



# Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**SAÚDE ORAL – FATORES DE NÃO ADESÃO AOS CHEQUES-DENTISTA:**  
**UM ESTUDO DE CASO-CONTROLO**

**20º CURSO DE MESTRADO DE SAÚDE PÚBLICA**

**Rita Filipe**

**Junho 2018**



# Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

## **SAÚDE ORAL – FATORES DE NÃO ADEÇÃO AOS CHEQUES-DENTISTA: UM ESTUDO DE CASO-CONTROLO**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Pedro Aguiar

**Junho 2018**

***Oral health is integral and essential to general health, wellbeing and quality of life. Moreover, oral health and general health are interlinked; oral diseases and other non-communicable chronic diseases share “common risk factors”***

*Sheiham and Watt. 2000*



## RESUMO

Introdução: O cheque-dentista foi criado para efetivar o acesso às consultas de medicina dentária, no entanto, a utilização dos primeiros cheques-dentistas dos alunos com 7, 10 e 13 anos com cáries das escolas públicas da área geodemográfica do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras, tem sido baixa (23% no ano letivo 2014/2015). Com este trabalho, pretendeu-se estudar os fatores que condicionaram esta não utilização.

Material e Métodos: Realizou-se um estudo caso-controlo que envolveu 270 alunos (135 casos e 135 controlos), provenientes das 35 escolas públicas que aceitaram participar. Foi feita uma análise descritiva dos motivos da não adesão e a pesquisa da associação entre as variáveis e a utilização/não utilização do cheque-dentista por análise estatística bivariável e multivariável, adotando-se um nível de significância de 0,05.

Resultados: Os principais motivos para a não utilização elencados (n=135) foram ter dentista particular não aderente ao cheque-dentista (23,7%) e ter-se esquecido de utilizar o cheque-dentista, deixando ultrapassar o prazo de validade (21,5%). O principal fator de risco identificado pela regressão logística diz respeito à vigilância por dentista particular (OR ajustado 2,004; p=0,012) e o principal fator protetor relaciona-se com o conhecimento de dentista aderente ao cheque-dentista (OR ajustado 0,096; p<0,001).

Discussão: Os resultados obtidos realçam a necessidade de se melhorar a acessibilidade aos cheques-dentista. Espera-se que a identificação destes fatores possa contribuir para planear estratégias e atividades com vista a aumentar a utilização dos cheques-dentista.

**Palavras-chave:** Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Educação em Saúde Oral; Portugal; Promoção da Saúde; Saúde Oral

## ABSTRACT

Introduction: A dentist voucher was created to facilitate the access to oral health care, however the utilisation of this voucher by students with 7, 10 and 13 years with dental caries that attended public schools at the geographic area of the Community Health Center Group of Lisboa Ocidental and Oeiras has been low (23% in the academic year 2014/2015). The aim of this study was to analyze the factors that conditioned this non-utilisation.

Material and Methods: A case-control study was carried out involving 270 students (135 cases and 135 controls) from the 35 public schools that accepted to participate. A descriptive analysis of the reasons for non-adhesion and a study associating the variables for the utilisation/non-utilisation of the dentist voucher was made by bivariate and multivariable statistical analysis, adopting a level of significance of 0,05.

Results: The main reasons for non-utilisation (n=135) were to have a private dentist who was not adherent to the dentist voucher (23.7%) and forget to use the dentist voucher (21.5%). The main risk factor identified by the logistic regression concerns private dentist surveillance (OR adjusted, 2.004;  $p = 0.012$ ) and the main protective factor was the knowledge of dentists that were adherent to the dentist voucher model (OR adjusted 0.096;  $p < 0.001$ ).

Discussion: Our findings highlight the need to improve the accessibility to dental vouchers. It's expected that the identification of these factors may contribute to the planning of strategies and activities to increase the use of dentist voucher.

**Keywords:** Health Education, Dental; Health Promotion; Oral Health; Portugal; Program Evaluation

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	1
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	5
2.1. SAÚDE E SAÚDE ORAL.....	5
2.2. DOENÇAS ORAIS .....	7
2.3. ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE ORAL.....	12
2.4. PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL.....	19
2.5. MODELO DO CHEQUE-DENTISTA.....	21
2.6. ADESÃO AO CHEQUE-DENTISTA NO ACES LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS	26
3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E FINALIDADE .....	29
4. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....	31
5. MATERIAL E MÉTODOS .....	33
5.1. TIPO DE ESTUDO .....	33
5.2. POPULAÇÃO-ALVO .....	33
5.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	33
5.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	33
5.5. DEFINIÇÃO DE CASO.....	34
5.6. DEFINIÇÃO DE CONTROLO.....	34
5.7. AMOSTRAGEM.....	34
5.8. VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	35
5.9. FONTES E SUPORTE DE INVESTIGAÇÃO.....	37
5.10. OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	38
5.11. ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS .....	43
6. RESULTADOS .....	47
6.1. MOTIVOS DE NÃO UTILIZAÇÃO DO CHEQUE-DENTISTA .....	47
6.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ALUNOS.....	48
6.3. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO.....	51

6.4. INFORMAÇÃO RELATIVA À VIGILÂNCIA DA SAÚDE ORAL E AOS CHEQUES-DENTISTA .....	57
6.5. MODELO DE REGRESSÃO MULTIVARIADA .....	61
7. DISCUSSÃO .....	65
7.1 DISCUSSÃO DA METODOLOGIA .....	65
7.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	67
7.3 CONCLUSÃO .....	74
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	75
ANEXOS.....	79



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores associados com a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral.....	5
Figura 2 - Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos .....	10
Figura 3 - Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos de acordo com primeiro e último quintil de rendimento .....	11
Figura 4 - Mapa de Freguesias do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.....	26
Figura 5 - Distribuição geográfica das escolas participantes .....	39
Figura 6 - Fluxograma do estudo.....	43

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Políticas públicas para os cuidados de saúde oral – 10 países da OCDE .....	15
Quadro 2 - Políticas públicas para os cuidados de saúde oral – Portugal .....	22
Quadro 3 - Número total de cheques-dentista utilizados no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral .....	25
Quadro 4 - Índices Demográficos (1991, 2001, 2011 e 2012).....	27
Quadro 5 - Proporção de utilização de total de cheques-dentista, e primeiros cheques dentista, por ARS, entre os anos de 2008 e 2013 .....	28
Quadro 6 - Adesão das Escolas Participantes.....	39
Quadro 7 - Motivos da não adesão ao cheque-dentista no ano letivo 2014/2015 (n=135)....	47
Quadro 8 - Tabela com a apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa ao aluno (n=270).....	49
Quadro 9 - Tabela com a apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa aos Encarregados de Educação (n=270) ...	53
Quadro 10 - Tabela com a apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa aos Encarregados de Educação (n=270) ...	54
Quadro 11 - Tabela com a apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa aos Encarregados de Educação (n=270) ...	55
Quadro 12 - Tabela com a apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa aos Encarregados de Educação (n=270) ...	56
Quadro 13 - Tabela com a apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (n=270).....	59
Quadro 14 - Tabela final da modelação multivariada.....	63

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**ACES-** Agrupamento de Centros de Saúde

**AE-** Agrupamento de Escolas

**ARS-** Administração Regional de Saúde

**CD-** Cheque-dentista

**CPOD-** Dentes cariados, perdidos e obturados

**DALY-** *Disability Adjusted Life Year*

**EE-** Encarregado de Educação

**IC-** Intervalo de Confiança

**LVT-** Lisboa e Vale do Tejo

**OCDE-** *Organisation for Economic Co-operation and Development*

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

**OR-** *Odds Ratio*

**SISO-** Sistema de Informação em Saúde Oral

**SPSS-** *Statistical Package for Social Sciences*



## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o estudo “*Global Burden of Disease*” de 2010, as doenças da cavidade oral afetaram 3,9 mil milhões de pessoas e provocaram a perda de 15 milhões de DALY (*Disability- Adjusted Life Year*, 1 DALY corresponde à perda de um ano de vida saudável) a nível mundial, o que corresponde à perda de 224 anos de vida saudável por cada 100.000 pessoas<sup>1</sup>.

Os custos inerentes a estas doenças são elevados, sendo considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o quarto grupo de patologias mais cara de tratar<sup>2</sup>. Em 2012, só na União Europeia, os custos foram estimados em 79 mil milhões de euros, podendo este valor chegar aos 93 mil milhões de euros em 2020, se não foram tomadas medidas mais efetivas<sup>3</sup>.

A cárie dentária constitui a doença crónica mais prevalente a nível mundial<sup>1</sup> e, apesar do seu declínio global, continua a ser um problema de Saúde Pública importante, afetando 60-90% das crianças em idade escolar e a maioria dos adultos visto o seu carácter cumulativo, levando a milhões de dias de trabalho perdidos<sup>2</sup>.

A estratégia europeia e as metas definidas para a Saúde Oral, pela OMS, apontam para que, no ano 2020, pelo menos 80% das crianças com 6 anos estejam livres de cárie dentária<sup>4</sup>. Por «livre de cárie» entende-se a inexistência de qualquer experiência de cárie em ambas as dentições, isto é, nenhum dos dentes presentes na boca apresenta evidência clínica de cárie dentária, tratada ou não<sup>5</sup>.

Em Portugal, apesar da prevalência da cárie dentária ter vindo a diminuir, de acordo com os dados do “III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís” de 2015, desenvolvido em parceria pelo Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral e a Ordem dos Médicos Dentistas, apenas 55% das crianças portuguesas com seis anos se encontravam livres de cárie, valor que desce para os 32,4% no caso dos jovens com 18 anos<sup>6</sup>.

Estes dados são ainda mais relevantes se tivermos em conta que a cárie dentária tem uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes, se adequadamente prevenida e precocemente tratada<sup>7</sup>. No entanto, o acesso aos cuidados de Saúde Oral preventivos está fortemente condicionado por falta de uma política de Saúde efetiva<sup>3</sup>.

A nível europeu, existe uma elevada heterogeneidade das políticas adotadas no âmbito dos cuidados de saúde dentários prestados, assim como dos grupos de beneficiários. Contudo, tal como em Portugal, as crianças e os jovens, constituem um dos principais grupos beneficiários (ex: Bélgica, Dinamarca, Estónia, França, Holanda, Inglaterra, Polónia e

Suécia)<sup>8</sup>.

A maioria dos países europeus está abrangida por programas de promoção de Saúde Oral, quer numa base voluntária para os prestadores interessados em participar, quer por meio de programas nacionais publicamente financiados. Estes programas geralmente incluem diversas atividades relacionadas com a educação de higiene oral nas escolas, consultas odontológicas individuais, terapia com flúor, entre outras<sup>8</sup>.

O caso da Dinamarca é ilustrativo da importância em se apostar na prevenção. Há 40 anos, as crianças dinamarquesas apresentavam dos piores níveis de Saúde Oral a nível europeu e graças à implementação de cuidados preventivos no sistema de saúde público, conseguiram, entre 1974 e 2000, uma diminuição de 78% no índice de CPOD (índice que permite calcular a média do número total de dentes permanentes cariados, perdidos por cárie e obturados num determinado grupo de indivíduos) aos 12 anos de 4,5 para 0,99. Em Portugal, em 2000 o índice de CPOD aos 12 anos ainda era de 3,0 tendo descido para para 1,2 em 2015<sup>9</sup>.

Em 1997, mais de 99% das crianças dinamarquesas recebiam cuidados de Saúde Oral anualmente. Na Dinamarca, todos os municípios são obrigados a terem clínicas dentárias que prestam cuidados gratuitos e compreensivos de Saúde Oral a todas as crianças e adolescentes, com um sistema de monitorização da adesão<sup>3</sup>.

Em Portugal, a Saúde Oral tem sido uma das áreas onde a cobertura pública das necessidades em saúde menos se tem feito sentir<sup>8</sup>. No relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, publicado em 2007, foi realçado que a medicina dentária, que é maioritariamente privada, constituía a exceção mais evidente à cobertura formalmente compreensiva do Serviço Nacional de Saúde<sup>10</sup>.

Segundo os dados do 4.º Inquérito Nacional de Saúde em 2005 cerca de 91% de todas as consultas de medicina dentária a utentes do Serviço Nacional de Saúde ocorreram em prestadores de natureza privada<sup>8</sup>. Além disso, de acordo com os dados do “*European Union Statistics on Income and Living Conditions Survey* de 2011” (EU-SIL),

Portugal situava-se nos 3 países da Europa com necessidades de exame dentário não satisfeitas mais elevadas (14,5%), sendo o principal motivo de não ir ao dentista o elevado preço<sup>11</sup>. Em 2015, Portugal mantinha o 2º lugar entre os Estados Membros da União Europeia, ultrapassado apenas pela Letónia, como o país com maiores necessidades não satisfeitas de cuidados de Saúde Oral, com 14,3% e 18,9% respetivamente<sup>12</sup>. De forma a colmatar esta carência foi implementado em 2005 o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, enquanto modelo de contratualização de cuidados de medicina dentária direcionado às crianças e jovens<sup>4</sup>.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral tem-se desenvolvido de forma gradual, abrangendo atualmente outros grupos populacionais (grávidas, pessoas idosas beneficiários do complemento solidário de idosos, utentes portadores de VIH/SIDA)<sup>13,14</sup>. O quadro conceptual do deste programa corresponde a uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde e na prevenção primária e secundária da cárie dentária, desenvolvendo-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam<sup>4</sup>.

De forma a efetivar o acesso às consultas de medicina dentária, foi criado, em 2008, o modelo do cheque-dentista, que pretende funcionar como distribuidor de recursos e integrador de cuidados na área de saúde oral. A adesão dos prestadores ao cheque-dentista é voluntária e cada cheque-dentista tem um valor predeterminado e um número máximo a atribuir mediante o grupo de utentes beneficiário<sup>8</sup>.

As crianças e jovens (7, 10 e 13 anos) são o principal grupo beneficiário, representando 85% do total dos cheques-dentista emitidos<sup>8</sup>. Às crianças e jovens de 7 e 10 anos podem ser atribuídos até dois cheques-dentista por ano letivo e às de 13 anos podem ser atribuídos até três cheques-dentista por ano letivo, tendo cada cheque-dentista o valor máximo de 35 euros<sup>15</sup>.

Cabe às higienistas orais da Unidade de Saúde Pública ir às escolas públicas no 1º período fazer uma triagem aos alunos. Caso as crianças apresentem cárie dentária em dentes permanentes é feita a emissão do cheque-dentista, caso contrário é emitido um documento de acesso a consulta de higiene oral<sup>16</sup>. O documento pode ser utilizado até dia 31 de outubro do ano seguinte e cabe a cada utente contactar uma clínica aderente ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral de forma a poder utilizá-lo.

O cheque-dentista, é um documento que assegura ao utente o acesso a tratamentos preventivos e curativos prestados gratuitamente por profissionais especializados, nomeadamente estomatologistas e médicos dentistas nos seus consultórios privados. A livre escolha é assegurada ao utente através de uma lista de médicos aderentes, disponível no site do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (<https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/public/index.jsp>)<sup>17</sup>. Nos restantes países europeus, não existe nenhum modelo similar ao cheque-dentista, não se podendo assim comparar a efetividade deste modelo noutros países<sup>8</sup>.

Apesar do número de primeiros cheques-dentista utilizados pelas crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos ter vindo a aumentar desde 2009 a 2013, de 188.263 para 312.394, a proporção de utilização situou-se, a nível nacional, apenas nos 64%<sup>8</sup> e na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT) situou-se nos 62%<sup>18</sup>.

O Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Ocidental e Oeiras, pertence à ARS LVT, e abrange um total de 233.465 habitantes (Censos 2011) que residem no concelho de Oeiras e em Lisboa Ocidental (freguesias de Ajuda, Belém, Alcântara e Campo de Ourique)<sup>19</sup>. No que diz respeito à proporção de utilização dos cheques-dentista, verifica-se que a proporção ainda é mais baixa que o verificado a nível nacional e regional (23% no ano letivo 2014/2015)<sup>20</sup>.

A literatura mostra que fatores como o nível de escolaridade, o nível socioeconómico e de literacia dos pais; o nível de acesso a informação e recursos; e o acesso a cuidados de saúde oral têm influência na saúde oral das crianças e jovens<sup>15</sup>.

Sendo o cheque-dentista gratuito e dirigido a crianças com necessidades dentárias já identificadas, com este estudo pretendemos conhecer os fatores associados à não adesão ao 1º cheque-dentista, nos alunos de 7, 10 e 13 anos, inscritos nas escolas públicas da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Lisboa, durante o ano letivo 2014/2015.

O presente estudo encontra-se organizado em 8 capítulos. Inicialmente é feita uma breve introdução, seguida de uma revisão bibliográfica mais extensa onde é feita uma contextualização das principais temáticas relacionadas com o estudo. De seguida é definida a questão de investigação e a finalidade do estudo e depois os objetivos e as hipóteses do estudo.

No capítulo da metodologia pretende-se explicar a metodologia subjacente à realização deste estudo e no capítulo dos resultados são expostos os principais resultados obtidos.

Posteriormente surge o capítulo da discussão onde é feita a comparação entre os resultados obtidos neste estudo com outros estudos. Por fim, são apresentadas as conclusões.



## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 Saúde e Saúde Oral

O conceito de Saúde tem evoluído ao longo do tempo. O conceito de Saúde mais utilizado é o da OMS, de 1948, que considera que a Saúde consiste no estado de completo bem-estar físico, mental e social e não na mera ausência de doença. Esta definição ao ultrapassar a versão negativa de Saúde, como ausência de doença, e ao incluir os domínios físico, mental e social, foi considerada inovadora e ambiciosa, tornando o conceito de saúde complexo e dinâmico<sup>21</sup>.

Por sua vez, o conceito de Saúde Oral é multifacetado e não se limita à ausência de doenças na cavidade oral. Segundo a OMS, a Saúde Oral trata-se de um estado em que a pessoa está livre de dor crónica oro-facial, cancro oral ou orofaríngeo, infeção oral e úlceras, doença periodontal, cáries dentárias, perda de dentes, malformações congénitas e outras doenças e distúrbios que limitam a capacidade de um indivíduo mastigar, sorrir, falar e de estar bem psicossocialmente. Como tal, a Saúde Oral é considerada uma componente integral da Saúde geral e do bem-estar, assim como um determinante importante da qualidade de vida (Figura 1)<sup>22</sup>.

Contudo durante vários anos a avaliação da saúde oral foi efetuada meramente por critérios clínicos, não permitindo determinar qual o verdadeiro impacto dos problemas orais na vida dos indivíduos. Somente nos anos 90 houve a necessidade de conhecer as repercussões da Saúde Oral na qualidade de vida<sup>23</sup>.

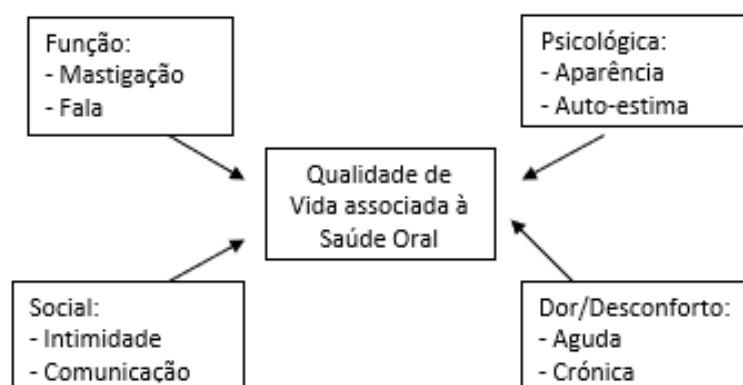


Figura 1 - Fatores associados com a Qualidade de Vida relacionada com a a Saúde Oral

Fonte: Adaptado de Bennadi D, Reddy C. Oral health related quality of life. J Int Soc Prevent Communit Dent 2013 3:1-6

Quando analisada a natureza do impacto na qualidade de vida devem ser abordadas quatro dimensões: dor e desconforto; aspetos funcionais referentes à capacidade de mastigar e engolir os alimentos sem dificuldade, bem como falar e pronunciar palavras corretamente; aspetos psicológicos referentes à aparência e auto-estima; e aspetos sociais referentes à interação social e comunicação com as pessoas<sup>24,23</sup>.

Segundo os dados do “III Estudo Epidemiológico Nacional das Doenças Orais” de 2015, 29,4% dos jovens de 12 anos referiu ter tido dificuldades a comer por problemas da boca, valor que ascendeu para 32% nos jovens de 18 anos e para 43% na população de 65 a 74 anos<sup>6</sup>. Quando questionados sobre a ocorrência de desconforto psicológico devido a problemas na boca, 20,2% dos jovens de 12 anos responderam afirmativamente, valor que ascendeu para 25% nos jovens de 18 anos e para 31% na população de 65 a 74 anos<sup>6</sup>.

Assim, a evolução dos conceitos de Saúde, Saúde Oral e qualidade de vida implica que quando se fala sobre Saúde Oral não se evidencie apenas a cavidade oral, mas o indivíduo e o modo como as doenças ou alterações orais, ameaçam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida<sup>22</sup>. Além disso, existe uma forte evidência na inter-relação entre Saúde Oral e Saúde geral, sendo que as doenças da cavidade oral partilham os fatores de risco das principais doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, diabetes e as doenças respiratórias crónicas, que são as doenças que maior mortalidade e morbilidade causam quer a nível mundial quer nacional<sup>3</sup>.

Os principais fatores de risco incluem o tabagismo, uma dieta inadequada e o consumo de álcool, assim como determinantes mais abrangentes como o nível socio-económico que influencia a saúde oral e geral<sup>3</sup>.

Estes dados reforçam a necessidade das políticas de Saúde deverem ser reorientadas para incorporar a Saúde Oral na promoção da Saúde geral visto uma boa Saúde Oral ser crucial para manter uma boa Saúde geral e vice-versa.

## 2.2 Doenças Orais

As doenças orais incluem um conjunto vasto de doenças e condições, sendo as mais comuns a cárie dentária, a doença periodontal, o cancro oral, doenças infecciosas orais, os traumatismos por ferimentos e as lesões hereditárias<sup>22</sup>.

Os determinantes de Saúde Oral podem ser divididos em primários e secundários. Consideram-se determinantes primários ou biológicos os factores que influenciam directamente as alterações do pH da saliva, a qualidade e quantidade de saliva, a estrutura do biofilme, a dieta, a concentração de fluoretos nos fluidos orais, entre outros. Por sua vez, consideram-se determinantes secundários da Saúde Oral o nível socio-económico, o rendimento familiar, o nível de literacia e o nível de educação<sup>25</sup>.

Apesar dos avanços verificados nas últimas décadas na área da Saúde Oral, as doenças orais ainda constituem um grave problema de Saúde global, caracterizando-se pelas amplas desigualdades no acesso à Saúde Oral tanto entre países como entre diferentes grupos sociais dentro de um mesmo país<sup>3</sup>.

Numa revisão sistemática sobre a carga das doenças orais entre 1990 e 2010, verificou-se que as doenças orais aumentaram 20,8%, especialmente devido ao crescimento populacional e ao envelhecimento<sup>1</sup>.

O impacto das doenças na produtividade, quer na escola, como no emprego, é significativo, originando uma perda de milhões de horas a cada ano. De acordo com o relatório "*Oral Health in America*" do *General Surgeon*, anualmente, devido às doenças orais, as crianças e jovens perdem cerca de 51 milhões de horas de escola, enquanto os adultos empregados perdem 164 milhões de horas de trabalho<sup>26</sup>.

A cárie dentária é uma doença dos tecidos duros do dente causadas por interações ao longo do tempo entre microorganismos presentes na placa dentária e carboidratos fermentáveis provenientes da dieta (maioritariamente açúcares). Esta interação produz ácidos orgânicos que dissolvem a estrutura do dente<sup>3</sup>. A cárie dentária é considerada inteiramente prevenível, no entanto é uma das doenças crónicas mais prevalentes. Afeta desproporcionalmente os indivíduos economicamente mais desfavorecidos e marginalizados, originando iniquidades dentro e entre países<sup>3</sup>.

Os fatores de risco para desenvolvimento de cárie dentária incluem elevados níveis de colonização por bactérias cariogénicas, exposição frequente a açúcares e carboidratos refinados através da dieta, baixos níveis de saliva, presença prévia de cárie dentária, baixo acesso a cuidados de Saúde Oral, baixos níveis de flúor na água, escovagem dos dentes inadequada e baixos níveis de literacia dos pais no que diz respeito à saúde oral<sup>27</sup>.

A cárie dentária pode originar cavidades, dor e perda dentária, que por sua vez pode dificultar algumas das funções mais básicas como comer, dormir, falar e ser produtivo. Nas crianças, ao interferir com o crescimento e ganho de peso, constitui uma barreira potencial para ser saudável<sup>3</sup>.

De acordo com o estudo “*Global Burden of Disease*” de 2010, a cárie dentária não tratada em dentes permanentes foi a doença mais prevalente (prevalência global de 35%, em todas as idades).

Por sua vez, a periodontite severa e a cárie dentária na dentição decídua foram a sexta e a décima condição mais prevalente, afetando respetivamente, 11% e 9% da população.

Em 36º lugar, com uma estimativa global de 2%, encontrou-se a perda de dentes severa. No que diz respeito às doenças oncológicas, o cancro oral corresponde ao 8º cancro mais prevalente a nível mundial<sup>1,3</sup>.

Na União Europeia, apesar de se ter verificado um declínio na cárie dentária, esta continua a constituir um problema na Europa de Leste e nos grupos economicamente desfavorecidos e mais vulneráveis pertencentes a todos os estados membros da União Europeia<sup>3</sup>.

Em Portugal, de acordo com o “III Estudo Epidemiológico Nacional das Doenças Orais” de 2015, a cárie dentária afetou 45,6% das crianças de 6 anos, valor que aumentou para 47% aos 12 anos e para 67,6% aos 18 anos. Apesar de ainda serem valores elevados, verificou-se uma diminuição face aos resultados do “II Estudo Epidemiológico Nacional das Doenças Orais” de 2006, onde 49% das crianças de 6 anos já tinha cárie dentária, valor que aumentava para os 56% aos 12 anos e para 72% aos 15 anos.

A periodontite é causada pela inflamação da gengiva e do osso que suporta os dentes e quando severa é responsável pela perda de dentes. A nível europeu, estima-se que cerca de 50% da população sofra de algum tipo de periodontite e que 10% apresente periodontite severa, valor que aumenta para 70-85% na população de 60-65 anos<sup>3</sup>.

Nobre *et al* (2017) no seu estudo “*Prevalence of periodontitis, dental caries, and peri-implant pathology and their relation with systemic status and smoking habits: Results of an open-cohort study with 22009 patients in a private rehabilitation center*” realizado em Portugal verificou que 65,6% dos pacientes possuíam pelo menos uma condição aguda (gengivite ou mucosite) e que 46,5% dos pacientes possuíam pelo menos uma das três principais doenças orais crónicas (cárie dentária, periodontite ou patologia peri-implantar) cujas prevalências foram

36,6%, 17,6% e 13,9%, respetivamente.

Verificou também um aumento da prevalência de periodontite nos doentes com diabetes e HIV, assim como uma associação entre os hábitos tabágicos e o aumento de 90% na possibilidade de ter periodontite. Esta associação já tinha sido reportada num estudo anterior realizado nos EUA, onde 74,8% dos casos de periodontite foram atribuíveis ao tabaco.

Numa meta-análise que examinou a relação entre doença periodontal e doença cardiovascular em estudos observacionais, verificou-se que o risco ajustado de Acidente Vascular Cerebral nos doentes com periodontite foi 1,47 a 2,63 vezes superior aos dos pacientes sem periodontite. Estes dados enfatizam como os estilos de vida saudáveis têm um importante impacto quer na Saúde geral quer na Saúde Oral <sup>28</sup>.

A cárie dentária e a doença periodontal são possíveis de reverter enquanto se encontram numa primeira fase de desenvolvimento. No entanto, numa fase mais avançada, os danos causados são irreversíveis, afetando as estruturas da cavidade oral, sendo indispensável um tratamento mais prolongado e oneroso<sup>3</sup>.

A literatura mostra que as intervenções dentárias preventivas que incluam cuidados rotineiros precoces, flúor e selantes são custo efetivas. No entanto, o acesso aos cuidados de Saúde Oral está fortemente condicionado por falta de uma política de Saúde efetiva<sup>3</sup>.

Os tratamentos das doenças orais são onerosos. Segundo a OMS, as doenças orais são, a nível global, o quarto grupo de patologia mais dispendioso no que concerne ao seu tratamento<sup>3</sup>. Além disso, a literatura mostra que a boca é a parte do corpo mais cara de tratar, estando os custos associados ao tratamento das doenças orais ao nível ou ultrapassam os custos de outras doenças, tais como o cancro, doenças cardiovasculares e até mesmo a demência<sup>3</sup>.

Em 2012, só na União Europeia, os custos associados ao tratamento das doenças orais foram estimados em 79 mil milhões de euros, podendo este valor chegar aos 93 mil milhões de euros em 2020 (assumindo que as despesas irão crescer 2% ao ano), se não for «em tomadas medidas mais efetivas<sup>3</sup>. Para Portugal, estima-se que as despesas em cuidados de Saúde Oral ascendam, em 2020, a 0,88 mil milhões de euros.<sup>8</sup>

O tratamento das doenças orais custa em média 5% do total das despesas em saúde dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), com a maioria dos gastos a serem pagos a título privado (*out-of-pocket*). No ano de 2011, nestes países o pagamento privado para cuidados dentários representou, em média, 55% do total das despesas de cuidados dentários<sup>8</sup>.

Em Portugal, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística, o peso das prestações de cuidados dentários em pagamentos diretos tem vindo a aumentar. No ano de 2000 este era responsável por 10% do peso total das prestações em saúde nos pagamentos diretos, valor que aumentou para 18% em 2010 (Figura 2)<sup>18</sup>.

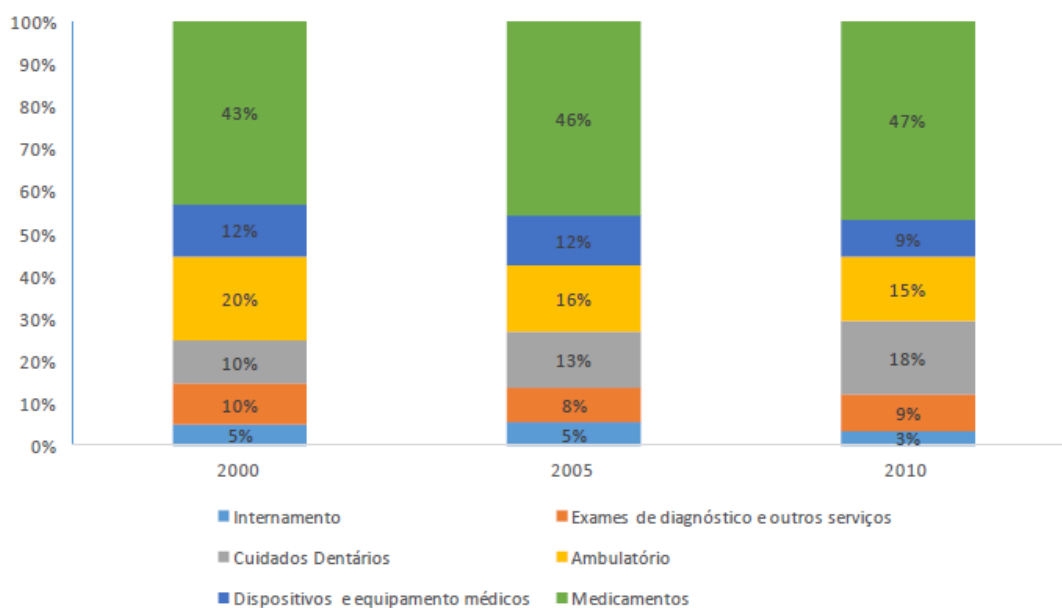


Figura 2 - Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos

Fonte: Lourenço A, Barros P. Cuidados de Saúde Oral - Universalização. Lisboa: Nova Healthcare Initiative Research; 2016

Por outro lado, se tivermos em conta os níveis de rendimento, verificou-se que os cuidados dentários assumiram um peso de 7% no primeiro quintil e 40% no último quintil, sendo a área responsável por despesas catastróficas entre os mais ricos (Figura 3).

Entende-se por despesas catastróficas em saúde, “todas as despesas a partir do ponto em que os pagamentos diretos são de tal forma altos em relação aos recursos disponíveis que a família é obrigada a abandonar o consumo de outros bens e serviços necessários”<sup>18</sup>. Segundo a OMS, são consideradas despesas catastróficas em saúde, as despesas que superam 40% da disponibilidade de recursos que um indivíduo tem para além dos seus recursos de subsistência.

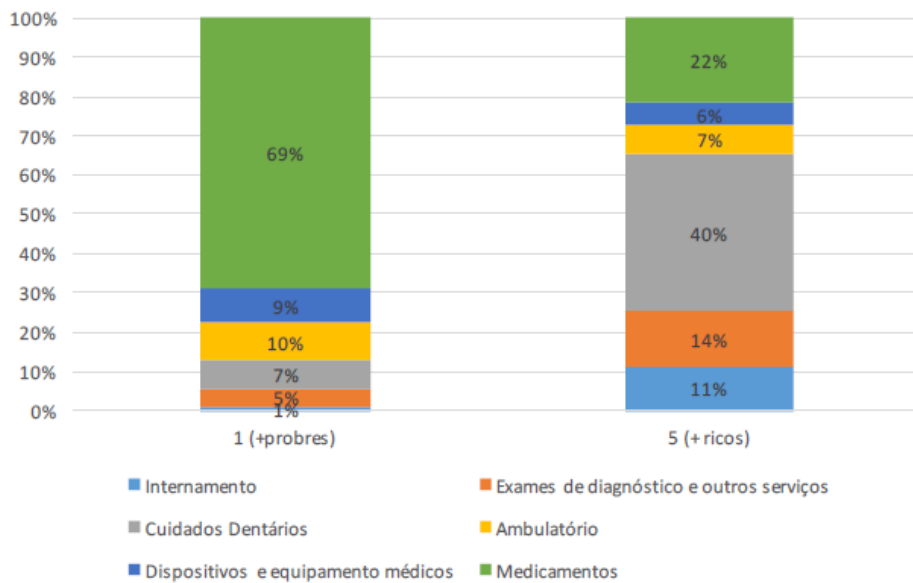


Figura 3 - Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos, de acordo com primeiro e último quintil de rendimento

Fonte: Lourenço A, Barros P. Cuidados de Saúde Oral - Universalização. Lisboa: Nova Healthcare Initiative Research; 2016

Assim, as doenças orais quer pela sua magnitude, vulnerabilidade e custos associados constituem um importante problema de Saúde Pública.

### 2.3 Acesso a Cuidados de Saúde Oral

Segundo a *World Dental Federation*, estima-se que 90% da população mundial sofre de algum tipo de doença oral durante a sua vida, no entanto apenas 60% tem acesso a cuidados de Saúde Oral <sup>29</sup>.

De acordo com a OMS, a região geográfica, a disponibilidade e acesso aos serviços de Saúde Oral, influenciam a prevalência das doenças orais e os determinantes sociais executam um papel também importante. Verifica-se que uma maior incidência de doenças orais está associada a países de médio ou baixo rendimento, especialmente nos grupos mais desfavorecidos<sup>3</sup>.

Nos países em desenvolvimento, os principais fatores que contribuem para as iniquidades no acesso aos cuidados de Saúde Oral são o deficiente investimento em cuidados de Saúde Oral, a falta de acesso a cuidados adequados e a materiais dentários de qualidade a preços acessíveis<sup>3</sup>.

De acordo com os dados do Eurobarómetro de 2010, 92% da população referiu ter acesso aos cuidados de Saúde Oral quando necessitasse e 57% referiu ter visitado o dentista no último ano. A maioria dos inquiridos (79%) preferiu ir a um consultório dentário ou a uma clínica particular. No que diz respeito à acessibilidade, 88% dos inquiridos referiu ter a possibilidade de ir a um dentista numa distância de 30 minutos da sua casa ou do seu local de trabalho, caso necessitasse.<sup>30</sup>

Metade dos inquiridos referiu ter visitado o dentista por motivos preventivos (check-up, exame ou limpeza) e 20% por motivos de urgência<sup>30</sup>.

Os europeus com maior probabilidade de terem visitado um dentista nos últimos doze meses tendem a ser habitantes de países do norte da Europa: Países Baixos (83%), Dinamarca (78%), Alemanha e Luxemburgo (77%), seguido pela Eslováquia (73%) e Suécia (71%). Os habitantes de vários países da Europa Oriental foram os menos propensos a ter visitado um dentista durante o ano passado: Lituânia (46%), Polónia (44%) e Roménia (34%)<sup>30</sup>.

A percentagem da população que afirmou ter visitado um dentista nos últimos doze meses, na Áustria (56%), Irlanda (54%), Chipre (54%), a Itália (52%) e França (52%), está toda abaixo da UE (27), cuja percentagem média foi 57%<sup>30</sup>.

Em Portugal, o acesso a cuidados de Saúde Oral encontra-se intimamente ligada à escassa cobertura do Serviço Nacional de Saúde e aos elevados custos dos serviços prestados no setor privado, os quais são pagos em grande medida de forma direta pela população<sup>18</sup>.

Segundo os dados do Barómetro Nacional de Saúde Oral de 2015, 30,6% dos portugueses



referiu ir ao dentista anualmente, sendo que estes foram essencialmente mulheres, jovens, do Interior Norte e de classe social mais elevada. A pouca regularidade de visitas ao dentista residuiu, principalmente, no facto dos portugueses pensarem que não tinham necessidade (38,1%) ou na falta de recursos financeiros (37,3%)<sup>31</sup>.

Salienta-se que a maioria dos portugueses já sentiu dores de dentes (60,5%) e desconforto devido a um problema de Saúde Oral (51,2%)<sup>31</sup>. O motivo que mais originou as visitas aos profissionais de medicina dentária foram as visitas regulares (40,2%), quer para limpeza/higienização (19,8%), quer para check-up/revisão (17,5%) e as consultas de ortodontia (2,9%). No que diz respeito à acessibilidade, 95% da população referiu ter um dentista a menos de 30 minutos da sua casa ou do local de trabalho<sup>31</sup>.

Quase metade dos portugueses (47,1%) nunca mudou de médico dentista, pois estão habituados e são pacientes há muitos anos (56,9%) e confiam no seu trabalho (54,7%). Nos últimos 12 meses, apenas 6,9% dos portugueses recorreram ao Serviço Nacional de Saúde para tratamento de algum problema oral e destes 22,3% sentiram que o problema não foi solucionado.

De facto, em Portugal, a Saúde Oral é o cuidado de saúde onde há maiores necessidades não satisfeitas. Segundo a OCDE, existe uma percentagem significativa da população em diferentes países que revela necessidades não satisfeitas de cuidados dentários<sup>11</sup>.

As necessidades não satisfeitas de cuidados de Saúde ocorrem quando um indivíduo, ou uma população, não obtém um serviço considerado necessário para a resolução do seu problema, devido a barreiras relacionadas com o acesso aos cuidados de Saúde.

No estudo *European Union Statistics on Income and Living Conditions survey* de 2011, Portugal apresentava o 2º lugar entre os países da União Europeia com necessidades de cuidados de Saúde Oral não satisfeitas mais elevadas (11,5%), ultrapassado pela Islândia (13,7%) e encontrando-se a Itália em 3º lugar (11,4%). Nestes três países, verificaram-se elevadas desigualdades relativamente às necessidades de cuidados de Saúde Oral não atendidas entre os grupos de rendimento alto e baixo<sup>11</sup>.

Em média, nos países europeus cobertos pelo inquérito, aproximadamente 10% dos inquiridos de rendimento baixo revelaram ter necessidades de cuidados de Saúde Oral não satisfeitas, particularmente ao nível do exame dentário, em comparação com 3,4% dos inquiridos de rendimento elevado<sup>11,8</sup>.

A razão mais destacada por pessoas de rendimento mais baixo para as necessidades não satisfeitas de exame dentário foi o custo (por 68% dos inquiridos), seguida por medo de

dentistas (9%). Uma proporção muito menor de pessoas com rendimento mais alto reportou que as necessidades não atendidas relativamente aos cuidados de Saúde Oral se deviam ao custo (30%), enquanto a maior parcela respondeu que se deviam à falta de tempo (17%), medo (15%) ou tempo de espera elevado para conseguir uma consulta (13%)<sup>11,8</sup>.

As necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral apresentam um aumento inverso ao rendimento e na escolaridade<sup>12</sup>.

Na União Europeia, verifica-se uma elevada heterogeneidade no que diz respeito às políticas adotadas na área da Saúde Oral e à abrangência dos cuidados tanto dos cuidados de saúde dentários prestados assim como dos grupos de beneficiários. No entanto, pode ser evidenciado que os grupos de beneficiários que têm mais destaque nas políticas de saúde são as crianças e os adolescentes até os 18 anos de idade (Bélgica, Dinamarca, Estónia, França, Holanda, Inglaterra, Polónia e Suécia)<sup>8</sup>.

A maioria dos países europeus está abrangida por programas de promoção de Saúde Oral, quer numa base voluntária para os prestadores interessados em participar, quer por meio de programas nacionais publicamente financiados. Estes programas geralmente incluem diversas atividades relacionadas com a educação de higiene oral nas escolas, consultas odontológicas individuais, terapia com flúor, entre outras<sup>5</sup>.

Para além das medidas apresentadas, existe um conjunto de programas para prevenção da doença oral que têm vindo a ser implementados em diversos países, nomeadamente:

- Fluoretação da água (Reino Unido, República da Irlanda, Espanha e Polónia);
- Sal fluoretado (Suíça, Eslováquia, França, Alemanha, República Checa);
- Programas de leite fluoretado dirigidos às crianças, mediante a sua distribuição em ambiente escolar (Bulgária, Reino Unido);
- *Check-up* dentário para população idosa (Reino Unido);
- Rastreio de cancro oral (Hungria)
- Promoção de produtos sem açúcar (Suíça, Alemanha, Turquia);
- Melhoria dos rótulos de alguns produtos na indústria alimentar (Reino Unido)<sup>8</sup>.

No Quadro 1, encontram-se resumidas as principais medidas no âmbito da saúde oral numa amostra de 10 países da OCDE.

Quadro 1 - Políticas públicas para os cuidados de saúde oral - 10 países da OCDE

País	Principais fontes de financiamento da despesa em saúde	Cuidados dentários publicamente financiados	Grupos
Bélgica	Segurança Social	Consultas, tratamentos preventivos, periodonticos, cuidados de conservação (extrações, próteses dentárias removíveis), excetuando tratamentos ortodonticos. Reembolso de 75% da taxa em radiografias	< 18 anos
		Todos os serviços dentários	Pessoas com reembolso preferencial
		Reembolso a cada trimestre, para profilaxia e limpezas, em vez de uma vez por ano	Pessoas com incapacidade mental e física
		Reembolso de próteses dentárias removíveis	≥ 50 anos
		O reembolso tem de ser aprovado pelo <i>Technical Dental Council do National Institute for Health and Disability Insurance</i>	Entre 18 e 50 anos
Dinamarca	Impostos	Gratuito, quer por via de serviços municipais, quer em consultórios privados, mediante reembolso dos municípios, incluindo prevenção e educação para a saúde oral, tratamento (principalmente relacionados com cáries) e tratamentos ortodonticos, se necessários	<18 anos
		Essencialmente pago pelos cidadãos. Alguns pagamentos, principalmente de prevenção, são assumidos pelas regiões	>18 anos

<b>Estados Unidos da América</b>	<b>Segurança Social</b>	Apenas 6% dos cuidados de saúde dentários são publicamente financiados. A maior parte deste financiamento é do programa <i>Medicaid</i> para famílias de baixo rendimento. A <i>Medicaid</i> paga uma pequena fração dos cuidados de saúde dentários, pois cobre apenas quando está incluído no tratamento que resultou de um problema médico. Os restantes 94% do financiamento é privado, dos quais 53% é de seguro dentário e o resto do pagamento é de <i>out-of-pocket</i>	Pessoas abrangidas pelo Medicaid
<b>Estónia</b>	<b>Impostos</b>	Cuidados dentários gratuitos (incluindo ortodônticos, em alguns diagnósticos)	< 19 anos
		Sistema de reembolso de 19,20€/ano e de 255,65€/ano para dentaduras	> 63 anos ou pessoas que recebam pensões de velhice
		Sistema de reembolso de 28,77€/ano	Mulheres grávidas, mães de crianças com idades < 1 ano, pessoas com doenças que afetam a necessidade de cuidados dentários e pessoas com incapacidade
<b>França</b>	<b>Segurança Social</b>	Exame oral anual oferecido e todos os tratamentos subsequentes	6, 9, 12, 15 e 18 anos
<b>Hungria</b>	<b>Segurança Social</b>	Cuidados dentários maioritariamente gratuitos, com algumas exceções (próteses dentárias removíveis para pessoas com idade 18-60; custos de técnicas de cuidados dentários para as pessoas menores de 18 anos, os	No âmbito do Single-payer health insurance system

		estudantes a tempo integral e para pessoas com mais de 60 anos; próteses para pessoas com idade inferior a 18, são exigidos copagamentos)	
<b>Holanda</b>	<b>Segurança Social</b>	Cuidados dentários cobertos pelo seguro de saúde básico	< 21 anos
		Pagamento privado ou opção por um seguro de saúde voluntário para cuidados dentários	> 21 anos
<b>Inglaterra</b>	<b>Impostos</b>	Cuidados dentários de segundo e terceiro nível nos hospitais, cuidados junto da comunidade (domicílios, lares, etc) e cuidados dentários gerais, em regime de ambulatório nas comunidades locais, no âmbito do SNS	
		Grande parte da população acede gratuitamente aos tratamentos por critérios de idade ou de inclusão em grupos com benefícios especiais	Crianças e grupos isentos
		Restante população tem os cuidados subsidiados, com pagamentos fixos em três tipos de planos de tratamento (£16,5, £45,60 ou £198)	Não isentos
<b>Polónia</b>	<b>Segurança Social</b>	Gratuito para cuidados gerais	Crianças e adultos
		Gratuito para cuidados gerais, cirurgia oral, doença periodontal e tratamento ortodôntico	< 18 anos
		Gratuito para próteses, atendimento de medicina dentária de emergência e cuidados preventivos	> 19 anos

		Alguns serviços, como check-ups, radiografia dentária, remoção da placa dentária e próteses dentárias estão sujeitos a um número limite. O reembolso por tratamento endodôntico depende do tipo de dente e o número de canais. Alguns materiais dentários são cobertos pelo fundo nacional de saúde	
<b>Suécia</b>	<b>Impostos</b>	Cuidados dentários gratuitos (sem pagamento de taxa)	< 20 anos
		Subsídio anual no valor de SEK 300 (€ 33) para prevenção e examinação geral	20-29 anos
		Subsídio anual no valor de SEK 150 (€ 16) para prevenção e examinação geral	30-74 anos
		Subsídio anual no valor de SEK 300 (€ 33) para prevenção e examinação geral	> 75 anos
		Para os restantes cuidados dentários, os utentes pagam os custos totais até SEK 3000 (€ 333) e a partir desse valor recebem um subsídio no valor de 50% dos custos para cuidados de preço entre SEK 3000 e 15000 (€ 1667) e 85% em cuidados acima desse valor	> 20 anos

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde. Acesso, concorrência e qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde; 2014

## 2.4 Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

O Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar desenvolve-se em Portugal desde 1986. Em 1999 foi revisto e divulgado através da Circular Normativa n.º 6/DSE de 20/05/99 da Direção-Geral da Saúde, tendo passado a designar-se Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes, passando a incluir a aplicação de selantes de fissura e encaminhamento médico dentário<sup>4</sup>.

O quadro conceptual do programa corresponde a uma estratégia global de intervenção assente na promoção da Saúde e na prevenção primária e secundária da cárie dentária, tendo sido dada elevada relevância à intervenção em meio escolar<sup>4</sup>.

Esta intervenção era feita através da educação para a saúde, abrangendo:

- A educação alimentar;
- A higiene oral: escovagem com pasta de dentes com flúor, pelo menos duas vezes por dia, recomendando-se que uma delas seja efetuada no estabelecimento de ensino; a limpeza dos espaços interdentários com o fio dentário; informação e formação de educadores, professores e pais;
- A administração de flúor: racionalizando as dosagens conforme a idade da criança e o teor do elemento nas águas de abastecimento público, recomendando comprimidos de flúor diários nas crianças da pré-escola e aplicação quinzenal de bochechos de flúor nas escolas do 1º ciclo<sup>18</sup>.

Este programa pretendia, embora sem grande sucesso, estabelecer complementaridade entre o setor público e privado na prestação de cuidados de Saúde Oral preventivos sempre que não existisse resposta no SNS<sup>18</sup>.

Em 2005, aproveitando o aumento do número de profissionais de medicina dentária, foi implementado o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, enquanto modelo de contratualização de cuidados de medicina dentária direcionado às crianças e jovens, o qual foi incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010<sup>4</sup>.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral tem como finalidades:

- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral;
- Diminuir a incidência de cárie dentária;
- Reduzir a prevalência da cárie dentária;
- Aumentar a percentagem de crianças livres de cárie;
- Criar uma base de dados, nacional, sobre Saúde Oral;

- Prestar especial atenção, numa perspectiva de promoção da equidade, à Saúde Oral das crianças e dos jovens com Necessidades de Saúde Especiais, assim como dos grupos economicamente débeis e socialmente excluídos, que frequentam a escola do ensino regular ou instituições<sup>4</sup>.

Está preconizado que as atividades do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral estejam incluídas nos programas de Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil e Saúde Escolar e que sejam desenvolvidas no Centro de Saúde e em todos os estabelecimentos de educação pré-escolar e do ensino básico, público, privado ou dependentes de estruturas oficiais da segurança social<sup>4</sup>.

Para o desenvolvimento das atividades do programa é indispensável o envolvimento dos profissionais de saúde, de educação, pais ou encarregados de educação, bem como das autarquias<sup>4</sup>.

A nível local, a coordenação do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral é exercida pela Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde ou das Unidades Locais de Saúde<sup>4</sup>.

A deslocação ao estabelecimento de ensino para o efeito acima mencionado está em conformidade com as normas estabelecidas pela Direção-Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação e é concretizada através de agendamento a estabelecer anualmente, no 1º período do ano lectivo, pelo gestor local de saúde oral e pelos interlocutores designados pela Escola/Agrupamentos de Escolas<sup>4</sup>.

Considerada a natureza do Serviço Nacional de Saúde, de sistema universal, geral e tendencialmente gratuito, a implementação do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral consubstancia um alargamento das prestações até então abrangidas pelo Serviço Nacional de Saúde, mediante o recurso a contratualização com o setor privado, a qual iniciou-se em maio de 2008 com a criação do modelo do cheque-dentista<sup>18</sup>.



## 2.5 Modelo do cheque-dentista

A partir de maio de 2008, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral passou a prever a atribuição de cheques-dentista a grávidas em vigilância pré-natal no Serviço Nacional de Saúde, bem como a idosos beneficiários do complemento solidário utentes do Serviço Nacional de Saúde. Assim, os utentes beneficiários dos cheques-dentista passaram a poder recorrer a dentistas do setor privado com acordo com o Serviço Nacional de Saúde<sup>18</sup>.

A adesão dos prestadores ao cheque-dentista é voluntária e cada cheque-dentista tem um valor predeterminado e um número máximo a atribuir mediante o grupo de utentes beneficiário<sup>8</sup>.

A partir de 2009, é alargada a cobertura do programa através da emissão do cheque-dentista a crianças e jovens com idade inferior a 16 anos. Em 2010, os portadores de infeção VIH/SIDA são, também, abrangidos pelo programa<sup>18</sup>.

Considerando a elevada taxa de incidência de cancro oral, frequentemente associados a diagnósticos tardios, e dado que está comprovada a elevada vulnerabilidade do cancro oral à intervenção precoce nos diferentes níveis em que ela é possível, em março de 2014 o pacote de serviços prestados é alargado, passando a incluir a intervenção precoce no cancro oral<sup>18</sup>.

A intervenção precoce no cancro oral é desencadeada pelo médico de família, e o valor do cheque-diagnóstico e cheque-biópsia é de 15 euros e 50 euros, havendo para cada um destes tipos de cheque um limite máximo de dois cheques por utente<sup>14</sup>.

Em 2015, o Despacho nº 12889/2015, de 9 de novembro, veio a incluir, a partir de 1 de março:

- Os jovens de 18 anos que tenham sido beneficiários do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral e concluído o plano de tratamentos aos 16 anos;
- Os utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA que já tenham sido abrangidos pelo Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral e que não fazem tratamentos há mais de 24 meses;
- As crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais de saúde, nomeadamente portadores de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21, entre outras, que não tenham ainda sido abrangidos pelo Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral<sup>32</sup>.

Sistematizando, através do modelo do cheque-dentista tem sido permitido prestar cuidados dentários a grupos-chave e especialmente vulneráveis que sejam utentes do Serviço Nacional de Saúde:

- Mulheres grávidas em vigilância pré-natal no Serviço Nacional de Saúde;

- Pessoas idosas beneficiários do Complemento Solidário de Idosos que sejam utentes do Serviço Nacional de Saúde;
- Crianças de 7, 10 e 13 anos que frequentam ensino público e Instituições Particulares de Solidariedade Social;
- Crianças de idades intermédias às citadas anteriormente (8,9,11,12,14 e 15 anos);
- Crianças com idade inferior a 7 anos;
- Utentes portadores de VIH/SIDA;
- Intervenção precoce no cancro oral<sup>18</sup>.

No Quadro 2, encontra-se uma caracterização sumária dos projetos associados ao cheque-dentista.

Quadro 2 - Políticas públicas para os cuidados de saúde oral - Portugal

<b>Projeto Saúde Oral</b>	<b>População-alvo</b>	<b>Máximo de cheques-dentista/utente</b>	<b>Data de entrada em vigor do Projeto</b>
<b>Grávidas</b>	Grávidas seguidas no SNS (por referência do médico de família)	3/gravidez	27-02-2008
<b>Pessoas Idosas</b>	Idosos beneficiários do Complemento Solidário (por referência do médico de família)	2/ano	27-02-2008
<b>Saúde Infantil</b>	Crianças com idade inferior ou igual a 6 anos (por referência do médico de família, em situações agudas)	1/ano (teto máximo de 20.000 crianças/ano)	09-01-2009

<b>Crianças e Jovens</b>	Crianças e Jovens 7, 10 e 13 anos, que frequentam escolas públicas ou Instituições Particulares de Solidariedade Social	2 (7 e 10 anos)	09-01-2009
		3 (13 anos)	
	Crianças e jovens com necessidades especiais portadoras de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21, entre outras, que não tenham ainda sido abrangidos pelo Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral	Igual no caso das crianças colaborantes; referenciação via Consulta a Tempo e Horas para os não colaborantes	01-03-2016
<b>Crianças e Jovens idades intermédias</b>	Crianças de 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos (por referência do médico de família, em situações agudas)	1 por ano	20-04-2010
<b>Crianças e Jovens 15 anos Completos</b>	Jovens de 16 anos que completaram plano de tratamento aos 13 anos	1 por ano	01-08-2013
<b>Crianças e Jovens 18 anos</b>	Jovens de 18 anos que completaram	1 por ano	01-03-2016

	plano de tratamento aos 16 anos		
<b>Utentes portadores de VIH/SIDA</b>	<u>Fase 1:</u> Utentes infetados pelo vírus VIH/Sida	6 por utente	27-10-2010
	<u>Fase 2:</u> Utentes infetados pelo vírus VIH/Sida já abrangidos pelo Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral e que não fazem tratamento há mais de 24 meses	2 cheque/2 em 2 anos	01-03-2016
<b>Intervenção Precoce no Cancro Oral</b>	<u>Grupo de risco (rastreamento oportunista):</u> homens fumadores, com idade igual ou superior a 40 anos e com hábitos alcoólicos e utentes com lesões da cavidade oral identificadas pelo próprio, pelo médico de família ou por estomatologista ou médico dentista	1 cheque diagnóstico e 1 cheque biópsia, 2 vezes por ano	01-03-2014

Fonte: Lourenço A, Barros P. Cuidados de Saúde Oral - Universalização. Lisboa: Nova Healthcare Initiative Research; 2016

As crianças em idade escolar, pertencentes às coortes dos 7, 10 ou 13 anos, deverão ter todos os seus dentes permanentes tratados e/ou protegidos, após cada ciclo de intervenções. Para além dos objetivos terapêuticos, a instrução e motivação para a higiene oral é obrigatória no primeiro cheque-dentista e deve ser transversal aos restantes, tendo em vista assegurar a formação dos utentes para a aquisição de hábitos de higiene oral adequados às suas

necessidades<sup>8</sup>.

No final de 2015, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral contava com 4.150 médicos aderentes (103 estomatologistas e 4.047 médicos dentistas) em 7.235 consultórios distintos de prestação de cuidados de saúde oral. Dentro da rede encontravam-se ainda 240 médicos dentistas disponíveis para o diagnóstico de cancro oral, com cobertura geográfica em Portugal Continental<sup>18</sup>.

Desde o início do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral até 2015, foram emitidos 3.812.267 cheques-dentista, sendo que a percentagem de cheques-dentista que foram efetivamente utilizados foi de 72% (Quadro 3). A maioria dos cheques-dentista utilizados foi no grupo das crianças e jovens de 7,10 e 13 anos<sup>18</sup>.

Quadro 3 - Número total de cheques-dentista utilizados no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Mulher Grávida	23.707	60.971	68.120	67.626	71.261	67.959	71.624	77.024	508.292
Pessoas Idosas	3.259	9.829	9.530	8.353	8.118	8.107	7.734	7.745	62.675
Saúde Infantil (crianças com idade inferior ou igual a 6 anos)		3.806	10.621	13.126	14.683	11.677	14.451	17.972	86.336
Crianças e jovens escolarizados (7,10 e 13 anos)		188.263	308.032	318.559	314.931	312.394	300.974	287.564	2.030.717
Crianças e jovens nas idades intermédias			1.706	2.959	4.877	5.245	6.717	10.006	31.510
Crianças e jovens 15 anos completos (16 anos)						2.122	4.138	9.906	16.166
Utentes portadores de VIH/SIDA			20	566	503	960	958	891	3.898
Intervenção Precoce no Cancro Oral							685	1.471	2.106
	26.966	262.869	398.029	411.189	414.373	408.464	407.281	412.529	2.741.700

Fonte: Lourenço A, Barros P. Cuidados de Saúde Oral - Universalização. Lisboa: Nova Healthcare Initiative Research; 2016

## 2.6 Adesão ao cheque-dentista no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

O ACES Lisboa Ocidental e Oeiras tem um total de 233.465 habitantes (Censos 2011) e abrange uma área de aproximadamente 61 Km<sup>2</sup> sendo 41,8 Km<sup>2</sup> do Concelho de Oeiras e 19,37 Km<sup>2</sup> de Lisboa Ocidental<sup>19</sup>.

A zona ocidental de Lisboa, com 61.345 habitantes – 44,9% homens e 55,1% mulheres (Censos 2011), inicialmente composta por 5 freguesias, com a publicação da Lei nº 56/2012 de 8 de novembro, foi reorganizada em 4 freguesias: Ajuda, Belém, Alcântara, Campo de Ourique (Santo Condestável)<sup>19</sup>.

O concelho de Oeiras, com 172.120 habitantes – 46,58% homens e 53, 41% mulheres (Censos 2011), inicialmente composto por 10 freguesias, com a publicação da Lei nº 11-A/2013 de 28 de janeiro, foi reorganizado em 5 freguesias: União de Freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz Quebrada e Dafundo, União de Freguesias de Carnaxide e Queijas, União de Freguesias de Oeiras, São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias, Freguesia de Barcarena e Freguesia de Porto Salvo<sup>19</sup>.

Todas as freguesias que compõem o ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (Figura 4) apresentam uma densidade populacional significativamente superior à dos valores nacionais, o mesmo sucedendo em comparação com a Região de Lisboa e Vale do Tejo, com tendência crescente no Concelho de Oeiras. De acordo com os dados recolhidos, a densidade populacional do ACES é elevada, correspondendo quase ao quádruplo da Região de Lisboa e Vale do Tejo<sup>19</sup>.



Figura 4 - Mapa de Freguesias do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Fonte: Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; 2015.

A pirâmide etária da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras evidencia um achatamento das bases, traduzido numa baixa natalidade, embora com tendência para crescer ultimamente, bem como um predomínio da população em idade ativa<sup>19</sup>.

Relativamente aos idosos com  $\geq 65$  anos, que representam cerca de 21,5% da população abrangida pelo ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, 65 % vivem sós ou com outros do mesmo grupo etário (63% em Oeiras e 68% em Lisboa Ocidental). Os índices demográficos (dependência de jovens, idosos e de envelhecimento) aumentaram no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (Quadro 4), na última década, à semelhança do que ocorreu ao nível da Região de Lisboa e Vale do Tejo<sup>19</sup>.

Quadro 4 - Índices Demográficos (1991, 2001, 2011 e 2012)

Local de Residência	1991	2001	2011	2012
<b>Índice de Envelhecimento</b>				
Contínente	73,6	104,8	130,5	134,0
ARS Lisboa e Vale do Tejo	78,0	109,1	125,7	128,1
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras	62,7	105,4	127,7	131,6
<b>Índice de Dependência de Jovens</b>				
Contínente	28,5	23,7	22,5	22,4
ARS Lisboa e Vale do Tejo	25,4	22,3	23,9	24,1
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras	24,4	20,4	24,3	24,9
<b>Índice de Dependência de Idosos</b>				
Contínente	21,0	24,8	29,3	30,0
ARS Lisboa e Vale do Tejo	19,8	24,3	30,0	30,9
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras	15,3	21,5	31,0	32,7

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde

A população de Lisboa Ocidental e Oeiras apresenta um nível de escolaridade elevado, maioritariamente com o ensino secundário e superior (47,1% - correspondendo 37,4% a Oeiras e 9,7% a Lisboa Ocidental), sendo reduzida a população sem qualquer nível de escolaridade (8% - correspondendo 6,7% a Oeiras e 1,3% a Lisboa Ocidental). A taxa de desemprego na população do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras é de 10,95% (10,2% em Oeiras e 11,7% em Lisboa Ocidental), sendo inferior à taxa nacional (12,5%)<sup>19</sup>.

A população da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras é servida pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, cuja rede abrange o Hospital São Francisco Xavier, o Hospital de Egas Moniz e o Hospital de Santa Cruz. Esta área dispõe também de uma cobertura de unidades de saúde privadas, como por exemplo o Hospital da Luz de Oeiras, a Clínica Médica da Linha, o Instituto do Coração e a Clínica CUF Belém<sup>19</sup>.

Em termos de Unidades Funcionais, o ACES Lisboa Ocidental e Oeiras é constituído por 9 Unidades de Saúde Familiar, 6 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 3 Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidade de Saúde Pública, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, Unidade de Apoio à Gestão e Gabinete do Cidadão<sup>19</sup>.

A equipa de Saúde Oral do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras é constituída por 4 higienistas orais e 1 médica dentista e a gestão é feita pela Unidade de Saúde Pública. Cabe às higienistas orais a deslocação às escolas públicas para realizar uma triagem aos alunos de 7,10 e 13 anos. No caso de ser detectada cárie dentária em dentes permanentes é feita a emissão do cheque-dentista, caso contrário é emitido um documento de acesso a consulta de higiene oral. De acordo com o estudo “Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral”, entre 2008 e 2013, a proporção de utilização dos primeiros cheques-dentista a nível nacional foi de 64% e na Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo foi de 62% (Quadro 5)<sup>8</sup>.

Quadro 5- Proporção de utilização de total de cheques-dentista, e primeiros cheques dentista, por ARS, entre os anos de 2008 e 2013

ARS	Proporção de utilização total	Proporção de utilização dos primeiros cheques-dentista
ARS Norte	76%	67%
ARS Centro	73%	70%
ARS LVT	61%	62%
ARS Alentejo	65%	57%
ARS Algarve	72%	63%
<b>Nacional</b>	71%	64%

Fonte: Adaptado de Entidade Reguladora da Saúde. Acesso, concorrência e qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde; 2014

Contudo, no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras a utilização dos primeiros cheques-dentistas dos 7, 10 e 13 anos é ainda mais baixa, situando-se nos 23% no ano letivo 2014/2015, à semelhança do verificado em anos letivos anteriores (23% em 2012/2013 e 22% em 2011/2012<sup>20</sup>.



### **3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E FINALIDADE**

#### **3.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

- Que fatores condicionaram a não adesão ao 1º cheque-dentista, nos alunos de 7, 10 e 13 anos, inscritos nas escolas públicas da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, durante o ano letivo 2014/2015?

#### **3.2 FINALIDADE**

Com este estudo pretende-se conhecer os fatores que condicionaram a não adesão ao 1º cheque-dentista, nos alunos de de 7 anos (nascidos em 2007), 10 anos (nascidos em 2004) e 13 anos (nascidos em 2001) que se encontravam inscritos nas escolas públicas da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, durante o ano letivo 2014/2015.

A elaboração deste estudo partiu de uma necessidade sentida pela Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, a qual é responsável pela gestão ao nível local da equipa de Saúde Oral, visto a proporção de utilização dos primeiros cheques-dentista nos alunos de 7,10 e 13 anos se encontrar muito abaixo dos valores verificados a nível nacional e regional.

Através da identificação destes fatores vai ser possível elencar estratégias com o intuito de aumentar a proporção de utilização dos cheques-dentista e assim melhorar a eficiência do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.



## **4. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE ESTUDO**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

- Estudar os fatores que condicionaram a não utilização do primeiro cheque-dentista, nos alunos com 7, 10 e 13 anos, das escolas da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, no ano letivo 2014/2015.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Comparar e caracterizar sociodemograficamente os alunos com 7, 10 e 13 anos que utilizaram o primeiro cheque-dentista *versus* os alunos que não utilizaram o primeiro cheque-dentista;
- 2) Comparar e caracterizar sociodemograficamente os Encarregados de Educação dos alunos que utilizaram o primeiro cheque-dentista *versus* os Encarregados de Educação dos alunos que não utilizaram o primeiro cheque-dentista;
- 3) Calcular a frequência de possíveis fatores de adesão ou não adesão ao primeiro cheque-dentista nos alunos de 7, 10 e 13 anos;
- 4) Verificar a existência de associação entre as variáveis em estudo e a utilização ou não utilização do primeiro cheque-dentista.

### **4.3 HIPÓTESES DE ESTUDO:**

1. O conhecimento de dentistas aderentes ao cheque-dentista é menor nos Encarregados de Educação dos alunos que não utilizaram o cheque-dentistas;
2. A vigilância por dentista é menor nos alunos que não utilizaram o cheque-dentista;
3. O nível de escolaridade é menor nos Encarregados de Educação dos alunos que não utilizaram o cheque-dentista.

Para cada uma destas hipóteses consideradas H1 (hipótese alternativa), tem-se uma hipótese nula (H0), cuja rejeição visa a aceitação da H1.



## **5. MATERIAL E MÉTODOS**

### **5.1 TIPO DE ESTUDO**

Realizou-se um estudo epidemiológico observacional, retrospectivo, do tipo caso-controlo, dado que o resultado já era conhecido para a população em estudo, isto é, já se sabia quem tinha aderido ou não ao cheque-dentista, o que permitiu a seleção dos casos e dos controlos. Este estudo, além da componente descritiva, tem uma componente analítica pois procurou verificar a existência de associações entre as variáveis em análise<sup>33</sup>.

### **5.2 POPULAÇÃO-ALVO**

A população-alvo correspondeu à população para a qual se pretendia generalizar as conclusões do estudo, correspondendo neste caso aos alunos dos grupos etários dos 7, 10 e 13 anos inscritos nas escolas públicas da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras que receberam o primeiro cheque-dentista no ano letivo 2014/2015.

Escolheu-se o ano letivo 2014/2015, pois os cheques-dentista emitidos no letivo 2015/2016 ainda podiam ser utilizados até 31 de outubro de 2016 e o estudo iniciou-se em setembro de 2016.

### **5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

- 1) Tratar-se de uma criança com 7, 10 ou 13 anos no ano letivo 2014/2015;
- 2) Estar inscrita nas escolas públicas da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras no ano letivo 2014/2015;
- 3) Ter recebido o primeiro cheque-dentista no ano letivo 2014/2015;
- 4) Consentimento informado do Encarregado de Educação para participação no estudo.

### **5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

- 1) Ter participado no estudo-piloto;
- 2) Encarregado de Educação não ter recebido o cheque-dentista no ano letivo 2014/2015;
- 3) Encarregado de Educação não ter autorizado o consentimento informado;
- 4) Encarregado de Educação não ter respondido ao questionário.

## 5.5 DEFINIÇÃO DE CASO

Aluno de 7, 10 ou 13 anos, inscrito em escola pública da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, que tenha recebido o primeiro cheque-dentista e que não o tenha utilizado, no ano letivo 2014/2015.

## 5.6 DEFINIÇÃO DE CONTROLO

Aluno de 7, 10 ou 13 anos, inscrito em escola pública da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, que tenha recebido o primeiro cheque-dentista e que o tenha utilizado, no ano letivo 2014/2015.

## 5.7 AMOSTRAGEM

Para o cálculo da amostra necessária foi utilizada a fórmula de cálculo de amostras para estudos caso-controlo, considerando um nível de significância de 5%, poder de teste de 80%, rácio caso- controlo 1:1 e uma percentagem de 50% de controlos expostos (considerou-se este valor por não haver nenhum valor de referência na literatura) e um *Odds Ratio* (OR) de 2,5<sup>33,34</sup>.

A dimensão amostral corresponde a 162 alunos (população-alvo 2496 alunos), com 81 casos e 81 controlos<sup>14,15</sup>. No entanto, tendo em conta a literatura, considerámos uma taxa de resposta de 20% pelo que foi necessário abranger pelo menos 810 alunos (405 casos e 405 controlos)<sup>35,33</sup>.

## 5.8 VARIÁVEIS EM ESTUDO

1) **Variável dependente:** não utilização do primeiro cheque dentista.

2) **Variáveis independentes:**

### 2.1 Variáveis de caracterização sociodemográfica do aluno:

- **Idade:** idade em anos completos, do aluno, referente ao ano letivo 2014/2015, dentro dos grupos de interesse: 7, 10 e 13 anos;
- **Sexo:** feminino ou masculino;
- **Escola de inscrição:** escola da área de influência do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras em que o aluno esteve matriculado no ano letivo 2014/2015. Esta variável foi categorizada pelos Agrupamentos de Escolas ou Escolas Não Agrupadas.

### 2.2 Variáveis de caracterização sociodemográfica do Encarregado de Educação (EE):

- **Idade:** idade em anos completos do Encarregado de Educação, referente ao ano letivo 2014/2015;
- **Sexo:** feminino ou masculino;
- **Grau de parentesco:** relação familiar entre o Encarregado de Educação e o aluno;
- **Estado civil:** situação do Encarregado de Educação em relação ao estado civil, no ano letivo 2014/2015;
- **Nível de escolaridade:** nível de habilitações completas do Encarregado de Educação, no ano letivo 2014/2015;
- **Profissão:** referente ano letivo 2014/2015, profissão codificada de acordo com a classificação nacional das profissões<sup>36</sup>;
- **Situação profissional:** profissionalmente ativo ou não, no ano letivo 2014/2015;
- **Motivo de inatividade:** razão pela qual o Encarregado de Educação não exercia atividade profissional, no ano letivo 2014/2015.

### 2.3 Variáveis relativas ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral:

- **Atribuição do cheque-dentista:** atribuição ou não de cheque-dentista, no ano letivo 2014/2015. Esta variável serve de controlo, sendo que foram excluídos do estudo os indivíduos que responderam “não” ou “não sei” a esta questão;

- **Recetor do cheque-dentista:** indivíduo a quem foram entregues os cheques-dentista, no ano letivo 2014/2015;
- **Conhecimento de dentista aderente ao cheque-dentista:** estado de conhecimento, pelo Encarregado de Educação, de dentista com acordo com o cheque-dentista;
- **Vigilância por dentista:** aluno vigiado por dentista, no ano letivo 2014/2015;
- **Vigilância com dentista aderente ao cheque-dentista:** aluno vigiado por dentista aderente ao cheque-dentista, no ano letivo 2014/2015.
- **Motivos da não utilização do cheque-dentista:**
  - Não achou necessário;
  - Esqueceu-se de usar, deixando ultrapassar o prazo de validade;
  - Não conseguiu encontrar clínicas aderentes ao cheque-dentista,
  - Conseguiu encontrar clínicas aderentes ao cheque-dentista, mas não conseguiu agendar a consulta;
  - Não aderiu por aconselhamento de outros profissionais;
  - Já usou em anos anteriores, não tendo ficado satisfeito com o atendimento;
  - Não recebeu informação sobre como utilizar o cheque-dentista e sua importância;
  - Outros motivos (foi dada a opção para especificar quais os outros motivos que levaram à não utilização do cheque-dentista).

O plano de operacionalização das variáveis encontra-se em anexo (Anexo 1)



## 5.9 FONTES E SUPORTE DE INFORMAÇÃO

Os dados referentes à adesão ou não adesão ao cheque-dentista foram retirados do Sistema de Informação em Saúde Oral (SISO), enquanto a informação relativa à escola que os alunos frequentavam foi fornecida por cada escola.

De modo a conhecer os motivos que condicionaram a utilização do cheque-dentista, elaborou-se um questionário (Anexo 2), baseado na literatura, em suporte de papel, o qual foi autoadministrado aos Encarregados de Educação).

Para a elaboração do mesmo, para além da pesquisa bibliográfica, reuniu-se os peritos do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras nesta área (higienistas orais e médicos de saúde pública) e através da técnica de grupo nominal tentou-se perceber quais os principais fatores que estariam associados a esta baixa adesão. O questionário foi revisto pelos mesmos peritos com o intuito que as questões fossem claras e de fácil compreensão.

Adicionalmente, para aferir a validade facial do questionário foi realizado um pré-teste a 10 EE selecionados aleatoriamente, do qual não resultaram alterações. Os participantes neste ensaio piloto foram excluídos do estudo.

O questionário era constituído por 3 partes:

- A primeira parte era referente ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (receptor do cheque-dentista, conhecimento de dentista aderente, vigilância por dentista particular e se sim, se este era aderente ao cheque-dentista);
- A segunda parte era referente à caracterização sociodemográfica aluno (idade, sexo, escola de inscrição);
- A terceira parte à caracterização sociodemográfica dos Encarregado de Educação (idade, sexo, grau de parentesco, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação profissional e, se aplicável, motivo de inatividade).

## 5.10 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Para a realização deste estudo foram tidas em consideração as questões éticas e morais previstas na legislação portuguesa (Lei nº 67/98 de 26 de agosto)<sup>37</sup>, tendo obtido parecer positivo quer da Comissão de Ética da ARS LVT (número de autorização 9136/CES/ 2016), quer da Diretora Executiva do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras (Anexo 4 e 5).

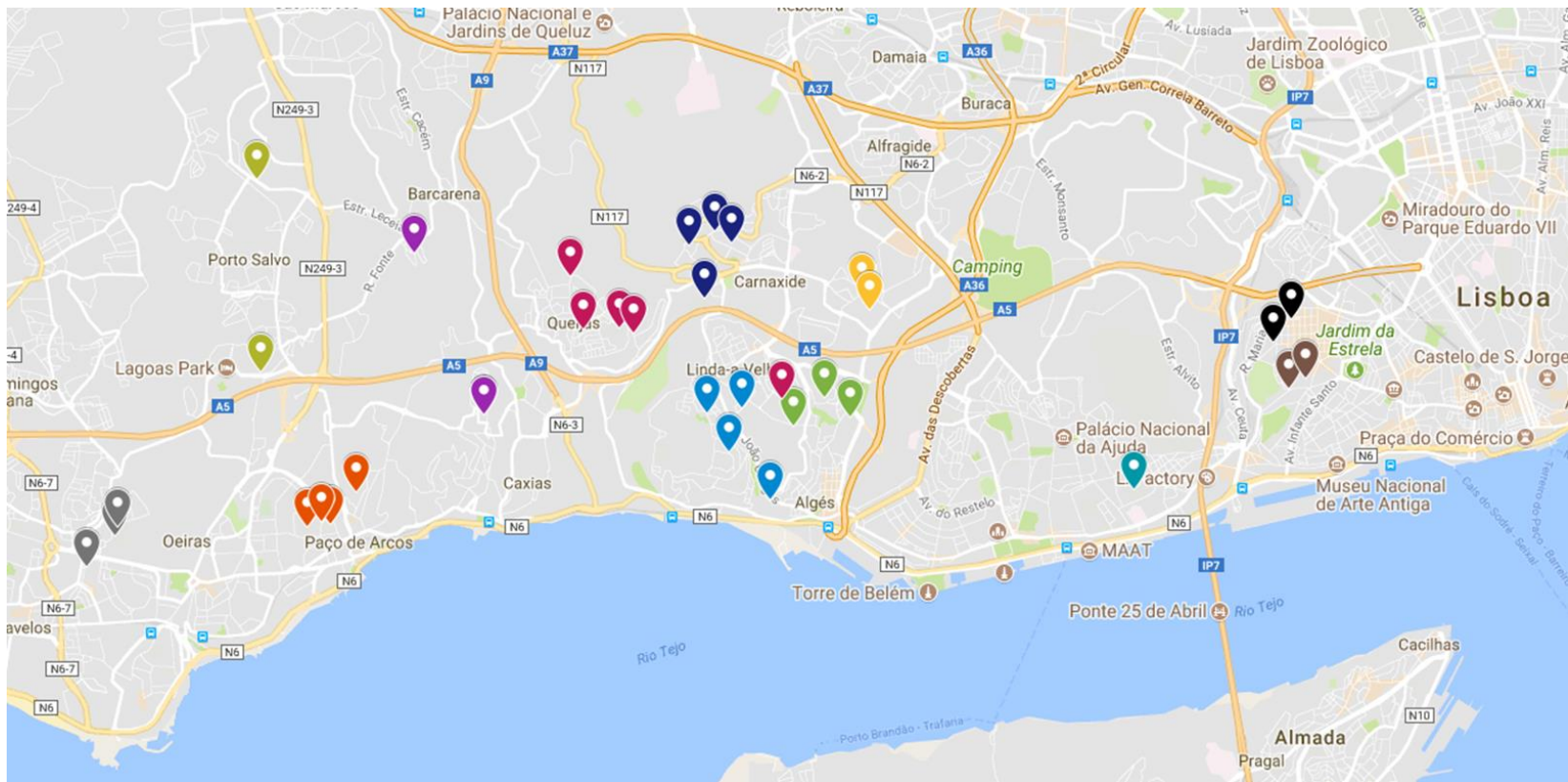
Após se ter a aprovação da Comissão de Ética da ARS LVT, foi enviado um email pela Gestora do Programa de Saúde Escolar do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras a todos os diretores das escolas públicas da área geodemográfica do ACES (62 escolas: 14 Agrupamentos de Escolas (AE) e 4 Escolas Não Agrupadas) a explicar o estudo e a solicitar participação. Para aumentar a participação, além do email, foram também realizados contactos telefónicos e realizadas reuniões com os diretores das escolas para explicar o estudo.

Do total de 62 escolas, 35 aceitaram participar no estudo (11 AE e 1 Escola Não Agrupada), o que fez uma percentagem de adesão das escolas de 56,5% (Figura 5).

Numa segunda fase, das 35 escolas que aceitaram participar no estudo, realizámos o cruzamento das listas dos alunos que utilizaram o primeiro cheque-dentista no ano letivo 2014/2015, através do SISO com a lista dos alunos matriculados no presente ano letivo, de forma a excluir alunos que tenham, entretanto, mudado de escola. Obteve-se um total de 884 alunos elegíveis: 450 casos e 434 controlos.

Tendo em conta que seria necessário abranger pelo menos 810 alunos (405 casos e 405 controlos) para obter o valor teórico calculado para a amostra (162), decidiu-se abranger todos os alunos elegíveis (884 alunos). Assim, entre setembro de 2016 e fevereiro de 2017, enviou-se um total de 884 questionários.

O questionário foi distribuído pelas escolas aderentes, conjuntamente com o consentimento informado (Anexo 3). Tanto o questionário como o consentimento informado foram entregues aos Encarregados de Educação dos alunos através dos diretores de turma, que por sua vez, articularam com o Professor responsável pelos Projetos de Educação para a Saúde de cada escola. O Professor responsável pelos Projetos de Educação para a Saúde de cada escola funcionou como elo de ligação de cada escola com o investigador.



-  AE Santa Catarina
-  AE de Miraflores
-  AE Carnaxide-Portela
-  AE Linda-a-Velha e Queijas
-  AE São Bruno
-  AE Conde de Oeiras
-  AE Aquilino Ribeiro
-  AE Paço de Arcos
-  AE Manuel da Maia
-  ES Rainha Dona Amélia
-  AE Bartolomeu de Gusmão
-  AE Carnaxide

Figura 5 - Distribuição Geográfica das Escolas Participantes



Obteve-se resposta em 362 dos 884 questionários enviados (percentagem global de resposta de 41%; mín-máx: 20,0-56,1%) – Quadro 6. Não foi possível analisar as características dos não respondentes por não se ter acesso a esses dados.

Quadro 6 - Adesão das Escolas Participantes

Escolas Participantes	Adesão ao Estudo (%)	Questionários Excluídos (%)	Número de Questionários		
			Recebidos	Excluídos	Enviados
<b>AE Santa Catarina</b>	<b>52,2</b>	<b>16,9</b>	<b>59</b>	<b>10</b>	<b>113</b>
ES Amélia Rey Colaço	45,6	9,7	31	3	68
EB João Gonçalves Zarço	70,4	15,7	19	3	27
EB1 Armando Guerreiro	50,0	75,0	4	3	8
EB 1 D. Pedro V	50,0	20,0	5	1	10
<b>AE Miraflores</b>	<b>23,6</b>	<b>8,0</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>106</b>
ES Miraflores	13,6	9,1	11	1	81
EBI Miraflores	61,9	8,0	13	1	21
EB1 Alto de Algés	25,0	0,0	1	0	4
<b>AE Carnaxide-Portela</b>	<b>30,3</b>	<b>20,0</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>60</b>
EB Sophia de Mello Breyner	29,4	0,2	15	3	51
EB1 Amélia Vieira Luís	55,6	20,0	5	1	9
<b>AE Linda-a-Velha e Queijas</b>	<b>42,8</b>	<b>27,3</b>	<b>33</b>	<b>9</b>	<b>77</b>

ES Prof. José Augusto Lucas	30,0	25,0	12	3	40
EB 2,3 Prof. Noronha Feio	48,0	16,7	12	2	25
EB 1 Cesário Verde	100,0	0,0	2	0	2
EB1 Narciso Pereira	50,0	33,3	3	1	6
EB1 Gil Vicente	100,0	75,0	4	3	4
<b>AE São Bruno</b>	<b>53,2</b>	<b>16,0</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>47</b>
EBI São Bruno	54,5	12,5	24	3	44
EB1 Visconde de Leceia	100,0	100,0	1	1	2
EB1 Nossa Senhora do Vale	0,0	0,0	0	0	1
<b>AE Conde de Oeiras</b>	<b>38,7</b>	<b>33,3</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>31</b>
EB Conde de Oeiras	50,0	33,3	12	4	24
EB1 António Rebelo de Andrade	0,0	0,0	0	0	1
EB1 Sá de Miranda	0,0	0,0	0	0	6
<b>AE Aquilino Ribeiro</b>	<b>56,1</b>	<b>19,6</b>	<b>46</b>	<b>9</b>	<b>82</b>
ES Aquilino Ribeiro	56,2	19,5	41	8	73
EB1 Porto Salvo	55,6	20,0	5	1	9
<b>AE Paço de Arcos</b>	<b>54,7</b>	<b>15,5</b>	<b>58</b>	<b>9</b>	<b>106</b>
ES Luís de Freitas Branco	40,0	25,0	12	3	30

EBI Dr. Joaquim Barros	65,7	13,0	46	6	70
EB1 Dionísio dos Santos Matias	0,0	0,0	0	0	2
EB1 Maria Luciano Seruca	0,0	0,0	0	0	4
<b>AE Manuel da Maia</b>	<b>40,4</b>	<b>5,3</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>47</b>
EB Manuel da Maia	43,2	5,3	19	1	44
EB1 Santo Condestável	0,0	0,0	0	0	3
<b>ES Rainha Dona Amélia</b>	<b>20,0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
<b>AE Bartolomeu de Gusmão</b>	<b>23,7</b>	<b>16,7</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>76</b>
EB Josefa de Óbidos	28,6	16,7	18	3	63
EB1 Eng. Ressano Garcia	0,0	0,0	0	0	13
<b>AE Carnaxide</b>	<b>34,7</b>	<b>13,9</b>	<b>43</b>	<b>6</b>	<b>124</b>
ES Camilo Castelo Branco	25,0	8,0	26	2	104
EB Vieira da Silva	88,9	25,0	16	4	18
EB1 Antero Basalisa	0,0	0,0	0	0	1
EB1 Sylvia Philips	100,0	0,0	1	0	1
<b>Total: 35 Escolas (11 AE e 1 Escolas Não Agrupada)</b>	<b>40,8</b>	<b>17,2</b>	<b>361</b>	<b>62</b>	<b>884</b>

Legenda: AE: Agrupamentos de Escolas; ES: Escola Secundária; EB: Escola Básica; EB1: Escola Básica 1º Ciclo de Ensino Básico;

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram considerados 270 respostas válidas, das quais 135 correspondiam a casos e 135 a controlos (Figura 6).

Foram excluídos 17,2% (n=62) dos questionários por os Encarregados de Educação terem dito que não receberam o cheque-dentista no ano letivo 2014/2015, variando esta percentagem nos AE participantes entre 0-33% (Quadro 6).

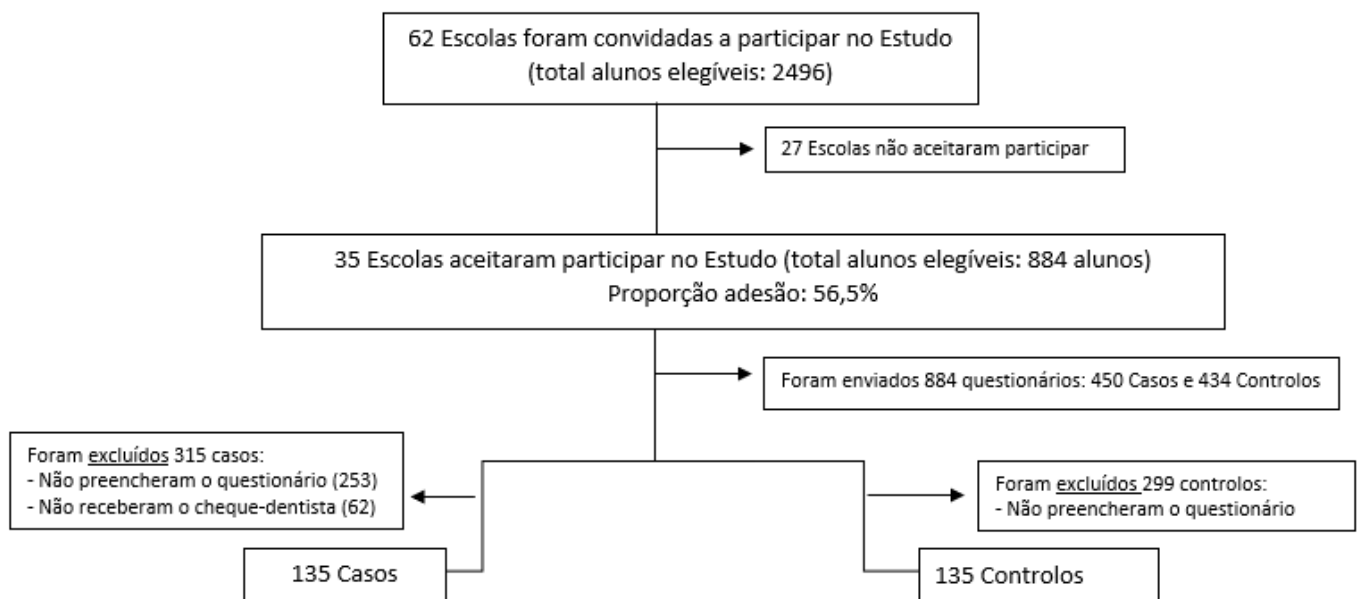


Figura 6 - Fluxograma do estudo



## 5.11 ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados obtidos a partir do suporte de informação (questionário) foram registados numa matriz de dados desenvolvida para o efeito no programa IBM SPSS Statistics® versão 20.0 e analisados utilizando as funcionalidades desse programa.

O plano de análise de estatística foi composto por 2 partes sequenciais:

- a) Análise inferencial de hipóteses de investigação envolvendo até duas variáveis (análise bivariável);
- b) Análise inferencial de hipóteses de investigação com múltiplas variáveis independentes (análise multivariável).

Na análise bivariável, foram comparados 2 grupos, os casos e os controlos, face a uma série de variáveis (de exposição), entre as quais se encontram variáveis numéricas e categóricas (nominais e ordinais).

Na avaliação dos 2 grupos face a variáveis categóricas, foi feita a análise através do teste do qui-quadrado ou quando não aplicável o teste exato de Fisher, enquanto que para as variáveis numéricas foi utilizado o teste *t de student* para amostras independentes ou o teste de *Mann-Whitney* caso não se tenha verificado o pressuposto de normalidade<sup>17</sup>. Foi calculado o valor *p*, para cada variável independente em estudo e analisada a homogeneidade dos casos face aos controlos.

Foram elaboradas tabelas de cruzamento contendo frequências absolutas, relativas e respetivos intervalos de confiança (IC) a 95%, para cada um dos grupos. As medidas de associação pesquisadas foram o cálculo do OR e respetivo IC para um nível de confiança de 95% e foi avaliada a magnitude e o sentido da associação (fator de risco ou protetor).

Para as variáveis numéricas, a magnitude da associação foi calculada através da diferença de médias e respetivo intervalo de confiança, enquanto para as variáveis categóricas será calculada através dos OR e respetivos intervalos de confiança<sup>17</sup>.

Ao grupo dos casos (alunos que não utilizaram o cheque-dentista), foi feita uma análise descritiva aos motivos de não utilização, com apresentação das frequências absolutas e relativas.

Do resultado da análise bivariável, foram incluídas na análise de regressão múltipla as variáveis que cumpriram os seguintes critérios:

- Resultados estatisticamente significativos nas relações com a variável dependente (valor  $p < 0.05$ );

- Variáveis que apesar de não revelarem resultados estatisticamente significativos nas relações com a variável dependente originem valores  $p < 0,20$ ;
- Variáveis que apesar de não revelarem resultados estatisticamente significativo, tenham uma especial importância para a investigação.

As variáveis que foram colineares (repetição da informação), não foram incluídas no modelo de regressão<sup>17</sup>.

Na análise multivariável, aplicou-se o modelo de regressão logística multivariável, permitindo relacionar várias variáveis independentes com uma única variável dependente dicotômica, neste caso a não utilização do cheque-dentista. Desta forma, foi possível eliminar possíveis fatores de confundimento. Por sua vez, a magnitude das associações foi fornecida pelo cálculo do valor exponencial dos coeficientes de regressão, resultando os OR ajustados entre si.

No modelo de regressão múltipla só entraram como variáveis independentes no modelo, variáveis numéricas ou categóricas binárias (1/0). No caso das variáveis categóricas com mais de 2 categorias, construiu-se uma variável *dummy* ou indicadora de referência, isto é, se uma variável tem x categorias, construiu-se x-1 variáveis *dummy*<sup>17</sup>.

Para se chegar ao valor final de cada OR ajustado para cada variável, ao longo do processo de análise multivariada, foi retirada, de cada vez, a variável com maior valor p, ou seja, a variável cuja associação com a não adesão ao cheque-dentista é menos estatisticamente significativa. Por fim, obteve-se uma tabela final com as variáveis cuja associação com a não adesão ao cheque-dentista foi estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Foram excluídas da análise, as variáveis cujos *missing values* foram superiores a 10%.

Os resultados do modelo otimizado da regressão logística foram confirmados através de modelos lineares generalizados (*Generalized Estimated Equations*) para uma estrutura de correlação uniforme das observações dos alunos dentro das escolas e do modelo logístico.

Para análise da qualidade de ajustamento do modelo de regressão logística, foi utilizada a área sob a Curva ROC (*Receiver Operator characteristic Curve*), considerando-se que o modelo tem uma boa qualidade de ajustamento se a área for  $\geq 70\%$ <sup>17</sup>. A Curva ROC permitiu-nos ver até que ponto as probabilidades estimadas pelo modelo de regressão logística discriminaram os casos de não utilização do cheque-dentista<sup>33</sup>.

Após a realização da análise estatística, os questionários foram destruídos de forma a garantir a privacidade e confidencialidade dos mesmos.

## 6 RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 135 casos e 135 controlos. A percentagem global de questionários excluídos por os Encarregados de Educação não terem recebido o cheque-dentista foi de 17,2% (n=62), variando nas Escolas/AE participantes entre 0-33%.

### 6.1 MOTIVOS DE NÃO UTILIZAÇÃO AO CHEQUE-DENTISTA

Os principais motivos elencados pelos Encarregados de Educação para a não utilização do cheque-dentista (n=135), no ano letivo 2014/2015, foram:

- Ter dentista particular que não era aderente ao cheque-dentista (23,7%)
- Ter-se esquecido de utilizar o cheque-dentista, deixando ultrapassar o prazo de validade (21,5%).

De salientar que 10,4% dos Encarregados de Educação referiram não ter conseguido encontrar clínicas aderentes ao cheque-dentista e 14,8% não achou necessário a sua utilização (Quadro 7).

Quadro 7 - Motivos da não adesão ao cheque-dentista no ano letivo 2014/2015 (n=135)

Motivos da Não Adesão ao Cheque-dentista	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não achou necessário	20	14,8%
Esqueceu-se de usar, deixando ultrapassar o prazo de validade	29	21,5%
Perdeu o cheque-dentista	6	4,4%
Não conseguiu localizar médicos aderentes ao cheque-dentista	14	10,4%
Conseguiu encontrar clínicas aderentes ao cheque-dentista, não tendo ficado satisfeito com o atendimento	3	2,2%
Não aderiu por aconselhamento de outros profissionais	4	3,0%
Já usou em anos anteriores, não tendo ficado satisfeito com o atendimento	1	0,8%
Não recebeu informação sobre como utilizar o cheque-dentista e sua importância	13	9,6%
Tem dentista particular que não é aderente	32	23,7%
Tem seguro de saúde	8	5,9%
Não especificou	5	3,7%

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ALUNOS

Considerando a caracterização sociodemográfica dos alunos (Quadro 8), verificou-se que tanto nos casos como nos controlos:

- O sexo feminino foi ligeiramente mais frequente (53,3% *versus* 53,3%);
- A maior proporção de cheques-dentista foi entregue aos 10 anos de idade (44,4% *versus* 47,4%);
- A menor proporção de cheques-dentista foi entregue aos 7 anos (15,6 *versus* 18,5).

Relativamente à Escola/AE que o aluno estava inscrito, verificou-se que:

- A menor proporção de alunos estava inscrita na Escola Secundária Rainha Dona Amélia (0,7% *versus* 0,7%);
- A maior proporção de casos estava inscrita no AE de Carnaxide (17,0%) e de controlos no AE Santa Catarina (18,7%).

Não se verificaram diferenças entre o grupo de casos e controlos, no que diz respeito à proporção do sexo feminino ( $p=1,000$ ), à proporção de idades (7,10 e 13 anos) em que foi entregue o primeiro cheque-dentista ( $p=0,572$ ) e à Escola/AE que os alunos frequentavam no ano letivo 2014/2015 ( $p=0,213$ ).

Estes dados podem-nos fazer assumir a homogeneidade estatística dos grupos em comparação, para o nível de significância de 5%.

Quadro 8 - Tabela com a apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa ao aluno (n=270)

Variável em Análise	Categorias	Medidas Estatísticas	Grupo dos Casos <sup>1</sup> (n= 135)	Grupo dos Controlos <sup>2</sup> (n= 135)	Odds Ratio; (IC 95%)	Valor p
<b>Sexo</b>	Masculino (referência)	n (%)	63 (46,7%)	63 (46,7%)	1,000; (0,620; 1,613)	1,000
	Feminino	n (%)	72 (53,3%)	72 (53,3%)		
<b>Idade</b>	7 anos (referência)	n (%)	21 (15,6%)	25 (18,5%)	Referência	0,572
	10 anos	n (%)	60 (44,4%)	64 (47,4%)	1,116; (0,566; 2,200)	
	13 anos	n (%)	54 (40,0%)	46 (34,1%)	1,398; (0,693; 2,817)	
<b>Escola/ AE que o aluno frequentava no ano letivo 2014/2015</b>	AE Santa Catarina (referência)	n (%)	21 (15,6%)	25 (18,5%)	Referência	0,213
	AE Miraflores	n (%)	6 (4,4%)	14 (10,4%)	0,510; (0,167; 1,561)	
	AE Carnaxide Portela	n (%)	11 (8,1%)	4 (3,0%)	3,274; (0,907; 11,810)	
	AE Linda-a-Velha e Queijas	n (%)	14 (10,4%)	7 (5,2%)	2,381; (0,811; 6,990)	
	AE São Bruno	n (%)	8 (5,9%)	11 (8,1%)	0,866; (0,294; 2,549)	
	AE Conde de Oeiras	n (%)	3 (2,2%)	4 (3,0%)	1,176; (0,179; 4,446)	
	AE Aquilino Ribeiro	n (%)	16 (11,9%)	17 (12,6%)	1,120; (0,457; 2,745)	
	AE Paço de Arcos	n (%)	20 (14,8%)	24 (17,8%)	0,992; (0,433; 2,275)	

	AE Manuel da Maia	n (%)	7 (5,2%)	8 (5,9%)	1,042; (0,324; 3,351)	
	ES Rainha Dona Amélia	n (%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	1,190; (0,070; 20,211)	
	AE Bartolmeu de Gusmão	n (%)	5 (3,7%)	8 (5,9%)	0,744; (0,211; 2,620)	
	AE Carnaxide	n (%)	23 (17,0%)	12 (8,9%)	2,282; (0,921; 5,655)	

AE: Agrupamento de Escolas; ES: Escola Secundária; IC: Intervalo de Confiança; 1: Aluno que não utilizou o Cheque-dentista; 2: Aluno que utilizou o Cheque-dentista

### 6.3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Considerando a caracterização sociodemográfica dos Encarregados de Educação (Quadro 9 a 12), verificou-se que, tanto nos casos como nos controlos:

- O sexo feminino foi o predominante (83,7% *versus* 83,0%,  $p=0,870$ );
- A idade média foi semelhante ( $41,68 \pm 8,39$  *versus*  $40,39 \pm 6,75$ ,  $p=0,166$ ).

Na maioria das vezes, o Encarregados de Educação correspondeu à:

- Mãe do aluno (81,5% *versus* 81,5%,  $p=0,803$ );
- Encontrava-se casado/união de facto (67,0% *versus* 58,5%,  $p=0,225$ );
- Empregado (77,8% *versus* 78,5%,  $p=0,833$ );
- Desenvolvia trabalho qualificado (82,7% *versus* 81,1%,  $p=0,769$ ).

Quando questionados pelos motivos de não estarem empregados, o desemprego foi o principal motivo, sendo este menos elevado nos Encarregados de Educação dos casos (63,3% *versus* 82,8%,  $p=0,318$ ).

Em termos de nível de escolaridade, 35,1% dos Encarregados de Educação dos casos e 23,7% dos Encarregados de Educação dos controlos tinham completado o ensino superior, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p=0,041$ ).

Verificou-se uma associação positiva entre ter completado o ensino superior e a não utilização do cheque-dentista (OR=1,739; IC 95%: 1,021–2,961).





Quadro 9 - Tabela com a apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa aos Encarregados de Educação (n=270)

Variável em Análise	Categorias	Medidas Estatísticas	Grupo dos Casos <sup>1</sup> (n=135)	Grupo dos Controlos <sup>2</sup> (n=135)	Odds Ratio; IC (95%)	Valor p
<b>Sexo</b>	Masculino (referência)	n (%)	22 (16,3%)	23 (17,0%)	1,055; (0,556; 2,001)	0,870
	Feminino	n (%)	113 (83,7%)	112 (83,0%)		
<b>Idade</b>	Média	NA	41,68	40,39	- 1,289 (Diferença de Médias)	0,166
	Mediana		41,00	40,00		
	Desvio-Padrão		8,39	6,75		
	Mínimo-Máximo		23-78	23-66		
<b>Idade Recodificado</b>	< 45 anos (referência)	n (%)	96 (71,1%)	93 (68,9%)	0,900; (0,534; 1,514)	0,690
	≥ 45 anos	n (%)	39 (28,9%)	42 (31,1%)		

AE: Agrupamento de Escolas; ES: Escola Secundária; IC: Intervalo de Confiança; 1: Aluno que não utilizou o Cheque-dentista; 2: Aluno que utilizou o Cheque-dentista

Quadro 10 - Tabela com a apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa aos Encarregados de Educação (n=270)

Variável em Análise	Categorias	Medidas Estatísticas	Grupo dos Casos <sup>1</sup> (n= 135)	Grupo dos Controlos <sup>2</sup> (n= 135)	Odds Ratio; IC (95%)	Valor p
<b>Grau de Parentesco do Encarregados de Educação</b>	Mãe (referência)	n (%)	110 (81,5%)	110 (81,5%)	Referência	0,803
	Pai	n (%)	18 (13,3%)	20 (14,8%)	0,900; (0,452; 1,793)	
	Outro	n (%)	7 (5,2%)	5 (3,7%)	1,400; (0,431; 4,546)	
<b>Estado Civil</b>	Casado/União de facto (referência)	n (%)	90 (66,7%)	79 (58,5%)	Referência	0,225*
	Solteiro	n (%)	28 (20,7%)	31 (23,0%)	0,793; (0,438; 1,435)	
	Divorciado/Separado	n (%)	14 (10,4%)	24 (17,8%)	0,512; (0,248; 1,057)	
	Viúvo	n (%)	3 (2,2%)	1 (0,7%)	2,633; (0,268; 25,829)	

AE: Agrupamento de Escolas; ES: Escola Secundária; IC: Intervalo de Confiança; \* Utilização do Teste Exacto de Fisher; 1: Aluno que não utilizou o Cheque-dentista; 2: Aluno que utilizou o Cheque-dentista

Quadro 11 - Tabela com a apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa aos Encarregados de Educação (n=270)

Variável em Análise	Categorias	Medidas Estatísticas	Grupo dos Casos <sup>1</sup> (n= 135)	Grupo dos Controlos <sup>2</sup> (n= 135)	Odds Ratio; IC (95%)	Valor p
<b>Empregado</b>	Não (referência)	n (%)	30 (22,2%)	29 (21,5%)	0,958; (0,538; 1,706)	0,833
	Sim	n (%)	105 (77,8%)	106 (78,5%)		
<b>Motivos de não estar Empregado</b>	Desempregado (referência)	n (%)	19 (63,3%)	24 (82,8%)	Referência	0,318*
	Reformado	n (%)	3 (11,4%)	1 (3,4%)	3,789; (0,364; 39,412)	
	Estudante	n (%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	0,442; (0,316; 0,618)	
	Doméstico	n (%)	6 (20,0%)	2 (6,9%)	3,789; (0,686; 20,946)	
	Outro	n (%)	1 (2,9%)	2 (6,9%)	0,632; (0,053; 7,502)	

AE: Agrupamento de Escolas; ES: Escola Secundária; IC: Intervalo de Confiança; NA: não aplicável; 1: Casos n= 134; 2: Casos n= 104; \* Utilização do Teste Exacto de Fisher; 1: Aluno que não utilizou o Cheque-dentista; 2: Aluno que utilizou o Cheque-dentista

Quadro 12 - Tabela com a apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa aos Encarregados de Educação (n=270)

Variável em Análise	Categorias	Medidas Estatísticas	Grupo dos Casos <sup>1</sup> (n= 135)	Grupo dos Controlos <sup>2</sup> (n= 135)	Odds Ratio; IC (95%)	Valor p
<b>Nível de Escolaridade<sup>1</sup></b>	Ensino Primário a Secundário (referência)	n (%)	87 (64,9%)	103 (76,3%)	1,739; (1,021; 2,961)	0,041
	Ensino Superior	n (%)	47 (35,1%)	32 (23,7%)		
<b>Profissão<sup>2</sup></b>	Trabalhadores não qualificados (referência)	n (%)	18 (17,3%)	20 (18,9%)	1,111; (0,550; 2,245)	0,769
	Trabalhadores qualificados	n (%)	86 (82,7%)	86 (81,1%)		

1 Casos n= 134; 2: Casos n= 104;

#### 6.4 INFORMAÇÃO RELATIVA À VIGILÂNCIA DA SAÚDE ORAL E AOS CHEQUES-DENTISTA

Considerando a informação relativa à vigilância de Saúde Oral e aos cheques-dentista (Quadro 13), verificou-se que o cheque-dentista foi entregue maioritariamente ao aluno (75,8% *versus* 85,8%,  $p=0,092$ ).

O conhecimento dos Encarregados de Educação de dentista aderente ao cheque-dentista foi muito inferior nos casos (14,1% *versus* 62,2%  $p<0,001$ ) e associou-se a uma redução relativa da *odd* (possibilidade de ocorrência) da não utilização do cheque-dentista em 90,1% ( $OR=0,099$ ; IC 95%: 0,055; 0,181).

Por sua vez, a vigilância do aluno por dentista particular no ano letivo 2014/2015 foi superior nos casos (67,4% *versus* 53,3%,  $p= 0,018$ ) e associou-se a um aumento relativo da *odd* da não utilização do cheque-dentista em 81,0% ( $OR=1,810$ ; IC 95%: 1,104–2,965).

Salienta-se que cerca de 1/3 dos alunos que não utilizaram o cheque-dentista também não foram seguidos por dentista particular.

Quando se questionou sobre se o dentista particular era aderente ao cheque-dentista verificou-se que este apenas o era em 8,8% ( $n=8$ ) dos casos e em 43,8% dos controlos ( $n=32$ ).

Esta diferença foi estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), estando a vigilância por dentista aderente ao cheque-dentista associada a uma redução relativa da *odd* da não utilização do cheque-dentista em 87,3% ( $OR=0,123$ , IC 95%: 0,054; 0,302).



Quadro 13 - Tabela com a apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (n=270)

Variável em Análise	Categorias	Medidas Estatísticas	Grupo dos Casos <sup>1</sup> (n= 135)	Grupo dos Controlos <sup>2</sup> (n= 135)	Odds Ratio; IC (95%)	Valor p
<b>Entrega do 1º CD</b>	Aluno (referência)	n (%)	100 (75,7%)	115 (85,8%)	Referência	0,092*
	Encarregado de Educação	n (%)	27 (20,5%)	17 (12,7%)	1,826; (0,941; 3,546)	
	Outra Pessoa	n (%)	5 (3,8%)	2 (1,5%)	2,275; (0,546; 15,144)	
<b>Conhecimento de Dentista aderente ao CD</b>	Não (referência)	n (%)	116 (85,9%)	51 (37,8%)	0,099; (0,055; 0,181)	< 0,001
	Sim	n (%)	19 (14,1%)	84 (62,2%)		
<b>Vigilância por Dentista Particular</b>	Não (referência)	n (%)	44 (32,6%)	63 (46,7%)	1,810; (1,104; 2,965)	0,018
	Sim	n (%)	91 (67,4%)	72 (53,3%)		
<b>Vigilância por Dentista Particular aderente ao CD<sup>3</sup></b>	Não (referência)	n (%)	83 (91,2%)	41 (56,9%)	0,127; (0,054; 0,302)	< 0,001
	Sim	n (%)	8 (8,8%)	31 (43,1%)		

CD: cheque-dentista; 3: Casos n= 91 e Controlos n= 72; \*Utilização do Teste Exacto de Fisher; 1: Aluno que não utilizou o Cheque-dentista; 2: Aluno que utilizou o Cheque-dentista





## 6.6 MODELO DE REGRESSÃO MULTIVARIADA

De acordo com os critérios apresentados no plano de análise estatística, foram incluídas no modelo de regressão logística, as seguintes variáveis:

- Nível de escolaridade;
- Idade;
- Entrega do primeiro cheque-dentista;
- Conhecimento de médico-dentista aderente ao cheque-dentista;
- Vigilância por médico-dentista particular no ano letivo 2014/2015.

O modelo de regressão obtido foi estatisticamente significativo (teste Omnibus  $< 0,001$ ), com uma boa qualidade de ajustamento (área sob a Curva ROC 77,8%,  $p < 0,001$ , IC 95%: 0,721-0,834), acertando em 74,1% das previsões.

Após otimização do modelo, este passou a incluir as variáveis referentes ao conhecimento de dentista aderente ao cheque-dentista e à vigilância por dentista particular no ano letivo 2014/2015. Posteriormente, realizou-se uma modelação multivariada final confirmatória entrando em conta com uma estrutura de correlação uniforme dentro das escolas no modelo de regressão logística, utilizando as variáveis da modelação de regressão logística multivariável otimizada. Os resultados da modelação multivariada foram semelhantes no que diz respeito às estimativas de efeito (OR) já apresentadas, assim como, a sua significância estatística (Quadro 14).

Da análise destas variáveis concluiu-se que o conhecimento de dentista aderente ao cheque-dentista teve um efeito protetor na não utilização do cheque-dentista, havendo uma redução relativa da *odd* de não utilizar o cheque-dentista em 90,4% (OR ajustado 0,096,  $p < 0,001$ ). Por outro lado, a vigilância do aluno por dentista particular é um fator de risco para a não utilização do cheque-dentista, havendo um aumento relativo de 100% na *odd* da não utilização do cheque-dentista (OR ajustado 2,004,  $p = 0,012$ ).



Quadro 14 - Tabela final da modelação multivariada

Variável em Análise	Categorias	Odds Ratio	IC (95%)	Valor p
<b>Conhecimento de Dentista aderente ao CD</b>	Não	0,096	(0,047; 0,198)	< 0,001
	Sim			
<b>Vigilância por Dentista Particular</b>	Não	2,004	(1,176; 3,413)	0,012
	Sim			

CD: cheque-dentista



## **7 DISCUSSÃO**

### **7.1 DISCUSSÃO DA METODOLOGIA**

Com este estudo pretendeu-se conhecer os fatores que condicionaram a não adesão ao 1º cheque-dentista, nos alunos de de 7 anos (nascidos em 2007), 10 anos (nascidos em 2004) e 13 anos (nascidos em 2001) que se encontravam inscritos nas escolas públicas da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, durante o ano letivo 2014/2015.

A elaboração deste estudo partiu de uma necessidade sentida pela Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, a qual é responsável pela gestão ao nível local da equipa de Saúde Oral. Desde a criação do cheque-dentista, em 2009, que a proporção de utilização dos primeiros cheques-dentista nos alunos de 7,10 e 13 anos da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras se encontra muito abaixo dos valores verificados a nível nacional e regional.

Com a identificação destes fatores pretende-se elencar estratégias com o intuito de aumentar a proporção de utilização dos cheques-dentista e assim melhorar a eficiência do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.

### **DESENHO DE ESTUDO**

Optou-se pela escolha da realização de um estudo epidemiológico observacional, retrospectivo, do tipo caso-controlo. Este tipo de estudo pareceu-nos o mais indicado para o tipo de abordagem que se pretende, pois trata-se de abordar os fatores determinantes da adesão ou não ao cheque-dentista.

Poder-se-ia ter optado pela realização de um estudo de coorte, de forma a investigar as causas da não adesão ao cheque-dentista. Contudo este tipo de estudo é bastante caro devido aos longos períodos de acompanhamento que são habitualmente necessários.

Os estudos caso-controlo são largamente utilizados na investigação epidemiológica devido aos motivos de ordem económica e à facilidade de implementação prática em comparação com os estudos de coorte, fatores que nos levaram a optar pelo desenho de estudo caso-controlo<sup>33</sup>.

Com o estudo caso-controlo foi possível calcular o OR, o qual pode ser considerado uma aproximação ao risco relativo no estudo caso-controlo. Este cálculo permitiu-nos conhecer os principais factores associados à não adesão ao cheque-dentista e consequentemente a dar início a estratégias de intervenção de forma a melhorar a eficiência do Programa Nacional de

## Promoção de Saúde Oral.

Este estudo é retrospectivo pois já se conheciam quais os alunos que tinham aderido ou não ao cheque-dentista, o que nos permitiu a seleção prévia dos casos e dos controlos. A escolha do ano letivo 2014/2015 justificou-se pelo facto do estudo realizado ter tido início em setembro de 2016 e nessa altura ainda poderiam ser utilizados os cheques-dentista emitidos no ano letivo 2015/2016. Apesar do facto das questões colocadas no nosso estudo serem referentes a um tempo passado, o que pode ter levado a um viés de memória, salienta-se que de forma a reduzir este viés, o estudo incidiu sobre o ano letivo mais recente do qual dispúnhamos de dados.

## AMOSTRAGEM

No nosso estudo utilizou-se uma amostra de conveniência, pelo que se pode ter introduzido um viés de seleção.

A participação no estudo dependeu numa primeira fase da autorização do diretor de cada escola e depois da autorização do Encarregado de Educação do aluno a quem foi dado um cheque-dentista, pelo que se deve ter em conta a possível presença de um viés de participação, visto os indivíduos que consentiram em participar estarem à partida mais disponíveis ou interessados no problema em estudo.

Contudo, salienta-se que no presente estudo conseguiu-se obter uma boa participação: 35 das 62 escolas aceitaram participar no estudo (proporção de adesão 56,5%), assim como um número de participantes superior (270) ao calculado teoricamente (162).

Além disso, sendo o nosso estudo de carácter exploratório e não havendo uma hipótese formal de um único fator de exposição na literatura, como por exemplo, num ensaio clínico de fase III, o nosso estudo teve potência para identificar OR estatisticamente significativos e mais baixos que o da formulação do n da nossa amostra, conforme se encontra apresentado no capítulo dos resultados (OR=2,004), os quais possuem alguma plausibilidade causal para a não adesão ao cheque-dentista.

Outro dado importante consiste no facto de não se ter verificado diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de casos e controlos, no que diz respeito à caracterização sociodemográfica dos alunos que receberam o cheque-dentista, o que nos pode fazer assumir a homogeneidade sociodemográfica dos grupos em comparação.

A homogeneidade estatística dos grupos em comparação é muitas vezes difícil de obter e a sua obtenção é importante, pois permite a comparabilidade entre controlos e casos e reforça a validade interna do nosso estudo.

## FONTES E SUPORTE DE INFORMAÇÃO

Para a obtenção da listagem dos alunos que receberam o cheque-dentista foi utilizado o SISO, enquanto a informação relativa à escola que os alunos frequentavam foi fornecida por cada escola.

É importante salientar que o SISO esteve inoperacional desde dezembro de 2016 até fevereiro de 2017, o que tornou este processo muito mais demorado, tendo que se recorrer à triagem feita manualmente pelas higienistas orais do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.

Como não dispúnhamos de nenhuma base de dados com informação sobre os Encarregados de Educação dos alunos que receberam o cheque-dentista e os possíveis motivos da não adesão, para ser possível a análise dos motivos que condicionaram a utilização dos cheques-dentista teve que se elaborar um questionário para este ser auto-administrado pelos Encarregados de Educação.

O questionário foi elaborado tendo em conta a literatura existente, assim como a opinião dos peritos da área (higienistas orais e médicos de saúde pública) pertencentes ao ACES Lisboa Ocidental e Oeiras. Além disso, foi também feito um pré-teste para aferir a validade facial do questionário, do qual não resultaram alterações.

### **7.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Atualmente é consensual que a Saúde Oral encontra-se intimamente ligada à Saúde geral, sendo uma boa Saúde Oral essencial para a Saúde geral e para a qualidade de vida. Assim, o conceito de Saúde Oral é indissociável do conceito de Saúde<sup>22</sup>.

Em Portugal, o “Direito à Saúde” encontra-se consagrado no artº 64 da Constituição da República Portuguesa, sendo este direito usufruído através de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e tendencialmente gratuito. Cabe ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação<sup>38</sup>.

Apesar de Portugal possuir um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e tendencialmente gratuito, a Saúde Oral tem sido, ao longo dos 38 anos de existência do Serviço Nacional de Saúde, uma das áreas onde a cobertura pública das necessidades em saúde menos se tem feito sentir<sup>8</sup>.

Tal reflecte-se no facto de, em 2015, Portugal ocupar o segundo lugar, entre os Estados Membros da União Europeia, onde há maiores necessidades de cuidados de Saúde Oral não satisfeitas (14,3%)<sup>12</sup>, sendo o principal motivo elencado o preço elevado. Dados que explicam a razão da Saúde Oral ter sido considerada umas das exceções da cobertura formalmente

compreensiva do Serviço Nacional de Saúde, a qual é maioritariamente privada.

O 4º Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 2005/2006, evidencia que 92,1% das consultas de medicina dentária/estomatologia foram realizadas no setor privado. Além disso segundo os dados do “II Barómetro de Saúde Oral” de 2015 cerca de 60% dos portugueses não foi ao dentista por questões monetárias e apenas 0,4% dos portugueses usufruíram de consultas dentárias gratuitas<sup>31,18</sup>.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral criado em 2005 baseia a sua ação na promoção da Saúde e na prevenção da doença. No entanto, considerando a falha de recursos existentes no Serviço Nacional de Saúde, implementou-se em 2009 o modelo do cheque-dentista que permite que os utentes beneficiários do cheque-dentista possam recorrer, de forma gratuita, a dentistas do setor privado com acordo com o Serviço Nacional de Saúde.

Com a implementação do cheque-dentista conseguiu-se, pelo menos para os grupos mais vulneráveis, um alargamento considerável das prestações até então abrangidas pelo Serviço Nacional de Saúde.

Ao ser gratuito, o cheque-dentista pretende ultrapassar a barreira financeira e facilitar o acesso da população a cuidados de Saúde Oral. A barreira financeira tem um elevado peso na acessibilidade a cuidados de Saúde Oral em Portugal, tendo em conta que a pouca regularidade das visitas dos portugueses ao dentista se deve principalmente à falta de recursos financeiros (59,4%)<sup>31</sup>.

As crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos são o principal grupo beneficiário do cheque-dentista, sendo a atribuição do cheque-dentista feita após a realização de uma triagem aos alunos pelas higienistas orais.

As higienistas orais realizam a triagem nas escolas, em sala de aula, através do recurso a procedimentos extremamente simples que se traduzem na utilização de uma espátula descartável e uma fonte de luz adequada, natural ou artificial. No caso de ser detectada cárie dentária é feita a emissão do cheque-dentista, caso contrário é emitido um documento de acesso a consulta de higiene oral. Caso não existam higienistas orais nos ACES todos os alunos recebem o cheque-dentista.

De acordo com a literatura e segundo a revisão sistemática da Cochrane “*School dental screening programmes for improving oral health of children*” de 2017 existe evidência que a triagem feita nas escolas quando suplementada com informação de Educação para a Saúde e oferta de tratamentos dentários parece melhorar as idas ao dentista<sup>39</sup>. Por isso, faz sentido a metodologia utilizada para a emissão dos cheques-dentista, no entanto a proporção de utilização dos primeiros cheques-dentista continua a ser baixa, motivo que nos levou a implementar este estudo.



No nosso estudo, participaram 35 escolas públicas da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras. Em termos de análise dos resultados, como dentro de cada escola foram selecionados casos e controlos, o que pode ter ocasionado uma correlação entre as observações dos alunos da mesma escola, analisou-se a existência de um possível efeito de *clustering*. Assim, realizou-se *à posteriori* uma modelação multivariada entrando em conta com a estrutura de correlação uniforme dentro das escolas no modelo *Logit*, utilizando as variáveis da modelação final multivariável sem correlação e de carácter mais exploratório e confirmámos os resultados no que diz respeito às estimativas de efeito já apresentadas e sua significância estatística. Realça-se que não se verificou colinearidade entre as variáveis em estudo e não foi necessário excluir nenhuma variável pois os *missing values* foram sempre inferiores a 10%<sup>33</sup>.

No que diz respeito aos resultados obtidos, conseguimos verificar que um número relevante de alunos não recebeu efetivamente o cheque-dentista (17%), o que introduz um viés importante na análise da baixa utilização do mesmo. Além disso, perde-se uma oportunidade única para a prestação de cuidados de Saúde Oral personalizados, preventivos e curativos, de forma gratuita.

Importa também mencionar que os jovens que não utilizaram o cheque-dentista aos 13 anos não podem utilizar novo cheque-dentista aos 16 anos. Caso esta não utilização se tenha devido ao facto do jovem não ter recebido o cheque-dentista, origina-se uma iniquidade, visto não terem utilizado o cheque-dentista por opção, mas sim por não o terem recebido<sup>14</sup>.

Uma das medidas que está preconizada no Programa Simplex 2017 consiste na desmaterialização dos cheques-dentista<sup>23</sup>. A aplicação desta medida vai contribuir para evitar o extravio e esquecimento do cheques-dentista e desta forma aumentar a utilização dos mesmos<sup>40</sup>.

No nosso estudo, verificámos que o principal motivo elencado pelos Encarregados de Educação para a não utilização dos cheques-dentista foi já terem dentista particular, o qual não era aderente ao cheque-dentista (23,7%). Se tivermos em conta que quase metade dos portugueses (47,1%) nunca mudou de dentista (já estão habituados e confiam no seu dentista), conseguimos perceber a importância da necessidade de se aumentar o número de dentistas aderentes ao cheque-dentista, pois assim aumenta-se a probabilidade deste ser utilizado<sup>31</sup>.

No estudo de Córtez et al (2003), verificou-se que o aumento de dentistas aderentes (28 para 161) a um programa de Saúde Oral espanhol dirigido à população infantil se traduziu num aumento de utilização do mesmo de 37,4 para 67,2%, havendo uma correlação positiva entre o aumento da extensão da rede do programa e a proporção de utilização do mesmo, assim

como uma melhoria da Saúde Oral <sup>41</sup>.

No caso português, a ARS LVT é a que tem menor rácio de dentistas aderentes ao cheque-dentista, o que reflecte uma menor oferta de médicos aderentes face às outras ARS. Contudo, é também importante ter em conta os motivos que levam os dentistas a não aderirem ao cheque-dentista em Portugal.

Num estudo realizado aos médicos dentistas e estomatologistas integrados no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, verificou-se que a justificação dada pelos médicos para terem deixado de aderir ao cheque-dentista, se deveu principalmente:

- Ao valor reduzido do cheque-dentista;
- À demora no reembolso do valor dos cheques-dentista apresentados para pagamento;
- Aos constrangimentos informáticos na apresentação dos cheques-dentista para pagamento<sup>8</sup>.

Além do facto do dentista particular não ser aderente, também foram elencados pelos Encarregados de Educação outros motivos para justificar a não utilização do cheque-dentista, nomeadamente:

- Ter-se esquecido de utilizar o cheque-dentista, deixando ultrapassar o prazo de validade (21,5%);
- Não ter conseguido encontrar clínicas aderentes ao cheque-dentista (10,4%);
- Não terem recebido informação sobre como utilizar o cheque-dentista e sobre a sua importância (9,6%).

Se analisarmos os motivos elencados para a não utilização do cheque-dentista, a maioria demonstra uma baixa valorização da importância da Saúde Oral e de como utilizar os serviços de Saúde, que pode ser justificada pela baixa literacia da nossa população. A baixa literacia em Saúde Oral dos pais está associada a uma pior Saúde Oral dos filhos e uma menor utilização dos serviços de saúde<sup>42</sup>.

A literacia em Saúde consiste na “capacidade para obter, processar e compreender informação básica de saúde e dos serviços, de forma a tomar decisões de saúde apropriadas”<sup>42</sup>. Em Portugal, de acordo com o estudo “Literacia em Saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal”, 61% dos portugueses apresenta um nível de literacia geral em Saúde problemático ou inadequado, o que é um facto alarmante e que é importante ter em conta na implementação de políticas de Saúde<sup>43</sup>.

Estes motivos reforçam o que já se encontra na literatura. Segundo a OCDE e a Associação Americana de Dentistas para melhorar o acesso aos cuidados de Saúde Oral é necessário não reduzir apenas barreiras financeiras, mas também reduzir barreiras não financeiras, como as barreiras no acesso, a baixa literacia e a oferta inadequada de dentistas<sup>44,12</sup>.

No que diz respeito à nossa análise multivariada, conseguiu-se obter um modelo de regressão estatisticamente significativo e com uma boa qualidade de ajustamento.

O modelo de regressão multivariada identificou como estatisticamente significativo duas variáveis:

- O conhecimento de dentista aderente ao cheque-dentista, havendo uma associação negativa entre o conhecimento de dentista aderente e a não utilização do cheque-dentista;
- A vigilância por dentista particular, havendo uma associação positiva entre a vigilância por dentista particular e a não utilização do cheque-dentista.

O conhecimento do Encarregado de Educação de dentista aderente ao cheque-dentista foi muito inferior nos casos (14,1% *versus* 62,2%  $p < 0,001$ ), o que nos faz aceitar a nossa primeira hipótese alternativa:

1. O conhecimento de dentistas aderentes ao cheque-dentista é menor nos Encarregados de Educação dos alunos que não utilizaram o cheque-dentistas).

As outras duas hipóteses alternativas colocadas não foram provadas:

2. A vigilância por dentista é menor nos alunos que não utilizaram o cheque-dentista;
3. O nível de escolaridade é menor nos Encarregados de Educação dos alunos que não utilizaram o cheque-dentista.

A vigilância do aluno por dentista particular no ano letivo 2014/2015 foi superior nos casos (67,4% *versus* 53,3%,  $p = 0.018$ ). Apesar de se ter verificado alterações estatisticamente significativas no nível de escolaridade entre os Encarregados de Educação, esta diferença não foi detectada no modelo de regressão estatístico optimizado.

Na literatura, os alunos cujos pais têm níveis de escolaridade mais elevados tendem a ter menos cárie e a frequentar mais vezes uma consulta de Saúde Oral nos últimos 12 meses<sup>2,45</sup>. No nosso estudo, não se verificou esta diferença. No entanto, o facto do aluno não ter utilizado o cheque-dentista não significa que este não esteja a ser vigiado por dentista particular, o que pode justificar os resultados obtidos.

No nosso estudo, a modelação multivariada permitiu identificar que o principal factor protetor para a não utilização do cheque-dentista foi o conhecimento do Encarregado de Educação de dentista aderente ao cheque-dentista. Isto é, o facto do Encarregado de Educação ter conhecimento de um dentista aderente ao cheque-dentista leva à redução de 90,4% da não utilização do cheque-dentista (OR ajustado 0,096,  $p < 0,001$ ). Estes dados reforçam a necessidade de divulgação do cheque-dentista e da importância da sua utilização.

Por outro lado, o principal factor de risco identificado foi o facto dos alunos já serem seguidos por dentista particular, levando a um aumento relativo de 100% no risco da não utilização do cheque-dentista (OR ajustado 2,004,  $p = 0,012$ ).

Contudo um número significativo de alunos, cerca de 1/3, não utilizou o cheque-dentista nem foi seguido por dentista particular, perdendo-se uma oportunidade para a prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, de forma gratuita.

Segundo os dados “II Barómetro de Saúde Oral” de 2015”, cerca de 1/3 das crianças com idade entre os 7 e os 15 anos também não utilizou o cheque-dentista e cerca de 8% desconhecia a existência desta modalidade, o que reforça a necessidade da sua divulgação e da importância da diminuição das barreiras não financeiras.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde de 2012-2016 e a sua respetiva extensão para 2020, todas as intervenções do Sistema de Saúde devem ter em conta quatro eixos transversais: a cidadania, as políticas saudáveis, a qualidade e o acesso.

A Saúde Oral não é excepção: não basta oferecer um cheque-dentista, é necessário apostar na informação sobre como e onde se pode utilizar o cheque-dentista. Desta forma, estaremos a promover uma cultura de cidadania que visa a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende.

Apesar dos resultados obtidos, à semelhança da maioria dos estudos desenvolvidos é importante ter em conta determinadas limitações e erros sistemáticos que possam ter afetado a validade do estudo e ter cuidado na interpretação dos resultados e na generalização das conclusões feitas.

A validade interna de um estudo diz respeito ao grau no qual os resultados de uma observação estão corretos em relação a um grupo particular de pessoas que estão a ser estudadas.

O valor de  $p$  é a medida desta probabilidade, ou seja, a probabilidade de o facto de se ter um valor tão extremo se dever unicamente ao acaso, ou por outras palavras, de se ter um resultado falsamente positivo (erro tipo I). Assume-se que a diferença, associação ou efeito é estatisticamente significativo quando o valor  $p$  é  $< 0,05$ . Por outro lado, o fato da associação

não ser estatisticamente significativa, não quer dizer que não exista. Quando as amostras são relativamente pequenas, há uma grande probabilidade de não se encontrar uma associação, mesmo quando ela existe, ou seja, de encontrar resultados falsamente negativos (erro tipo II). Nesse caso, deve repetir-se o estudo com uma amostra de maiores dimensões.

No que diz respeito à validade interna, salienta-se a presença dos seguintes vieses:

- Viés de seleção: a participação no estudo esteve numa primeira fase dependente da autorização prévia dos Diretores das Escolas/AE e depois da autorização do Encarregado de Educação, sendo que os Encarregado de Educação que consentiram em participar poderão estar à partida mais disponíveis ou interessados no problema em estudo. Apesar da escolha da amostra não ter sido aleatória, conseguiu-se uma boa participação no estudo e um número de participantes superior ao calculado teoricamente. Além disso, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de casos e controlos, no que diz respeito à caracterização sociodemográfica, o que nos pode fazer assumir a homogeneidade estatística dos grupos em comparação;
- Viés de informação: as respostas ao questionário são referentes a um tempo passado (ano letivo 2014/2015), o que pode ter levado a um viés de memória. Por outro lado, como o questionário não era validado, pode-se ter introduzido um viés de resposta. Para colmatar esta questão, foi realizado um ensaio piloto, para que fosse possível reajustar o questionário, no caso de alguma questão suscitar dúvidas.

A validade externa diz respeito à generalização dos resultados, isto é, à capacidade dos resultados do estudo poderem ser aplicados numa população semelhante. Quando os resultados são semelhantes, o modelo teórico inicial é reforçado.

No nosso estudo, salienta-se que se trata de um estudo exploratório, com falta de suporte em estudos anteriores que substanciem o agora realizado, tornando difícil tirar conclusões definitivas. No entanto, apesar das limitações referidas, os resultados obtidos neste estudo exploratório têm plausibilidade e poderão ser úteis não só a nível local, mas também a nível nacional auxiliando no desenho de estudos mais robustos e intervenções em saúde cujos resultados possam contribuir para melhorar a eficiência do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.

Não obstante, a identificação dos motivos e fatores associados à não utilização do cheque-dentista, as conclusões podem ser generalizadas para a população-alvo, tendo em conta a metodologia usada e o tipo de estudo escolhido (amostra suficiente, relação caso-controlo), não sendo no entanto possível generalizar para outras populações diferentes.

## 7.2 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer os principais motivos e fatores associados à não utilização do cheque-dentista nos alunos com 7, 10 e 13 anos, das escolas públicas da área geodemográfica do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, no ano letivo 2014/2015.

Os principais motivos para a não utilização elencados foram ter dentista particular não aderente ao cheque-dentista e ter-se esquecido de utilizar o cheque-dentista, deixando ultrapassar o prazo de validade. O principal fator de risco identificado pela regressão logística diz respeito à vigilância por dentista particular e o principal fator protetor relaciona-se com o conhecimento de dentista aderente ao cheque-dentista.

Uma das medidas previstas no Programa Simplex 2017 consiste na desmaterialização dos cheques-dentista, de forma a evitar o extravio e esquecimento do cheque e aumentar o uso dos cheques-dentista<sup>23</sup>.

Esta medida está prevista para o segundo trimestre de 2018, pelo que só poderia ser operacionalizada nas escolas no ano letivo 2018/2019. Até esta medida estar implementada, de forma a melhorar a acessibilidade ao cheque-dentista, poder-se-ia enviar ao Encarregado de Educação, juntamente com o cheque-dentista, uma lista com os contactos das clínicas aderentes e poder-se-ia contactar os Encarregados de Educação de 4 em 4 meses (por contacto telefónico, via sms ou por email), para saber se estes realmente receberam o cheque-dentista e as informações sobre como utilizá-lo.

Apesar de se tratar de um estudo exploratório, com falta de suporte em estudos anteriores que substanciem o agora realizado, os resultados obtidos neste estudo exploratório têm plausibilidade e poderão ser úteis não só a nível local, mas também a nível nacional, tendo sempre com objetivo contribuir para melhorar a eficiência do Programa Nacional de Saúde Oral.

Como sugestão para futuros estudos, poderão ser estudadas novas variáveis como por exemplo o rendimento familiar, o nível de literacia em Saúde Oral dos pais, a auto-percepção de saúde oral dos pais ou a acessibilidade ao dentista, de modo a entender melhor a relação entre os determinantes de Saúde e a Saúde Oral, para poderem ser delineadas estratégias que conduzam a mais ganhos em saúde e que coloquem Portugal nas metas definidas para a Saúde Oral.

Em suma, com este estudo verificou-se que a informação dos Encarregados de Educação da existência dos cheques-dentista é uma medida a adoptar para aumentar a sua utilização.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92(7):592–7.
2. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Policy Pract*. 2005;83(9):661–9.
3. Patel R. The state of oral health in Europe: report commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. Brussels: Platform for Better Oral Health in Europe; 2012.
4. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Circular Normativa nº: 01/DSE de 18 de janeiro. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2005.
5. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. 2008. 126 p.
6. Calado R, Ferreira C, Nogueira P MP. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2015.
7. Platform for Better Oral Health in Europe. Best practices in oral health promotion and prevention from across Europe: an overview prepared by the Platform for Better Oral Health in Europe. Brussels: Platform for Better Oral Health in Europe; 2015.
8. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso, concorrência e qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde; 2014.
9. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Status. OCDEStat. 2015.
10. Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde. Relatório final. 2007;185.
11. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2011: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2011.
12. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2015: OECD Indicators. OECD Publishing. 2015. 210 p.
13. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário: Circular Informativa nº: O4/DSPPS/DCVAE de 27 de fevereiro. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2008.

14. Despacho nº 16159/2010. Diário da República nº 208/2010. Série II de 2010-10-26. Determina alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) aos doentes infectados com o vírus VIH/SIDA. p. 52793.
15. Direção-Geral da Saúde. Circular Informativa Nº: 02/DSPPS/DCVAE: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral crianças e jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: normalização de procedimentos. 2009;20.
16. Circular Informativa Nº:07/DSPPS/DCVAE: Saúde Oral - Normalização de procedimentos para a emissão de cheques-dentista e documentos de referência para higienista oral. Direção-Geral da Saúde. 2009;1–16.
17. Direção-Geral da Saúde. Cheques-dentista [Internet]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. [cited 2018 May 2]. Available from: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/cheque-dentista.aspx>
18. Lourenço A, Barros P. Cuidados de Saúde Oral - Universalização. Lisboa: Nova Healthcare Initiative Research; 2016.
19. Júnior J, Gaspar AI, Vilela H, Filipe R. Plano Local de Saúde - ACES Lisboa Ocidental e Oeiras 2014-2016. Lisboa. 2014.
20. Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras. Relatório de Atividades 2016. Lisboa: ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; 2017.
21. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H v. d., Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? Br Med J. 2011;343(d4163):1–3.
22. World Health Organization. Oral Health: Information Sheet. Brussels: WHO; 2012.
23. Lemos I. A importância da Qualidade de Vida na Saúde Oral dos Idosos. Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Ciências ds Saúde; 2013.
24. Bennadi D, Reddy C. Oral health related quality of life. J Int Soc Prev Communit Dent. 2013;3:1–6.
25. Ferreira R, Dias S, Martins M. Estado de Saúde Oral de crianças entre os 3 e 5 anos, a frequentar as escolas do Cacém, com pais portugueses e imigrantes. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2012.
26. National Institute of Health - Department oh Human Health and Services. Oral Health in America: a Report of the General Surgeon. Rockville: U.S. National Institutes of Health; 2000. 308 p.
27. Chou R, Cantor A, Zakher B, Mitchell JP, Pappas M. Preventing Dental Caries in Children &lt;5 Years: Systematic Review Updating USPSTF Recommendation.



- Pediatrics. 2013;132(2):332–50.
28. Araújo Nobre, Maló P. Prevalence of periodontitis, dental caries, and peri-implant pathology and their relation with systemic status and smoking habits: Results of an open-cohort study with 22009 patients in a private rehabilitation center. *J Dent.* 2017;67:36–42.
  29. World Dental Federation. *WORLD ORAL HEALTH DAY 2014: a focus on protecting the teeth and mouth throughout life.* Switzerland: World Dental Federation; 2014.
  30. European Commission. *EUROBAROMETER. Oral health: Report. Special Eurobarometer 330.* Brussels; 2010. 1-112 p.
  31. *II Barómetro Nacional de de Saúde Oral de 2015 .* Ordem dos Médicos Dentistas. 2015.
  32. Despacho nº 12889/2015. *Diário da República nº 223/2015. Série II de 2015-11-13.* Determina que o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) é alargado, passando a incluir, entre outros, as crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais.
  33. Aguiar P. *Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS: Guia Prático de Medicina.* Lisboa: Climepsi Editores; 2007.
  34. Dean AG, Sullivan KM SM. Tamanho da amostra: estudo de casos-controle não pareados. In: *OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health: versão 301.* OpenEpi; 2013.
  35. Basílio N, Vitorino AS, Mendes Nunes J. Caracterização da empatia em internos de medicina geral e familiar. Vol. 33. *Rev Port Med Geral Fam;* 2017. 171-175 p.
  36. *Classificação Portuguesa 2010 das Profissões.* Instituto Nacional de Estatística. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2011.
  37. Lei nº 67/98, de 26 de outubro, com última alteração Lei nº 103/2015, de 24 de agosto. *Diário da república. Série I de 2011-03-02.* Lei da Protecção Dados Pessoais (transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Dir. n.º 95/46/CE, do PE e do Conselho, 24/10/9.
  38. Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de Agosto - Sétima revisão constitucional. *Diário da República n.o 155, I Série - A. 2005. 4642-4686 p.*
  39. Ankita A, Shivi K, Mastura IN, Sumanth KN, Eachempati P. School dental screening programmes for oral health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(12):2–5.
  40. Portugal. *Ministra da Presidência e da Modernização Administrativa. Programa SIMPLEX 2017.* Lisboa; 2017.

41. Cortés F, Ramón J, Cuenca E. Twelve years of the Infant Oral Care Program ( PADI ) in Navarra ( 1991- 2002 ). Utilisation and health indicators. 2003;26(3):373–82.
42. Miller E, Lee JY, DeWalt DA, Vann Jr WF. Impact of Caregiver Literacy on Children's Oral Health Outcomes. *Pediatrics*. 2010;126(1):107–14.
43. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saude Publica*. 2016;34(3):259–75.
44. Wall T, Nasseh K, Vujcic M. Most Important Barriers to Dental Care Are Financial, Not Supply Related. American Dental Association Health Policy Institute (Research Brief). 2014.
45. Petersen PE, Jiang H, Peng B, Tai BJ, Bian Z. Oral and general health behaviours among Chinese urban adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 2008;76–84.

## ANEXOS

▪ ANEXO 1 - PLANO DE OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Nome da Variável	Designação Informática	Definição Operacional	Valores/Unidades	Tipo de Variável
Recetor cheque-dentista	REC_CHD	Indivíduo a quem foram entregues os cheques-dentista	0- Aluno 1- Encarregado de Educação 2-A outra pessoa 3-Não sei	Catagórica Nominal
Utilização cheque-dentista	UTI_CHD	Utilização ou não do cheque-dentista	0-Sim 1-Não	Catagórica Nominal
Motivos da não utilização cheque-dentista	N_UTI_CHD	Motivos da não utilização do cheque-dentista	1- Não achou necessário 2- Esqueceu-se de usar, deixando ultrapassar o prazo de validade 3- Não conseguiu encontrar clínicas aderentes ao cheque-dentista 4- Conseguiu encontrar clínicas aderentes ao cheque-dentista, mas não conseguiu agendar a consulta 5- Não aderiu por aconselhamento de outros profissionais 6- Já usou em anos anteriores, não tendo ficado satisfeito com o atendimento 7- Não recebeu informação sobre como utilizar o cheque-dentista e sua importância Outros Motivos	Catagórica Nominal
Conhecimento de dentista aderente ao cheque-dentista	CONH_DENT	Estado de conhecimento, pelo EE, de dentista com acordo com o cheque-dentista	0-Não/ Não sei 1-Sim	Catagórica Nominal
Vigilância por dentista	VIG_DENT	Aluno com vigilância por dentista, no ano letivo 2014/2015	0-Não/ Não sei 1-Sim	Catagórica Nominal
Vigilância por dentista aderente ao	V_DENT_CHD	Aluno com vigilância por dentista, no ano letivo 2014/2015	0-Não/ Não sei 1-Sim	Catagórica Nominal

cheque-dentista				
Sexo Aluno	SEX1	Sexo do aluno	0-Masculino 1-Feminino	Categórica Nominal
Sexo EE	SEX2	Sexo do EE	0-Masculino 1-Feminino	Categórica Nominal
Idade Aluno	AGE1	Idade em anos completos do aluno referentes ao ano letivo 2014/2015	0-7 anos 1-10 anos 2-13 anos	Categórica Ordinal
Idade EE	AGE2	Idade em anos completos do EE referentes ao ano letivo 2014/2015	Em anos	Numérica
Idade EE REC	AGE2	Idade em anos completos do EE referentes ao ano letivo 2014/2015 recodificada	0-<45 anos 1- ≥45 anos	Categórica Ordinal

Escola	SCHOOL	Escola da área de influência do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras que o aluno estava matriculado no ano letivo 2014/2015	1- ES Amélia Rey Colaço 2- EB João Gonçalves Zarco 3-EB1 Armando Guerreiro 4-EB 1 D. Pedro V 5-ES Miraflores 6-EB1 Miraflores 7- EB1 Alto de Algés 8- EB Sophia de Mello Breyner 9-EB1 Amélia Vieira Luís 10-ES Prof. José Augusto Lucas 11-EB 2,3 Prof. Noronha Feio 12-EB 1 Cesário Verde 13-EB1 Narciso Pereira 14-EB1 Gil Vicente 15- EBI São Bruno 16- EB1 Visconde de Leceia 17- EB1 Nossa Senhora do Vale 18-EB Conde de Oeiras 19-EB1 António Rebelo de Andrade 20-EB1 Sá de Miranda 21-ES Aquilino Ribeiro 22-EB1 Porto Salvo 23-ES Luís de Freitas Branco 24-EB1 Dr. Joaquim Barros 25-EB1 Dionísio dos Santos Matias 26-EB1 Maria Luciano Seruca 27- EB Manuel da Maia 28- EB1 Santo Condestável 29-ES Rainha Dona Amélia 30-EB Josefa de Óbidos 31-EB1 Eng. Ressano Garcia 32--ES Camilo Castelo Branco 33-EB Vieira da Silva 34-EB1 Antero Basalisa 35-EB1 Sylvia Philips	Categorica Nominal
--------	--------	---	--	-----------------------

Agrupamento de Escolas/Escola Não Agrupada	AE/SCHOOL	Agrupamento de Escola/Escola Não Agrupada da área de influência do ACES Lisboa Bruno Ocidental e Oeiras que o aluno estava matriculado no ano letivo 2014/2015	1-AE Santa Catarina 2-AE Miraflores 3- AE Carnaxide-Portela 4- AE Linda-a-Velha e Queijas 5-AE São Bruno 6-AE Conde de Oeiras 7-AE Aquilino Ribeiro 8-AE Paço de Arcos 9- AE Manuel da Maia ES Rainha Dona Amélia 11- AE Bartolomeu de Gusmão 12-AE Carnaxide	Categórica Nominal
Grau de Parentesco	GR_PAR	Relação familiar entre o EE e o aluno	0-Mãe 1-Pai 2-Outro	Categórica Nominal

Estado Civil	EST_CI	Situação do EE em relação ao estado civil	0-Casado/União de facto 1-Solteiro Viúvo Divorciado/Separado	Catagórica Nominal
Estado Profissional EE	EST_PROF	Profissionalmente ativo ou não, no ano letivo 2014/2015	0-Não 1-Sim	Catagórica Nominal
Motivo Inatividade EE	MOT_INAT	Razão pela qual o EE não exercia atividade profissional, no ano letivo 2014/2015	0-Desempregado 1-Estudante 2-Reformada 3-Doméstico 4-Outro	Catagórica Nominal
Profissão EE	PROF	Profissão do EE, no ano letivo 2014/2015. Codificado de acordo com a classificação nacional das profissões	1- Representantes das Forças Armadas 2- Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos 3- Especialistas das atividades intelectuais e científicas 4- Técnicos e profissões de nível intermédio Pessoal administrativo 6- Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores 7- Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices 8- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem 9-Trabalhadores não qualificados	Catagórica Ordinal
Profissão EE REC	PROF_R	Profissão do EE, no ano letivo 2014/2015. Codificado de acordo com a classificação nacional das profissões recodificado	0-Trabalhadores não qualificados 1- Trabalhadores qualificados	Catagórica Ordinal
Habilitações Literárias EE	HAB_LIT	Nível de habilitações completas do EE, no ano letivo 2014/2015	1- 1º Ciclo Ensino Básico 2- 2º Ciclo Ensino Básico 3- 3º Ciclo Ensino Secundário Curso Profissional	Catagórica Ordinal



			Ensino Superior	
Habilitações Literárias EE REC	HAB_LIT_R	Nível de habilitações completas do letivo recodificado	0- Ensino Primário a Secundário 1- Ensino Superior	Categórica Ordinal

▪ ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO “UTILIZAÇÃO DOS CHEQUES-DENTISTA”



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



QUESTIONÁRIO “UTILIZAÇÃO DOS CHEQUES-DENTISTA”

1- Informação relativa ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

1.1 Durante o ano letivo de 2014/2015, foi atribuído algum cheque-dentista ao seu educando?  
 Sim  01 Não  02 Não sei  99

1.1.1 A quem foi entregue o 1º cheque-dentista?

Ao aluno(a)  01 A outra pessoa  03  
 Encarregado de educação  02 Não sei  04

1.1.2 Utilizou o 1º cheque-dentista?

Sim  01 Não  02

1.2 Se respondeu “não” à questão (1.1.2), que motivos a levaram a não utilizar o cheque-dentista (assinale um ou mais opções):

- Não achou necessário a utilização do cheque-dentista  01
- Esqueceu-se de usar o cheque-dentista, deixando ultrapassar o prazo  02
- Perdeu o cheque-dentista  03
- Não conseguiu encontrar clínicas aderentes ao cheque-dentista  04
- Conseguiu encontrar clínicas aderentes ao cheque dentista mas não conseguiu agendar a consulta  05
- Não aderiu ao cheque dentista por aconselhamento de outros profissionais  06
- Já usou em anos anteriores, algum cheque dentista, não tendo ficado satisfeito (a) com o atendimento  07
- Não recebeu informação sobre como utilizar o cheque-dentista e sobre a sua importância  08
- Outros motivos: \_\_\_\_\_  09

1.3 No ano letivo 2014/2015, conhecia algum dentista aderente ao cheque-dentista?

Sim  01 Não  02 Não sei  99

1.4 No ano letivo de 2014/2015, o aluno(a) era vigiado por algum médico dentista particular?

Sim  01 Não  02 Não sei  99

1.4.1 Se respondeu “Sim” à questão (1.4), o médico dentista que vigiava o(a) aluno(a) era aderente ao cheque-dentista?

Sim  01 Não  02 Não sei  99

2- Informações relativas ao (à) aluno (a)

2.1 Sexo do aluno(a)

Feminino  01 Masculino  02

2.2 Que idade (em anos) tinha o(a) aluno(a) no ano letivo 2014/2015, até dezembro de 2014?

7 anos  01  
 10 anos  02  
 13 anos  03

2.3 Que escola frequentava o(a) aluno (a) no início do ano letivo de 2014/2015?

Escola: \_\_\_\_\_

### 3- Informação relativa ao Encarregado de Educação

3.1 Sexo do encarregado de educação do(a) aluno (a) no ano letivo de 2014/2015

Feminino  01 Masculino  02

3.2 Que idade (em anos) tinha o encarregado de educação do(a) aluno(a) no ano letivo 2014/2015?

Idade: \_\_\_\_\_ anos

3.3 Grau de parentesco do encarregado de educação com o(a) aluno (a) no ano letivo de 2014/2015?

Mãe  01  
Pai  02  
Outro  03

3.4 Estado civil do encarregado de educação do (a) aluno (a) no início do ano letivo de 2014/2015?

Solteiro  01 Viúvo  03  
Casado/União de facto  02 Divorciado/ separado  04

3.5 No início do ano letivo de 2014/2015 o encarregado de educação do aluno exercia alguma profissão?

Sim  01 Qual: \_\_\_\_\_  
Não  02

3.5.1 Se respondeu "não" à questão (3.5), qual o principal motivo de não exercer nenhuma profissão nessa data?

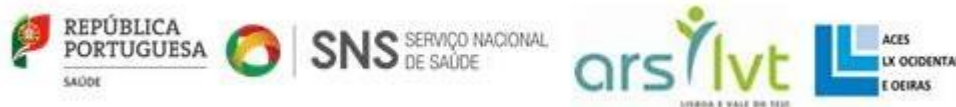
Desempregado  01 Estudante  03  
Reformado  02 Domestico  04  
Outro  05

3.6 Qual era o grau de escolaridade completo do encarregado de educação do (a) aluno(a) no início do ano letivo de 2014/2015?

Até 4º ano  01 12º ano  04  
6º ano  02 Curso profissional  05  
9º ano  03 Curso Superior  06

MUITO OBRIGADA PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.  
POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS.

## ▪ ANEXO 3- CONSENTIMENTO INFORMADO



### Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação no Estudo

#### “Saúde Oral: fatores de não adesão aos cheques-dentista – Estudo de caso-controlo aos alunos das Escolas do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras no ano letivo 2014/2015”

*Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.*

**Enquadramento:** as doenças da cavidade oral são um problema de saúde pública à escala global, quer pelo impacto que têm na qualidade de vida quer pelo elevado número de pessoas que atinge quer pelo seu elevado custo. As cáries dentárias afetam a maioria dos adultos (cerca de 100%) e 60-90% das crianças em idade escolar, levando a milhões de dias perdidos sem aulas e permanecendo uma das mais frequentes doenças crónicas. Perante a baixa adesão aos cheques-dentista no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras nos alunos dos 7, 10 e 13 anos, torna-se necessário saber os motivos que levam a esta baixa adesão, de forma a possibilitar o planeamento de estratégias que permitam aumentar a adesão. Assim, este trabalho tem como objetivo estudar os fatores que condicionam a não utilização do primeiro cheque-dentista, nos alunos das escolas da área de influência do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.

**Explicação do Estudo:** o estudo vai ser realizado através da aplicação de um questionário aos encarregados de educação de alunos de 7, 10 e 13 anos inscritos nas escolas públicas da área de influência do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, que consentirem participar neste estudo. O estudo é de carácter voluntário, sem prejuízos, assistenciais ou outros, em caso de recusa de participação.

**Confidencialidade e anonimato:** todos os dados recolhidos para o presente estudo são confidenciais e de uso exclusivo para o mesmo, estando assegurado o anonimato dos participantes. A sua colaboração é fundamental para o bom cumprimento dos objetivos do estudo. A autora agradece a colaboração e a disponibilidade prestada para participação no presente estudo.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

Rita Filipe, Ordem dos Médicos nº 56 350,

Médica Interna na Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras Av. António Bernardo Cabral Macedo, 2770-189, Paço de Arcos, 21 454 08 14

-----

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

**Nome:**

\_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_

\_\_\_\_\_

**Data:**

\_\_\_\_\_

**Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.**

▪ ANEXO 4- AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO ACES LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO



### Declaração

Eu, Dr.ª Fátima Nogueira, Diretora Executiva do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, venho por este meio conceder autorização para a realização do trabalho de investigação com o tema “Saúde Oral – Fatores da não adesão aos Cheques-Dentista”, a realizar pela Unidade de Saúde Pública, apreciando o estudo como de interesse para o ACES e considerando estarem reunidas as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Oeiras, 7 de julho de 2016.

A Diretora Executiva

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Nogueira', is written over a horizontal line.

Fátima Nogueira, Dra.

▪ ANEXO 5- AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA ARS LVT PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO



Exma. Senhora  
Dr.ª Ana Rita Filipe  
[anarita\\_f@hotmail.com](mailto:anarita_f@hotmail.com)

C/C

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		3136/CE5/2016	19.08.2016

Assunto: "Saúde Oral: Fatores de não adesão aos cheques-dentista – Estudo de caso-controlo aos alunos das Escolas do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras no ano letivo 2014-2015"

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou o projecto mencionado em epigrafe, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

Luis Pisca

- ANEXO 6- ARTIGO PUBLICADO NA ACTA MÉDICA PORTUGUESA [Vol 31, No 6 (2018)]

## Saúde Oral - Fatores de Não Adesão aos Cheques-Dentista: Um Estudo de Caso-Controlo

## Oral Health - Factors of Non-Adherence to Dental Vouchers: A Case-Control Study



ARTIGO ORIGINAL

Rita FILIPE<sup>1</sup>, Pedro AGUIAR<sup>2</sup>

Acta Med Port 2018 Jun;31(6):303-311 - <https://doi.org/10.20344/amp.9640>

### RESUMO

**Introdução:** O cheque-dentista foi criado para efetivar o acesso às consultas de medicina dentária, no entanto, a utilização dos primeiros cheques-dentistas pelos alunos com cáries de 7, 10 e 13 anos das escolas públicas da área geodemográfica do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras (ACES LOO) tem sido baixa (23%, ano letivo 2014/2015). Com este trabalho, pretendemos estudar os fatores associados à não utilização.

**Material e Métodos:** Realizámos um estudo caso-controlo que envolveu 270 alunos (135 casos e 135 controlos), provenientes das 35 escolas públicas que aceitaram participar no estudo. Foi feita uma análise descritiva dos motivos da não adesão e a pesquisa da associação entre as variáveis e a utilização/não utilização do cheque-dentista por análise estatística bivariável e multivariável, adotando-se um nível de significância de 0,05.

**Resultados:** Os principais motivos para a não utilização elencados ( $n = 135$ ) foram ter dentista particular não aderente ao cheque-dentista (23,7%) e ter-se esquecido de utilizar o cheque-dentista, deixando ultrapassar o prazo de validade (21,5%). O principal fator associado à não utilização foi o aluno ser vigiado por dentista particular (OR ajustado 2,004,  $p = 0,017$ ; IC 95%: 1,176 - 3,413) e o principal fator associado à utilização foi o encarregado de educação ter conhecimento de dentista aderente ao cheque-dentista (OR ajustado 0,096,  $p < 0,001$ ; IC 95%: 0,047 - 0,198).

**Discussão:** Os resultados obtidos realçam a necessidade de se melhorar a acessibilidade aos cheques-dentista.

**Conclusão:** Espera-se que a identificação destes fatores possa contribuir para planear estratégias e atividades com vista a aumentar a utilização dos cheques-dentista.

**Palavras-chave:** Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Educação em Saúde Oral; Portugal; Promoção da Saúde; Saúde Oral

### ABSTRACT

**Introduction:** A dental voucher was created to facilitate the access to oral health care, however the use of these vouchers, by students aged 7, 10 and 13 with dental caries from state schools within the geodemographic area covered by the Community Health Center Group of Western Lisbon and Oeiras, had a low uptake (23%, school year 2014/2015). The aim of this study was to examine the factors associated with this non-use.

**Material and Methods:** A case-control study was carried out involving 270 students (135 cases and 135 controls) from 35 state schools who agreed to participate in the study. A descriptive analysis of the reasons for non-adherence to the voucher, and a study associating the variables and the use/non-use of the dental vouchers using bivariate and multivariate statistical analysis was made adopting a significance of 0.05.

**Results:** The main reasons for non-use ( $n = 135$ ) were the use of private dentists outside the dental voucher scheme (23.7%) and forgetting to use the vouchers or exceeding the expiry date (21.5%). The main factor associated with the non-use was students having a private dentist (OR adjusted 2.004,  $p = 0.012$ ; IC 95%: 1.176 - 3.413) and the main factor associated with the use was having information of dentists accepting dental vouchers (OR adjusted 0.096,  $p = < 0.001$ ; IC 95%: 0.047 - 0.198).

**Discussion:** Our findings highlight the need to improve the accessibility to dental vouchers.

**Conclusion:** It is hoped that the identification of these factors will contribute in the planning of strategies and activities to improve the use of dental vouchers.

**Keywords:** Health Education, Dental; Health Promotion; Oral Health; Portugal; Program Evaluation

### INTRODUÇÃO

Segundo o estudo *Global Burden of Disease* de 2010, as doenças da cavidade oral afetaram 3,9 mil milhões de pessoas e provocaram a perda de 15 milhões de *disability-adjusted life years* (DALY) a nível mundial.<sup>1</sup> Além disso, os custos inerentes a estas doenças são elevados, sendo considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o quarto grupo de patologias mais caras de tratar.<sup>2</sup> Em 2012, só na União Europeia, os custos foram estimados em 79 mil milhões de euros.<sup>3</sup>

A cárie dentária constitui a doença crónica mais prevalente a nível mundial,<sup>1</sup> e apesar do seu declínio global

continua a ser um problema de saúde pública importante, afetando 60% - 90% das crianças em idade escolar e a maioria dos adultos visto o seu caráter cumulativo, levando a milhões de dias de trabalho perdidos.<sup>2</sup>

A estratégia europeia e as metas definidas para a saúde oral, pela OMS, apontam para que, no ano 2020, pelo menos 80% das crianças com 6 anos estejam livres de cárie.<sup>4</sup> Em Portugal, apesar da prevalência da cárie dentária ter vindo a diminuir, segundo os dados do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orals de 2015, apenas 55% das crianças portuguesas com seis anos se encontravam

1. Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras. Oeiras, Portugal.

2. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal.

3. Autor correspondente: Rita Filipe, [rita.filipe@nslv.min-saude.pt](mailto:rita.filipe@nslv.min-saude.pt)

Recebido: 03 de setembro de 2017 - Aceite: 02 de maio de 2018 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018





livres de cárie, valor que desce para os 32,4% no caso dos jovens com 18 anos.<sup>1</sup>

A cárie dentária tem uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes, se adequadamente prevenida e precocemente tratada.<sup>2</sup> A literatura demonstra que as intervenções dentárias preventivas que incluem cuidados rotineiros precoces, flúor e selantes, são custo efetivas. No entanto, o acesso aos cuidados de saúde oral preventiva está fortemente condicionado por falta de uma política de saúde efetiva.<sup>3</sup>

Em Portugal, a saúde oral tem sido uma das áreas onde a cobertura pública das necessidades em saúde menos se tem feito sentir.<sup>4</sup> De acordo com os dados do *European Union Statistics on Income and Living Conditions survey* de 2011 (EU-SILC), Portugal situava-se entre os três países da Europa com necessidades de exame dentário não satisfeitas mais elevadas (14,5%), sendo o principal motivo de não ir ao dentista o elevado preço.<sup>5</sup>

De forma a colmatar esta carência, foi implementado em 2005, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO)<sup>6</sup> e em 2008, de forma a efetivar o acesso às consultas de medicina dentária, foi criado o modelo do cheque-dentista.<sup>7</sup>

As crianças e jovens (7, 10 e 13 anos) são o principal grupo beneficiário, representando 85% do total dos cheques-dentista emitidos.<sup>8</sup> As crianças e jovens de 7 e 10 podem ser atribuídos até dois cheques-dentista por ano letivo e às de 13 anos podem ser atribuídos até três cheques-dentista por ano letivo, tendo cada cheque o valor máximo de 35 euros.<sup>9</sup>

Cabe à equipa de saúde oral da Unidade de Saúde Pública Ir às escolas públicas e fazer uma triagem aos alunos: sendo feita a emissão do cheque-dentista no caso das crianças terem cáries em dentes permanentes, no caso de não terem cáries é emitido um documento de acesso a consulta de higiene oral.<sup>10</sup> Neste grupo etário, apesar do número de primeiros cheques-dentista utilizados ter vindo a aumentar desde 2009 a 2013, de 188 263 para 312 394,<sup>11</sup> a proporção de utilização situou-se, a nível nacional, apenas nos 64%.<sup>9</sup>

O Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras (ACES LOO) abrange um total de 233 465 habitantes,<sup>12</sup> numa área maioritariamente urbana que possui uma densidade populacional e índice de dependência de jovens e de idosos superior à verificada na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT), assim como um maior nível de escolaridade e de poder de compra e uma menor taxa de desemprego.<sup>13</sup> O ACES LOO pertence à ARS LVT, que é a ARS que apresenta, a nível nacional, um menor rácio de médicos dentistas aderentes ao cheque-dentista.<sup>8</sup> Em termos de utilização do cheque-dentista no ACES LOO, verifica-se uma baixa proporção de utilização (23% no ano letivo 2014/2015).<sup>14</sup>

A literatura mostra que fatores como o nível de escolaridade, socioeconómico e de literacia dos pais; o nível de acesso a informação e recursos; e o acesso a cuidados de saúde oral têm influência na saúde oral das crianças e

jovens.<sup>15</sup>

Sendo o cheque-dentista gratuito e dirigido a crianças com necessidades dentárias já identificadas, com este estudo pretendemos conhecer os fatores associados à não adesão ao primeiro cheque-dentista, nos alunos de 7, 10 e 13 anos, inscritos nas escolas públicas da área geodemográfica do ACES LOO, durante o ano letivo 2014/2015.

Os objetivos específicos deste estudo consistem na comparação de casos e controlos face às seguintes variáveis: caracterização sociodemográfica do encarregado de educação (idade, sexo, grau de parentesco, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação profissional e, se aplicável, motivo de inatividade), caracterização sociodemográfica do aluno (idade, sexo, escola de inscrição) e análise de variáveis relativas ao PNPSO (receptor do cheque-dentista, conhecimento de dentista aderente ao cheque-dentista, vigilância por dentista particular e se sim, se este era aderente ao cheque-dentista).

## MATERIAL E MÉTODOS

Realizámos um estudo epidemiológico observacional caso-controlo retrospectivo. A população-alvo correspondeu aos alunos dos grupos etários dos 7, 10 e 13 anos inscritos nas escolas públicas da área geodemográfica do ACES LOO que receberam o primeiro cheque-dentista no ano letivo 2014/2015 (total de alunos elegíveis: 2496). Definimos como caso o aluno de 7, 10 ou 13 anos, inscrito em escola pública da área geodemográfica do ACES LOO, que tenha recebido o primeiro cheque-dentista e que não o tenha utilizado, no ano letivo 2014/2015 e como controlo o aluno de 7, 10 ou 13 anos, inscrito em escola pública da área geodemográfica do ACES LOO, que tenha recebido o primeiro cheque-dentista e que o tenha utilizado, no ano letivo 2014/2015.

Para participação no estudo, considerámos os seguintes critérios de inclusão: tratar-se de uma criança com 7, 10 ou 13 anos no ano letivo 2014/2015, estar inscrita nas escolas públicas da área geodemográfica do ACES LOO no ano letivo 2014/2015, ter recebido o primeiro cheque-dentista no ano letivo 2014/2015 e ter o consentimento informado do encarregado de educação (EE) para participação no estudo (Apêndice 1: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9640/5447>).

Como critérios de exclusão considerámos: ter participado no estudo-piloto, o EE não ter recebido o cheque-dentista no ano letivo 2014/2015, o EE não ter assinado o consentimento informado e o EE não ter respondido ao questionário.

Para a realização deste estudo foram tidas em consideração as questões éticas e morais previstas na legislação portuguesa (Lei nº 67/98 de 26 de agosto),<sup>16</sup> tendo sido dado o parecer positivo quer da Comissão de Ética da ARS LVT (número de autorização 9136/CES/ 2016) (Apêndice 2: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9640/5448>), quer da Diretora Executiva do ACES LOO (Apêndice 3: <https://www>

actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/artic/ view/9640/5449).

Após termos a aprovação da Comissão de Ética da ARS LVT, foi enviado um email pela Gestora do Programa de Saúde Escolar do ACES LOO a todos os diretores das escolas públicas da área geodemográfica do ACES a explicar o estudo e a solicitar participação. Do total de 62 escolas [14 Agrupamentos de Escolas (AE) e 4 Escolas Não Agrupadas], aceitaram participar no estudo 35 escolas (11 AE e 1 Escola Não Agrupada) (Apêndice 4: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/artic/ view/9640/5450>, o que fez uma percentagem de adesão das escolas de 56,5%.

Numa segunda fase, das 35 escolas que aceitaram participar no estudo, realizámos o cruzamento das listas dos alunos que utilizaram o primeiro cheque-dentista no ano letivo 2014/2015, através do Sistema de Informação em Saúde Oral com a lista dos alunos matriculados no presente ano letivo, de forma a excluir alunos que tenham, entretanto, mudado de escola e obteve-se um total de 884 alunos elegíveis: 450 casos e 434 controlos. Foi enviado um questionário e um consentimento informado ao total de 884 alunos elegíveis.

Destas 35 escolas, foi feita uma reunião com o professor responsável pelos projetos de educação para a saúde (PES) de cada escola a explicar o estudo, os quais por sua vez articularam os diretores de turma dos alunos elegíveis para participar no estudo. Cada professor responsável pelos PES funcionou como elo de ligação da escola com os investigadores.

Para o cálculo da amostra necessária utilizámos a fórmula de cálculo de amostras para estudos caso-controlo, considerando um nível de significância de 5%, poder de teste de 80%, rácio caso-controlo 1:1, odds ratio (OR) de 2,5 e uma proporção de exposição factorial de 50% nos controlos. A dimensão amostral teórica necessária seria de 162 alunos (81 casos e 81 controlos).<sup>17</sup> No entanto, tendo

em conta a literatura, considerámos uma taxa de resposta de 20%,<sup>18</sup> pelo que seria necessário abranger pelo menos 810 alunos (405 casos e 405 controlos) para obter o valor teórico calculado para a amostra (162). Além disso, ainda seria necessário abranger mais alunos, visto ter que se realizar um pré-teste. Deste modo, decidimos seleccionar todos os alunos elegíveis para o estudo (884), tendo sido enviado um questionário e um consentimento informado a todos os alunos elegíveis, sendo estes preenchidos pelo EE.

O questionário (Apêndice 5: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/artic/ view/9640/5451>) foi baseado na literatura e era constituído por três partes: a primeira parte era referente ao PNPSO (receptor do cheque-dentista, conhecimento de dentista aderente, vigilância por dentista particular e se sim, se este era aderente ao cheque-dentista), a segunda parte era referente à caracterização sociodemográfica aluno (idade, sexo, escola de inscrição) e a terceira parte à caracterização sociodemográfica do EE (idade, sexo, grau de parentesco, estado civil, nível de escolaridade, profissão,<sup>19</sup> situação profissional e, se aplicável, motivo de inatividade) (Apêndice 6: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/artic/ view/9640/5452>). Considerámos como variável dependente a não utilização do primeiro cheque dentista. Para os casos, foram analisados os motivos da não utilização do cheque-dentista. Para aferir a validade facial do questionário foi realizado um pré-teste a 10 EE seleccionados aleatoriamente, do qual não resultaram alterações.

Do total de questionários enviados, obtivemos 362 respostas (percentagem global de resposta de 41%; mín. - máx.: 20% - 56,1%). Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram considerados 270 respostas válidas das quais 135 correspondiam a casos e 135 a controlos (Fig. 1). Os dados obtidos foram analisados no programa IBM SPSS Statistics<sup>®</sup> versão 20.0.

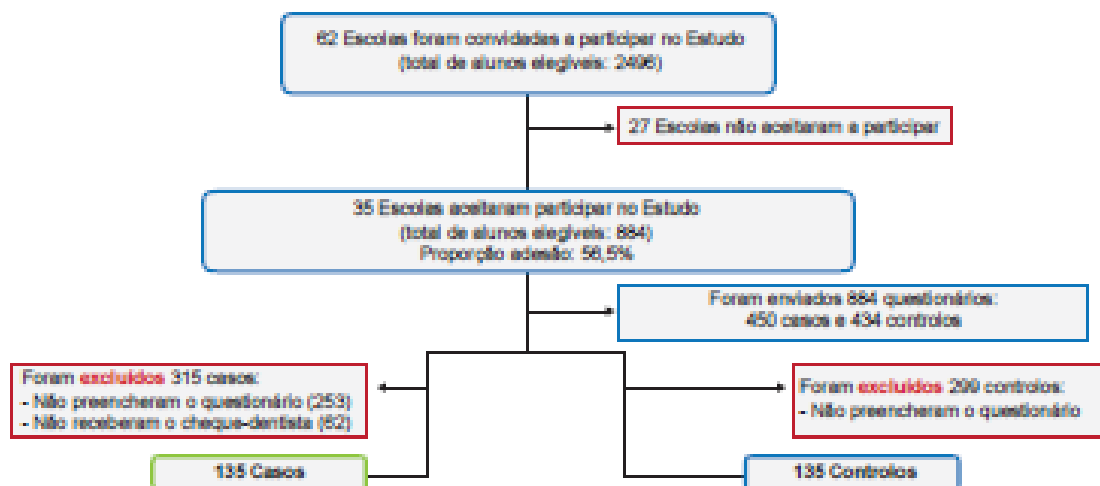


Figura 1 – Fluxograma do estudo

Na análise bivariável, foram comparados dois grupos, os casos e os controlos, face a uma série de variáveis, entre as quais se encontravam variáveis numéricas e categóricas. Na avaliação dos dois grupos face a variáveis categóricas, fizemos a análise através do teste do qui-quadrado ou, quando não aplicável, através do teste exato de Fisher, enquanto que para as variáveis numéricas utilizámos o teste *t* de Student para amostras independentes ou o teste de Mann-Whitney caso não se tenha verificado o pressuposto de normalidade. Calculámos o valor *p*, para cada variável independente em estudo e analisámos a homogeneidade dos casos face aos controlos.<sup>28</sup>

Foram elaboradas tabelas de cruzamento contendo frequências absolutas, relativas e respetivos intervalos de confiança (IC) a 95%, para cada um dos grupos. As medidas de associação pesquisadas foram o cálculo do OR e respetivo IC para um nível de confiança de 95% e foi avaliada a magnitude e o sentido da associação. Para as variáveis numéricas, a magnitude da associação foi calculada através da diferença de médias e respetivo intervalo de confiança, enquanto para as variáveis categóricas foi calculada através dos OR e respetivos intervalos de confiança. Do resultado da análise bivariável, foram incluídas na análise de regressão múltipla as variáveis que cumpriram os seguintes critérios: resultados estatisticamente significativos nas relações com a variável dependente (valor *p* < 0,05); variáveis que apesar de não revelarem resultados estatisticamente significativos nas relações com a variável dependente originem valores *p* < 0,20; variáveis que apesar de não revelarem resultados estatisticamente significativos, tenham uma especial importância para a investigação.<sup>29</sup>

Na análise multivariável, aplicou-se o modelo de regressão logística multivariável o que nos permitiu eliminar possíveis fatores de confundimento. A magnitude das associações foi obtida pelo cálculo do valor exponencial dos coeficientes de regressão, resultando nos OR ajustados entre si. Para se chegar ao valor final de cada OR ajustado para cada variável, ao longo do processo de análise multivariada, foi retirada, de cada vez, a variável com maior valor *p*,

obtendo-se um modelo otimizado com uma tabela final com as variáveis cuja associação com a não adesão ao cheque-dentista foi estatisticamente significativa (*p* < 0,05). Foram excluídas da análise, as variáveis cujos *missing values* foram superiores a 10%.<sup>29</sup>

Para análise da qualidade de ajustamento do modelo de regressão logística, utilizámos a área sob a receiver operator characteristic curve (ROC). A curva ROC permitiu-nos ver até que ponto as probabilidades estimadas pelo modelo de regressão logística discriminaram os casos de não utilização do cheque-dentista.<sup>29</sup>

Os resultados do modelo otimizado da regressão logística foram confirmados através de modelos lineares generalizados [generalized estimated equations (GEE)] para uma estrutura de correlação uniforme das observações dos alunos dentro das escolas e do modelo logístico. Após a realização da análise estatística, os questionários foram destruídos de forma a garantir a privacidade e confidencialidade dos mesmos.

## RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 135 casos e 135 controlos. A percentagem global de questionários excluídos pelo facto de os EE não terem recebido o cheque-dentista foi de 17% (*n* = 62), variando nas escolas/AE participantes entre 0% - 33%, o que o que introduz um viés importante na análise da baixa utilização do mesmo.

Os principais motivos elencados pelos encarregados de educação para a não utilização do cheque-dentista (*n* = 135), no ano letivo 2014/2015, foram: ter dentista particular que não era aderente ao cheque-dentista (23,7%) e ter-se esquecido de utilizar o cheque-dentista, deixando ultrapassar o prazo de validade (21,5%). Salientamos que 10,4 % referiram não ter conseguido localizar médicos aderentes ao cheque-dentista (Tabela 1).

Considerando a caracterização sociodemográfica dos alunos (Tabela 2), verificámos que tanto nos casos e controlos, o sexo feminino foi ligeiramente mais frequente (53,3% vs 53,3%) e a maior proporção de cheques-dentista

Tabela 1 – Motivos da não adesão ao cheque-dentista no ano letivo 2014/2015 (*n* = 135)

Motivos da não adesão ao cheque-dentista	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não achou necessário	20	14,8%
Esqueceu-se de usar, deixando ultrapassar o prazo de validade	29	21,5%
Perdeu o cheque-dentista	6	4,4%
Não conseguiu localizar médicos aderentes ao cheque-dentista	14	10,4%
Conseguiu encontrar clínicas aderentes ao cheque-dentista, não tendo ficado satisfeito com o atendimento	3	2,2%
Não aderiu por aconselhamento de outros profissionais	4	3,0%
Já usou em anos anteriores, não tendo ficado satisfeito com o atendimento	1	0,8%
Não recebeu informação sobre como utilizar o cheque-dentista e sua importância	13	9,6%
Tem dentista particular que não é aderente	32	23,7%
Tem seguro de saúde	8	5,9%
Não especificou	5	3,7%

Tabela 2 – Apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa ao aluno (n = 270)

Variável em análise	Categorias	Medidas estatísticas	Grupo dos casos <sup>1</sup> (n = 135)	Grupo dos controlos <sup>2</sup> (n = 135)	Odds ratio; (IC 95%)	Valor p
Sexo	Masculino (referência)	n (%)	63 (46,7%)	63 (46,7%)	1,000; (0,620 – 1,613)	1,000
	Feminino	n (%)	72 (53,3%)	72 (53,3%)		
Idade	7 anos (referência)	n (%)	21 (15,6%)	25 (18,5%)	Referência	0,572
	10 anos	n (%)	60 (44,4%)	64 (47,4%)		
	13 anos	n (%)	54 (40,0%)	46 (34,1%)		
Escola/ AE que o aluno frequentava no ano letivo 2014/2015	AE Santa Catarina (referência)	n (%)	21 (15,6%)	25 (18,5%)	Referência	0,213
	AE Miraflores	n (%)	8 (4,4%)	14 (10,4%)		
	AE Camaxide Portela	n (%)	11 (8,1%)	4 (3,0%)		
	AE Linda-a-Velha e Queijas	n (%)	14 (10,4%)	7 (5,2%)		
	AE São Bruno	n (%)	8 (5,9%)	11 (8,1%)		
	AE Conde de Ceiras	n (%)	3 (2,2%)	4 (3,0%)		
	AE Aquilino Ribeiro	n (%)	16 (11,9%)	17 (12,6%)		
	AE Paço de Arcos	n (%)	20 (14,8%)	24 (17,8%)		
	AE Manuel da Maia	n (%)	7 (5,2%)	8 (5,9%)		
	ES Rainha Dona Amélia	n (%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)		
	AE Bartolomeu de Gusmão	n (%)	5 (3,7%)	8 (5,9%)		
AE Camaxide	n (%)	23 (17,0%)	12 (8,9%)			

AE: agrupamento de escolas; ES: escola secundária; IC: intervalo de confiança  
 1: Aluno que não utilizou o cheque-dentista; 2: aluno que utilizou o cheque-dentista

foi entregue aos 10 anos de idade (44,4% vs 47,4%) e a menor aos 7 anos (15,6% vs 18,5%).

Relativamente à Escola/AE que o aluno estava inscrito, verificámos que a menor proporção de alunos estava inscrita na Escola Secundária Rainha Dona Amélia (0,7% vs 0,7%) e a maior proporção de casos estava inscrita no AE de Camaxide (17%) e de controlos no AE Santa Catarina (18,7%).

Não verificámos diferenças entre o grupo de casos e controlos, no que diz respeito à proporção do sexo feminino ( $p = 1,000$ ), à proporção de idades (7, 10 e 13 anos) em que foi entregue o primeiro cheque-dentista ( $p = 0,572$ ) e à escola/AE que os alunos frequentavam no ano letivo 2014/2015 ( $p = 0,213$ ). Estes dados podem nos fazer assumir a homogeneidade estatística dos grupos em comparação, para o nível de significância de 0,05.

Considerando a caracterização sociodemográfica dos EE (Tabela 3), verificámos que, tanto nos casos como nos controlos, o sexo feminino foi o predominante (83,7% vs 83,0%,  $p = 0,870$ ) e a idade média foi semelhante ( $41,68 \pm 8,39$  vs  $40,39 \pm 6,75$ ,  $p = 0,166$ ).

Na maioria das vezes, o encarregado de educação respondeu à mãe do aluno (81,5% vs 81,5%,  $p = 0,803$ ), encontrava-se casado/união de facto (66,7% vs 58,5%,  $p = 0,225$ ), empregado (77,8% vs 78,5%,  $p = 0,833$ ), desenvolvendo trabalho qualificado (82,7% vs 81,1%,  $p = 0,769$ ). Quando questionados pelos motivos de estarem inativos, o desemprego foi o principal motivo, sendo este menos elevado nos EE dos casos (63,3% vs 82,8%,  $p = 0,318$ ).

Em termos de nível de escolaridade, 35,1% dos EE dos casos e 23,7% dos EE dos controlos tinham completado

o ensino superior, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,041$ ). Verificámos uma associação positiva entre ter completado o ensino superior e a não utilização do cheque-dentista (OR = 1,739; IC 95%: 1,021 – 2,961).

Considerando a informação relativa à vigilância de Saúde Oral e aos cheques-dentista (Tabela 4), verificou-se que o cheque-dentista foi entregue maioritariamente ao aluno (75,8% vs 85,8%,  $p = 0,092$ ).

O conhecimento do EE de dentista aderente ao cheque-dentista foi muito inferior nos casos (14,1% vs 62,2%  $p < 0,001$ ) e associou-se a uma redução relativa da odd (possibilidade de ocorrência) da não utilização do cheque-dentista em 90,1% (OR = 0,099, IC 95%: 0,055 – 0,181). Por sua vez, a vigilância do aluno por dentista particular no ano letivo 2014/2015 foi superior nos casos (67,4% vs 53,3%,  $p = 0,018$ ) e associou-se a um aumento relativo da odd da não utilização do cheque-dentista em 81,0% (OR = 1,810, IC 95%: 1,104 – 2,965). Salientamos que cerca de 1/3 dos alunos que não utilizaram o cheque-dentista também não foram seguidos por dentista particular.

Quando questionámos sobre se o dentista particular era aderente ao cheque-dentista verificámos que apenas o era em 8,8% ( $n = 8$ ) dos casos e em 43,8% dos controlos ( $n = 32$ ). Esta diferença foi estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), estando a vigilância por dentista aderente ao cheque-dentista associada a uma redução relativa da odd da não utilização do cheque-dentista em 87,3% (OR = 0,123, IC 95%: 0,054 – 0,302).

O modelo de regressão obtido foi estatisticamente significativo (teste Omnibus  $< 0,001$ ), com uma boa qualidade de ajustamento (área sob a curva ROC 77,8%,  $p < 0,001$ ,

Tabela 3 – Apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa aos EE (n = 270)

Variável em análise	Categorias	Medidas estatísticas	Grupo dos casos <sup>a</sup> (n = 135)	Grupo dos controlos <sup>b</sup> (n = 135)	Odds ratio; IC (95%)	Valor p
Sexo	Masculino (referência)	n (%)	22 (16,3%)	23 (17,0%)	1,055; (0,556 - 2,001)	0,870
	Feminino	n (%)	113 (83,7%)	112 (83,0%)		
Idade	Média	NA	41,88	40,39	-1,289 (Diferença de médias)	0,168
	Mediana		41,00	40,00		
	Desvio - Padrão		8,39	8,75		
	Mínimo - Máximo		23 - 78	23 - 88		
Idade recodificado	< 45 anos (referência)	n (%)	95 (71,1%)	93 (68,9%)	0,900; (0,534 - 1,514)	0,600
	≥ 45 anos	n (%)	39 (28,9%)	42 (31,1%)		
Grau de parentesco do EE	Mãe (referência)	n (%)	110 (81,5%)	110 (81,5%)	Referência	0,803
	Pai	n (%)	18 (13,3%)	20 (14,8%)	0,900; (0,452 - 1,793)	
	Outro	n (%)	7 (5,2%)	5 (3,7%)	1,400; (0,431 - 4,548)	
Estado civil	Casado/união de facto (referência)	n (%)	90 (66,7%)	79 (58,5%)	Referência	0,225*
	Solteiro	n (%)	28 (20,7%)	31 (23,0%)	0,793; (0,438 - 1,435)	
	Divorciado/separado	n (%)	14 (10,4%)	24 (17,6%)	0,512; (0,248 - 1,057)	
	Viuvo	n (%)	3 (2,2%)	1 (0,7%)	2,633; (0,288 - 25,820)	
Empregado	Não (referência)	n (%)	30 (22,2%)	29 (21,5%)	0,958; (0,538 - 1,706)	0,833
	Sim	n (%)	105 (77,8%)	106 (78,5%)		
Motivos de não estar empregado	Desempregado (referência)	n (%)	19 (83,3%)	24 (82,6%)	Referência	0,318*
	Reformado	n (%)	3 (11,4%)	1 (3,4%)	3,788; (0,354 - 39,412)	
	Estudante	n (%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	0,442; (0,318 - 0,618)	
	Doméstico	n (%)	6 (20,0%)	2 (6,9%)	3,788; (0,688 - 20,946)	
	Outro	n (%)	1 (2,9%)	2 (6,9%)	0,632; (0,053 - 7,502)	
Nível de escolaridade <sup>c</sup>	Ensino Primário a Secundário (referência)	n (%)	87 (64,9%)	103 (76,3%)	1,759; (1,021 - 2,981)	0,041
	Ensino Superior	n (%)	47 (35,1%)	32 (23,7%)		
Profissão <sup>d</sup>	Trabalhadores não qualificados (referência)	n (%)	18 (17,3%)	20 (18,9%)	1,111; (0,550 - 2,245)	0,789
	Trabalhadores qualificados	n (%)	88 (82,7%)	88 (81,1%)		

AE: agrupamento de escolas; EE: encarregado de educação; ESE: escola secundária; IC: intervalo de confiança; NA: não aplicável; 1: Casos n = 134; 2: Casos n = 104  
\* Utilização do teste Exato de Fisher; †: Aluno que não utilizou o cheque-dentista; ‡: Aluno que utilizou o cheque-dentista

IC 95%: 0,721 - 0,834), acertando em 74,1% das previsões. Após otimização do modelo, este passou a incluir as variáveis referentes ao conhecimento de dentista aderente ao cheque-dentista e à vigilância por dentista particular no ano letivo 2014/2015. Posteriormente, realizou-se uma modelação multivariada final confirmatória entrando em conta com uma estrutura de correlação uniforme dentro das escolas no modelo de regressão logística, utilizando as variáveis da modelação de regressão logística multivariável otimizada. Os resultados da modelação multivariada foram semelhantes no que diz respeito às estimativas de efeito (OR) já apresentadas, assim como, a sua significância estatística (Tabela 5).

Da análise destas variáveis verificámos que o conhecimento de dentista aderente ao cheque-dentista está associado a uma maior utilização do cheque-dentista (redução

relativa da *odds* de não utilizar o cheque-dentista em 90,4%, OR ajustado 0,096,  $p < 0,001$ ). Por outro lado, a vigilância do aluno por dentista particular está associado a uma menor utilização do cheque-dentista, havendo um aumento relativo de 100% na *odds* da não utilização do cheque-dentista (OR ajustado 2,004,  $p = 0,012$ ).

## DISCUSSÃO

Os resultados do nosso estudo demonstraram que o principal fator associado à baixa adesão ao cheque-dentista deve-se ao baixo conhecimento que os EE têm de dentistas aderentes ao cheque-dentista e ao facto dos alunos já serem seguidos por dentista particular. Contudo um número significativo de alunos, cerca de 1/3, não utilizou o cheque-dentista nem foi seguido por dentista particular, perdendo-se uma oportunidade para a prestação de cuida-

Tabela 4 – Apresentação comparativa dos dados referentes à análise estatística bivariável para a informação relativa ao PNP90 (n = 270)

Variável em análise	Categorias	Medidas estatísticas	Grupo dos casos <sup>1</sup> (n = 138)	Grupo dos controlos <sup>2</sup> (n = 138)	Odds ratio; IC (95%)	Valor p
Entrega do 1º CD	Aluno (referência)	n (%)	100 (75,7%)	115 (85,8%)	Referência	
	EE	n (%)	27 (20,5%)	17 (12,7%)	1,826; (0,941 – 3,548)	0,092*
	Outra pessoa	n (%)	5 (3,8%)	2 (1,5%)	2,275; (0,548 – 15,144)	
Conhecimento de Dentista aderente ao CD	Não (referência)	n (%)	116 (85,0%)	51 (37,8%)		
	Sim	n (%)	19 (14,1%)	84 (62,2%)	0,090; (0,055 – 0,181)	< 0,001
Vigilância por Dentista particular	Não (referência)	n (%)	44 (32,8%)	63 (48,7%)		
	Sim	n (%)	91 (67,4%)	72 (53,3%)	1,810; (1,104 – 2,985)	0,018
Vigilância por Dentista particular aderente ao CD <sup>3</sup>	Não (referência)	n (%)	83 (61,2%)	41 (58,0%)		
	Sim	n (%)	8 (5,8%)	31 (43,1%)	0,127; (0,054 – 0,302)	< 0,001

CD: cheque-dentista; EE: estratégia de educação; 1: Casos n = 11 e Controlos n = 72  
 \* Utilização do Teste Exato de Fisher; 1: Aluno que não utilizou o cheque-dentista; 2: Aluno que utilizou o cheque-dentista

dos de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, de forma gratuita.

Por outro lado, verificou-se que 17% dos alunos não utilizou o cheque-dentista por efetivamente não o ter recebido, o que demonstra um problema de acesso.

Segundo o II Barómetro de Saúde Oral realizado pela Ordem dos Médicos Dentistas cerca de 60% dos portugueses não foi ao dentista por questões monetárias.<sup>21</sup> O cheque-dentista ao ser gratuito tem como objetivo ultrapassar a barreira financeira.<sup>8</sup> No entanto, a literatura mostra que para melhorar o acesso aos cuidados de saúde oral é necessário não reduzir apenas barreiras financeiras, mas também reduzir barreiras não financeiras, como barreiras no acesso, baixa literacia e oferta inadequada de dentistas.<sup>22,23</sup>

A literacia em saúde oral consiste na "capacidade para obter, processar e compreender informação básica de saúde e dos serviços, de forma a tomar decisões de saúde apropriadas".<sup>24</sup> De acordo com o estudo Literacia em Saúde, dos Dados à Ação: Tradução, Validação e Aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal, 61% dos portugueses apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média dos nove países em 49,2%.<sup>25</sup> A baixa literacia em saúde oral dos pais está associada a uma pior saúde oral dos filhos e a uma menor utilização dos serviços de saúde.<sup>26</sup>

Os nossos resultados vão ao encontro destes dados, visto 41% dos EE que não utilizaram o cheque-dentista terem referido que os motivos se deveram a não considerarem necessário (14,8%), não terem recebido informações sobre como utilizar o cheque-dentista (9,6%), terem-se

esquecido de utilizar (21,5%) e terem perdido o cheque-dentista (4,4%), o que demonstra uma baixa valorização da importância da saúde oral e de como utilizar os serviços de saúde.

Num estudo espanhol verificou-se que o aumento de dentistas aderentes (28 para 161) a um programa de saúde oral dirigido à população infantil se traduziu num aumento de utilização do mesmo de 37,4% para 67,2%, havendo uma correlação positiva entre o aumento da extensão da rede do programa e a proporção de utilização do mesmo, assim como uma melhoria da saúde oral.<sup>27</sup>

No nosso estudo, 10,4% dos EE não utilizaram o cheque-dentista por não terem encontrado dentistas aderentes, o que, tendo em conta que a ARS LVT é a que tem menor rácio de dentistas aderentes, pode refletir uma baixa oferta de médicos aderentes. No entanto, é importante ter em conta que os principais motivos que levam os dentistas a não aderirem ao cheque-dentista em Portugal se devem principalmente ao valor reduzido do cheque-dentista, à demora no reembolso do valor dos cheques-dentista apresentados para pagamento e aos constrangimentos informáticos na apresentação dos cheques-dentista para pagamento.<sup>8</sup>

Os resultados obtidos mostram que é importante garantir o acesso efetivo dos alunos aos cheques-dentista, aumentar o número de dentistas aderentes, divulgar os locais onde se pode encontrar os dentistas aderentes e fornecer as informações sobre como utilizá-lo, sendo para tal importante a articulação com o Agrupamento de Escolas e os ACES.<sup>8,19</sup>

Apesar dos resultados obtidos, salienta-se a presença

Tabela 5 – Apresentação final da modelação multivariada

Variável em análise	Categorias	Odds Ratio	IC (95%)	Valor p
Conhecimento de dentista aderente ao CD	Não			
	Sim	0,098	(0,047 – 0,198)	< 0,001
Vigilância por dentista particular	Não			
	Sim	2,004	(1,178 – 3,413)	0,012

CD: cheque-dentista

dos seguintes vieses:

- **Vies de seleção:** a participação no estudo esteve numa primeira fase dependente da autorização prévia dos diretores das escolas/AE e depois da autorização do EE, sendo que os EE que consentiram em participar estarão à partida mais disponíveis ou interessados no problema em estudo. Apesar da escolha da amostra não ter sido aleatória, conseguiu-se uma boa participação no estudo e um número de participantes superior ao calculado teoricamente. Além disso, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de casos e controlos, no que diz respeito à caracterização sociodemográfica, o que nos pode fazer assumir a homogeneidade estatística dos grupos em comparação;
- **Vies de informação:** as respostas ao questionário são referentes a um tempo passado (ano letivo 2014/2015), o que pode ter levado a um vies de memória. Por outro lado, como o questionário não era validado, pode-se ter introduzido um vies de resposta. Para colmatar esta questão, foi realizado um pré-teste, para que fosse possível reajustar o questionário, no caso de alguma questão suscitar dúvidas.

Relativamente à validade externa, ou seja, a característica do estudo que permite generalizar os resultados do estudo a outras populações, é difícil tirar conclusões definitivas. Não obstante, a identificação dos motivos e fatores associados à não utilização do cheque-dentista, as conclusões podem ser generalizadas para a população-alvo, tendo em conta a metodologia usada e o tipo de estudo escolhido (amostra suficiente, relação caso-controlo), não sendo no entanto possível generalizar para outras populações diferentes.

#### CONCLUSÃO

Do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo

publicado que analisa os principais fatores associados à não utilização do cheque-dentista. O principal fator associado à não utilização foi o aluno ser vigiado por dentista particular e o principal fator associado à utilização foi o EE ter conhecimento de dentista aderente.

Uma das medidas previstas no Programa Simplex 2017 consiste na desmaterialização dos cheques-dentista, de forma a evitar o extravio e esquecimento do cheque e aumentar o uso dos cheques-dentista.<sup>27</sup> Esta medida está prevista para o segundo trimestre de 2018, pelo que só vai ser operacionalizada nas escolas no ano letivo 2018/2019. Mesmo com a implementação desta medida, é importante aumentar a acessibilidade ao cheque-dentista. Apesar de se tratar de um estudo exploratório, com falta de suporte em estudos anteriores, os resultados obtidos têm plausibilidade e poderão ser úteis não só a nível local, mas também a nível nacional auxiliando no desenho de estudos e de intervenções em saúde que possam contribuir para melhorar a eficiência do PNPSO.

#### PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Ética da ARS LVT (número de autorização 9136/CES/ 2016), e de acordo com a Declaração de Helsinquia da Associação Médica Mundial.

#### CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

#### CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

#### FONTES DE FINANCIAMENTO

Este estudo não recebeu nenhuma bolsa ou financiamento do sector público, comercial ou sem fins lucrativos.

#### REFERÊNCIAS

1. Marcason W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Fluiman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92:590-7.
2. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Polity Pract*. 2005;92:601-9.
3. Patel R. The state of oral health in Europe: report commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. Brussels: Platform for Better Oral Health in Europe; 2012.
4. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Circular Normativa nº 01/DGE de 10 de Janeiro. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2005.
5. Calado R, Ferreira C, Nogueira P. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
6. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso, continuidade e qualidade no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde; 2014.
7. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2011: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2011.
8. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário: Circular Informativa nº 04/ DGPPS/DCVAE de 27 de fevereiro. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2006.
9. Despacho nº 7402/2013. Diário da República nº 110, Série II de 2013-06-07. Atribuição de cheques-dentista. Estabelece disposições referentes à atribuição de cheques-dentista. Lisboa: Assembleia da República; 2006. p. 1-2.
10. Circular Informativa: Saúde Oral - Normalização de procedimentos para a emissão de cheques-dentista e documentos de referência para higienista oral. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2010. p. 1-10.
11. Lourenço A, Barro P. Cuidados de saúde oral - universalização. Lisboa: Nova Healthcare Initiative Research; 2016.
12. Júnior J, Gaspar AI, Vieira H, Filipe R. Plano Local de Saúde - ACES Lisboa Ocidental e Oeiras 2014-2016. Lisboa: ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; 2015.
13. Perfil Local de Saúde do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras 2016. Lisboa: Departamento de Saúde Pública da ARS LVT; 2017.
14. Unidade de Saúde Pública do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras. Relatório de Atividades 2016. Lisboa: ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; 2017.
15. de Silva AM, Hegde S, Akudo Nwagbara B, Calache H, Gusey MG, Nasser M, et al. Community-based, population level interventions for promoting child oral health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;9:CD009837.

16. Assembleia da República. Lei n.º 8768, de 28 de outubro, com última alteração Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto. Diário da República. Série I de 2011-03-02. Lei da Proteção Dado Pessoal (transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Dir. n.º 95/46/CE, do PE e do Conselho, 24/10/95). Lisboa: AR; 2015.
17. Dean AG, Sullivan KM. Tamanho de amostra: estudo de caso-controle não pareado. In: OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health; versão 201. OpenEpi; 2013.
18. Basílio R, Vitorino AS, Mendes Nunes J. Caracterização de impaite em internos de medicina geral e familiar. Rev Port Med Geral Fam. 2017;33:171-8.
19. Instituto Nacional de Estatística. Classificação Portuguesa 2010 das Profissões. Lisboa: INE; 2011.
20. Aguirre P. Estatística em investigação epidemiológica: SPSS: guia prático de dedução. Lisboa: Climepsi Editora; 2007.
21. Ordem dos Médicos Dentistas. II Barómetro Nacional de de Saúde Oral de 2015. Lisboa: OMD; 2015.
22. Wall T, Raessh K, Vujcic M. Most important barriers to dental care are financial, not supply related. American Dental Association Health Policy Institute (Research Brief). Chicago: ADA; 2014.
23. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2015: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2015. p. 210.
24. Miller E, Lee JY, DeWalt DA, Vann Jr WF. Impact of caregiver literacy on children's oral health outcomes. Pediatrics. 2010;125:107-14.
25. Pedro AR, Amarel C, Escovaí A. Literacia em saúde, dos dedos à agulha: introdução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. Rev Port Saúde Pública. 2016;34:259-75.
26. Cortés F, Rámon J, Cuenco E. Twelve years of the Infant Oral Care Program (PADI) in Navarra (1991-2002). Utilisation and health indicators. 2003;29:373-82.
27. Ministério da Presidência e da Modernização Administrativa. Programa SIMPLEX 2017. Lisboa: MPMA; 2017.