.000 habitantes) foram os outros Estados-Membros da UE onde existiam, pelo menos, 100 médicos dentistas a exercer por cada 100.000 habitantes em 2021. Entre os restantes Estados-Membros da UE, o número de médicos dentistas a exercer por cada 100.000 habitantes encontrava-se geralmente dentro da faixa de 50-100. No entanto, na Irlanda, foram registados 46 médicos dentistas a exercer por cada 100.000 habitantes.

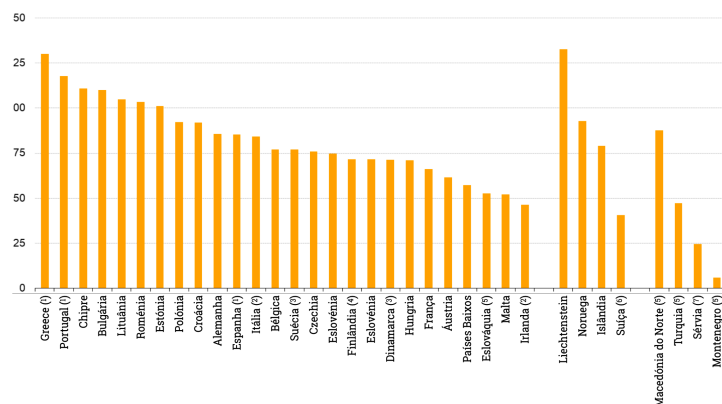


Gráfico 3.10. Médicos dentistas a exercer na Europa, por 100.000 habitantes (Eurostat, 2021). <sup>(1)</sup> Licença para exercer <sup>(2)</sup> Estimativa <sup>(3)</sup> 2020 <sup>(4)</sup> 2018 <sup>(5)</sup> Ativos Profissionalmente <sup>(6)</sup> 2019 <sup>(7)</sup> Inclui apenas profissionais em instituições sob a tutela do Ministério da Saúde, excluindo os do sector privado.

Foram analisados assim os sistemas de saúde e cobertura de cuidados médico-dentários de 10 países, dentre os quais Bulgária, Estónia, França, Alemanha, República da Irlanda (Irlanda), Lituânia, Holanda, Polónia, Eslováquia e Suécia. Devido à complexidade da cobertura de cuidados médico-dentários da Irlanda e Suécia, estes serão explanados em maior detalhe, assim como a Dinamarca pelos resultados obtidos no *Oral Health Country Profile* da OMS.



Na República da Irlanda, os serviços médico-dentários são prestados através de três regimes financiados pelo Estado: o *Public Dental Service* (PDS), que presta cuidados de saúde oral de emergência e de rotina a crianças com menos de 16 anos e determinados grupos vulneráveis, o *Dental Treatment Services* (DTSS) que atribuiu o direito a determinados adultos de receber alguns cuidados gratuitamente, e o tratamento médico-dentário com desconto, ao abrigo do *Dental Treatment Benefit Scheme* (DTBS) para indivíduos que paguem três anos de contribuições para o seguro social. Adicionalmente, o atendimento médico-dentário do setor privado está disponível para pacientes que pagam totalmente do próprio bolso e são ressarcidos de taxas de até 20% do custo do tratamento para certos procedimentos não rotineiros por meio de isenção de impostos (Winkelmann, Gómez Rossi, et al., 2022).

O *Primary Care Reimbursement Service* (PCRS) dentro do *Health Services Executive* (HSE) é responsável por reembolsar médicos dentistas no âmbito do *Dental Treatment Services Scheme* (DTSS). Sob esse esquema, pessoas elegíveis para os *General Medical Services* (GMS) têm acesso a uma variedade de tratamentos e procedimentos clínicos, incluindo tratamentos de rotina e próteses dentárias completas superiores e inferiores. Os tratamentos de rotina estão disponíveis para todas as pessoas elegíveis. Os médicos dentistas também têm a capacidade de prescrever uma variedade de medicamentos como parte do tratamento para pessoas elegíveis.

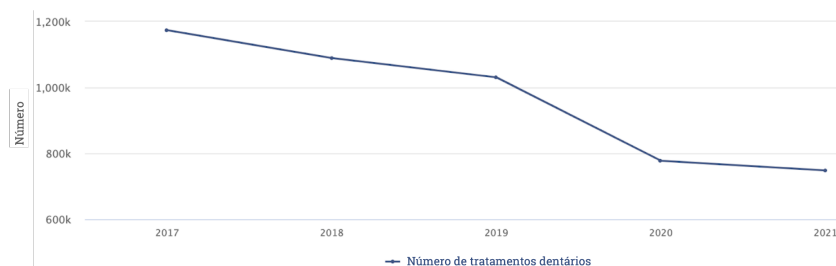


Gráfico 3.11. Evolução do número total de tratamentos dentários na Irlanda, entre 2017 e 2021. Traduzido de (Central Statistics Office, 2023)

Analisando a cobertura e o impacto económico deste serviço na República da Irlanda, o número de tratamentos dentários financiados pelo HSE no âmbito do GMS diminuiu de 1,2 M€, em 2013, para 748 m€, em 2021, representando uma queda de 36%, em virtude de cortes administrativos. A maior redução ocorreu entre 2019 e 2020, com uma diminuição de 25%, passando de 1,03M€ para 778m tratamentos. Houve uma diminuição semelhante no custo total dos tratamentos financiados pelo HSE, passando de 63,3 M€ em 2017 para 39,3 M€, em 2021, o que corresponde a uma redução de 38%. O custo médio por tratamento dentário financiado pelo HSE

permaneceu relativamente constante entre 2017 e 2021, diminuindo apenas 3% nesse período, de 53,92 € para 52,46 €.

Os tratamentos dentários foram divididos em três categorias de tratamento: preventivos, curativos e diversos. Em 2021, na Irlanda, 55% de todos os tratamentos dentários financiados pelo HSE foram curativos. Quando comparando com Portugal, os valores encontram-se alinhados com os disponíveis, uma vez que existem dados confluentes (“prevenção e tratamento em saúde oral”), que não foram considerados para efeitos estatísticos.

Na Suécia, por sua vez, os cuidados médico-dentários são gratuitos até aos 23 anos de idade e todos os indivíduos com idade superior recebem um subsídio geral anual para cuidados médico-dentários entre 30 e 60 €, de modo a incentivar a prevenção. Indivíduos com certas doenças ou condições, nomeadamente diabetes, recebem um subsídio especial para cuidados médico-dentários de 60 €, a cada seis meses. Em adição, neste país a maioria dos cuidados médico-dentários estão sujeitos a um programa de proteção de alto custo, que visa proteger os doentes de custos muito elevados (Winkelmann, Gómez Rossi, et al., 2022).

A partilha de custos é uma regra aplicada para a maioria dos cuidados médico-dentários, embora com diferente estrutura de acordo com o país em análise, podendo surgir sob forma de co-seguro (como em França), subsídios fixos (Estónia, Alemanha e Suécia) ou como franquia (Países Baixos, onde também se aplicam copagamentos para próteses totais). A partilha de custos mais significativa aplica-se aos tratamentos com próteses fixas, onde apenas uma porção dos custos é coberta pelo sistema estatal. Em muitos países, o número de serviços/cuidados médico-dentários incluídos na cobertura é limitado por ano ou por um período definido de vários anos (para próteses dentárias). Os dentes específicos incluídos na cobertura para alguns tratamentos também podem ser restritos (Winkelmann, Gómez Rossi, et al., 2022). No que respeita aos materiais, na maioria dos países analisados, a cobertura legal é limitada ao padrão, ou seja, materiais acima do padrão, que, a princípio, garantem uma melhor qualidade dos cuidados médico-dentários prestados, devem ser pagos *out-of-pocket*, ou seja, são custos suportados diretamente pelos pacientes (Winkelmann, Gómez Rossi, et al., 2022). De uma forma geral, a cobertura dos cuidados médico-dentários aparenta estar sujeita a mais compartilhamento de custos e restrições em comparação com outras áreas, o que resulta numa proteção financeira limitada para os custos dos cuidados de saúde oral em muitos países e dificuldades financeiras para as famílias, o que também afeta a utilização deste tipo de serviços (Winkelmann, Gómez Rossi, et al., 2022).

Na Dinamarca, o reembolso é providenciado pelo sistema de seguro de saúde público. Tipicamente, os adultos contribuem com 60% das taxas acordadas, não havendo concessão de subsídios para próteses dentárias. Os serviços médico-dentários municipais e regionais são regulamentados pela legislação de saúde, enquanto aproximadamente 1,9 M de cidadãos dinamarqueses têm cobertura de seguro privado (Nordic Health and Welfare Statistics, 2022). Crianças e jovens com menos de 18 anos recebem assistência médico-dentária municipal gratuita, incluindo tratamento ortodôntico. Aqueles que, com menos de 16 anos, desejem receber tratamentos que não são gratuitos na sua localidade, podem optar, mediante o pagamento de uma taxa de utilização, por ser tratados numa clínica médico-dentária privada à sua escolha ou numa clínica médico-dentária pública de outra região. Desde 2016, os idosos que residem em instituições de cuidados ou em casa com assistência técnica têm acesso a cuidados médico-dentários com uma taxa máxima anual de 490 coroas dinamarquesas (DKK), aproximadamente 65,70€. Além disso, os municípios fornecem subsídios para próteses dentárias em casos de disfunção ou deformidade resultante de acidentes. Os municípios oferecem ainda tratamento médico-dentário especializado para pessoas que, devido a doenças psiquiátricas ou transtornos de saúde mental, não conseguem utilizar os serviços de medicina dentária convencionais, abrangendo crianças, adultos ou pessoas que necessitam de cuidados especiais. Para esses serviços, as regiões, a partir de 2016, cobram ao paciente uma taxa máxima de DKK 1.815, aproximadamente 243,36€, por ano (Nordic Health and Welfare Statistics, 2022).

As regiões fornecem cuidados médico-dentários especializados (serviço médico-dentário regional) ou altamente especializados (em centros de investigação em medicina dentária) a crianças e jovens com condições médico-dentárias que, se não tratadas, podem resultar numa redução permanente da função. Além disso, as regiões concedem um reembolso especial para cuidados médico-dentários a pacientes oncológicos. A partir de 2016 as regiões podem exigir uma taxa de utilização de, no máximo, DKK 1.815, aproximadamente 243,36€, anualmente por esses serviços. Por fim, as regiões providenciam aconselhamento, exames e tratamentos médico-dentários altamente especializados, em centros de investigação, a pacientes com doenças raras e deficiências, para os quais a doença subjacente pode causar problemas específicos nos dentes, boca ou maxilares. As cirurgias orais e maxilofaciais são realizadas em hospitais e financiadas pelas regiões de acordo com a legislação de saúde. Além das regras gerais mencionadas anteriormente, os municípios podem fornecer apoio financeiro para tratamentos médico-dentários necessários, de

acordo com a legislação relacionada com os serviços sociais (Nordic Health and Welfare Statistics, 2022).

### **3.4. Saúde Oral como Necessidade Não Satisfeita**

A OMS estabeleceu o direito fundamental à saúde, definido como o mais elevado padrão de bem-estar físico, mental e social que um ser humano pode alcançar. Este direito não se restringe à mera ausência de doença ou enfermidade, mas abrange um estado completo de saúde. Para cumprir esse direito, são necessários vários critérios sociais, como a disponibilidade de serviços de saúde, condições seguras de trabalho e adequação das condições de habitação e alimentação. Além disso, o direito à saúde inclui o acesso oportuno, aceitável e economicamente acessível aos cuidados de saúde, garantindo que esses serviços atendam aos padrões adequados de qualidade (WHO, 2015).

O acesso a estes cuidados pode ser impedido por várias razões, seja devido ao funcionamento do próprio sistema de saúde, como o custo de consultas médicas ou tratamentos, a distância até à unidade de saúde mais próxima ou listas de espera, ou por razões pessoais. Aqueles que adiam ou recusam cuidados de saúde quando necessários podem, sem dúvida, comprometer o seu estado de saúde. Quaisquer disparidades na satisfação das necessidades de cuidados de saúde podem levar à deterioração do estado de saúde e ao aumento das desigualdades em saúde (OECD, 2019).

A segregação da medicina dentária em relação ao sistema de saúde principal apresenta desafios substanciais, como destacado durante a pandemia da COVID-19. Essa distinção na prestação de cuidados de saúde oral é uma característica disseminada globalmente e encontra-se enraizada em fatores históricos e profissionais. Dado que uma parcela considerável dos serviços de saúde oral é administrada por profissionais independentes do setor privado, que operam fora do âmbito do sistema público de saúde, os formuladores de políticas de saúde pública e os tomadores de decisão tendem a considerar a medicina dentária como uma questão periférica de baixa prioridade. Em contrapartida, em regiões onde os serviços de saúde oral estão mais integrados no sistema de saúde público, a colaboração interprofissional demonstra-se mais eficaz, permitindo a oferta de cuidados mais abrangentes. Isto, por sua vez, facilita o acesso dos pacientes aos CSP de saúde oral, o que, do ponto de vista económico, pode contribuir para uma gestão mais eficiente dos recursos de saúde e, possivelmente, reduzir os custos a longo prazo associados à negligência de problemas de saúde oral (WHO, 2022).

Existe uma notável variação entre os países europeus na proporção da população que relata necessidades médicas não atendidas devido a fatores como custos, distância geográfica e tempo de espera, com uma média de cerca de 3% da população europeia a declarar enfrentar essas dificuldades. Como representado no Gráfico 3.12, esta discrepância é particularmente evidente em países como a Letónia, Portugal, Grécia, Polónia e Estónia. Por outro lado, nações como os Países Baixos, Áustria, Espanha, Luxemburgo e Czechia relatam menos de 1% da sua população com dificuldades semelhantes. Vale a pena notar que a prevalência de necessidades não satisfeitas em cuidados médicos é mais acentuada entre os indivíduos de estratos socioeconómicos com menor rendimento, com diferenças particularmente significativas em países como a Letónia, Itália e Grécia (OECD, 2019).

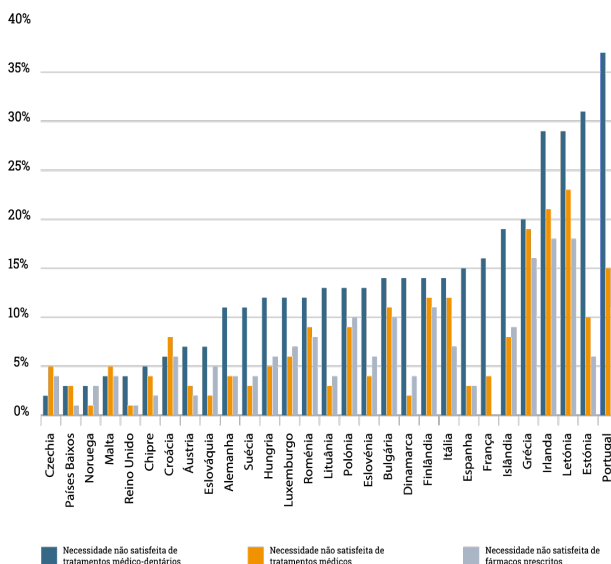


Gráfico 3.12. Percentagem de adultos europeus que relatam necessidades não satisfeitas de cuidados médico-dentários, cuidados médicos e fármacos prescritos devido a motivos financeiros. Traduzido de (Winkelmann, Rossi, et al., 2022).

No contexto de Portugal, destaca-se o indicador relacionado com as necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral devido a restrições económicas, com uma percentagem substancial da população a ser afetada por este problema. Contudo, é relevante assinalar uma possível inversão de tendência a partir de 2017, conforme indicado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), com uma diminuição na proporção da população que, embora tenha sentido a necessidade de consultar um médico dentista nos últimos 12 meses, não conseguiu fazê-lo. Em 2022, este indicador registou um valor de 10,9%, sugerindo, assim, melhorias na acessibilidade aos cuidados médico-dentários, como é visível no Gráfico 13 (SNS, 2023).

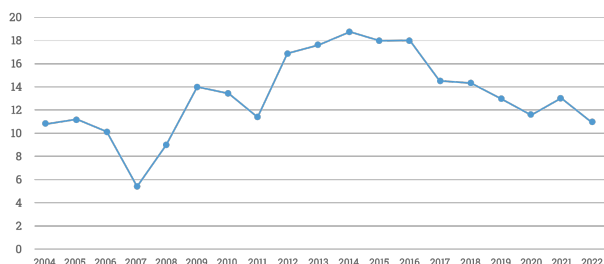


Gráfico 3.13. Proporção da população residente em Portugal com idade igual ou superior a 16 anos que referiu necessidade não satisfeita de consulta com médico dentista nos últimos 12 meses, de 2004 a 2022. Adaptado de (SNS, 2023).

É notável que uma proporção ainda mais substancial da população em países europeus informa sobre a existência de necessidades não atendidas em cuidados médico-dentários em comparação com a prestação geral de cuidados médicos. Esta disparidade reflete, em grande medida, a menor cobertura pública para os cuidados médico-dentários na maioria dos países europeus. Essa discrepância nos cuidados médico-dentários é ainda mais acentuada quando se avaliam as diferenças entre grupos de rendimentos. Por exemplo, constata-se que 10% dos europeus com baixos rendimentos declaram possuir necessidades não satisfeitas em cuidados médico-dentários, enquanto que apenas 1,6% dos indivíduos com rendimentos elevados relatam tal cenário (OECD, 2019).

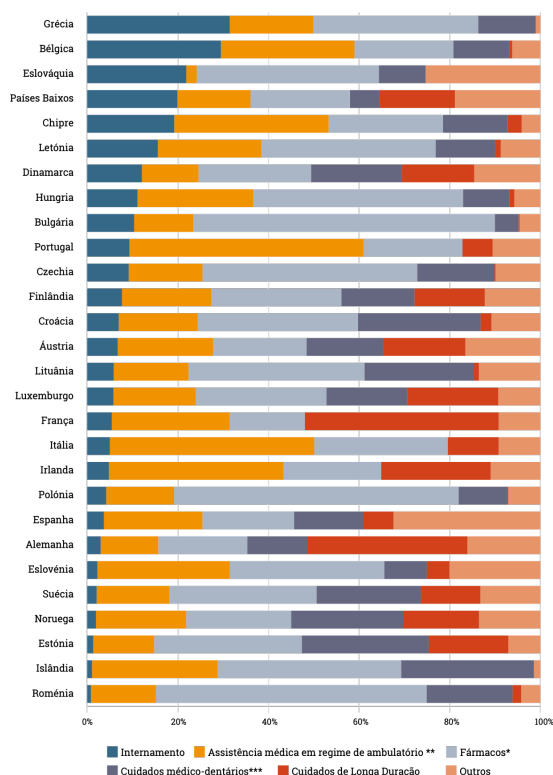


Gráfico 3.14. Participação de despesas médicas com pagamento out-of-pocket em serviços e bens, em 2019, em países europeus. Traduzido de (Winkelmann, Rossi, et al., 2022).

Os custos suportados diretamente pelos pacientes, *out-of-pocket*, podem representar barreiras significativas ao acesso aos cuidados de saúde oral, sendo definidos como a proporção do total de despesas de saúde que é paga por indivíduos e famílias no momento em que utilizam os serviços de saúde (Getachew et al., 2023). Com a predominância de profissionais de saúde privados que frequentemente não são cobertos por programas governamentais ou seguros de saúde, os pacientes que utilizam esses serviços geralmente precisam de financiar integralmente os custos ou efetuar co-pagamentos substanciais (WHO, 2022).

No que concerne à proporção das despesas totais suportadas diretamente pelos pacientes no contexto dos serviços de saúde, constatou-se, em 2019, que essa proporção se situou, em média, nos 14,2% nos 28 Estados-Membros da UE abrangidos pela análise. Este valor fica aquém da média das despesas diretas em medicamentos (33,4%) e em cuidados médicos ambulatoriais (22%), mas supera os gastos diretos em cuidados de longa duração (9,9%) e internamentos hospitalares (9,2%). Na Estónia e na Islândia, aproximadamente um terço de todas as despesas *out-of-pocket* em saúde é destinado aos cuidados médico-dentários. Por outro lado, na Bulgária, nos Países Baixos e na Eslovénia, as despesas *out-of-pocket* com cuidados médico-dentários representam apenas entre 5% e 9% do total das despesas em saúde (Gráfico 3.14). Importa salientar que a média das despesas *out-of-pocket* em cuidados médico-dentários pode estar subestimada devido à falta de dados para França, Itália, Irlanda e Portugal, bem como às dificuldades em confirmar o montante real dos pagamentos diretos efetuados pelos pacientes aos profissionais de medicina dentária em alguns países. Na Irlanda, estima-se que cerca de dois terços do total das despesas médico-dentárias tenham sido financiados de forma privada em 2018 (Winkelmann, Rossi, et al., 2022).

O pagamento pelos cuidados de saúde oral necessários é considerado uma das principais razões para despesas de saúde catastróficas, o que resulta num aumento do risco de empobrecimento e dificuldades económicas (WHO, 2022). Este conceito é caracterizado por gastos diretos que excedem 10% do consumo total ou rendimento, de acordo com a abordagem da participação no orçamento com dois limites, bem como os gastos diretos que ultrapassam 40% do consumo não relacionado com alimentação (Getachew et al., 2023).

Um estudo realizado pelo Escritório da Região Europeia da OMS, em 2019, evidenciou que, entre todas as famílias com despesas de saúde catastróficas, os gastos diretos com cuidados dentários ocupavam a terceira posição, logo após gastos diretos com terapêutica medicamentosa e

assistência hospitalar. O mesmo estudo revelou que o acesso aos serviços de saúde em geral é muito mais equitativo do que o acesso aos cuidados de saúde oral. Em média, os gastos *out-of-pocket* com cuidados médico-dentários nos 28 países da União Europeia representaram mais de 60% dos gastos de tratamento, e em alguns Estados-Membros, chegaram a atingir quase 100%, devido à completa exclusão dos cuidados de saúde oral da cobertura de saúde (Thomson et al., 2019).

Idealmente, os sistemas de financiamento devem ser estruturados para apoiar a oferta de cuidados de saúde oral de elevada qualidade, centrados no paciente, e para garantir uma remuneração justa aos profissionais de medicina dentária pelo seu trabalho. Contudo, muitos países dependem de sistemas de pagamento baseados no serviço, o que pode aumentar o risco de incentivar intervenções e tratamentos invasivos em detrimento da prevenção (Grytten et al., 2009). Nesse contexto, a proteção financeira torna-se fundamental, e a expansão das políticas e programas de seguros, tanto públicos como privados, que incluam a cobertura de serviços de medicina dentária, é um dos alicerces da procura pela UHC (WHO, 2022).

### **3.5. Análise dos Possíveis Impactos Económicos de Diferentes Níveis de Cobertura em Saúde Oral**

A cobertura dos serviços de saúde é frequentemente visualizada por meio do "cubo de cobertura tridimensional", um conceito amplamente utilizado por diversos investigadores que analisam este tema (Busse & Schlette, 2007). O cubo engloba as três dimensões da cobertura populacional: quem está coberto (cobertura populacional), que benefícios são abrangidos (cobertura de serviços) e que proporção dos custos é coberta (cobertura de custos), como esquematizado na Figura 3.4. O cubo de cobertura foi assim utilizado como estrutura analítica para examinar e comparar a cobertura dos cuidados médico-dentários à escala europeia.

A abrangência da cobertura médico-dentária varia significativamente entre países e é difícil de comparar, uma vez que os países aplicam e combinam regulamentações relacionadas à cobertura populacional, de serviços e de custos de maneiras diversas, resultando numa complexa variedade de regras de cobertura à escala europeia.



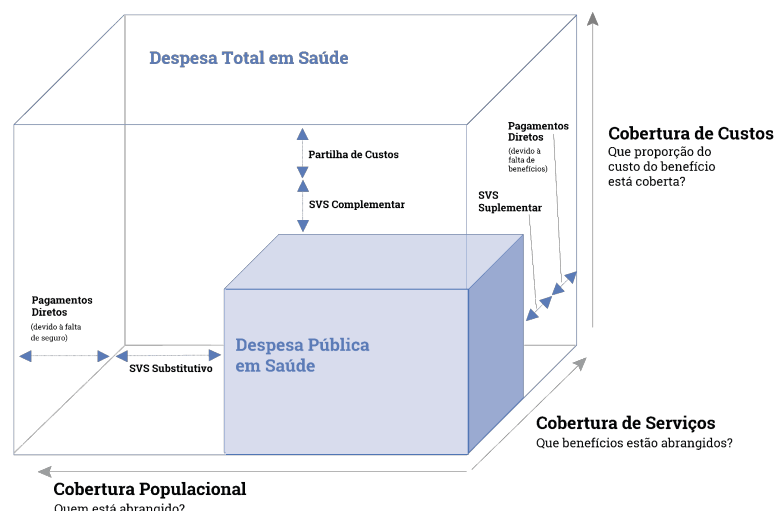


Figura 3.4. Dimensões da Universal Health Coverage (UHC). SVS - Saúde Voluntário de Saúde. Traduzido de (Busse & Schlette, 2007; Rice et al., 2018).

Com base na análise da cobertura de cuidados de medicina dentária em 31 países da UE, foram estabelecidas três categorias que refletem diferentes níveis de cobertura estatutária de cuidados médico-dentários, abrangendo a cobertura populacional, de serviços e de custos, a saber, cobertura limitada, parcial ou abrangente, como representado na Figura 3.5 e explanado na Tabela 3.7.

Tabela 3.7. Categorias da cobertura médico-dentária estatutária. Traduzido (Winkelmann, Rossi, et al., 2022).

<b>(1) Cobertura Limitada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados dentários estão excluídos da cobertura legal para todos os grupos populacionais, exceto para grupos populacionais vulneráveis (<b>Cobertura Populacional</b>)</li> </ul>
<b>(2) Cobertura Parcial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Crianças e adolescentes (até aos 23 anos) têm cobertura total, enquanto os restantes têm cobertura parcial (<b>Cobertura Populacional</b>)</li> <li>Tratamentos básicos são cobertos para crianças, todos os tratamentos dentários para adultos exigem partilha de custos, próteses e/ou ortodontia não são cobertas (<b>Cobertura de Serviços</b>)</li> <li>Partilha de custos significativa, geralmente variando entre 25% e 80% dos custos (<b>Cobertura de Custos</b>)</li> </ul>
<b>(3) Cobertura Abrangente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adultos, crianças (incluindo adolescentes) com direito a seguro de saúde estatutário estão abrangidos (<b>Cobertura Populacional</b>)</li> <li>Os serviços curativos são, na maioria dos casos, totalmente cobertos, enquanto que os serviços de próteses e ortodontia são parcialmente cobertos (<b>Cobertura de Serviços</b>)</li> <li>Partilha de custos limitada/moderada para serviços selecionados (até 25% de partilha de custos) (<b>Cobertura de Custos</b>)</li> </ul>

Estas categorias simplificam a complexa realidade da cobertura legal de medicina dentária, mas não abordam todas as regras específicas, requisitos e exceções de cada país. Além disso, a presença de seguro de saúde privado, que é relevante em muitos países, não foi considerada nesta classificação, o que significa que existem países podem estar categorizados com possuindo níveis mais baixos de cobertura, mesmo que a maioria da população tenha um Seguro Voluntário de Saúde (SVS) privado. É importante notar que a existência de cobertura legal de cuidados

médico-dentários num determinado país não garante necessariamente acesso efetivo, uma vez que, barreiras como tempos de espera e obstáculos organizacionais podem dificultar o acesso, como discutido anteriormente. Assim, a classificação dos países em categorias deve ser considerada juntamente com diferentes dimensões de acesso.

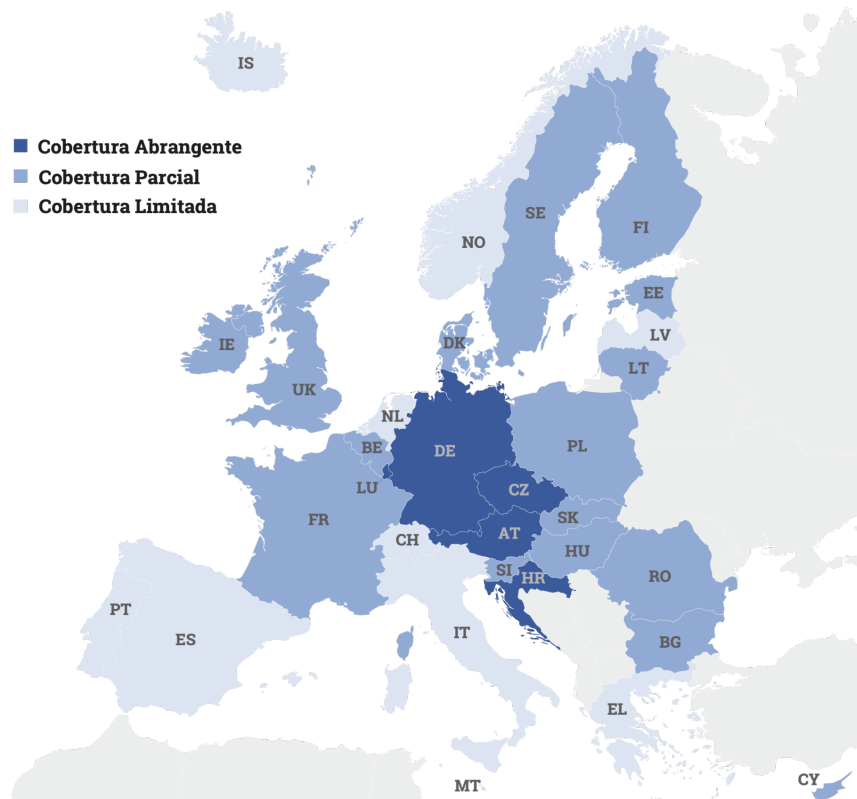


Figura 3.5. Distribuição geográfica europeia da cobertura dos cuidados médicos-dentários por categoria. Abreviaturas dos países: AT: Áustria, BE: Bélgica, BG: Bulgária, CH: Suíça, CY: Chipre, CZ: República Checa, DE: Alemanha, DK: Dinamarca, EE: Estónia, ES: Espanha, FI: Finlândia, EL: Grécia, HR: Croácia, HU: Hungria, IE: Irlanda, IS: Islândia, IT: Itália, LV: Letónia, LT: Lituânia, LU: Luxemburgo, MT: Malta, NL: Países Baixos, NO: Noruega, PL: Polónia, PO: Portugal, RO: Roménia, SK: Eslováquia, SI: Eslovénia, SE: Suécia, UK: Reino Unido. Traduzido de (Winkelmann, Rossi, et al., 2022).

Em geral, os países que oferecem uma cobertura estatutária abrangente tendem a alocar uma proporção maior dos seus gastos públicos aos cuidados médico-dentários em comparação com aqueles que têm uma cobertura mais específica e limitada. Portugal é classificado como um país com cobertura médico-dentária limitada (Winkelmann, Rossi, et al., 2022).

### 3.6. Estimativa de Projeções Económicas para os Cuidados Médico-Dentários em Portugal

Dado que as avaliações económicas são frequentemente utilizadas para fornecer informações a tomadores de decisões, é essencial que mantenham robustez científica. No entanto, uma revisão sistemática de avaliações económicas relacionadas com medicina dentária identificou várias deficiências metodológicas e, uma revisão mais recente, realçou também as insuficiências na divulgação das avaliações económicas de intervenções em saúde oral (Rogers et al., 2019).

Para o desenvolvimento de quadros que permitam projeções económicas, vários estudos recolheram dados publicamente disponíveis sobre diversos preditores importantes, incluindo despesas com medicina dentária, morbilidade, mudanças demográficas e crescimento económico (a partir do PIB). Dependendo do número de preditores, foram utilizadas abordagens de modelagem univariada e multivariada dinâmica com diferentes especificações de modelo. O modelo com melhor desempenho foi identificado com base em indicadores de desempenho.

Os resultados destacaram consideráveis incertezas na previsão das despesas futuras com medicina dentária, com base nos dados atualmente disponíveis, bem como grandes variações entre diferentes especificações de modelos de previsão. Não obstante, com base no modelo com melhor desempenho, prevê-se que as despesas com medicina dentária em 32 países da OCDE aumentem substancialmente, com um gasto agregado estimado a variar entre 485,12 e 728,32 mM USD, em 2040. Além disso, os resultados destacam consideráveis variações entre países nas despesas *per capita* com cuidados médico-dentários, variando de 52 USD, no México, a 889 USD, na Alemanha, em 2040. Os dados de despesas com medicina dentária não estavam disponíveis para o Chile, Itália, Portugal e Turquia, pelo que esses países não foram incluídos na análise (Jevdjovic et al., 2021).

*Tabela 3.8. Despesas com saúde médico-dentária entre 2015 e 2040, com base nas previsões do modelo de melhor desempenho, com níveis de cobertura variável (total, em USD ajustados para paridade do poder de compra (PPP) ao nível de preços de 2010, em mM). Dados recolhidos de (Jevdjovic et al., 2021)*

	Gastos em Saúde Oral 2015	Gastos em Saúde Oral 2020	Gastos em Saúde Oral 2030	Gastos em Saúde Oral 2040
Cobertura Limitada	2.74	3.43 (2.24-3.7)	4.68 (3.82-5.73)	6.35 (5.18-7.77)
Cobertura Parcial	2.45	3.37 (2.73-4.61)	4.59 (3.79-5.62)	6.24 (5.03-7.64)
Cobertura Abrangente	8.17	10.59 (8.4-12.48)	14.51 (11.84-17.64)	19.83 (16.18-24.3)

Com base nos dados da tabela que resultou da compilação de dados anteriormente publicados (Tabela 3.8), uma análise económica da transição de cobertura limitada para cobertura geral em saúde oral revela importantes implicações financeiras. De forma descritiva, em 2015, a despesa em cuidados médico-dentários foi de 2,74 mM USD para países com cobertura limitada, 2,45 mM USD para países com cobertura parcial e 8,17 mM USD para países com cobertura abrangente. Em 2020, os gastos projetados foram de 3,43 mM USD para países com cobertura limitada, 3,37 mM USD para cobertura parcial e 10,59 mM USD para cobertura completa. Em 2030, a despesa projetada para países com cobertura limitada subiu para 4,68 mM USD, enquanto que para cobertura parcial foi 4,59 mM USD e para cobertura completa atingiu 14,51 mM USD. Mais uma vez, os custos aumentaram consideravelmente com a expansão da cobertura. Em 2040, a projeção indicou que os gastos em saúde oral continuarão a crescer. Países com cobertura limitada podem esperar uma despesa de 6,35 mM USD, enquanto que países com cobertura parcial podem chegar a 6,24 mM USD e países com cobertura completa poderão atingir os 19,83 mM USD.

Com base nos dados fornecidos, é possível fazer algumas considerações sobre a escolha entre permanecer com uma cobertura limitada ou expandir para uma cobertura parcial a longo prazo. No entanto, a decisão final depende de vários fatores contextuais e políticos específicos. Em primeiro lugar, sobre a escolha de permanecer com Cobertura Limitada a Longo Prazo: Manter uma cobertura limitada pode resultar em gastos imediatos mais baixos para o sistema de saúde, o que pode ser uma consideração importante, especialmente se o orçamento do sistema de saúde estiver sob pressão e não existirem recursos disponíveis para uma expansão significativa da cobertura. Adicionalmente, a análise aprofundada das necessidades da população em termos de saúde oral e a vigilância contínua das tendências na saúde oral podem oferecer *insights* relevantes sobre a adequação da cobertura existente. No entanto, é imperativo reconhecer que esta decisão pode acarretar necessidades não atendidas mais alargadas em saúde oral para uma parcela da população.

A decisão de migrar de uma cobertura limitada para uma cobertura parcial de cuidados médico-dentários a longo prazo emerge como um tema de considerável relevância. Os dados disponíveis sugerem que, num horizonte temporal prolongado, a opção pela cobertura parcial pode ser justificada do ponto de vista económico, uma vez que os custos estimados em saúde oral sob essa modalidade tendem a ser inferiores aos associados à cobertura limitada. Adicionalmente, a expansão para uma cobertura parcial apresenta perspectivas promissoras no que concerne a melhoria da saúde oral da população, a redução dos encargos financeiros associados a tratamentos

e ao incremento da produtividade laboral. Reforça-se, igualmente, que esta transição pode contribuir para atenuar as disparidades existentes em saúde oral, conferindo maior equidade no acesso aos cuidados médico-dentários. Contudo, é imperativo frisar que a decisão de efetuar essa mudança deve ser pautada por uma análise abrangente, que leve em consideração o orçamento nacional alocado à saúde e os objetivos de saúde pública. Neste contexto, a expansão para uma cobertura parcial a longo prazo emerge como uma escolha baseada em evidência, com o potencial de concretizar benefícios económicos e de saúde de relevo.

Embora o aumento de custos seja evidente a curto prazo, é importante notar que uma cobertura de cuidados médico-dentários mais abrangente pode oferecer benefícios a longo prazo, como a redução dos custos relacionados a complicações de saúde mais graves. Além disso, de acordo com os princípios do UHC, procura-se melhorar a equidade no acesso aos cuidados de saúde oral, o que pode ter impactos positivos na saúde e na produtividade da população.

Não obstante a impossibilidade de conduzir uma análise específica para Portugal devido à indisponibilidade de dados a nível nacional, é plausível efetuar comparações e extrair perspetivas ao considerar Portugal no contexto de outras nações que possuem uma cobertura limitada de cuidados médico-dentários. A ausência de dados de alcance nacional não impede a avaliação de tendências gerais e das dinâmicas observadas em contextos similares.

Ao proceder à comparação entre Portugal e outros países que também enfrentam limitações na cobertura em saúde oral, torna-se possível identificar semelhanças e discrepâncias nas consequências económicas e de saúde decorrentes dessas políticas. Essa análise comparativa contribui para uma compreensão mais aprofundada do modo como as políticas de cobertura em cuidados médico-dentários influenciam tanto a saúde da população quanto os custos associados. Assim, embora a análise direta no âmbito nacional seja restringida pela falta de dados, a comparação com países que enfrentam desafios análogos representa uma fonte de informações valiosas que podem orientar futuras políticas e decisões no domínio da saúde oral em Portugal.



## CAPÍTULO 4

### Conclusões

Neste estudo, abordamos a análise do impacto económico das doenças orais, frequentemente subestimado no âmbito da saúde global. Apesar de afetarem aproximadamente metade da população mundial, as doenças orais têm sido negligenciadas no que concerne às políticas de saúde e ao financiamento. No entanto, à luz dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e da busca pela Cobertura Universal de Saúde (UHC), a inclusão das doenças orais nos planos de implementação destas metas evidencia que a sua exclusão não é inexorável.

É de primordial importância reconhecer que as doenças orais não constituem entidades de saúde isoladas, uma vez que mantêm uma intrínseca relação com os determinantes sociais e económicos da saúde. Adicionalmente, as doenças orais têm repercussões sistémicas, agravando outras comorbidades. Consequentemente, o encargo económico associado às doenças orais transcende a esfera dos cuidados médico-dentários, estendendo-se ao tratamento de condições sistémicas prejudicadas por tais enfermidades.

Existe uma discrepância entre as necessidades de saúde oral e a disponibilidade, localização, adequação e acessibilidade dos serviços de saúde oral, em várias comunidades e populações. Na maioria dos países, os prestadores privados são os principais fornecedores de cuidados de saúde oral, considerando que apenas alguns países possuem oferta de serviços públicos robustos nesta área. Os serviços de saúde oral são, em grande parte, orientados pela procura, decorrentes do mau planeamento realizado pelas instituições públicas e influenciados pelas escolhas empreendedoras inerentes à prática privada, o que leva a que exista uma oferta de serviços de saúde oral que nem sempre se encontra adequadamente alinhada com as necessidades das populações e carece de integração nos modelos gerais de Cuidados de Saúde Primários (CSP) disponíveis. Um exemplo claro reside na discrepância observada entre áreas urbanas de elevado rendimento em países de rendimento alto e médio, onde frequentemente existe um excesso de médicos dentistas, em contraste com a carência de instalações e recursos para cuidados médico-dentários em países de baixo rendimento, bem como em áreas rurais ou remotas. Esta discrepância, com frequência, força os pacientes a efetuar deslocações de grandes distâncias a fim de aceder a serviços apropriados.

Com base nas premissas anteriores, não é surpreendente constatar que, ao comparar as necessidades não atendidas em distintos domínios de cuidados de saúde, tais como assistência

médica ou prescrição de medicamentos, os cuidados médico-dentários apresentam-se como a categoria mais recorrentemente negligenciada devido a constrangimentos financeiros (OECD, 2019).

A cobertura de cuidados médico-dentários no Sistema Nacional de Saúde (SNS) é um determinante estrutural, essencial para a saúde oral da população portuguesa. Em Portugal, a trajetória histórica revela um progresso gradual na expansão da cobertura de cuidados médico-dentários, começando com a contratação de higienistas orais e evoluindo para a introdução de cheques-dentista (CDs) e referências para consultas de higiene oral e recentemente de medicina dentária, nos centros de saúde. O Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral (PNPSO) desempenhou um papel fundamental na promoção de hábitos saudáveis e na prevenção de doenças orais, especialmente entre a população escolar e grupos vulneráveis, como grávidas seguidas no SNS, idosos carenciados e indivíduos com HIV/SIDA.

Apesar desses avanços, persistem desafios relacionados com a igualdade no acesso aos cuidados médico-dentários, uma vez que alguns grupos populacionais, como idosos sem complemento solidário e grávidas não acompanhadas pelo SNS, ainda não são beneficiários do programa. Além disso, a utilização de prestadores privados para cuidados médico-dentários contribui para a regressividade no financiamento da saúde, e a pandemia de COVID-19 afetou a continuidade de projetos-piloto destinados a melhorar o acesso. No entanto, esforços recentes visam revitalizar o acesso a cuidados de saúde oral no SNS, com a criação de gabinetes de saúde oral em todo o país e a melhoria das condições de trabalho para médicos dentistas. O Programa Saúde Oral no SNS - 2.0 procura reposicionar a saúde oral como parte integral dos cuidados de proximidade, promovendo a equidade no acesso e resolvendo desafios persistentes. Além disso, o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) prevê investimentos significativos na expansão dos cuidados médico-dentários nos centros de saúde, contribuindo para uma melhoria substancial na cobertura e na qualidade dos cuidados de saúde oral em Portugal.

A avaliação da cobertura dos serviços de saúde é frequentemente representada através do "cubo de cobertura tridimensional", possuindo nos eixos a cobertura populacional (quem está coberto), cobertura de serviços (que benefícios são incluídos) e a cobertura de custos (e que proporção dos custos é suportada). Esta foi a estrutura analítica utilizada para examinar e comparar a cobertura dos cuidados médico-dentários na escala europeia, segundo a qual Portugal é classificado como um país com cobertura médico-dentária limitada. O custo para o sistema de



saúde é uma preocupação significativa, uma vez que países com cobertura abrangente de cuidados médico-dentários enfrentam despesas substanciais relacionadas com estes tratamentos, o que obriga a uma alocação considerável de recursos financeiros pelos sistemas de saúde. A equidade no acesso aos cuidados médico-dentários é crucial, uma vez que países com cobertura limitada podem enfrentar disparidades na saúde oral entre diferentes grupos sociais, afetando a produtividade económica e a inclusão social, como é o caso nacional. A ênfase na prevenção é um indicador importante de eficiência em saúde oral, reduzindo os custos a longo prazo. Além disso, o papel do seguro privado é crítico, podendo aliviar a pressão sobre os sistemas de saúde públicos, mas também criando desigualdades na cobertura. Portanto, uma cobertura adequada em saúde oral pode ter um impacto positivo na economia geral, melhorando a capacidade de trabalho e reduzindo os custos associados a problemas de saúde oral não tratados. No entanto, é importante observar que a existência de cobertura legal de medicina dentária em um país não garante necessariamente um acesso efetivo, pois diversos obstáculos organizacionais podem dificultar o acesso, como tempos de espera, e a qualidade das avaliações económicas relacionadas com medicina dentária tem sido questionada devido a deficiências metodológicas e insuficiências na divulgação dos resultados, o que destaca a necessidade de manter uma abordagem científica rigorosa ao avaliar a eficácia e o custo-benefício dos cuidados médico-dentários.

Os impactos económicos de diferentes níveis de cobertura em saúde oral são complexos e multifacetados. Assim, a decisão de estender ou limitar esta cobertura deve levar em consideração não apenas os custos imediatos, mas também os benefícios a longo prazo para a saúde da população e a economia como um todo. Desta forma, é importante realizar análises económicas detalhadas e considerar as especificidades de cada país ao tomar decisões sobre a cobertura de saúde oral.

No contexto da possibilidade de escolha entre a manutenção de uma cobertura limitada ou expansão para uma cobertura parcial a longo prazo, a análise económica destaca implicações económicas de relevância significativa. A opção na manutenção de uma cobertura limitada pode resultar em custos imediatos mais reduzidos para o sistema de saúde, particularmente quando o orçamento se encontra sob pressão e os recursos disponíveis para uma expansão substancial são limitados. No entanto, esta decisão pode acarretar necessidades não satisfeitas em termos de saúde oral para uma parcela da população, uma consideração que demanda ponderação cuidadosa. Por outro lado, a expansão para uma cobertura parcial a longo prazo surge como uma opção economicamente justificável, com custos estimados em saúde oral inferiores aos associados à

cobertura limitada. Adicionalmente, essa expansão compreende melhorias na saúde oral da população, redução dos custos de tratamento e incremento da produtividade. No entanto, a decisão definitiva deve ser enquadrada numa análise minuciosa, que considere o orçamento nacional destinado à saúde e os objetivos de saúde pública. Apesar de não ter sido possível efetuar uma análise específica para Portugal devido à ausência de dados abrangentes transmitidos pelas entidades governamentais nacionais responsáveis, é factível realizar comparações com outros países que enfrentam desafios semelhantes na cobertura de cuidados médico-dentários. A falta de dados a nível nacional não obstrui a avaliação de tendências gerais e das dinâmicas observadas em contextos equiparáveis. Assim, a análise económica apresentada nesta dissertação proporciona *insights*, mas também realça a necessidade de estudos mais aprofundados e dados robustos para informar políticas de saúde oral.

Investigações futuras devem explorar os impactos económicos e de saúde de diferentes níveis de cobertura em cuidados médico-dentários, bem como investigar estratégias de redução da incerteza em projeções económicas nesta área. De qualquer modo, os resultados das projeções económicas analisadas destacaram consideráveis incertezas quanto à previsão das despesas futuras com medicina dentária, com grandes variações entre diferentes especificações de modelos de previsão. Apesar destas incertezas, com base no modelo com melhor desempenho, prevê-se que as despesas com medicina dentária em 32 países da OCDE aumentem substancialmente até 2040, com gastos agregados estimados entre 485,12 mM USD e 728,32 mM USD. Esses resultados também revelam notáveis variações entre países nas despesas per capita com medicina dentária, variando de 52 USD no México a 889 USD na Alemanha em 2040.

As conclusões deste estudo estão intrinsecamente ligadas aos objetivos que foram traçados no princípio. Inicialmente, procurávamos compreender o impacto económico das doenças orais, frequentemente subestimado no âmbito da saúde global, e o modo como esse impacto se relaciona com a inclusão das doenças orais nos ODS e na procura pela UHC. Concluimos que as doenças orais realmente possuem um impacto significativo na economia e que a sua inclusão nos ODS e na UHC representa uma mudança importante na abordagem à saúde oral. Além disso, as nossas conclusões destacam desafios persistentes relacionados à igualdade no acesso aos cuidados médico-dentários, especialmente em países que, como Portugal, a utilização de prestadores privados contribui para desigualdades financeiras. Assim, a procura por uma maior equidade no acesso aos cuidados de saúde oral está alinhada com o objetivo de promover a UHC.

Por fim, enfatizamos a importância de uma abordagem científica rigorosa na avaliação dos cuidados médico-dentários, considerando não apenas os custos imediatos, mas também os benefícios a longo prazo para a saúde e a economia, o que está diretamente relacionado com o objetivo de compreender o impacto económico das doenças orais. Desta forma, as nossas conclusões refletem e reforçam os objetivos iniciais deste estudo, destacando a importância de considerar a saúde oral como parte integral da saúde global e das políticas de saúde pública.



## Referências Bibliográficas

- Antunes, A., Botelho, J., Mendes, J. J., Delgado, A. S., Machado, V., & Proença, L. (2022). Geographical Distribution of Periodontitis Risk and Prevalence in Portugal Using Multivariable Data Mining and Modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), Artigo 20. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013634>
- Birch, S., Ahern, S., Brocklehurst, P., Chikte, U., Gallagher, J., Listl, S., Lalloo, R., O'Malley, L., Rigby, J., Tickle, M., Tomblin Murphy, G., & Woods, N. (2021). Planning the oral health workforce: Time for innovation. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 49(1), 17–22. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12604>
- Busse, R., & Schlette, S. (2007). *Health policy developments. 7/8: Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Bertelsmann Stiftung.
- Central Statistics Office. (2023, março 10). *HSE Funded Primary Care Treatments and Claims, 2017-2021*. CSO. <https://www.cso.ie/en/releasesandpublications/ep/p-hftc/hsefundedprimarycaretreatmentsandclaims2017-2021/dental treatments/>
- DGS. (2023). *Saúde Oral—Dados.gov.pt—Portal de dados abertos da Administração Pública*. <https://dados.gov.pt/pt/datasets/atividade-do-programa-nacional-de-saude-oral-1/>
- Eurostat. (2021). *Health personnel* | *HLTH\_RS\_PRS2*. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_rs\\_prs2/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_prs2/default/table?lang=en)
- Fisher, J., Selikowitz, H.-S., Mathur, M., & Varenne, B. (2018). Strengthening oral health for universal health coverage. *The Lancet*, 392(10151), 899–901. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31707-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31707-0)
- Getachew, N., Shigut, H., Jeldu Edessa, G., & Yesuf, E. A. (2023). Catastrophic health expenditure and associated factors among households of non community based health insurance districts, Ilubabor zone, Oromia regional state, southwest Ethiopia. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01847-0>
- Global Media Group. (2017). *Projeto-piloto de dentistas em centros de saúde chegou a mais de 16 mil utentes*. <https://www.dn.pt/lusa/projeto-piloto-de-dentistas-em-centros-de-saude-chegou-a-mais-de-16-mil-utentes-8820754.html>
- Grytten, J., Holst, D., & Skau, I. (2009). Incentives and remuneration systems in dental services. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 9(3), 259–278. <https://doi.org/10.1007/s10754-008-9050-2>
- IHME. (2019). *GBD Compare*. Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- IHME. (2020). *Global Burden of Disease Collaborative Network: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results*. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>

- Jeffcoat, M. K., Jeffcoat, R. L., Gladowski, P. A., Bramson, J. B., & Blum, J. J. (2014). Impact of Periodontal Therapy on General Health. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(2), 166–174. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.04.001>
- Jevdjevic, M., & Listl, S. (2022). *Economic impacts of oral diseases in 2019—Data for 194 countries* [dataset]. heiDATA. <https://doi.org/10.11588/DATA/JGJKK0>
- Jevdjevic, M., Listl, S., Beeson, M., Rovers, M., & Matsuyama, Y. (2021). Forecasting future dental health expenditures: Development of a framework using data from 32 OECD countries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 49(3), 256–266. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12597>
- Kravitz, A., Bullock, A., & Cowpe, J. (2015). *EU Manual of Dental Practice*. Council of European Dentists.
- Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. A., & Marcenes, W. (2015). Global Economic Impact of Dental Diseases. *Journal of Dental Research*, 94(10), 1355–1361. <https://doi.org/10.1177/0022034515602879>
- Mathur, M. R., Williams, D. M., Reddy, K. S., & Watt, R. G. (2015). Universal Health Coverage: A Unique Policy Opportunity for Oral Health. *Journal of Dental Research*, 94(3\_suppl), 3S–5S. <https://doi.org/10.1177/0022034514565648>
- Naimi-Akbar, A., & Nordström, M. (2020). *Oral Health Country/Area Profile Project*. Oral Health Country/Area Profile Project. <https://capp.mau.se/>
- Nordic Health and Welfare Statistics. (2022, maio 18). *Dental care | Nordic Health and Welfare Statistics, Nomescosco*. <https://nhwstat.org/health/organization-health-services/health-care-user-charges/dental-care>
- OECD. (2019). *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems*. OECD. <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>
- OMD. (2022). *Os Números da Ordem 2022*. Ordem dos Médicos Dentistas.
- Qunomedical. (2020). *Healthiest Teeth Index*. <https://www.qunomedical.com/en/research/healthiest-teeth-index>
- Rice, D. (1967). Estimating the cost of illness. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 57(3), 424–440.
- Rice, T., Quentin, W., Anell, A., Barnes, A. J., Rosenau, P., Unruh, L. Y., & van Ginneken, E. (2018). Revisiting out-of-pocket requirements: Trends in spending, financial access barriers, and policy in ten high-income countries. *BMC Health Services Research*, 18(1), 371. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3185-8>
- Ritchie, H., & Roser, M. (2018). Alcohol Consumption. *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/alcohol-consumption>
- Rogers, H. J., Rodd, H. D., Vermaire, J. H., Stevens, K., Knapp, R., El Yousfi, S., & Marshman, Z. (2019). A systematic review of the quality and scope of economic evaluations in child oral health research. *BMC Oral Health*, 19(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0825-2>
- Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The Common Risk Factor Approach: A rational basis for promoting oral health: Common risk factor approach. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(6), 399–406. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2000.028006399.x>
- Simões, J. de A., Gonçalo Figueiredo Augusto, Fronteira, Inês, & Hernández-Quevedo, Cristina. (2017). Health System Review: Portugal. *Health Systems in Transition*, 19(2), 211.

- SNS. (2023). *SNS Oral 2.0—Relatório do Grupo de Trabalho Saúde Oral 2.0 (Consulta Pública)*.
- Tavares, A. I., & Marques, I. (2021). Multi-layer health insurance coverage, medical services use and health in a Universal National Health System, the case of Portugal. *The European Journal of Health Economics*, 22(1), 141–153. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01242-4>
- Thomson, S., Cylus, J., & Evetovits, T. (2019). *Can people afford to pay for health care?* WHO Regional Office of Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>
- Vos, T., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abdulkader, R. S., Abdulle, A. M., Abebo, T. A., Abera, S. F., Aboyans, V., Abu-Raddad, L. J., Ackerman, I. N., Adamu, A. A., Adetokunboh, O., Afarideh, M., Afshin, A., Agarwal, S. K., Aggarwal, R., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Wang, T. T., Mathur, M. R., & Schmidt, H. (2020). Universal health coverage, oral health, equity and personal responsibility. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(10), 719–721. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.247288>
- WHO. (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report* [Executive Summary]. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240029040>
- WHO. (2021). *Social determinants of health*. EBI48.R2, 4.
- WHO. (2022). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*.
- WHO. (2023). *Global Oral Health Action Plan (2023–2030)*. World Health Organization. [https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-\(2023-2030\)](https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-(2023-2030))
- WHO. (2015). *Human rights and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- WHO Commission on Macroeconomics and Health, & Organization, W. H. (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development: executive summary*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42463>
- Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., Schwendicke, F., Dimova, A., Atanasova, E., Habicht, T., Kasekamp, K., Gandré, C., Or, Z., McAuliffe, Ú., Murauskienė, L., Kroneman, M., de Jong, J., Kowalska-Bobko, I., Badora-Musiał, K., Motyl, S., Figueiredo Augusto, G., Pažitný, P., Kandilaki, D., ... Panteli, D. (2022). Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: A vignette approach. *BMC Oral Health*, 22(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02095-4>
- Winkelmann, J., Rossi, J. G., & van Ginneken, E. (2022). *Oral health care in Europe: Financing, access and provision*.
- World Bank. (2021). *GNI, Atlas method (current US\$)—Portugal*. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.ATLS.CD?locations=PT>